



Audizione sulla riforma socio-sanitaria lombarda III Commissione Sanità e Politiche sociali

Milano, 18 febbraio 2015



ASL Bergamo

UFFICIO SINDACI
Via Gallicciolli, 4 - 24121 Bergamo
tel. 035.385.384-5 cell. 335.1834092 fax. 035.385.089 e-mail: ufficio.sindaci@asl.bergamo.it
web: <http://www.asl.bergamo.it>

Servizio sociosanitario regionale: il punto di vista delle comunità locali

La **salute è un bene primario** da salvaguardare, la popolazione lombarda ha confermato in questi anni un buon grado di soddisfazione per la sua rete ospedaliera ma questo **NON** può farci dimenticare l'insofferenza della stessa per una **“rete territoriale di servizi”** effettivamente modesta e frammentata, tanto che spesso i problemi cominciano là dove l'ospedalizzazione li ha parzialmente risolti (risolta l'acuzie, infatti, il cittadino deve fare i conti con le lunghe attese per un luogo idoneo alla riabilitazione o alle cure residenziali e verso casa con una difficile integrazione degli interventi di supporto e/o domiciliari).

Tali problemi si acuiscono ulteriormente nella relazione con i servizi della salute mentale e la specialistica territoriale che, ricomprese nell'organizzazione ospedaliera, non riescono a soddisfare i bisogni emergenti delle comunità locali.

Oggi questa situazione si evidenzia ancor più nel suo impatto con i fenomeni economici e sociali che attraversano la nostra epoca: l'invecchiamento della popolazione, le nuove forme di famiglia, il fenomeno migratorio, la precarizzazione dei contratti di lavoro, la crisi del mercato della casa.

Queste variabili determinano un quadro generalizzato di **vulnerabilità**, caratterizzato da una crescita esponenziale della domanda sociale di tutela e da un continuo aumento del divario tra esigenze e possibilità di intervento.

Il fenomeno riguarda fasce sempre più estese della popolazione e non si caratterizza solamente per i fenomeni "classici" del disagio conclamato di chi è ai margini, ma **sempre più colpisce persone già integrate** nei principali sistemi organizzativi della società.

Le sfida per un sistema che generi salute

Il sistema sanitario e di protezione sociale regionale si trova quindi ad affrontare due fenomeni principali:

- ✓ la **cronicità** con il progressivo invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle condizioni di salute e di cura delle patologie;
- ✓ la **fragilità** che riguarda una condizione di disagio permanente (*famiglie non in grado di provvedere autonomamente alla cura di un componente non autosufficiente, giovani madri in difficoltà, anziani soli, famiglie con disagio abitativo, giovani con percorsi lavorativi difficili*).

A fronte di tale dimensione di insicurezza e instabilità relazionale, identitaria, lavorativa ed economica, **si avverte da parte delle persone e delle comunità una forte domanda di tutela, di supporto, di sicurezza, di servizi.**

Alla ricerca di una prospettiva possibile di salute

Dal punto di vista dell'organizzazione, per mantenere un modello universalistico e sostenibile del Servizio socio-sanitario regionale, saranno necessarie profonde revisioni, *in primis* la **riduzione dei costi del sistema così da utilizzare tali risorse a favore della persona**.

Tutte le **proposte di legge sulla riforma del Sistema sociosanitario lombardo** presentate ad oggi, condividono la necessità di uno spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e dell'integrazione d'intervento tra il settore sanitario e quello sociale.

Per la **Conferenza dei Sindaci di Bergamo** la qualificazione della rete sociosanitaria dovrebbe attuarsi con la creazione di:

- ✓ poli d'eccellenza (tecnologicamente avanzati) per la cura delle acuzie e dell'urgenza;
- ✓ poli territoriali per la presa in carico della quotidianità dei bisogni (profili di comunità).

La **sanità territoriale** e gli interventi di prossimità, in questa prospettiva, dovranno acquisire maggiore importanza tramite il potenziamento:

- della **medicina di comunità**: la valorizzazione dei medici di famiglia in qualità di custodi del Sistema e di coordinatori delle cure per la popolazione (attrezzati con personale e tecnologie adeguate e, ove necessario, in associazione);
- dei **Distretti sociosanitari** e degli **Ambiti Territoriali sociali** quali luoghi di regia pubblica dell'integrazione tra gli **attori del sistema** (segretariato sociale, continuità assistenziale, domiciliarità, farmacie...) e i **soggetti delle cure**.

Operativamente si tratta di definire **linee comuni di sviluppo** tra sistema sociosanitario e sistema di welfare attraverso:

✓la messa in atto di politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali orientate allo sviluppo della comunità, con un'organizzazione della risposta al bisogno riformulata in termini di **intensità di "cura"** (livello leggero, comunitario, domiciliare, semi-residenziale, residenziale, emergenziale);

✓una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale con l'obiettivo di dotare le comunità locali di **servizi di prossimità per la degenza sanitaria temporanea a bassa intensità** e per l'assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale;

✓un incremento delle attività territoriali con una **integrazione di sistema tra l'area sociosanitaria e quella socio assistenziale**;

✓la possibilità di **nuovi accreditamenti** di Unità d'Offerta per la presa in carico dei bisogni emergenti: strutture residenziali e semi residenziali per anziani e disabili, stati vegetativi, Centri Alzheimer e Parkinson, posti di riabilitazione, area dipendenze e psichiatria, Consultori familiari;

✓una risposta più adeguata ai "cronici" problemi della nostra Regione per l'area della psichiatria e della neuropsichiatria infantile.

Per sostenere questa prospettiva tre sono le leve strategiche:

- una **GOVERNANCE** condivisa del Sistema socio-sanitario a livello decisionale, di indirizzo, programmazione e valutazione degli interventi tra Regione e rappresentanti dei Comuni e, a livello territoriale, tra Conferenza dei Sindaci, ASL e Aziende Ospedaliere;
- una rinnovata attenzione alla **PREVENZIONE** con la promozione di stili di vita sani (l'OMS ha rilevato come ben l'80% dei casi di malattie cardiache, ictus, diabete si possa prevenire incidendo sui comportamenti attraverso una combinazione di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica e delle comunità locali);
- un'innovazione dei sistemi di **CONOSCENZA** con l'utilizzo di nuove tecnologie, dati ed informazioni, epidemiologia e studio degli eventi e delle cause per orientare scelte e priorità di intervento.

Alcuni punti fermi

Il processo di riforma regionale è volto a migliorare il sistema attuale per cui, coerentemente con quanto detto, riteniamo **irrinunciabile** per la Conferenza dei Sindaci di Bergamo:

- che i “grandi” Ospedali non snaturino la loro vocazione di riferimento specialistico per l'emergenza-urgenza, la cura delle acuzie, la ricerca clinica e terapeutica (per Bergamo l'esempio è l' A.O. Papa Giovanni XXIII, già riconosciuto come Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione che vorremmo vedesse confermata, anche nell'eventuale riforma, la sua “mission”);
- che siano mantenuti gli assetti degli attuali confini delle ASL (per Bergamo un bacino di più di un milione di abitanti) al fine di non disperdere, tra l'altro, l'esperienza dei presidi sanitari territoriali, organizzati negli anni attraverso investimenti strutturali e professionali, in una logica di rete d'offerta ed in stretto rapporto con le comunità locali (per Bergamo l'esempio è l'Ambito Territoriale dell'Alto Sebino che deve rimanere all'interno della rete dei Presidi ospedalieri dell'A.O. Bolognini di Seriate);

- che un'attenzione particolare sia dedicata ai presidi sanitari ed ospedalieri di montagna che vanno mantenuti e potenziati sotto il profilo tecnologico (telemedicina), nella loro funzione di emergenza-urgenza e di ricovero per acuti (prevalentemente per l'area medica e riabilitativa). Il territorio montano, inoltre, in considerazione della sua orografia complessa, necessita di deroghe dall'applicazione di alcune norme (ad esempio l'obbligo di associazione per i medici). Il rischio, altrimenti, è il progressivo disinvestimento delle comunità locali (per Bergamo l'esempio più eclatante è stato quello della chiusura del punto nascita del Presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco);

- che la riforma sanitaria sia sinergica e supportiva dello sviluppo locale e quindi non invasiva rispetto alle specifiche competenze dei Comuni nell'area socio-assistenziale e alle forme organizzative proprie della comunità locale, quali gli Ambiti Territoriali. Questi, tra l'altro, proprio su indicazione regionale sono impegnati nella programmazione triennale dei Piani di Zona 2015-2017 (per Bergamo 14 Ambiti Territoriali espressione delle politiche sociali dei Comuni Associati).

Il ruolo dei Comuni

Per concludere ci sia consentito dire che una riforma che identifica il territorio e la comunità locale come elementi centrali e cardine dello sviluppo di politiche sanitarie e sociali integrate e virtuose, non può prescindere dal riconoscimento del **ruolo dei Sindaci e delle loro rappresentanze**.

A questo proposito è utile ricordare che queste rappresentanze, ad oggi, nel sistema socio-sanitario lombardo contano poco più di nulla.

Le Conferenze dei Sindaci collocate, dalla norma, nelle ASL sono “organismi senza istituzione” e senza poteri reali: non possono, infatti, esprimere **pareri vincolanti** né sulla programmazione regionale o locale, né sulla gestione dei servizi e delle risorse sanitarie e/o sociosanitarie.

I Sindaci sono riconosciuti nell’esercizio di autorità sanitaria locale il più delle volte unicamente per sottoscrivere trattamenti sanitari obbligatori.

Emblematico è il fatto che **la normativa regionale sul ruolo e sul funzionamento della Conferenza dei Sindaci** e del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, abbia superato indenne ben due Leggi quadro regionali (L.R. 3/2008 e L.R. 33/2009) ed è rimasta immodificata e **datata 1998**.