

Documento di sintesi

Incontro pubblico: Prendersi cura della Sanità

Un confronto tra cittadine e cittadini, Terzo Settore, Istituzioni, Ordini Professionali sulla esigibilità del diritto, per tutti, alla salute e alla cura



21 ottobre 2022 – Palazzo Civico, Torino

“L’equità nella salute è una priorità nelle organizzazioni sanitarie. Disparità e discriminazioni diffuse impediscono alle popolazioni di raggiungere il benessere. La Pandemia COVID-19 ha reso ancora più urgenti le iniziative per garantire l’equità in salute rendendole una priorità.

Le organizzazioni sanitarie, insieme con le comunità, devono definire le loro strategie di equità in salute.”

Rapporto Deloitte World Economic Forum 2022

L’art. 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti i cittadini e per rendere esigibile tale diritto serve una sanità pubblica di qualità accessibile a tutti.

iniziativa promossa da



**Associazione tra i Consiglieri Regionali
già facenti parte del Consiglio Regionale del Piemonte**

PROGRAMMA DELL'INCONTRO PUBBLICO
21 ottobre 2022 – Sala Carpanini, Palazzo Civico - Torino

14:30 Registrazione partecipanti

15:00 Apertura lavori e saluti istituzionali

Giancarlo Quagliotti *Presidente Associazione Consiglieri Emeriti Comune di Torino*

Ugo Cavallera *Vicepresidente Associazione tra i Consiglieri Regionali già facenti parte del Consiglio Regionale del Piemonte*

Alessandro Fiorina *Collaboratore Assessore alle Politiche Sociali e coordinamento delle relazioni con le Aziende Sanitarie della Città di Torino Jacopo Rosatelli*

Maria Grazia Grippo *Presidente del Consiglio Comunale di Torino*

Tavole Rotonde:

15:30 La sinergia dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con la rete dei servizi ospedalieri e territoriali per garantire la continuità assistenziale

Coordinatrici: *Angelica Salvadori, Chiara Rivetti*

Relatrici: *Silvia Gambotto, Sabrina Testa, Stefania Orecchia*

16:30 La rete dei servizi sanitari e sociali pubblici. Come concretamente attuare la riforma della sanità territoriale attraverso la costituzione delle équipes multidisciplinari e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Coordinatrici: *Paola Chironna, Marina Spanu*

Relatrici: *Stefania Orecchia, Sabrina Testa, Monica Franconeri*

17:50 Il ruolo della comunità e del Terzo Settore nell'offerta dei servizi sanitari e di supporto sociale ad integrazione della rete pubblica

Coordinatori: *Silvana Appiano, Giulio Fornero*

Relatrici/relatori: *Daniela De Benedictis, Marcella Rodino, Maria Pia Bronzino, Clara Cairola Mellano, Alberto Corrado, Giancarlo Vecchiati, Michele Basso, Alessio Terzi*

18:50 Conclusioni

Giorgio Gatti

Il documento è frutto del lavoro di sintesi ed elaborazione delle sollecitazioni e degli interventi presentati durante l'evento

Prima Tavola rotonda:

La sinergia dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta con la rete dei servizi ospedalieri per garantire la continuità assistenziale.

Coordinatrici:

Chiara Rivetti (OMCeO Torino)

Angelica Salvadori (OMCeO Torino)

Nella prima tavola rotonda viene sviluppata una dettagliata analisi delle diverse modalità che già sono o che saranno attuate per meglio coordinare le strutture del territorio fra di loro e con le strutture ospedaliere in riferimento a quanto previsto dal DM/77.

Il tema della collaborazione e dell'integrazione ospedale e territorio ha visto nel tempo posizioni aprioristicamente contrapposte, ognuno convinto che le difficoltà dell'uno siano legate all'inefficienza dell'altro. In realtà sia i professionisti ospedalieri che quelli territoriali soffrono dei medesimi problemi.

Un tema che ha coinvolto tutte le tavole rotonde, in particolar modo la prima, è stato quello della non autosufficienza che riguarda non solo i disabili ma anche la popolazione anziana. Infatti, in un paese sempre più anziano come l'Italia, in cui la Regione Piemonte è seconda forse solo alla Liguria per numero di anziani sul totale della popolazione, le politiche socio-sanitarie per gli anziani rappresentano un settore strategico per garantire la sostenibilità della sanità e del welfare, essendo gli anziani i principali fruitori di questi servizi.

Per questo le cure domiciliari e residenziali rivolte alla popolazione anziana e alle persone non autosufficienti, croniche, psichiatriche e con malattie neurodegenerative rappresentano la nuova frontiera non solo del sociale, ma soprattutto della sanità italiana.

Tuttavia, oggi, buona parte delle cure alle persone non autosufficienti è delegata ai pazienti e ai loro cari. La sanità dovrebbe essere vicina a queste solitudini, rendendo le politiche per la non autosufficienza un diritto di cittadinanza, che riguarda non solo gli anziani ma anche i disabili non autosufficienti.

CRITICITÀ

Aumento del carico di lavoro burocratico che riduce il tempo di cura incentrato sulla relazione.

La riduzione dei posti letto (-1500 posti letto per acuti negli ultimi 10 anni) e dei medici ospedalieri (-500 medici dal 2010 in Piemonte) ha avuto tra le conseguenze anche l'aumento delle dimissioni "precoci" di pazienti che richiedono una gestione domiciliare complessa senza che siano presenti percorsi integrati di presa in carico.

Sono pressoché inesistenti modelli di integrazione ospedale e territorio con conseguente difficoltà a garantire la continuità terapeutica e assistenziale dopo le dimissioni.

Grave carenza di Medici ospedalieri, MMG e PLS per mancata programmazione del turnover.

Questa criticità ha avuto ripercussioni sia sulla attività assistenziale che su quella preventiva (vedi attività vaccinale dei PLS e MMG).

La carenza di personale è, inoltre, stata concausa dell'aumento del burn-out che ha portato ad un numero allarmante di licenziamenti spontanei e di migrazione verso la sanità privata.

Difficoltà nel “passaggio di consegne” dell’assistito che transita dal PLS al MMG.

Erosione dei fondi sociali regionali per le cure domiciliari.

Negli ultimi quattro anni è stata riscontrata una progressiva riduzione della spesa sociale regionale per le cure domiciliari, solo in parte compensata da maggiori trasferimenti statali tramite il Fondo nazionale per la Non Autosufficienza.

L’aleatorietà e variabilità dei fondi sanitari destinati alle cure residenziali. Nel corso degli ultimi anni la spesa sanitaria annuale per convenzioni in RSA è stata molto variabile e non soggetta a vincoli, mettendo a rischio la sostenibilità delle strutture.

Inadeguatezza del bonus “Scelta sociale”, rivolta alle persone non autosufficienti, ultra sessantacinquenni o disabili, e finanziata con 90 milioni di euro di Fondo Sociale Europeo.

Il bonus “Scelta Sociale” della Regione Piemonte, benché costituisca un sollievo immediato per le persone, è finanziato con fondi europei sociali e non con fondi sanitari Lea. Inoltre, è un contributo “una tantum” e temporaneo (scadenza 2024), ed è incompatibile con altre misure (quali per esempio il contributo delle Asl alla retta RSA, Regione Piemonte DGR 1-5307; 5 luglio 2022).

La carenza di personale sanitario e sociosanitario sia all’interno delle RSA sia per garantire le prestazioni domiciliari.

Il mancato aggiornamento degli standard di cura. Le Dgr 45/2012 e Dgr 85/2013 prevedono standard ormai superati e non adeguati all’attuale tipologia di beneficiari, rappresentati quasi completamente da persone non autosufficienti.

La difficoltà di coordinamento tra domanda e offerta di posti letto residenziali.

Mancanza di modelli di integrazione socio-sanitaria con conseguente difficoltà a garantire la totale presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie non solo per le criticità sanitarie ma anche per quelle economiche e/o sociali con particolare riguardo alla popolazione anziana, cronica e disabile/non autosufficiente.

Carenza di strutture diurne per persone affette da Alzheimer e demenza.

LE RICHIESTE/PROPOSTE

Ridefinizione del fabbisogno di tutte le professioni (medici, infermieri, professioni sanitarie dell'area tecnica, della riabilitazione, assistenziale e della prevenzione, socio assistenziali e tecnico-amministrative) dedicati alla presa in carico della salute delle persone.

Definizione del fabbisogno di posti letto sia per pazienti acuti che per pazienti cronici in regime di ricovero ordinario, di media e di lungodegenza e di degenza riabilitativa.

Potenziamento della telemedicina. Una risposta necessaria soprattutto nei territori più periferici ed isolati. Occorre rafforzare la telemedicina, la diagnostica domiciliare e gli infermieri di comunità. Organizzare il territorio con infermieri e professionisti sanitari "di quartiere" o di valle (fisioterapista, dietista, tecnico di radiologia con strumenti trasportabili, ecc), con il medico di medicina generale come case manager.

Potenziamento del ruolo strategico del Servizio Sociale all'interno del Servizio Sanitario prevedendo la presenza organica dell'assistente sociale all'interno delle équipes multidisciplinari ed il suo coinvolgimento al momento della progettazione dei servizi. Questo modello potrà sicuramente garantire un miglioramento della risposta ai

bisogni di cura complessi che necessitano di interventi pluri-professionali e risposte socio sanitarie coordinate.

Aggiornamento dei modelli di cura per evitare la cristallizzazione di procedure non più adeguate ai bisogni della popolazione anziana, con patologia cronica e non autosufficiente al fine di smettere di considerare il malato come un “cliente” o come un “oggetto di cure”, ma come una persona a cui va sempre riconosciuta dignità, anche quando non c’è speranza di guarigione.

Riduzione delle lunghe liste d’attesa per un progetto residenziale o domiciliare.

Attuare la riforma delle RSA prevedendo:

- maggiore integrazione sociosanitaria;
- dimensioni più contenute delle strutture;
- tariffazioni più eque;
- minore isolamento rispetto al territorio oltre a una maggiore presenza di personale sanitario;
- aumentare e rendere obbligatoria la spesa sanitaria annuale regionale per convenzioni residenziali in RSA;
- innalzare la quota sanitaria delle rette in RSA;
- rivedere i criteri sociali di accesso ai posti letto in convenzione in RSA.

Promuovere e potenziare la centralità della domiciliarità. Permettere alle famiglie la libera scelta tra residenzialità e domiciliarità, finanziando con fondi sanitari anche le prestazioni domiciliari di assistenza professionale alla persona (esempio cura ed igiene della persona) e non solo quelle residenziali.

Applicazione della legge 10/2010 della Regione Piemonte, che prevede una quota sanitaria non valutabile con ISEE.

Seconda Tavola rotonda:

La rete dei servizi sanitari e sociali pubblici. Come concretamente attuare la riforma della sanità territoriale attraverso la costituzione delle équipes multidisciplinari e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Coordinatrici:

Paola Chironna (Città di Torino - Divisione Disabilità, Anziani e Tutele)

Marina Spanu (Coautrice del Libro Azzurro Campagna PHC per la riforma delle Cure Primarie)

La rete territoriale socio-sanitaria comprende i Pediatri di Libera Scelta (PLS), i Medici di Medicina Generale (MMG) e molti altri Professionisti Sanitari (Infermieri, Professioni Sanitarie, Operatori Socio Sanitari) e Operatori Sociali, Operatori Tecnici e Amministrativi, Psicologi etc...

In questa molteplicità di professionisti al servizio della medicina territoriale, il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, rappresentano il punto di riferimento per la continuità assistenziale e l'accesso alla rete e dovranno, quindi, essere necessariamente integrati con tutti i servizi socio sanitari territoriali.

Gli attuali riferimenti normativi e programmatici sono il DM 77/2022 e il PNRR.

Il DM/77, in particolare, indica l'attuazione di un punto unico di accesso che, se attivato, garantirà la presa in carico della persona sotto tutti gli aspetti, sia sanitari che sociali. Infatti la vera "rivoluzione culturale" e la vera scommessa della sanità territoriale, saranno la capacità di unire sia strutturalmente che funzionalmente, tutti gli interventi che concorrono a garantire la salute della persona. Oltre al Punto Unico Di Accesso (PUA), la Centrale Operativa Territoriale (COT) concorrerà ad integrare tra loro le diverse professioni. Il PUA rappresenta il riferimento di tutti servizi

per i cittadini, la COT il coordinamento e l'integrazione di professionisti. Se entrambe le strutture organizzative saranno attivate e lavoreranno in sinergia, potranno accogliere la domanda di salute delle persone e accompagnarla nel percorso di accoglienza, valutazione e presa in carico. Per poter offrire una programmazione adeguata a rispondere ai bisogni ed alle richieste della popolazione è necessario elaborare una analisi dei bisogni (indagando tutti i determinanti della salute), il cosiddetto "Profilo di Salute".

CRITICITÀ

Le criticità per realizzare una vera medicina del territorio ed una vera integrazione della rete socio sanitaria sono tante. Elenchiamo le più significative:

Mancanza di relazione tra bisogni di salute e definizione delle risorse necessarie.

Riduzione del tempo dell'ascolto.

Il "tempo di cura" che incardina anche il tempo dell'ascolto e dell'accoglienza, caratterizza l'individuazione del bisogno della persona e quindi la totale presa in carico. Il servizio sanitario pubblico ha sempre di più "sacrificato" questa componente per raggiungere l'obiettivo prestazionistico.

Esternalizzazione dei servizi.

Purtroppo sempre di più la sanità pubblica esternalizza servizi a soggetti terzi e questo rappresenta un grande rischio di riduzione significativa dei servizi pubblici a favore della sanità privata.

Mancata presenza di tutte le professioni sanitarie nella riorganizzazione della sanità territoriale.

Il DM 77 sviluppa il modello organizzativo prevalentemente sulla

presenza del Medico e dell'Infermiere, mentre sono pressoché assenti le 19 professioni sanitarie tecniche dell'area diagnostica, assistenziale, riabilitativa e della prevenzione. L'assenza di una visione di coordinamento e progettualità condivise tra tutti i professionisti sanitari e sociali, all'interno dei percorsi previsti nella riforma della sanità territoriale, manterrà il sistema dei "silos" e degli interessi "corporativistici" che favorirà il modello prestazionale anziché un modello basato sulla condivisione delle competenze e delle esperienze di tutti le professioni coinvolte nei percorsi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione.

Mancanza delle figure sociali nell'attuazione della riforma della sanità territoriale.

Si richiede che la figura dell'Assistente Sociale sia presente all'interno delle équipes multiprofessionali, con un monte orario congruo e tale da garantire la presa d'atto delle problematiche sociali con un'attenzione particolare verso le persone più fragili, oltre che sia considerata soggetto attivo nella progettazione dei servizi.

La co-progettazione, prevista nella normativa, se sarà attuata pienamente, rappresenterà uno degli strumenti più significativi per dare risposte congrue ai bisogni di una società sempre più complessa e sempre più drammaticamente fragile e in difficoltà.

Mancata implementazione dei servizi territoriali già esistenti.

L'esempio dei consultori

L'involutione della rete dei consultori presenti sul territorio è un esempio concreto del non investimento di risorse su servizi che, nel passato, hanno rappresentato un punto di riferimento costante e sicuro per le donne, per i bambini e le bambine e per i nuclei familiari.

I consultori sono nati come luoghi di aggregazione, di informazione e formazione sulla salute riproduttiva, con una presenza diffusa sul territorio, lunghi orari di apertura e dotazione di figure professionali diverse e complementari.

Oggi sono stati ridimensionati funzionalmente e numericamente, diventando semplici ambulatori specialistici e perdendo la loro finalità iniziale: quella di essere luoghi interdisciplinari aperti ad un'accoglienza fatta di ascolto, di attenzione e di tempo dedicato.

L'esempio dei servizi di Salute Mentale

I finanziamenti assegnati sono inferiori alla media nazionale (il 3% rispetto al 5%), di conseguenza i servizi risultano sprovvisti delle figure professionali necessarie a far fronte all'insieme dei bisogni che le persone e le loro famiglie esprimono. Infatti, in molti casi, manca il sostegno al nucleo familiare e il supporto alla persona non è completo. Con l'organico adeguato potrebbe essere reimpostata la presa in carico del paziente attuando i percorsi personalizzati di cura e l'utilizzo del budget di salute (peraltro previsto dalla Riforma del servizio territoriale).

Poca attenzione alla rete dei servizi sociali, risorsa e strumento per l'attuazione della Riforma della sanità territoriale

I servizi sociali, da sempre pensati dal legislatore a supporto delle situazioni di difficoltà, sono presenti a livello comunale e all'interno dei Consorzi socio assistenziali, oltre che nelle strutture sanitarie, per garantire alla persona e alle famiglie una rete di collegamento capace di rispondere in modo integrato ai loro bisogni. Nell'attuazione del "Patto per la salute" è prevista la figura dell'Assistente Sociale, che, insieme agli altri operatori, dovrà essere in grado di capire e tutelare i diritti delle persone prestando una particolare attenzione agli aspetti sociali.

LE RICHIESTE/PROPOSTE

Copertura e implementazione degli organici di tutte le figure professionali sia sanitarie che sociali per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute della popolazione. I professionisti, nell'ambito delle specifiche competenze, devono essere in numero sufficiente a garantire tutti i percorsi sanitari (prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione)

tenendo conto dei determinanti socio-economici che possono influenzare direttamente o indirettamente la salute delle persone.

Necessità di un modello organizzativo nuovo e dinamico.

Per realizzare un nuovo modello organizzativo e dinamico che superi la visione rigida e burocratica, sarà necessario favorire l'agire congiunto e condiviso dei professionisti sanitari in équipes di lavoro e ripensare ai ruoli ed alle competenze, quindi alle responsabilità, basandosi su un confronto evoluto tra saperi diversi e soluzioni possibili e sulla capacità di fare sintesi con valutazioni integrate.

Potenziamento delle attività di prevenzione, individuale e collettiva, nei contesti di vita e di lavoro.

La prevenzione, a partire da quella primaria, deve avere un ruolo centrale e centrale deve essere il ruolo di tutte le professioni sanitarie e non sanitarie ingaggiate nei programmi di prevenzione e promozione della salute. Le competenze di tutte le professioni sociali, sanitarie e non sanitarie nella predisposizione e nell'attuazione di piani mirati favorirebbero la piena funzionalità dei Dipartimenti di prevenzione (negli ultimi anni progressivamente depauperati di risorse e con croniche carenze di organico).

Valorizzazione delle équipes multiprofessionali all'interno del ripensamento del sistema del Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico (PPDTA).

Ripensare il sistema dei PPDTA regionali e aziendali per includere anche gli interventi dei professionisti sanitari dell'area tecnica diagnostica, assistenziale, della riabilitazione e della prevenzione, all'interno del ventaglio delle prestazioni programmate; solo così si potranno modellare i nuovi PPDTA sugli effettivi bisogni dei pazienti, andando verso una vera e propria personalizzazione della traiettoria assistenziale con lo sviluppo dei Percorsi Assistenziali Individuali (PAI), anche grazie all'esperienza maturata sul campo delle professioni sanitarie.

Valorizzazione delle équipes multiprofessionali all'interno delle Case della Comunità.

Le nuove formule organizzative, in particolare le Case della Comunità, devono puntare sin dall'inizio, con convinzione e concretezza, sulle équipes multiprofessionali. Non solo Infermieri e Medici, ma anche le professioni sanitarie dell'area tecnica diagnostica, della riabilitazione, assistenziale e della prevenzione che, nella loro diversità, possono mettere a disposizione una competenza imprescindibile sia nella prevenzione che nell'offerta di risposte assistenziali ad una popolazione sempre più interessata dai processi di invecchiamento e cronicizzazione delle patologie, ma anche con specifiche necessità nell'età evolutiva.

Costituzione di un Tavolo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale per l'attuazione della riforma della medicina del territorio.

Tale organo può contribuire a definire la composizione dell'équipe minima che dovrà sempre essere presente all'interno di ciascuna Casa della Comunità, ed eventualmente, di volta in volta, integrata in base alle necessità del singolo caso.

Potenziamento dell'innovazione digitale e la telemedicina territoriale e domiciliare.

L'esperienza dei professionisti sanitari dell'area tecnica diagnostica, della riabilitazione, assistenziale e della prevenzione è un know-how su cui far leva per promuovere e sostenere la trasformazione digitale del SSN, nonché per ottenere un uso appropriato delle nuove tecnologie portatili diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per l'erogazione di prestazioni di qualità nei setting assistenziali territoriali o a domicilio dell'assistito, seguendo nuove procedure erogative che includano l'uso della telemedicina e sviluppate ad hoc per il territorio.

Riduzione dell'esternalizzazione dei servizi e utilizzo del lavoro somministrato solo in caso di temporanea emergenza.

Piena Applicazione delle leggi 405/75 e 194/78.

Richiedere una piena applicazione di queste due leggi significa portare avanti una battaglia per l'autodeterminazione delle donne nella gestione della loro salute e della loro vita riproduttiva ed in ogni ambito del loro vivere. Un primo passo dovrebbe essere l'aumento del numero dei Consulenti ed il supporto di nuovo personale al loro interno, oltre che la destinazione di maggiori risorse economiche.

Potenziamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Progetto pilota per le strutture di ricovero.

Solo con il potenziamento dei servizi pubblici psichiatrici di diagnosi e cura e canalizzando meno risorse sul privato, si potranno sostenere in modo significativo sia i pazienti che i nuclei familiari di riferimento, ridurre i ricoveri e fornire una risposta concreta al bisogno di cure psichiatriche.

Sarebbe necessario e urgente definire di un "progetto pilota" per "umanizzare" le strutture di ricovero (spazi adeguati e differenziati, contatti con l'esterno, rapporti con la rete amicale e familiare, ecc.). Ci sono molti esempi in Italia e all'estero a cui si potrebbe fare riferimento.

Esigibilità dei diritti già codificati nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e valutazione delle richieste che sono state portate avanti rispetto a patologie e prestazioni non ancora riconosciute nei LEA.

Definizione precisa, riconoscimento formale e potenziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LivEAS) al fine di rendere concretamente fruibili le prestazioni ancora non codificate.

Terza Tavola Rotonda:

Il ruolo della Comunità e del Terzo Settore nell'offerta dei servizi sanitari e di supporto sociale ad integrazione della rete pubblica

Coordinatori:

Giulio Fornero (Associazione Camminare Insieme)

Silvana Appiano (Associazione Consiglieri Emeriti del Comune di Torino)

Premessa:

“Criterio tipico del volontariato è la sua volontà di non sostituire, ma di integrare, sia la responsabilità e l'intervento istituzionale, sia il lavoro dipendente” (Ministero Salute, giugno 2000).

In attuazione dei principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare, le amministrazioni pubbliche, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e di organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi, assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo Settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e di accreditamento. (Decreto Legislativo 3 luglio 2017 n. 117, art. 55 Codice del Terzo Settore, art. 55).

Anche le linee programmatiche del DM 77/2022 riconoscono il Terzo Settore come soggetto attivo, insieme alla cittadinanza, all'interno delle Case di Comunità e nella progettazione degli interventi sul territorio. Si può parlare di una vera e propria “rivoluzione culturale” nella programmazione, attivazione e gestione dei servizi alla persona sul

territorio unendo, sia a livello strutturale che funzionale, tutti gli interventi che concorrono a garantire la salute della persona.

L'obiettivo prioritario del SSN è garantire l'accesso alla cura di tutte le persone, anche di quelle che si trovano in condizioni di marginalità e di disagio, ma non sempre la rete pubblica riesce ad intercettare le persone in difficoltà e a fornire loro risposte adeguate.

Considerato che il Terzo Settore ha, come tratto distintivo, la capacità di relazione, di ascolto e di accoglienza soprattutto di chi è emarginato o escluso dall'accesso alle prestazioni, diventa condizione imprescindibile, per rispondere con efficacia al bisogno espresso dalla popolazione più fragile, la collaborazione tra rete pubblica ed i servizi offerti dal Terzo Settore, attraverso una relazione di partnership concreta e costante.

E' importante ricordare che il Piemonte e Torino vantano una tradizione storica e straordinaria di volontariato cattolico che risale a Don Bosco, a San Giuseppe Cafasso, a San Leonardo Murialdo, a San Giuseppe Cottolengo, alla Venerabile Giulia di Barolo, per citare i più conosciuti. Seguendo l'esempio dei Santi Sociali, così definiti dalla storiografia, sono nate, e da anni svolgono la loro attività a Torino, molte Associazioni, guidate da persone di grande professionalità ed, in alcuni casi di notorietà internazionale, insieme a molte altre che da anni offrono il loro contributo come volontari. Risulta quindi indispensabile far conoscere questa ricchezza con strumenti adeguati ed in modo significativo e pubblicizzando costantemente le iniziative e le attività che il Terzo Settore svolge nei diversi ambiti.

Nello specifico, le Associazioni di volontariato che hanno partecipato all'incontro, operano a Torino, in rete tra loro e con le istituzioni pubbliche, e offrono servizi e prestazioni soprattutto a favore di persone e nuclei familiari migranti, senza fissa dimora e indigenti.

Le attività più significative sono:

- assistenza sanitaria qualificata e gratuita generale e specialistica

- attività socio-sanitarie e di promozione della salute, particolarmente in ambito materno-infantile
- partecipazione ai programmi regionali di prevenzione (vaccinazione COVID-19 presso i centri vaccinali) e di screening oncologici (Prevenzione Serena) e collaborazione per aumentare l'adesione a detti programmi
- programmi ed interventi di Odontoiatria Sociale
- mediazione culturale : superamento delle barriere linguistiche, sociali e culturali, comprensione dei bisogni non solo sanitari, informazione e comunicazione adeguate, costruzione di un rapporto di fiducia
- sostegno alimentare, abitativo, per la ricerca di lavoro, per l'istruzione e la formazione professionale
- supporto e sostegno a domicilio per l'allattamento al seno e la crescita dei figli, a partire dalla dimissione dall'ospedale delle madri migranti che hanno partorito
- attività di promozione della salute e di assistenza sanitaria presso Centri del Comune di Torino per donne vittime di violenza
- interventi di prevenzione e assistenza sanitaria di prossimità a favore delle persone ospitate nei Centri di Ospitalità del Comune e interventi, in strada, verso persone senza fissa dimora, stranieri regolari e non, italiani rimasti senza casa, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza patologiche.

CRITICITA'

Difficoltà di accesso alla cura in particolare per le persone senza permesso di soggiorno, con difficoltà linguistiche e con pochi strumenti di conoscenza della realtà dei servizi.

Aumento dell'isolamento e della disgregazione sociale conseguente all'epidemia, a cui si assomma l'aumento delle **carenze nella organizzazione dei servizi di assistenza**.

Aumento delle richieste ai servizi del volontariato e, di conseguenza, difficoltà a rispondere a tutte le richieste.

Difficoltà di comunicazione con le strutture pubbliche sempre di più in affanno e mancanza di informazioni e di indicazioni relative ai pazienti assistiti dalle Associazioni di Volontariato che dovrebbero essere prese in carico dalla rete pubblica.

Mancata copertura da parte del SSN delle prestazioni odontoiatriche.

I nuclei familiari, sempre più numerosi, che non sono in grado di affrontare le spese relative alla cura della bocca e dei denti si rivolgono a chi, nel Terzo Settore, eroga queste prestazioni. Risulta indispensabile intervenire in modo appropriato e tempestivo sulla salute orale, soprattutto dei bambini e dei giovani, e per farlo in modo adeguato sono necessarie più risorse ed il coinvolgimento di nuovi partner.

LE RICHIESTE/ PROPOSTE

Conoscenza e pubblicizzazione del volontariato

Risulta indispensabile far conoscere, con strumenti adeguati ed in modo significativo, le attività ed i servizi svolti dal Terzo Settore nei diversi ambiti.

Realizzazione di una concreta partnership e co-progettazione

Oggi, considerate le gravi carenze in cui versa il sistema pubblico, sia sul versante della sanità che dell'assistenza, risulta importante e necessario valorizzare la "ricchezza" che il volontariato rappresenta, utilizzandola nel modo migliore.

Uno degli esempi di valorizzazione è attuare la co-progettazione, prevista dalla stessa normativa (DM 77/2022).

Lo strumento concreto per poter realizzare un rapporto di reale partnership è, a nostro parere, la formalizzazione di un accordo tra gli enti del terzo settore interessati e l'ente pubblico (ASL, Regione Piemonte, Città di Torino) Preliminare e urgente, per l'inizio di questo processo, è **l'apertura di un tavolo di lavoro.**

Accrescimento dell'alfabetizzazione informatica delle associazioni anche a rafforzamento delle reti di sostegno ai care giver e **uso appropriato degli strumenti informatici.**

Tutto il sistema dei servizi dovrebbe essere supportato da strumenti informatici che dialoghino tra di loro.

Necessità di rimodulazione dei tempi e delle modalità operative delle strutture del Volontariato anche al fine di semplificare e sburocratizzare i percorsi erogativi.

La semplificazione e la chiarezza delle regole applicabili al sistema sanitario ed alla collaborazione fra la Sanità pubblica ed il Terzo Settore può rappresentare un concreto passo avanti per garantire maggiori e migliori prestazioni

Finanziamenti più significativi e un migliore coordinamento fra i progetti messi a punto dal Terzo Settore per poter svolgere al meglio le attività ed ottenere una maggiore informazione sulle disponibilità concrete e sulle possibilità di collaborazione.

CONCLUSIONI

Elenchiamo, per concludere, gli obiettivi che sono emersi dalle relazioni e dal dibattito e riportiamo alcune considerazioni:

OBIETTIVI PER IL FUTURO

- **Rilancio della Sanità Pubblica**

Per rilanciare la Sanità Pubblica è necessario essere consapevoli del suo ruolo di potente attore di coesione e del suo valore di prezioso bene comune, nella cui difesa impegnare tutte le forze : operatori della sanità e dell'assistenza, cittadini, movimenti, associazioni, istituzioni, ordini professionali, OO.SS. La prospettiva è, dunque, la collaborazione tra tutti per garantire la presa in carico adeguata delle persone e per aumentare la qualità delle prestazioni sul territorio e negli ospedali, a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità delle persone (responsabilizzazione degli operatori, delle persone assistite, delle loro famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute, di cura e di assistenza, comunicazione) sino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari all'interno di un nuovo disegno della politica sanitaria e sociale.

- **Innovazione di modelli organizzativi** che favoriscano la comunicazione tra gli attori coinvolti nella cura e nell'educazione (l'istruzione è il secondo determinante di salute, dopo la sanità), favorendo stili di vita più salutari, migliore conoscenza dei servizi sanitari disponibili e migliore capacità di autogestione delle cure, in particolare nelle malattie croniche.

- **Elaborazione di progetti** per il superamento dell'isolamento sociale, della povertà, della discriminazione culturale, di genere, etnica o razziale. I progetti dovranno prevedere, in particolare, il sostegno alle persone ed ai nuclei familiari e lo sviluppo delle competenze digitali in collaborazione con le Associazioni interessate

- **Rafforzamento dell'Alleanza** tra la **Rete Pubblica** e le **Associazioni** in rete tra loro, con la collaborazione delle **Fondazioni**

CONSIDERAZIONI

Tra le tematiche esaminate, alcune sono presenti in tutti i settori e sono imprescindibili per lo sviluppo degli obiettivi e delle proposte emerse. Ne riportiamo alcune :

- La **Comunicazione** condiziona e determina il cambiamento ed è in fase di forte trasformazione rappresentando un vero e proprio business, oggetto di interessi economici, a livello generale e globale e diventando strumento di competizione ed immagine, a livello individuale. Umanizzare la comunicazione, mantenerla al servizio delle persone e della comunità. dovrebbe coinvolgere tutti anche nelle attività quotidiane.
- Il **Coordinamento** va inteso come la regolazione e la gestione di elementi diversi affinché operino tra loro in modo integrato ed armonioso. In tempi come questi, in cui ognuno va per proprio conto e cura i propri interessi, l'integrazione e l'armonia sono sicuramente difficili da attivare, pur essendo essenziali per il buon successo di un progetto. Il coordinamento necessario alla Riforma Territoriale potrebbe essere più facilmente raggiunto utilizzando strumenti informatici (ad esempio una Agenda condivisa) oggi sempre più disponibili.
- **L'uso appropriato degli strumenti informatici**
Tutto il sistema dei servizi dovrebbe essere supportato da strumenti informatici che dialoghino tra di loro. Un esempio è il Sistema Informativo Sanitario Europeo che dovrebbe rappresentare il

riferimento per acquisire strumenti, procedure ed esperienze utili, effettuate in altri sistemi sanitari dell'Unione Europea.

- **La formazione**

La formazione, infatti, rappresenta una risorsa essenziale per il superamento delle criticità, il miglioramento delle prestazioni, il raggiungimento di traguardi significativi nella ricerca.

La richiesta di investire maggiormente nei percorsi formativi riguarda trasversalmente tutto il sistema pubblico della sanità e dell'assistenza e coinvolge anche il Terzo Settore; risulta, quindi, necessario rivedere ed implementare l'offerta formativa universitaria a tutti i livelli (corsi di laurea, laurea magistrale, master, dottorati di ricerca, corsi di perfezionamento) e creare specifici momenti formativi per gli operatori in servizio, basati, sia sul rispetto dei diversi profili professionali, sia sull'acquisizione di una conoscenza multiprofessionale che potrà garantire una risposta più qualificata.

- **La medicina di genere**

Nell'ambito della formazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari si sottolinea l'importanza della medicina di genere: è un approccio che, studiando le diverse peculiarità dei generi, sia dal punto di vista biologico che dei diversi ruoli sociali, studia diagnosi e cure mediche appropriate per donne e per uomini, studiando le differenze biologiche e socio economiche legate al sesso e al genere.

Per rendere operativi la legge 3 dell'11 gennaio 2018 ed il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere del 21 giugno 2019, è necessario:

1. Potenziare la conoscenza della medicina di genere da parte del personale sanitario tramite interventi mirati all'inserimento della medicina di genere nella formazione dei MMG;
2. Prevedere l'obbligo della variabile "genere" nella elaborazione e restituzione dei dati raccolti.

- **La ricerca**

Investire nella ricerca significa aiutare la crescita del Servizio Sanitario Nazionale, la sua valorizzazione e quella dei suoi operatori oltre che garantire risultati significativi rispetto alla qualità delle cure e di tutto il percorso assistenziale.

Risulta quindi importante favorire la ricerca non solo nell'ambito delle Aziende Sanitarie Universitarie e negli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ma anche nelle altre strutture ospedaliere e nei servizi territoriali e destinare fondi specifici alla sedi formative.

Una riflessione a parte richiede il tema del **Parco della Salute della Ricerca e dell'Innovazione** proprio in considerazione della coerenza che lo stesso ha rispetto alle tematiche analizzate. Riteniamo significativo includere una brevissima riflessione su questo progetto che potrebbe portare elevatissimi benefici alla Sanità, non solo piemontese, in quanto, già nella sua fase di realizzazione, potrebbe costituire un luogo di sperimentazione per rispondere a molte delle esigenze sopra riportate. Il Parco è infatti una iniziativa di grande complessità sanitaria, economica ed organizzativa che richiede una capacità di collaborazione fra competenze e responsabilità diverse, una iniziativa capace, come poche altre, di incidere sul nostro territorio in termini di qualità della vita, di sviluppo economico e di reputazione a livello internazionale.

Le **ultime riflessioni** riportano quanto segnalato all'interno del nostro Paese, della Comunità Europea e della Comunità Scientifica Internazionale e citato e richiamato durante il dibattito.

Nell'Italia post pandemica, il SSN, pur essendo ancora considerato tra i migliori nel mondo occidentale, rischia il collasso.

Elenchiamo, oltre a quelle già evidenziate, alcune altre criticità che, se non saranno superate, metteranno a rischio la nostra rete pubblica:

- **La spesa sanitaria out-of-pocket**

La spesa sanitaria “dalle proprio tasche” è tra le più alte in Europa Occidentale. La spesa riguarda prestazioni ambulatoriali odontoiatriche, visite specialistiche, farmaci, occhiali, protesi, farmaci, prodotti medicali, ricoveri ospedalieri, ricoveri in residenze sanitarie-assistenziali, cure domiciliari soprattutto per persone anziane, malate croniche non autosufficienti.

Siamo ai primi posti per spese sanitarie insostenibili per i nuclei familiari, soprattutto per i costi dell’assistenza a lungo termine delle persone anziane, di quelle non autosufficienti e delle persone disabili.

- **La crisi dei Dipartimenti di Emergenza (DEA)**

La letteratura scientifica internazionale concorda nell’affermazione che la crisi dei Dipartimenti di Emergenza significhi crisi del sistema sanitario.

E’ stato posto un importante correttivo, ampliando significativamente le specializzazioni che consentono di lavorare nei DEA, ma la grave insufficienza dell’assistenza a lungo termine per persone, soprattutto anziane, polipatologiche croniche non autosufficienti che si riscontra in Italia e, in particolare, nella Regione Piemonte, rispetto alle altre Regioni italiane, risulta essere la principale causa della condizione critica grave in cui versano quasi tutti i Dipartimenti di Emergenza. Tale situazione incide pesantemente sui tempi di attesa per i ricoveri elettivi e per le prestazioni ambulatoriali, con spreco di ingenti risorse destinate all’attività ospedaliera per pazienti acuti ed elettivi.

- **La programmazione dei professionisti e degli operatori**

Tra le carenze delle diverse figure professionali nella sanità, già segnalate, quella del personale infermieristico è la più grave e condiziona l’appropriatezza delle mansioni rispetto alle specifiche professionalità, sovraccaricando i medici di compiti ad alto rischio di

inappropriatezza. Purtroppo l'attuale programmazione, nella nostra Regione, prosegue il trend, aggravando sempre di più la situazione.

- **L'età e le conseguenti condizioni strutturali degli Ospedali Pubblici**

E' necessario, per programmare il futuro della sanità pubblica, anche un piano di innovazione e di adeguamento strutturale delle sedi in cui vengono erogate le prestazioni.

Per rendere concreto questo obiettivo e per garantire il rispetto dei principi fondamentali di uguaglianza, universalità ed equità che, negli ultimi anni, non sono più stati perseguiti, è necessario ed urgente che si definisca un PIANO DI RILANCIO DEL SSN, riconoscendo nella rete sanitaria pubblica un pilastro della nostra democrazia ed una conquista sociale irrinunciabile.

“Nessuno deve essere lasciato indietro”

Si ringraziano tutti coloro che hanno partecipato all'incontro pubblico del 21 ottobre 2022 e che hanno contribuito, con le proprie testimonianze, alla raccolta delle informazioni contenute nel presente documento.

In particolare si ringraziano:

- La Presidente del Consiglio Comunale di Torino Maria Grazia Grippo, l'Assessore alle Politiche Sociali e coordinamento delle relazioni con le Aziende Sanitarie della Città di Torino Jacopo Rosatelli, il Vicepresidente dell'Associazione tra i Consiglieri Regionali già facenti parte del Consiglio Regionale del Piemonte Ugo Cavallera

- Gli Ordini degli Assistenti Sociali della Regione Piemonte, dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino e dei Tecnici Sanitari di Radiologia medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione delle Province di Torino – Alessandria– Asti - Aosta

- Le realtà del Terzo Settore che hanno preso parte alle Tavole Rotonde: Asili Notturni Umberto I, Associazione Camminare Insieme, Banco Farmaceutico, Cittadinanzattiva, Coordinamento Odontoiatria Sociale a Torino, Osservatorio21, Protesi Dentaria Gratuita, SERMIG, Ufficio Pastorale Migranti

- I contributi e le testimonianze rese da Maria Grazia Breda (Fondazione Promozione Sociale), Monica Canalis (Consigliera della Regione Piemonte), Liliana Ferrero (CdA logopedisti - Ordine dei TSRM e PSTRP province TO-AL-AT-AO), Enrica Guglielmotti e Laura Onofri (SNOQ To), Daniela Lenzi e Silvana Ranzato (Donne per la difesa della Società Civile), Marisa Sillano (CdA dietisti – Ordine dei TSRM e PSTRP province TO-AL-AT-AO), Tullia Todros (Più di 194 voci Rete per l'Autodeterminazione), Tullia Vespasiano (CdA terapisti occupazionali – Ordine dei TSRM e PSTRP province TO-AL-AT-AO)

Infine, si ringraziano Franca Ozzello (Associazione Camminare Insieme) e gli uffici del Servizio Consiglio Comunale che supportano l'attività dell'Associazione Consiglieri Emeriti del Comune di Torino.

Associazione Consiglieri Emeriti del Comune di Torino

Piazza Palazzo di Città 1 – 10122 Torino

Tel. 011/011.22567 - e-mail: associazioneconsiglieriemeriti@comune.torino.it

Immagine di copertina: Cortile d'Onore. Palazzo Civico, Torino

2016 Roberto Cortese © Archivio Storico della Città di Torino