



Per una sanità sostenibile

1° CONGRESSO NAZIONALE DI FEDERSANITÀ ANCI

ROMA 13-14 OTTOBRE 2006

SALA STENDITOIO

COMPLESSO DI SAN MICHELE A RIPA

-----0-----

**Relazione Introduttiva
di**

Pier Natale Mengozzi

Vice Presidente Vicario



“Investire in un Welfare delle opportunità e delle responsabilità, che promuova il passaggio dall’assistenza al lavoro, incrementi i processi di formazione permanente, attui l’integrazione socio-sanitaria, affronti con politiche strutturali problematiche quali l’immigrazione e la non autosufficienza.....”

Sono indicazioni precise, tratte dal documento programmatico approvato dal Consiglio Nazionale Anci del 15 febbraio 2006 a Milano, la stessa giornata nella quale si deliberava la sostanziale autonomia di FederSanità ANCI: il riconoscimento alla nostra Federazione di potere camminare da sola, di essere matura per sostenere nuovi momenti di confronto ed iniziativa nel mondo difficile e complesso, ma affascinante, delle politiche sanitarie e sociosanitarie. Un mondo nel quale c’è spazio e necessità per tutte quelle iniziative e forme sociali che hanno interesse per la salute dei cittadini e per l’organizzazione istituzionale, territoriale ed aziendale che supporta il diritto costituzionale alla salute.

Il nostro impegno – per i dieci anni passati ed in quelli che ci aspettano - deve segnare chiaramente la volontà costitutiva di FederSanità ANCI: l’interazione, nel rispetto degli specifici ruoli, dei responsabili gestionali della sanità pubblica con i rappresentanti eletti delle comunità locali - in una logica unitaria ed integrata - per un sistema di salute attento ai bisogni, uniforme, sostenibile ed esigibile da tutti i cittadini.

Dobbiamo far sì che le indicazioni richiamate siano attuali ed impegnative per tutti coloro che operano nel sistema di welfare di questo Paese.

Con il nostro 1° Congresso Nazionale apriamo una nuova stagione di riflessione, non solo sul tempo trascorso e sulla nostra iniziativa di questi anni, ma anche su ciò che in questo periodo è successo e come noi ne siamo stati contemporaneamente attori e spettatori.

La nostra azione si è sviluppata coerentemente con il mandato costitutivo ma sicuramente molte delle cose che avremmo potuto o dovuto fare si sono scontrate con molti muri – trovati e a volte costruiti da noi stessi – tali da rendere difficile un percorso lineare e determinato verso un obiettivo e dei risultati possibili che anche per questo non abbiamo totalmente raggiunto.

Con questo documento intendiamo aggiornare la nostra azione al quadro di riferimento nel quale oggi ci troviamo sul piano politico ed istituzionale.

In coerenza con gli obiettivi di ANCI nazionale, vogliamo verificare i processi in atto, definire cosa vogliamo fare anche alla luce di ciò che abbiamo fatto e del dove vogliamo e possiamo andare.

Premessa

Quando a fine ottobre del 1995 a Sorrento, all'interno di una Assemblea Generale dell'ANCI, "*inventammo Federsanità*" lo facemmo per necessità.

Il dato oggettivo "*il pesantissimo tentativo di privatizzazione della sanità pubblica al quale ci troviamo di fronte nel 1992 e la contestuale estromissione delle comunità locali dalla sanità*" furono gli elementi che ci costrinsero a riflettere e ad agire.

Non intendo esprimere un giudizio politico di merito, voglio dire che in quel momento chi governava il Paese la vedeva così. Questo fu un fatto che rimise in discussione una situazione che si stava consolidando.

La legge 833/78 prevedeva i Comitati di Gestione indicati da un livello superiore di controllo e di governo rappresentato dalle Associazioni Intercomunali.

I Sindaci o i loro delegati erano dunque impegnati direttamente all'interno della gestione della sanità.

Non voglio nascondere ciò che accadde in quegli anni - dalla Val d'Aosta alla Sicilia - ne dimenticare i fatti nefasti e delinquenziali che hanno attraversato la sanità italiana, per anni e ad ogni latitudine, ma dobbiamo avere anche memoria delle cose buone, dei tentativi per una buona sanità al servizio dei cittadini, che furono molti, specialmente in alcune delle Regioni più strutturate ed avvedute.

Fu chiamata la stagione dei "*trombati*" politici da ricollocare, che occupavano direttamente i posti di direzione e gestione di una sanità non più compresa dai cittadini come punto di erogazione di servizi sanitari utili ed efficaci ma bensì di esercizio partitico del potere politico in sanità.

Da qui lo scempio, gli scandali, la devastazione di un sistema, che sconvolgendo la politica, ma anche le professioni, in un mix negativo per tutti, produsse, quasi automaticamente, in un tentativo di pesante cambiamento, una proposta di aziendalizzazione, con il DLgs 502/92, predisposta dal Ministro Di Lorenzo, rappresentante di un partito che a suo tempo si era opposto alla Legge 833/78, quale strumento necessario a superare la gestione del passato, a collocare il Servizio Sanitario Nazionale nell'alveo di un controllo centrale fermo ed univoco che estrometteva i Comuni, modificava, comprimendoli, gli ambiti territoriali della gestione, regionalizzava la sanità e la rendeva meno libera e partecipata.

Da parte degli Enti Locali non ci fu immediatamente una opposizione. Fu tenuto un profilo istituzionale di attesa, per cercare di capire il punto di approdo di un sistema mutuato dal privato, pensando da subito che in ogni caso che almeno potesse servire per razionalizzare i percorsi, per rendere più decisi e meno dispersivi gli interventi.

Molti di coloro che allora seguivano queste vicende, preoccupati di un'aziendalizzazione, che puntando velocemente verso una sorta di privatizzazione, estrometteva i Sindaci - Autorità Sanitarie Locali - dal processo di verifica e responsabilità in sanità, comprendevano che venivano in quel modo ancor di più lasciati ad essere attenti al mero controllo sui negozi alimentari, sugli animali abbandonati, sui certificati di morte e via dicendo.... cose importantissime ma molto distanti dalla responsabilità di un eletto dal popolo rispetto alla sua comunità.

Poi, approfondendo, avvertimmo tutti il pericolo dell'espropriazione di un ruolo, del venire a mancare di una responsabilità, non soggettiva ma oggettiva, nei confronti dei cittadini che amministravamo e conseguentemente avviammo una azione di recupero determinato e costante. Nel 1993, a Riva del Garda, nell'ultima giornata di quell'Assemblea Generale dell'ANCI, di fronte al Ministro Maria Pia Garavaglia, riaprimmo una Assemblea ormai conclusa, con una discussione politica amplissima e produttiva.

Da quel confronto nacque il DLgs 517/93, che introduceva la Conferenza dei Sindaci, "*Organismo di rappresentanza degli Enti Locali*". ***I Sindaci - anche se timidamente - rientravano in sanità.***

Volemmo l'"Organismo" e non l'"Organo" perché fino da allora eravamo consapevoli che non intendevamo gestire la sanità ma solamente stare all'interno dei processi di programmazione, di verifica e controllo e di partecipazione ai processi della sanità.

La chiave di volta, della nascita di FederSanità ANCI, è in questo passaggio.

Veniva a cadere la struttura ANCI - Sanità - che era composta da Presidenti e Membri dei Comitati di Gestione - ed iniziammo a lavorare ad una soluzione innovativa e davvero stimolante.

Costituimmo *Federsanità-ANCI* in base ad alcuni concetti e criteri molto chiari.

Nei DLgs 502/92 e 517/93 le Aziende si chiamano Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) e Aziende Ospedaliere (AO) nessuno ha mai cambiato questo riferimento, forse nel DLgs 229/99 lo si è addirittura

esaltato. Tutto ciò è importante perché la parola “unità” è quella che lega le Aziende al territorio. ***A volte il nome diventa effetto e causa delle valutazioni.***

Ovviamente siamo sempre stati disponibili ad una riflessione diversa per quel che riguardava le Aziende Ospedaliere ma per le Aziende territoriali questa concezione l’avevano sin dall’inizio.

Costituendo *Federsanità* considerammo dunque le Aziende territoriali - e le abbiamo continuate a considerare come tali da allora - una sorta di *istituzione locale* nella quale il Direttore Generale, pur avendo un rapporto fiduciario con chi lo nominava, volente o nolente, diventava contemporaneamente una sorta di rappresentante della politica sanitaria regionale ma anche colui che deve colloquiare con la politica nel territorio, con la Conferenza dei Sindaci e con il sistema delle Autonomie.

Federsanità nasce dunque come federazione di rappresentanza e di servizio delle Aziende Sanitarie, attraverso i Direttori Generali e delle Conferenze dei Sindaci, attraverso i Sindaci.

Ripensando ai Programmi politici che si sono confrontati nelle ultime elezioni politiche devo dire che avere trovato in entrambi l’affermazione che i Comuni non possono stare al di fuori del governo e della programmazione delle tematiche sanitarie, mi ha fatto piacere.

Per noi che abbiamo operato per anni senza contrasti politici al nostro interno questa è un’acquisizione forte e per noi un risultato importante che legittima quanto abbiamo fin qui fatto.

Ovviamente questa presenza deve essere limitata alle loro reali competenze.

Nel frattempo c’è stata la riforma del Titolo V e la riscrittura dell’Art. 119 della Carta Costituzionale ed è stato celebrato un referendum che non ha confermato la legge sulla cosiddetta “devoluzione”.

Oggi - in una situazione di relativa stabilità legislativa - noi dobbiamo essere disposti a confrontarci su qualunque idea di innovazione o adeguamento legislativo che possa essere prevista, sapendo che sia nel caso di una sanità materia concorrente o di competenza assoluta delle regioni non potrà cadere il presupposto politico che le Giunte Regionali, dal punto di vista della programmazione, debbano *“fare i conti”* con il sistema delle Autonomie. Per questo noi pensiamo che questa nostra iniziativa debba continuare, crediamo anche però che debba essere in qualche modo aggiornata.

Il Governo si è presentato al Parlamento e si è avviata la discussione sulla Legge Finanziaria.

Non ci interessano le polemiche fra le parti politiche che si stanno legittimamente confrontando sulla qualità e quantità degli interventi proposti. Intendiamo leggere la proposta del Governo e il dibattito in Parlamento laicamente, confrontandoci sui fatti reali e sui risvolti che le scelte della politica avranno per i cittadini e per il loro diritto di cittadinanza.

Chi, come noi, crede nel servizio pubblico deve agire per promuovere la capacità di adattamento delle strutture sanitarie pubbliche, dei policlinici universitari, delle organizzazioni territoriali, di nuove forme istituzionali che stanno crescendo nel Paese, per stimolare la presa di coscienza su un sistema sanitario che deve e può rispondere allo spirito universalistico, per il diritto alla salute, che la nostra Costituzione indica come diritto generale.

Lavorare per questo diritto è la risposta più qualificante che si possa offrire anche per superare contrapposizioni tra pubblico e privato, specialmente dal punto di vista culturale ed operativo.

E' con quest'ottica che valuteremo i risultati e le soluzioni proposte dalla legge finanziaria. Se anche la parte legata ai sacrifici sarà indirizzata verso il sostegno ai più deboli e per questo è necessario il contributo dei più abbienti, non ci scandalizzeremo sicuramente.

E' per questo che il testo di Legge Finanziaria proposto al Parlamento, se letto congiuntamente al Patto per la Salute, concordato fra Governo e Regioni è in ogni caso rassicurante per il servizio sanitario nazionale.

Per la prima volta ci troviamo di fronte ad un periodo di tre anni nel quale c'è garanzia di risorse a copertura dei servizi. Dovremo capire bene come si svilupperà la manovra ma il fatto che le risorse messe a disposizione dallo Stato centrale (96 miliardi nel 2006 fino a 102 miliardi nel 2009), compresa la previsione del fondo di accompagnamento di 1 miliardo per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea, è certamente una previsione di tranquillità che dovrebbe consentire al sistema di stare in equilibrio e dare alle regioni in maggiore difficoltà il tempo di organizzarsi per mantenere gli obiettivi di tenuta finanziaria.

FederSanità deve contribuire con la sua azione a sostenere tutte quelle iniziative che metteranno in moto le misure di riorganizzazione richieste . Uno degli obiettivi prioritari della nostra azione deve essere quello di offrire alle Aziende ed enti associati modelli di riferimento sperimentati che abbattano eventuali sprechi e inefficienze nel segno dell'appropriatezza.

E' evidente che il miglioramento dei servizi ai cittadini dove c'è carenza qualitativa e quantitativa, il mantenimento dei livelli raggiunti dove i servizi sono una realtà acquisita è un obiettivo da perseguire con tenacia avendo presente che la salvaguardia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) è un punto dal quale non transigere se vogliamo che l'azione amministrativa degli enti locali sia in grado di affrontare con coerenza la sua responsabilità in ordine ai Livelli Essenziali di Assistenza Sociale.

Un vero spirito solidale, una vera sussidiarietà, sono rappresentati dalla capacità che tutti avremo nel mantenere quell'universalismo che ci distingue in Europa e nel mondo.

Il Patto per la Salute indica alcune azioni specifiche la cui attuazione è impegnativa e per dare risultati positivi si deve avvalere anche della capacità dei gestori della Sanità Pubblica. Nello specifico:

- *adeguamento dello stanziamento pluriennale ex art. 20 della legge 67/88 per il cofinanziamento degli investimenti nel SSN in modo da consentire la definizione di nuovi accordi di programma per la qualificazione delle strutture sanitarie, l'innovazione tecnologica e il superamento del divario Nord-Sud con particolare riferimento all'assistenza oncologica e alle malattie rare; inserimento della tematica "sanità-sviluppo economico" tra le finalità per l'utilizzo dei fondi strutturali dell'Unione Europea 2007-2013*
- *aggiornamento dei LEA ai nuovi bisogni di assistenza; revisione e ampliamento dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, analisi dei costi delle prestazioni ricomprese nei LEA, assumendo come riferimento i costi delle pratiche più efficienti*
- *attivazione di un sistema di monitoraggio basato su un "pacchetto" adeguato di indicatori, concordato tra Ministeri della salute, dell'economia e finanze e Regioni*
- *promozione e valorizzazione delle risorse umane del SSN e partecipazione del personale medico e delle altre professioni sanitarie al governo del sistema*

- *riorganizzazione e potenziamento della rete delle cure primarie promuovendo forme evolute di associazionismo tra i medici di medicina generale e di integrazione con l'attività dei distretti sanitari; sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria a partire dall'assistenza alle persone non autosufficienti; messa in rete e monitoraggio dell'attività prescrittiva dei medici di medicina generale*
- *riorganizzazione e umanizzazione della rete ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle Regioni che hanno fatto registrare elevati disavanzi; razionalizzazione dei sistemi di acquisto di beni e servizi attraverso modalità di esercizio sovraaziendale e di centralizzazione degli acquisti*
- *programma per la promozione permanente della qualità del Servizio sanitario nazionale che faccia perno su: l'attuazione di forme costanti e strutturate di monitoraggio del gradimento dei servizi da parte dei cittadini-utenti; il potenziamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario*

In virtù di questo come FederSanità dobbiamo pensare al come organizzarci per dare il nostro contributo.

Penso che saremo in grado di produrre idee e offrirle ai nostri associati in modo che il livello di rappresentanza e servizio che a loro dobbiamo si possa fondere in azioni concertate fra il mondo delle aziende e quello dei comuni per non disperdere alcuna potenzialità, interna ed esterna, per raggiungere questi obiettivi.

Per questo dobbiamo guardare con attenzione a tutte quelle iniziative che tendono a liberalizzare le capacità e responsabilità individuali e a quelle forme associate cooperativistiche, del volontariato ed anche le imprese private che – accettando le regole pubbliche – intervengono nel mercato sociosanitario e socioassistenziale.

Dobbiamo mettere in movimento una “rete per la salute” nella quale ognuno trovi i motivi veri di un’impegno che vada oltre l’ordinario. Intendo dire che ferme restando le singole specificità per ottenere risultati importanti sul piano professionale o della propria attività imprenditoriale viene il momento nel quale fare sistema non è una concessione ad altri ma un beneficio per sé. La sostenibilità del sistema di welfare di un paese è il portato della responsabilità di tutti gli attori e dei beneficiari dello stesso.

Quando si tratta di garantire il diritto costituzionale alla salute delle persone il controllo e l’indicazione degli ambiti possibili di intervento sono un preciso dovere dell’iniziativa e della programmazione pubblica.

Per questo ed altri motivi, l'Italia non può permettersi di fare mancare ai Sistemi Sanitari Regionali, con un forte coordinamento del Ministero per la Salute, le risorse necessarie a garantire questo diritto. Ormai è culturalmente acquisito dai cittadini che la maggior parte delle risorse finanziarie per la sanità derivano dalla fiscalità ordinaria. Questo pretende una grande oculatezza distributiva, gestionale e sistemica nell’individuare al meglio come erogare servizi di qualità, appropriati, efficienti ed efficaci. **Penso che iniziamo ad essere sulla buona strada.**

Noi in Italia abbiamo una buona sanità. Vogliamo mantenerla a questo livello, vogliamo elevarla in quelle regioni dove le sacche di inefficienza e l’inadeguatezza della risposta sono evidenti.

Ecco perché nella Legge Finanziaria noi non cerchiamo i motivi dello scontro. Vogliamo leggervi le risposte che servono alla tenuta del sistema sanitario, alla possibilità che i Comuni siano in grado di definire i loro bilanci senza dovere ridurre le risorse per le politiche di quel welfare community che sta contribuendo, molto, alla stabilità e sostenibilità anche dei servizi sanitari.

Vogliamo attenzione verso i Comuni più piccoli, quelli montani e quelli delle piccole isole, a quelli delle Regioni dove c’è forte ritardo organizzativo, quando non c’è addirittura assenza di un qualsivoglia servizio alla persona.

In questi ultimi anni non si sono solo modificate o innovate alcune forme istituzionali o vari modelli di Piani Sanitari Regionali, ma sono cambiate anche le forme riferite alla sostanza economica, alle potenzialità finanziarie degli enti locali, delle loro responsabilità e alla pressoché totale impossibilità dei Comuni di poter decidere delle proprie spese all’interno dei propri enti.

Pensiamo che il diritto di cittadinanza debba essere un diritto garantito e quindi non potremmo sopportare una dimensione finanziaria, per le politiche di solidarietà sociale, per i diritti delle persone in difficoltà, per i non autosufficienti, non all'altezza di quanto assicurano, oggi, le leggi del nostro Paese.

Un Ente Locale deve impostare sempre ogni sua azione in termini generali, deve considerare i diritti dei cittadini, tutti, nella loro globalità, deve avere poi la capacità di capire quali siano le priorità, ma non può scegliere una priorità e abbandonare il resto, perché un attimo dopo che ha fatto la scelta ciò che si è lasciato da parte diventa anche quello una priorità.

Un'Azienda Sanitaria deve obbligatoriamente rispondere al titolare dell'Azienda: la Regione. Molto spesso su logiche esclusivamente economicistiche, di recupero di risorse per rientrare nei limiti di bilancio o per aspettare l'arrivo in cassa delle risorse concordate.

Sappiamo che questo può accadere e quindi il problema è come affrontare quegli eventi che distorcono un percorso ordinato di gestione, un percorso che naturalmente dovrebbe essere legato alla programmazione regionale, locale ed aziendale ed al loro rispetto.

Anche per questo è utile ribadire la nostra disponibilità a contribuire a questo processo, nell'ambito delle nostre competenze, con la responsabilità che ci deriva dalla nostra provenienza e con l'impegno a costruire e individuare percorsi utili al controllo responsabile della spesa pubblica complessiva partendo da ciò che potremmo individuare come pratica ordinaria all'interno delle Aziende Sanitarie e nell'economia dei servizi di competenza dei Comuni, per gran parte tenuti ad applicare il "Patto di stabilità interno".

Per una sanità sostenibile non vuole essere solo uno slogan ma un impegno ad operare in tal senso, sul piano politico, amministrativo e gestionale, da parte di tutti i nostri associati.

Le Regioni e i Comuni

Una forte coerenza fra il disegno di Stato che abbiamo costruito in Italia e le risorse per sostenerlo è dovuta.

Per questo ci convince sufficientemente la posizione delle Regioni che sostengono:

“...l'aumento della spesa sanitaria è dovuto ad una molteplicità di fattori, alcuni dei quali controllabili dal Servizio sanitario, altri no; tra questi ultimi va citato l'invecchiamento della popolazione e l'incremento del tenore di vita, rispetto al quale la spesa sanitaria è direttamente proporzionale. Questa è la ragione principale dell'introduzione di soglie assistenziali predefinite (LEA) che di fatto sanciscono il principio che l'assistenza sanitaria è un diritto compatibile con le risorse disponibili.

È vero invece che l'insoddisfazione del cittadino è originata in gran parte da problemi organizzativi (accessibilità, informazione, cortesia), questi sì risolvibili e fonte di sicuri risparmi.

Il sistema sanitario, dopo il Dlgs. 517/93 e la finanziaria '95, appare caratterizzato dalla presenza di due parti contrapposte e ben separate tra loro: l'acquirente di servizi (U.S.L., Regione), il produttore di servizi (U.S.L., Ospedali, Presidi).”

Ed ancora nella discussione fatta sul DPEF:

“...la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sottolinea la necessità di improntare i rapporti tra Stato e Regioni sulla concertazione, il confronto e il dialogo al fine di pervenire a scelte condivise nella prospettiva di un rilancio dell'economia del Paese. Le Regioni, anche a seguito del referendum costituzionale, rappresentano gli interlocutori istituzionali in grado di esprimere la sintesi delle sensibilità e delle priorità territoriali e sono disponibili a definire con il Governo progetti per lo sviluppo economico, territoriale e del welfare condividendo il monitoraggio della spesa pubblica per meglio individuare i settori di intervento da finanziare con i risparmi possibili che il medesimo sistema potrà far emergere per aumentare il grado di trasparenza della spesa nella Pubblica Amministrazione.”.....

Per coerenza è evidente che ai Comuni spetta il ruolo di lettori diligenti delle esigenze dei loro territori, di essere i come soggetti deputati ad indicare il rapporto fra aspettative e bisogni dei cittadini e possibilità del sistema di soddisfarle. In questo quadro anche i Direttori Generali assumono oggettivamente un “ruolo politico” quasi una istituzione sanitaria locale che rappresenta gli interessi regionali come interfaccia dei sindaci e raccoglitori intelligenti delle esigenze, quasi un filtro preventivo sulla possibilità di realizzazione delle richieste all'interno della programmazione regionale, aziendale, territoriale. Questo in particolare modo nelle realtà locali dove permane l'affidamento per delega, da parte degli Enti Locali verso le Aziende USL, per la gestione dei servizi sociali.

Credo che si debba ragionare partendo da un presupposto che negli ultimi anni, dopo la Legge 328/2000, dopo una presa d'atto diversa, in ordine ai servizi, da parte degli stessi enti locali, qualcosa è cambiato e che con questo cambiamento dobbiamo misurarci.

Vogliamo operare nel solco di quanto indicato dalla Conferenza delle Regioni: indicazioni che consideriamo le nostre perché sono frutto delle stesse sensibilità e necessità.

Nei due settori di intervento le Regioni rivendicano:

Politiche Sociali

“Determinare i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS), competenza della Stato, nodo irrisolto della riforma del welfare. È necessario che lo stato determini ed espliciti i criteri e l'entità della propria compartecipazione al cofinanziamento delle prestazioni sociali erogate dal sistema dei servizi e interventi in capo a comuni e regioni in aggiunta a quanto già erogato attraverso il Fondo Nazionale per le Politiche sociali (FNPS)

Proseguire l'azione di adeguamento del finanziamento del FNPS;

Istituire un Fondo per la non autosufficienza. Il trend demografico di invecchiamento della popolazione richiede un preciso impegno del governo nel vincolare al tema delle cure per la non autosufficienza di anziani e disabili una quota definita di risorse;

Individuare forme di sostegno al reddito a favore dei cittadini in condizione di disagio economico a co-finanziamento Stato-Regioni-Enti Locali;

approvare modifiche all'attuale ordinamento tributario, verificando la possibilità di introdurre un elemento di riferimento quale il quoziente familiare.”

Politiche Sanitarie

“In particolare:

Ribadire l'esigenza di pervenire alla definizione quali-quantitativa dei LEA e ad un loro pieno finanziamento ed attivare il lavoro per la definizione di costi standard (medi nazionali o migliori performance) in un'ottica di ottimizzazione della spesa.

Risolvere le questioni economico-finanziarie degli anni pregressi sorte a causa della sottostima dei LEA e degli oneri contrattuali.

Rivedere il meccanismo delle anticipazioni (rate mensili finanziamento SSN) che devono essere commisurate al 97% della quota di competenza. Le regole sulle erogazioni alle Regioni dovranno essere integrate prevedendo, accanto ai vigenti meccanismi

sanzionatori, un sistema di premialità, nel caso di rispetto del patto di stabilità, in termini di risorse aggiuntive, anche solo nella misura dell'1% annuo delle risorse sanitarie assegnate, da utilizzare per investimenti in materia di edilizia sanitaria (ad esempio nell'ambito dei programmi individuati nell'intesa istituzionali di programma)."

"Le Regioni ritengono altresì necessarie politiche e misure a favore delle Regioni in ritardo di sviluppo per colmare i gap strutturali e infrastrutturali esistenti tra i territori anche attraverso l'introduzione del principio e di alcuni strumenti di fiscalità di vantaggio. Ovviamente in una situazione di risorse scarse, il problema da porsi, oltre alla solidarietà tra aree a diverso sviluppo, è la valutazione della produttività del capitale pubblico investito."

FederSanità ANCI ha ben presente che un tema tra i più rilevanti nel momento attuale è quello relativo al rapporto tra sanitario e sociale.

Nel dibattito che si è sviluppato in questo periodo abbiamo sostenuto che non ha senso che su una questione come quella della salute ci sia una parte realizzata con normativa precise e cifre sicure e una parte orfana e povera.

Se noi parliamo di LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e di LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale) ci rendiamo conto che i primi ci sono, con una percentualizzazione economica specifica, assegnata e a copertura dedicata, ma l'altra parte, quella socioassistenziale non c'è.

**Non esiste lo stesso livello di valutazione dell'essenzialità per quanto riguarda il sociale!
Siamo dunque orfani di un processo di riconoscimento, addirittura di ruolo politico.**

Se il sociale è responsabilità amministrativa degli Enti Locali e ai Comuni non si consente di esercitare il loro ruolo di programmazione, non si consente la costruzione coerente del bilancio dell'Ente, perché mancano i presupposti normativi, i parametri di riferimento, come si fa a redigere il Piano di Zona, non sapendo ciò che deve essere garantito come essenziale ai propri cittadini?

Ad oggi avendo coperti sul piano normativo soli i LEA, è oggettivamente il fondo sanitario che decide quanto altri debbano pagare senza che abbiano concorso alla costruzione di questo processo.

Quindi chiediamo con forza che anche sui LIVEAS ci sia una definizione come su tutto il resto. Si tratta infatti dell'unico modo di rimettere in pari una situazione che ci possa consentire di essere credibili anche nei processi di programmazione.

La diversa compatibilità e sostenibilità economica ha fatto sì che i LEA siano diventati in qualche Regione livelli essenziali "*possibili*", in qualche altra livelli essenziali "*uniformi*" o "*minimi*".

L'aggettivo, cambiando, determina il diritto diseguale del cittadino, decide se quel diritto si potrà garantire, asservendolo alle risorse che si hanno!

Questo non rappresenta la salvaguardia di un diritto costituzionale!

Su questo terreno c'è una necessità di confronto con chi governa a livello centrale e regionale perché magari si dovrà dare qualcosa di meno a tutti, ma quello che decidiamo che deve essere garantito dobbiamo garantirlo dalla Val d'Aosta alla Sicilia.

**Non possiamo permetterci 21 sanità diverse, non possiamo permetterci 21 risposte sociali diverse!
FederSanità ANCI non pensa certamente ad un Ministero della Salute oppressivo e centralistico ma regolatore e garante sì.**

Abbiamo già detto che non rinneghiamo i percorsi fatti finora sul federalismo ma si deve fare in modo che le regole, i grandi obiettivi di salute, le grandi campagne di salute siano trasformate in LEA esigibili e siano finanziate a livello nazionale.

Bisogna fare in modo che siano quelli i temi costituenti del Fondo Sanitario Nazionale, quelli che noi chiediamo ai cittadini italiani di finanziare attraverso la fiscalità ordinaria e non attraverso altre forme, inconsuete e non garantite. **Un tema fra tutti: il Fondo per la non Autosufficienza. Un percorso che sembra finalmente destinato a partire con i primi fondi (50 Milioni di Euro per il 2007) stanziati nel DdL Finanziaria 2007 (Art. 198).**

Alcune Regioni stanno tentando di farlo al loro livello, e va bene perché può essere uno sprone ed uno stimolo ma noi non pensiamo ad un Fondo che sia la sommatoria dei fondi regionali, perché

rappresenterebbe un'altra modalità che non dà pari garanzie ai cittadini non solo in termini di quantità ma anche di qualità, ad iniziare dalla fonte per il reperimento delle risorse necessarie.

La maggior parte delle Regioni – al pari del Governo centrale – ondeggiava tra tasso di scopo, assicurazione e mutua, tra volontarietà ed obbligatorietà della contribuzione, ma, non decidendo, sostanzialmente lasciano che il tempo aggravi il problema. Eppure le esperienze degli altri Paesi europei che sono intervenuti a sostegno della non-autosufficienza sembrano condividere, pur con modalità, accentuazioni ed enfasi diverse, la *tempestività dell'intervento* ed il tentativo di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura (*cash and care*).

FederSanità ANCI pensa che sia necessario un Fondo Nazionale, indicativo di una volontà vera nel rispondere alle mutate condizioni demografiche del Paese, a quella che sta diventando una reale emergenza nazionale.

Questa è una battaglia comune che secondo noi va fatta! Questa è una battaglia alla quale noi dovremmo partecipare!

Consideriamo il fondo per la non autosufficienza il primo vero LEA nazionale: uguale per tutta Italia, esigibile in tutta Italia.

Alle Regioni vogliamo anche confermare che *FederSanità* non ha alcun interesse ad intromettersi nelle questioni della gestione.

Lo diciamo agli Assessori Regionali e anche a quei Direttori Generali che pensano che l'ingresso dei Comuni in sanità ed un loro rapporto con le Aziende Sanitarie possa portare a questo.

Una cosa è il compito di co-programmazione e di concertazione rispetto agli obiettivi da raggiungere, altra cosa è la gestione, che deve essere dei professionisti, deve essere di chi sa farla. Noi vogliamo decidere insieme – esclusivamente - gli obiettivi e fare le verifiche e i monitoraggi necessari alle valutazioni sul raggiungimento dei risultati previsti.

Il sistema delle Aziende Sanitarie non è assimilabile ad un sistema produttivo nazionale di una grande impresa industriale: la sanità non produce bulloni, produce diritti, produce garanzia di salute e le sue risorse sono tutte pubbliche.

Anche in questi ultimi anni, in cui si è obbligati al contenimento della spesa, comunque è stato garantito il ripiano finanziario di ciò che si spende per la salute dei cittadini italiani. Se il Fondo Sanitario è costituito prevalentemente dalla fiscalità generata dai cittadini italiani, non c'è rischio d'impresa, c'è soltanto da applicare una gestione oculata, corretta e coerente delle risorse nazionali.

Da questo punto di vista la sanità non può essere assimilata a nessuna impresa privata o ad alcuna organizzazione o aggregazione o associazione che rappresenti questo tipo di impostazione.

Cosa diversa – a cui non siamo assolutamente chiusi – è il rapporto corretto fra il Sistema Sanitario pubblico, il Sistema delle Autonomie ed il privato che opera all'interno della sanità e del sociale. Ben venga il *privato privato* e ben vengano il *privato sociale* - il terzo settore - perché rappresentano tutti risorse che messe in rapporto fra loro ci facilitano il raggiungimento degli obiettivi e ci danno le condizioni per poter forse risparmiare - complessivamente e senza mortificare nessuno - esaltando anzi molto spesso le volontà e le capacità imprenditoriali che questi settori stanno dimostrando di avere.

In questo ambito sono in ogni caso necessarie delle regole. In molte Regioni si sta cambiando il sistema di raccordo fra soggetti e questo fa diventare più difficile l'esistenza di regole unitarie. In ogni caso non possiamo pensare di utilizzare le competenze e le capacità gestionali di queste realtà e contemporaneamente adottare la tipologia dell'appalto al massimo ribasso nell'affidamento dei servizi con il rischio che quelli che progettano non siano poi quelli che gestiscono. **Dobbiamo trovare forme che esaltino la qualità progettuale e che diano dei punti di gradiente che consentano di avere delle priorità.**

C'è un grande lavoro ancora da fare ed è un lavoro che si può compiere adeguatamente insieme. Solo se si lavora bene fra il Sistema Sanitario pubblico ed il sistema della rappresentanza locale è possibile rispondere con coerenza ai bisogni territoriali. ***Abbiamo in ogni caso lavorato bene in molte Regioni. Hanno lavorato bene le nostre Federazioni Regionali.***

Al di là delle molte contraddizioni e dei diversi modelli regionali questo è stato possibile perché in qualche modo i Comuni hanno partecipato ai tavoli del confronto e si sono assunti delle responsabilità.

Con amarezza possiamo dire che se verificassimo i dati negativi, sul piano economico e dei servizi della sanità nazionale, ci renderemmo conto che le situazioni peggiori nell'utilizzo delle risorse assegnate le abbiamo laddove non c'è stata la capacità di scegliere, dove non si è avuto il coraggio di andare avanti, di dire ad esempio che un piccolo ospedale va riconvertito in una struttura di tipo diverso quando non risponde ai requisiti di sicurezza e qualità; che un poliambulatorio, vicino al cittadino e che fornisce subito una risposta vera, forse è più utile di un ospedale obsoleto; che una organizzazione distrettuale appropriata offre garanzie più alte ed immediate sui servizi al livello in cui sono richiesti.

Dobbiamo avere questo coraggio politico e lo possiamo fare esclusivamente lavorando con “gli eletti dal popolo” a tutti i livelli e mettendo il sistema aziendale, il sistema dell'organizzazione tecnocratica ed il sistema della programmazione regionale, insieme in un grande sforzo ideale. Se così non fosse non riusciremmo a cambiare i risultati e ogni anno saremmo di fronte ad un aumento di spesa di molti miliardi di euro, non giustificabili e, ancora più pericolosamente, non controllabili.

Sappiamo tutti che se non seguiamo una logica di sostenibilità corriamo il rischio che la deriva sia quella del taglio dei servizi.

La sanità in questi anni è stato il settore che ha fatto più passi in avanti per la sua conversione ed adeguamento, che ha avuto più rivoluzioni, più ristrutturazioni e più autoconvincimento nel cambiare se stesso di qualunque altro settore produttivo e non in Italia.

Dobbiamo continuare in un confronto, positivo ed unitario, che fondi sulla concertazione continua il metodo operativo per ben agire.

A tal fine è necessario che in ogni Regione sia istituita e resa funzionante la Conferenza Permanente di Programmazione Sanitaria e Sociale, unico strumento - previsto dal DLgs 222/99 ed oggi presente in ancora troppe poche realtà – in grado di rappresentare un riferimento certo per le Conferenze ed i Comitati ristretti dei Sindaci.

Il Welfare che vogliamo

La società italiana ha vissuto e vive in questo decennio un'epoca di rapidi mutamenti, che hanno investito i rapporti tra società e Stato, i rapporti tra i privati, i concetti stessi sui quali si è costruito un pensiero discriminante fra pubblico e privato. Una certa tendenza neoliberalista ha messo in discussione lo Stato sociale italiano come fino ad oggi disegnato, trovando una situazione favorevole perché va riconosciuto che anche la risposta pubblica del sistema di benessere sociale non sempre ha brillato e brilla per qualità e diffusione.

Si è pensato fortemente che il privato potesse essere la panacea dei mali pubblici e garante delle risposte ai bisogni primari delle popolazioni ma si è verificato che non sempre è così e che anche nel privato persiste una concezione assistenzialistica ed autoreferenziale legata alla garanzia delle convenzioni con il pubblico e meno allo spirito imprenditoriale.

Le politiche sociali sono politiche di sviluppo

In molte città, in molti ambiti territoriali pluricomunali, si stanno predisponendo dei veri e propri Piani Regolari del Sociale, Piani Integrati di Salute, Patti Territoriali per la Salute, Piani sociali di Zona ed altro ancora. Da ognuno di questi strumenti emerge chiaramente la centralità della lettura del territorio nella sua complessità e si predispongono risposte plurali, non settoriali, alle domande di servizio che provengono dal territorio interessato.

In definitiva ci si interroga sempre più sulla necessità di una lettura larga dei bisogni e delle risposte, di una ricerca che dia l'opportunità di costruire strumenti utili ed immediati, leggeri ed agevoli nell'uso, economici e integrati, per offrire un welfare di comunità realistico e gestibile complessivamente dalle presenze organizzate di quel territorio: siano esse pubbliche, private o del privato sociale.

Si sta cioè operando per mettere insieme i sistemi, per fare uno sforzo a rete, per leggere il territorio nelle sue mille sfaccettature: assistenza, inclusione, casa, immigrazione, scuola, formazione, servizi pubblici, famiglia e vicinato.

Tutto questo serve anche a mettere in moto un sistema economico, di sviluppo produttivo, riconoscendo il ruolo dei soggetti sociali, delle fondazioni, del terzo settore, del volontariato, delle imprese. **L'assunto è che le politiche di welfare producono domanda di risposta sociale, producono interessi e mercato, fanno impresa.**

Il ruolo del sistema sanitario territoriale (Az. USL) e quello della rete locale (Comuni) e delle politiche di welfare che esprimono sono un elemento rilevante in una lettura integrata di come il sistema debba rispondere alla domanda di servizi.

Da qui deve scaturire l'impegno di FederSanità ANCI come soggetto di rappresentanza che non deve essere solo strumento dell'ascolto e della ricerca dei bisogni ma anche promotore delle risposte, osservatrice attenta dei diversi modelli che si stanno affermando, soggetto di servizio alle Aziende ed ai Comuni per indicare gli strumenti della risposta, per individuare i partner utili a fare rete.

Un Welfare solidale e partecipato deve prestare attenzione nel selezionare coloro che devono essere i fornitori dei servizi, i gestori delle strutture, i destinatari dell'accreditamento obbligatorio per avere affidati i servizi.

Aziende Sanitarie e Comuni, possono fare molto. Presentarsi come il primo anello di un sistema che opera unitariamente è un segnale importante per tutti gli altri soggetti che interagiscono nel settore.

Specialmente le Aziende sono il soggetto al quale guardare con la massima attenzione perché è lì che c'è la risposta scientifica al bisogno importante: nell'azienda risiede la professionalità che ti dà la garanzia e la qualità dell'intervento. Questo carica di forte responsabilità il sistema aziendale nell'individuazione dell'appropriatezza della risposta e nella non cedevolezza ad una deriva residenzialista che potrebbe essere avanzata dai cittadini meno abbienti.

In questo è rilevante la capacità di programmare insieme agli Enti Locali il sistema di tutela sociale da garantire senza che abbia cadute assistenzialistiche che contrasterebbero con quello che noi pensiamo debba essere un welfare sostenibile ed esigibile: risposte certe a bisogni evidenti e certificati, risposte immediate ad esigenze urgenti e documentate, accompagnamento professionale con presa in carico diretta del soggetto in bisogno per guidarlo nel percorso assistenziale più appropriato, compartecipazione diretta o di altri nella logica della sostenibilità economica, da garantire anche con un diverso peso economico, rispetto alla diversa potenzialità e disponibilità finanziaria degli assistiti, con la compartecipazione.

Se prendiamo ad esempio il problema della mutata realtà demografica, della maggiore attesa di vita, ci rendiamo conto che la generica *domanda di tutela e cura* è destinata a salire, soprattutto in relazione alla numerosità della componente anziana all'interno della popolazione. A fronte di questa dinamica, per altro, la famiglia è in oggettiva difficoltà nella propria capacità di ricoprire il tradizionale ruolo di caregiver.

L'insieme di queste due componenti sembra confortare la tesi secondo cui per la programmazione di taluni spezzoni d'offerta socio-sanitaria potrebbe prevalere la demografia sull'epidemiologia, giacché invecchiamento è sinonimo di *cure a lungo termine* (per cronicità più riacutizzazioni) che vanno portate in ambiti molto diversificati tra loro (ospedali, strutture sanitarie intermedie, case di riposo, domicilio) e di *non autosufficienza*.

Già oggi, in alcune Regioni, ogni due persone in età 30-59 ve ne è almeno una che ha bisogno di essere accudita; in aggiunta, le proiezioni sull'andamento nel tempo di tale indice indicano che nel 2030 (e non tra cento anni) vi saranno nelle stesse aree geografiche quasi 3 persone bisognose di cura ogni 4 adulti in età 30-59, con un incremento della *pressione di cura sull'età centrale* pari – nel periodo considerato - all'incirca al 50%. Rispetto allo scenario descritto, le famiglie, se lasciate sole (socialmente, ma anche finanziariamente), difficilmente riusciranno a tenere.

A fronte di un fabbisogno stimato in circa 15 miliardi di Euro per anno, oggi l'Italia spende per l'assistenza sociale circa 6,5 miliardi e si trova nella situazione di dover individuare le fonti di finanziamento per un settore da tutelare che solo 30 anni or sono era di dimensioni insignificanti, ma che ora, con l'allungamento dell'aspettativa media di vita, è, in prospettiva, in aumento progressivo.

A maggior ragione, per garantire una assistenza il più larga possibile è necessaria una auspicabile presa in carico globale del cittadino rispetto ai suoi bisogni, eliminando a volte inutili doppioni o ripetizioni, seguendo regole certe che garantiscano il massimo della risposta.

Stimolare la centralità delle famiglie, della rete parentale ed amicale, del “buon vicino”; individuare i professionisti e i soggetti accreditati a cui affidare i servizi, sono compiti che svolti congiuntamente, fra tutti i soggetti pubblici responsabili dei servizi, potranno offrire la garanzia nel risultato.

Che fare ?

Le riflessioni fin qui sviluppate ci caricano di grande responsabilità e ci stimolano nell'individuare alcuni punti di attacco per la nostra iniziativa futura. Il fatto che FederSanità ANCI a livello nazionale si voglia configurare come Confederazione di Federazioni ci consente di pensare in grande.

Indichiamo alcuni punti sui quali potremmo essere contemporaneamente i referenti istituzionali nazionali, i coordinatori delle specifiche iniziative regionali per farle divenire sistema da offrire al dibattito ed all'uso di tutti i nostri associati e del mondo politico, sociale ed imprenditoriale che esprime interesse per questi temi.

Integrazione Ospedale e Territorio Integrazione Socio Sanitaria e Socio Assistenziale

L'integrazione Ospedale e Territorio e l'integrazione fra sanitario e sociale, fra socio-sanitario e socio-assistenziale è il punto dirimente per la tenuta economica del sistema sanitario e sociale e rendere il massimo in servizi ai cittadini con un corretto ed equilibrato uso delle risorse economiche e professionali.

In questi anni abbiamo riflettuto molto. FederSanità ANCI ha anche operato durante la stagione della Commissione Tecnica per il DLgs 229/99 e molto è stato scritto a quel tempo sul Distretto, sull'integrazione e su tutto ciò che è importante per rilanciare il ruolo dell'Ente Locale all'interno della sanità.

L'integrazione sanitaria tra prevenzione, cure primarie, intermedie ed ospedaliere (ancorché molto ardua da realizzare nel pratico) non è di per sé condizione sufficiente a garantire la copertura di quei bisogni che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, i determinanti sociali.

In effetti, secondo le previsioni del DLgs 229/1999, con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (che nel definire i LEA, all'Allegato 1 C, elenca le prestazioni che fanno capo all'area di integrazione e ne modula l'erogazione in riferimento ai criteri dell'appropriatezza, del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità) si è cercato di dare una prima risposta al problema, coinvolgendo gli Enti locali nei processi assistenziali sociosanitari.

Questo ottimo punto di partenza occorre, però, che oggi vada allargato a tutte quelle altre componenti (da cui dipende l'istruzione, il lavoro, la casa, la cultura, il tempo libero, ecc.) che segnano il percorso di vita degli uomini e delle donne (che, cioè, ne determinano l'inclusione sociale e in definitiva il loro "stare bene") e che solo di rado partecipano alla condivisione della Pianificazione Territoriale.

Il rischio da evitare, insomma, è quello della deresponsabilizzazione e del "tirarsi fuori" di una parte degli attori che contribuiscono al welfare, con l'ovvio corollario di sanitarizzare problemi che propriamente sanitari non sono.

Di fronte a questo scenario e dal punto di vista delle "policies" da praticare, i mutamenti del contesto demografico, sociale, economico, occupazionale, ecc. (per esemplificare i quali si può pensare a fenomeni – come la transizione demografica, l'immigrazione, l'assottigliamento del nucleo familiare, l'ampliamento delle fasce di povertà e di quasi povertà, il lavoro precario – assolutamente sconosciuti fino a qualche decennio fa) inducono a ritenere che la base fondamentale da cui muoversi non possa che essere la *intercettazione dei nuovi e diversi bisogni* espressi dai cittadini, cui deve seguire la *programmazione integrata degli interventi* (e, cioè, il superamento dell'autoreferenzialità delle Aziende sanitarie e dei Comuni, da una parte, e, dall'altra, il coinvolgimento forte del tessuto socio-economico – il mondo della scuola, il mondo del lavoro, il mondo dei servizi, ecc. - espresso dal territorio), unico modo per poter offrire risposte adeguate alla complessità dei problemi da affrontare.

A questo riguardo, però, almeno due punti vanno annotati:

- sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328); non di meno, prescindendo dagli effetti dei meccanismi di delega attuati dai Comuni nei confronti delle Aziende sanitarie, laddove le Regioni abbiano stipulato accordi-quadro col sistema delle autonomie locali, avviando di fatto un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati, il percorso virtuoso sopra illustrato ha trovato, però, molti ostacoli alla sua realizzazione:
 - vuoi perché i diversi comparti istituzionali coinvolti faticano a parlare tra loro;

- vuoi perché occorre rivedere il sistema di offerta¹ (il cui focus - per la parte relativa ai servizi del SSN - dovrebbe essere rappresentato, in primis, dalla continuità assistenziale in Area vasta);
- vuoi perché le risorse trasferite agli Enti locali sono scarse;
- vuoi perché (nel vigente quadro costituzionale) non è nell'orizzonte di un domani prossimo il realizzarsi di quel federalismo fiscale che responsabilizzerebbe le Regioni rispetto alle scelte da fare;
- vuoi perché occorre creare pressoché ex novo una base di conoscenze, di pratiche e di comportamenti unitari;
- vuoi perché non è facile trovare accordo nella definizione delle scelte strategiche e delle priorità;
- vuoi perché occorre rompere (e ricomporre all'interno di un disegno condiviso) le linee operative, la cui referenzialità si è stratifica nel tempo;
- vuoi perché l'Amministrazione centrale non ha fin qui dedicato sufficienti tempo ed energie ad orientare organicamente l'evoluzione di un'area tanto delicata.

Rispetto a tale ultima questione, la criticità più evidente che occorrerebbe tempestivamente sanare è rappresentata dal carattere di estemporaneità che ha connotato gli interventi centrali, sia per l'eterogeneità dei temi trattati (salute mentale piuttosto che anziani; materno-infantile piuttosto che disabilità; dipendenze piuttosto che malati terminali; riabilitazione piuttosto che salute penitenziaria, scuola piuttosto che l'abitare sociale), sia per l'eterogeneità degli strumenti utilizzati (norme di legge piuttosto che accordi Stato-Regioni; progetti obiettivo piuttosto che linee-guida), mentre – al contrario e paradossalmente - la pianificazione strategica regionale (un esempio per tutti: il piano sanitario e sociosanitario friulano) è andata a porre l'integrazione sociosanitaria (ed all'interno di questa la continuità assistenziale o integrazione sanitaria, che dir si voglia) come l'*elemento fondante* dei propri servizi, anche in considerazione della circostanza che la salute – inevitabilmente - si progetta e si costruisce sempre più sul territorio.

La realtà dei fatti - così come la percezione di chi si confronti sul campo tutti i giorni sui problemi dell'integrazione - è, dunque, che, prima ed innanzi ad ogni altra cosa, sia fin qui mancata la visione unitaria di un aspetto essenziale dei servizi pubblici e privati che pure così tanto incide sull'esistenza di ciascuno di noi.

FederSanità ANCI intende occuparsi a fondo del cuore del problema (la valutazione dei bisogni, la programmazione negoziata, le fonti di finanziamento e le risorse, le relazioni interistituzionali, gli strumenti di gestione, ecc.) per contribuire fattivamente a far crescere un welfare, equo e solidale, che valorizzi al meglio i più virtuosi modelli di sviluppo locale per avere nel territorio servizi sanitari efficaci ed efficienti, integrati con quelli sociali.

Sanità ed Immigrazione

L'intensificazione, la diversificazione e la natura strutturale dei flussi migratori nelle società moderne ha determinato un impatto significativo sulle città e in particolare sui servizi sanitari. Lo stesso Sistema Sanitario italiano si confronta costantemente con la complessità del fenomeno. La qualità della vita dei migranti nella nostra società potrebbe migliorare se gli interventi legislativi finalizzati a regolarizzare la permanenza di molti immigrati permettessero a tutti loro di usufruire a pieno del Sistema Sanitario Nazionale.

¹ Il che, di per sé, comporta un diverso e nuovo ruolo del pubblico e degli erogatori privati. Non per banalizzare, ma soltanto per indicare la portata dell'una e dell'altra questione, si possono portare i seguenti banali esempi:

- è un dato incontrovertibile come oggi il costo sopportato per ospitare per soli tre o quattro giorni un singolo utente in un centro diurno possa tranquillamente raggiungere l'equivalente della remunerazione mensile di una badante. Ebbene, nonostante tale evidenza gestionale sia un non senso economico stenta a decollare – a livello programmatico - l'idea di praticare strumenti alternativi (che pure rafforzerebbero la capacità di scelta dell'individuo), quali l'assegno di cura, il voucher e similari;
- il principio di sussidiarietà orizzontale, costituzionalmente sancito, comporta l'obbligo di un'apertura al mercato; il mercato, però, non può essere immaginato come "selvaggio", ha necessità di essere regolamentato. Ebbene, rispetto a questo ordine di problemi, non è stata, nemmeno in maniera generica, ancora esplicitata la governance dell'intero sistema, motivo per il quale rischiano di cadere nel dimenticatoio proprio gli elementi essenziali che dovrebbero orientare la relazione committenza/produzione, quali:
 - il valore della comune appartenenza (e cioè, il privilegiare il rapporto con le strutture accreditate che appartengono allo stesso sistema di presa in carico);
 - il criterio della reciprocità (e cioè, la valorizzazione del no profit con il quale sussista la condivisione del progetto nel quale un'ipotetica fornitura sia iscritta);
 - la responsabilizzazione di ognuno verso il risultato, nel rispetto della distinzione dei rispettivi ruoli e competenze.

La normativa sulla tutela della salute degli stranieri è contenuta nel capo I del titolo V del Testo Unico n. 286 del 1998 (“Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale”) che prevede, secondo le indicazioni della Carta di Nizza, il riconoscimento allo straniero “comunque presente”, alla frontiera o nel territorio dello Stato, dei diritti fondamentali della persona umana (art. 2, comma 1). Innegabilmente, la tutela della salute degli immigrati è una parte avanzata nella legge Napolitano – Turco (non modificata sul punto dalla legge Bossi – Fini). In realtà, però, il quadro normativo presenta un limite di fondo, rappresentato dalla distinzione tra la condizione del migrante *regolare* e la posizione dell'*irregolare*, nonostante il T.U. preveda la parificazione giuridica tra cittadino italiano e straniero regolarmente soggiornante (art. 34 e 35 comma 1). Agli stranieri *irregolari* sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Per i migranti *irregolari* che siano privi di sufficienti risorse economiche, le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri per i richiedenti (a parte le quote di partecipazione alla spesa a parità dei cittadini italiani). La legge opportunamente specifica che l'accesso alle strutture sanitarie da parte del migrante *irregolare* non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità (salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto).

Il fenomeno migratorio ha un impatto considerevole sul sistema sanitario italiano dovuto, prioritariamente, al costante aumento delle nascite di bambini con genitori immigrati, ai ricongiungimenti familiari e al crescente accesso ai servizi da parte delle famiglie da più tempo presenti in Italia.

La presenza crescente di pazienti stranieri ha evidenziato la necessità di accogliere e valorizzare in ambito socio-sanitario le visioni culturalmente specifiche del dolore, della malattia e delle relative forme di assistenza. Le strutture socio-sanitarie sono chiamate a dare delle risposte ad utenti/pazienti stranieri, che presentano spesso problematiche complesse, e a rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni emergenti con una metodologia e un approccio multidisciplinare.

Il quadro di intervento sopra descritto vede gli operatori socio-sanitari impegnati a gestire patologie concepite diversamente a causa di numerosi fattori quali il concetto stesso di “malattia”, la complessa considerazione delle differenze religiose, la diversa percezione del tempo, la difficoltà di vivere la malattia in una struttura ospedaliera lontano dalla comunità/famiglia. L'incomprensione è poi ulteriormente aggravata dalla difficoltà linguistica. Questi fattori, connessi ad un sistema sanitario già “provato” dall'afflusso dell'utenza italiana e dalla scarsità di risorse necessarie a favorire un adeguamento dei servizi alle reali necessità, possono determinare l'esclusione proprio degli strati più a rischio della popolazione. Se si considera poi che il processo migratorio espone ad una maggiore vulnerabilità socio-sanitaria, appare ovvio che il sistema sanitario del Paese accogliente non può prescindere da questo fattore se vuole fornire un'assistenza adeguata alle reali necessità.

FederSanità, considerando questa tematica un punto importante del suo impegno intende adoperarsi per contribuire alla crescita di una sensibilità del sistema per riconoscere e rispettare l'esistenza della pluralità delle visioni di salute e malattia come elementi che caratterizzano le identità individuali e culturali, promuovendo nei servizi socio-sanitari lo sviluppo a livello territoriale di modalità di assistenza adeguatamente diversificate.

Con la progressiva stabilizzazione del fenomeno migratorio, aumenta la necessità di agevolare l'accesso e la fruizione dei servizi territoriali socio-sanitari, soprattutto quelli dedicati alla maternità e alla cura dei minori. La percezione di tali necessità è duplice: le difficoltà di gestione da parte del personale medico-sanitario della complessità di cui l'utenza straniera è portatrice, da un lato, e la scarsa conoscenza degli immigrati sul diritto di accesso ai servizi socio-sanitari, dall'altro.

Intendiamo operare per suggerire agli interlocutori istituzionali ed ai nostri associati alcuni indirizzi di riferimento per future scelte politiche/organizzative a sostegno dei processi di integrazione degli immigrati, che prendano avvio dall'adozione di iniziative di formazione e sensibilizzazione degli operatori della “salute”, di diffondere le informazioni relative all'accesso degli immigrati ai servizi socio-sanitari e di contribuire ad una corretta informazione della popolazione italiana rivolta soprattutto a sminuirne i pregiudizi relativi alle così dette “malattie straniere”.

Lo stato di salute di un individuo dovrebbe essere concepito, sempre di più, come il risultato delle cure mediche associate a vari altri elementi quali la struttura sociale, la sua storia, la cultura ed il paese di provenienza, la posizione sociale attuale, nonché l'esposizione a fattori di rischio.

Nella nostra opera di stimolo per un sistema sanitario che consideri la *complessità sociale della salute* intendiamo muoverci per far sì che l'immigrato, anche a parità di condizioni socio-economiche, non si ritrovi in una situazione di ineguaglianza anche sul piano dell'assistenza sanitaria. **Questa difficoltà può essere superata delineando le linee di innovazione del modo di essere dei servizi stessi, rendendoli flessibili, adattabili, in grado cioè di offrire risposte differenziate a bisogni di utenti diversi.**

L'ideale sarebbe un servizio che, oltre ad essere luogo di erogazione delle prestazioni sanitaria, sia anche luogo di ascolto, di comunicazione, di orientamento alla persona, di qualsiasi nazionalità sia.

Nonostante l'evidente crescita di utenti stranieri, le aziende sanitarie e ospedaliere non hanno ancora definito una strategia di intervento nella direzione sopra indicata. Il quadro di riferimento non è omogeneo in merito al grado di accoglienza, alla gestione delle situazioni e all'organizzazione di risposte adeguate.

FederSanità vuole impegnarsi perché le esperienze di eccellenza che esistono - spesso da attribuire alla disponibilità e alle capacità del personale che sopperisce alle carenze organizzative - così come esperienze intermedie caratterizzate da una forte iniziativa personale degli operatori socio-sanitari, siano il riferimento dal quale partire per estendere maggiormente queste possibilità.

Si potrà parlare di reale integrazione degli immigrati nella nostra società solo se riusciremo a garantire i bisogni essenziali della persona - e la salute è indubbiamente uno di questi - in maniera il più possibile omogenea sull'intero territorio nazionale.

Stili di Vita

Lo stile di vita di ciascuno - cioè il modo in cui ognuno di noi si attegga nei confronti della propria salute sia mentale che fisica - ha una ricaduta non solo in termini di aspettative e qualità della vita personale e collettiva, ma anche nella prospettiva di un contenimento e di una riqualificazione della spesa sanitaria.

Infatti il nostro organismo trae grande beneficio dall'adozione di un sano stile di vita, costituito da una corretta alimentazione, da un sano esercizio fisico, da un sereno rapporto affettivo nell'ambito familiare e da una partecipazione attiva nell'ambito sociale.

In quest'ambito FederSanità vuole impegnarsi per spingere con decisione su alcuni elementi importanti del vivere quotidiano. Questo ci impegna ad avviare in modo più organico un confronto con la Rete di Città Sane, con la quale potremo avere in futuro un'azione coordinata e decisiva per l'affermazione di una idea di vita, specialmente nelle città, consona ad una salubrità da ricercare anche nelle sue componenti più significative.

La **dieta mediterranea** (alimentazione incentrata su frutta e verdura, pane e pasta, olio di oliva e pesce), permette secondo le recenti ricerche sulla nutrizione una minore incidenza, nel medio periodo, di persone affette da patologie croniche invalidanti su base metabolica (come diabete, alti tassi di colesterolo) e da malattie cardiovascolari (come ictus ed infarto miocardico).

Un **sano esercizio fisico** dovrebbe essere praticato in maniera costante ad ogni età, dagli approcci ricreativi e/o agonistici dell'infanzia alle quotidiane passeggiate degli anziani.

In definitiva una spinta decisiva ad **una prevenzione primaria** basata sull'educazione sanitaria volta anche al corretto uso degli alimenti, importantissima per le giovani generazioni, che per produrre risultati apprezzabili a breve termine, per gli ultraquarantenni, deve essere associata ad un consumo corretto dei farmaci, i quali hanno una azione terapeutica perchè interferiscono positivamente e con specifiche modalità con il naturale e/o patologico funzionamento dell'organismo.

Una educazione sanitaria veicolata da processi di **Formazione** da attivarsi nei confronti del singolo a livello

della salute mentale individuando delle strategie che si contrappongano al continuo aumento del consumo di psicofarmaci, come ad esempio l'invito alle Aziende associate ad attivare **laboratori sperimentali**, in cui si insegnano e si praticano tecniche per diminuire lo stress e la depressione, per imparare a socializzare e comunicare in modo non violento e non competitivo, con progetti educativi rivolti anche al bambino;

della salute fisica diffondendo il messaggio che una corretta dieta, una attività fisica costante, il controllo del peso corporeo, un'attività meno frenetica insieme ad un ambiente non inquinato e ad un lavoro sicuro, allontanano malattie cardiache, circolatorie, neoplastiche e/o infortuni più di tanti farmaci costosi.

Si tratta in definitiva di mettere in moto interventi, vere e proprie azioni delle amministrazioni, per aiutare i singoli cittadini a cambiare il proprio stile di vita

favorendo iniziative di socializzazione degli anziani, sia come svago e divertimento sia da un punto di vista della salute, con l'individuazione di adeguati spazi di aggregazione e di percorsi pedonali, idonei e sicuri, all'interno dei quartieri;

promuovendo una campagna informativa costante, per una nuova cultura, per uno stile di vita alternativo al consumismo, anche sanitario, a livello del distretto sanitario, degli ambulatori dei MMG, degli ospedali e dei mezzi di comunicazione di massa (giornali e TV locali);

coinvolgendo le Associazioni di Volontariato e le professionalità di medici e farmacisti, a livello del distretto sanitario ed a livello domiciliare per i cittadini disagiati, per **una spiegazione chiara e completa sull'uso dei farmaci** (con priorità per quelli di automedicazione), **degli "integratori" e dei fitofarmaci** e dei loro foglietti illustrativi (inpegnandosi con una campagna mirata a renderli in futuro maggiormente comprensibili) esprimendo contemporaneamente **un invito chiaro e preciso a non usare i farmaci scaduti** per essere certi di assumere una sostanza non alterata dal punto di vista chimico, in quanto una eventuale alterazione può come minimo ridurre l'efficacia terapeutica del farmaco se non addirittura renderlo dannoso.

dando il buon esempio, adottando comportamenti virtuosi da parte delle stesse amministrazioni e amministratori comunali per farsi carico della prevenzione primaria e quindi porre in atto, senza ulteriori indugi iniziative concrete ed efficaci per:

- **abbattere l'inquinamento ambientale** da traffico, rumori, gas, polveri, metalli pesanti, diossine, furani (vedi inceneritori);
- **abbattere l'inquinamento mentale**, dovuto anche alla continua pressione al consumo, ai falsi bisogni ed alla violenza da parte della TV, delle varie forme di pubblicità, diffondendo invece e praticando i messaggi della nuova cultura di pace,
- **stimolare**, tramite i Distretti Sanitari o equivalenti strutture nel territorio, anche avvalendosi di associazioni scientifiche o del volontariato,
- **richiedere un maggiore rigore scientifico nella prescrizione dei farmaci** da parte dei Medici Specialisti e di Medicina Generale affinché questi possano più efficacemente contrastare la pressione commerciale delle industrie farmaceutiche, cercando di spingere per il superamento di una eccessiva "fidelizzazione" dei singoli medici al proprio listino per evitare che un farmaco, utilizzato al di fuori delle sue indicazioni, oltre a rappresentare un costo ingiustificato per il cittadino o per la collettività, sia addirittura essere nocivo
- **imporre ai farmacisti operanti nelle farmacie private un maggiore rispetto dell'etica professionale nel dispensare i farmaci** ai cittadini, con particolare attenzione ai farmaci ipnotici, agli ansiolitici ed agli antidepressivi, dei quali spesso non viene nemmeno chiesta la ricetta medica.

In definitiva dobbiamo mettere in moto una operazione di comunicazione istituzionale a largo raggio, improntata sul coinvolgimento diretto dei Sindaci (*Sindaco Messaggero di Salute*) che socializzi i comportamenti da ritenere maggiormente utili ad una condotta di vita sana.

Istruzione e Salute

Da anni nella scuola primaria non si fa più prevenzione. Nelle scuole superiori, dove è prevista una organizzazione con azioni precise e dettagliate per combattere fenomeni quali la droga, il fumo, o iniziative di tipo educativo quali l'educazione sessuale sono spesso lasciate alla libera iniziativa dei dirigenti e dei docenti "sensibili".

Trenta anni fa erano previste visite preventive come la visita oculistica nella classe prima, la visita fisiatrica nella classe prima media, attuale classe prima scuola secondaria di primo grado, per la rilevazione di casi di scoliosi. Erano anche previsti controlli ed interventi contro alcune malattie come la pediculosi che attualmente sono lasciate agli interventi delle singole famiglie.

Il principio di riferimento è che l'azione dei pediatri di base dovrebbe raggiungere ogni bambino, ma come essere certi che ogni famiglia faccia controllare i propri figli dal pediatra?

Inoltre chi controlla i bambini immigrati che ogni anno si iscrivono nelle scuole?

Vi sono tendenze sociali come l'aumento dell'obesità nei bambini che andrebbero combattute almeno con iniziative di divulgazione scientifica per la diffusione dei principi della corretta alimentazione.

Lo stile di vita dei bambini di oggi, tanto cibo, televisione, poco moto, ne fa dei soggetti a rischio. Gli studi scientifici hanno ormai dimostrato che una corretta alimentazione evita malattie sociali come il diabete, l'infarto....

Vi sono poi aspetti che riguardano lo sviluppo psicologico del bambino, tale competenza non fa parte dell'insegnante il quale può solo rilevare comportamenti difformi o difficoltà che altri possono e dovrebbero correlare in un quadro clinico. Spesso dopo tanta "fatica nel convincere le famiglie" a rivolgersi ai servizi sociali, la risposta è una lunga attesa oppure un caldo consiglio di rivolgersi ai privati. Solo i casi ad alto rischio sono presi in carico dai servizi sociali. Forse occorre veramente valutare la possibilità che ogni istituto possa avere un suo psicologo di riferimento per combattere il disagio dei giovani.

I comuni sensibili al problema predispongono progetti specifici per la consulenza psicologica a scuola rivolta sia ai genitori che ai docenti, ma cosa succede dove tale sensibilità non esiste? O non vi sono i finanziamenti?

L'assistenza all'handicap crea disagi notevoli quando fra Stato centrale - che si limita a fornire i docenti di sostegno - ed Ente locale, rimane la scuola da sola ad accogliere alunni che avrebbero bisogno di notevole aiuto sia durante l'orario scolastico che nell'extrascuola. Spesso vengono assistiti gli alunni gravissimi e lasciati a se stessi quelli che non lo sono. Non essendoci i fondi per tutti occorre scegliere.

C'è da affrontare anche il problema della somministrazione dei farmaci. Dopo le raccomandazioni emanate il 25-11-2005 dal Ministero della salute e dal MIUR quanti sono i comuni che hanno stipulato un protocollo al riguardo a tutela della salute dei numerosi studenti diabetici, epilettici o soggetti a rischio per possibile shock anafilattico?

E' giunto il tempo di rivedere i rapporti con il mondo della scuola rispetto alla salute sia fisica che psichica dei discenti. Gli studenti sono i primi cittadini da tutelare in un'unica azione concertata fra Comuni, Aziende Sanitarie, Regione e Stato.

La prevenzione non può essere considerata uno spreco: sarebbe un atteggiamento miope. In ogni caso FederSanità deve aprire questa frontiera di civiltà per recuperare un ritardo culturale in questo campo che sarebbe colpevole.

Il nostro impegno va indirizzato prioritariamente verso i Ministeri della Salute e della Pubblica Istruzione per individuare le metodologie e gli strumenti per riaprire una stagione di responsabilità sociale organizzata anche in questo settore.

Strategie per la Sanità Elettronica

Nel settore sanitario è in atto una profonda trasformazione. Da un lato si riscontra una sempre maggiore specializzazione e frammentazione degli interventi sanitari, con percorsi di cura condivisi tra molteplici attori, dall'altro una crescita insostenibile dei costi.

Le risorse si mostrano sempre più limitate rispetto ai bisogni crescenti della sanità. E' a questo punto indispensabile informatizzare la salute nell'ottica di snellire e rendere più efficiente ed economica l'assistenza sanitaria.

Qualità: continuità delle cure e responsabilizzazione dei cittadini

Una soluzione passa attraverso il ripensamento dei modelli assistenziali e una ricostruzione dell'unitarietà d'azione sul singolo paziente (continuità delle cure), con un forte accento sulla prevenzione, sulle cure primarie, sul *disease management*.

E' oramai necessario formalizzare i percorsi di cura e rendere fruibili le conoscenze cliniche, iniziando dalle popolazioni target: *i malati cronici e gli anziani fragili* assorbono nel complesso circa tre quarti delle risorse e richiedono un impegno assiduo a carico del paziente e dei familiari.

Un'altra priorità riconosciuta è relativa alla *prima infanzia* (0-4 anni).

Il "sistema" deve quindi tendere a mantenere uno stato ottimale di salute e prevenire le conseguenze di condizioni morbose (prevenzione attiva), non solo con il monitoraggio di specifici indicatori, ma soprattutto offrendo ai cittadini stessi i mezzi per diventare pienamente consapevoli e responsabili della propria salute (*patient empowerment*).

Questa evoluzione nei processi sanitari può contare sulla diffusione di soluzioni pervasive e sistemiche nel campo dell'Information and Communication Technology (ICT) con soluzioni innovative che permettono uno scambio efficace delle informazioni cliniche.

Attraverso un impatto sui processi decisionali e gli stili di vita, si può modificare il comportamento di operatori e cittadini, per un miglioramento della qualità, una forte riqualificazione della spesa, una maggiore appropriatezza, nonché per evitare errori medici e duplicazioni di procedure. Già oggi su interventi limitati è stato possibile documentare e misurare i significativi vantaggi derivanti dall'ICT.

Efficienza: semplificare e integrare i servizi operativi

Nello stesso tempo è opportuno realizzare interventi con un alto impatto immediato.

Da una parte l'ICT permette di semplificare i rapporti tra cittadino e strutture sanitarie ("*centralità del cittadino*"). Dall'altra si sviluppano soluzioni a supporto delle attività amministrative e manageriali (inclusi cruscotti e indicatori).

Per questo bisogna modellare, semplificare e ridisegnare, integrandoli, gli attuali processi (workflow) connessi ai servizi operativi, e quindi convertire in forma elettronica il più possibile dei flussi cartacei in cui è coinvolto direttamente il cittadino (es. prescrizione di farmaci, di procedure e di protesi, appuntamenti, referti, dimissioni, certificati).

Mettere a sistema le esperienze parziali

Queste due prospettive complementari (qualità ed efficienza) confluiscono in un cammino di innovazione e modernizzazione della sanità che si appoggia decisamente sull'ICT: la "Sanità Elettronica".

Numerose esperienze, sviluppate indipendentemente, hanno già affrontato in modo valido diversi aspetti che preannunciano la Sanità Elettronica. In assenza di una visione complessiva e di un appoggio istituzionale, molte di queste esperienze risultano inevitabilmente parziali, ma costituiscono un notevole know-how per gli sviluppi futuri.

Pertanto esse vanno valorizzate e messe a sistema, con precisi interventi di coordinamento per armonizzarle tra loro. Le soluzioni integrate già sperimentate devono poi essere propagate con opportuna gradualità.

Un percorso a tappe (Roadmap) per governare il cambiamento

Lo sviluppo verso la Sanità Elettronica va governato, in modo da ottenere una crescita equilibrata e da evitare per quanto possibile errori e diseconomie.

Il primo, indispensabile, intervento strutturale dovrà essere attuato sul fattore umano: la riqualificazione e l'incremento degli addetti ICT. Bisogna portare il numero di addetti (cioè degli *innovatori*, in sanità) dalle poche centinaia attuali alle migliaia investendo massicciamente sulle competenze degli operatori sanitari per la gestione avanzata di informazioni e conoscenze, a supporto dei processi assistenziali.

Se questo sviluppo dell'ICT avverrà a valle di opportune razionalizzazioni di tipo clinico e organizzativo, si potrà liberare una consistente quota di risorse da riportare su altre attività, offrendo più servizi a parità di spesa complessiva.

In altre parole, la progettualità ICT deve essere affiancata dalla pianificazione dei processi per la modernizzazione del sistema sanitario (in particolare alla trasformazione in atto nel sistema sanitario, dall'ospedalità per acuti alle cure primarie sul territorio), che preveda di riallocare almeno del 10-20% del bilancio complessivo.

Attraverso le competenze esistenti tra i propri associati Federsanità-ANCI si candida per essere un Centro di Supporto permanente sulla Sanità Elettronica.

Tale organismo avrà ruoli precisi e complementari riguardo alle seguenti priorità:

1. condurre una ricognizione sulle esperienze in atto presso le Aziende associate che riguardano la riprogettazione degli aspetti organizzativi e informativi. La relativa documentazione tecnica sulla descrizione formale dei processi e dei dati dovrà essere revisionata, generalizzata e resa fruibile a livello nazionale;
2. individuare le opportunità per una Roadmap di breve periodo (12-24 mesi) che valorizzare e consenta di replicare, integrandole, le soluzioni parziali esistenti;
3. creare apposite task force che possano rispondere a specifiche richieste degli organi decisionali (Cabina di Regia nazionale o suoi analoghi regionali), garantendo competenze specifiche per le azioni rivolte al settore socio-sanitario.

Salute e Sicurezza

La tutela della salute dei lavoratori e la sicurezza nei luoghi di lavoro vengono proposte sempre di più come emergenze e priorità nella politica socio-sanitaria, sia a livello centrale sia a livello delle comunità locali, anche alla luce dei numerosi eventi mortali registrati negli ultimi mesi proprio sui posti di lavoro.

Scegliere la via di una politica delle alleanze in questo delicato settore significa coinvolgere sempre di più il soggetto istituzionale, le organizzazioni di categoria e gli stessi cittadini, attraverso le loro associazioni di tutela, nella individuazione delle priorità nel campo della vigilanza sui posti di lavoro per portare alla luce situazioni di lavoro irregolare e quindi pericoloso per i prestatori d'opera.

FederSanità ANCI avverte l'esigenza ormai non più procrastinabile, di una struttura di coordinamento tra i vari soggetti istituzionali interessati al settore della sicurezza nei posti di lavoro.

Va riconsiderato se sono sufficienti i soli Comitati Regionali di Coordinamento, presieduti dal Presidente della Giunta o suo delegato, previsti dall'articolo 27 del decreto legislativo 626/94, per governare la sicurezza sul lavoro a livello regionale.

Occorrono piuttosto delle vere e proprie strutture di coordinamento tecnico - le quali si avvarrebbe anche del contributo del Comitato Regionale di Coordinamento - con dotazione in forma stabile di personale specialistico, in modo da costituire un organo di riferimento e coordinamento anche per gli altri soggetti competenti per la prevenzione e la vigilanza negli ambienti di lavoro: ASL, ispettorato del lavoro, INAIL, ISPESL, Carabinieri, Guardia di Finanza, Vigili del Fuoco.

Tali attività di coordinamento richiederebbero a loro volta un momento di indirizzo e propulsione su scala nazionale, promosso dai Dicasteri competenti in materia di lavoro, funzione pubblica, salute, politiche sociali, formazione professionale.

Nella definizione di questa possibile struttura unitaria si dovrebbe tener conto della necessità che il coordinamento fosse collocato presso il Ministero della Salute (in quanto a tale Dicastero fa capo il Servizio Sanitario Nazionale e, quindi il sistema delle Aziende Sanitarie Locali).

Naturalmente il Coordinamento non potrebbe limitarsi al livello nazionale e regionale, ma dovrebbe svilupparsi con articolazioni a livello territoriale, che dovrebbero fare principalmente riferimento ai servizi di prevenzione delle ASL, in stretto rapporto con i Comuni, attraverso la Conferenza dei Sindaci, per rendere coerenti le iniziative di promozione alla prevenzione attraverso il rapporto con il mondo produttivo locale.

Forse potrebbe essere il modo per effettuare una sorta di "monitoraggio di anticipo" che può risultare rilevante per l'abbassamento del livello di rischio ed il controllo sull'applicazione delle normative di tutela.

FederSanità & dintorni

E ora parliamo di noi: dell'associazione, della sua organizzazione nazionale e regionale, dei compiti da svolgere nei prossimi cinque anni. I punti sviluppati precedentemente danno il segno della grande attività che ci attende. Sono indicazioni di lavoro che dopo il Congresso dovremo impegnarci a razionalizzare per rispondere alle mille domande che quei punti, ed il lavoro di tutti i giorni, ci pongono.

Parlare di noi vuol dire anche essere impietosi nell'analizzare quello che siamo stati e contemporaneamente fiduciosi in ciò che ci aspetta domani.

Dobbiamo discutere serenamente del mondo delle Aziende, delle loro potenzialità e dei rapporti fra le stesse ed i Comuni nel cui territorio insistono; affrontare il nodo del ruolo del Management in sanità, della dignità professionale dei Direttori Generali, dei servizi che gli associati si aspettano e della vocazione ed impegno di FederSanità per offrire proposte di qualità coerenti con la sostenibilità economica.

Inizieremo anche una riflessione sugli strumenti necessari a rafforzare la nostra presenza sul piano della rappresentanza e dei servizi.

Dovremo anche puntualizzare il rapporto con ANCI nazionale e con altri possibili soggetti delle autonomie con i quali iniziare un confronto utile a verificare reciproche esigenze e auspicabili convergenze operative.

Siamo un soggetto unico nel panorama italiano e di conseguenza in grado di colloquiare con tutti coloro che di possono avvalersi.

Offriamo di seguito alcune riflessioni e puntualizzazioni su questi temi augurandoci che ne venga stimolato il dibattito congressuale.

Compatibilità & Sostenibilità

Portare a compimento il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche è la condizione necessaria per consolidare una qualificazione delle gestioni e un uso efficace ed efficiente delle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie di cui il SSN dispone.

La gestione delle compatibilità in una situazione diffusa di risorse limitate messe a disposizione del sistema richiede una programmazione sanitaria condivisa, con momenti di sintesi operativa che non può che essere posta all'interno delle aziende sanitarie pubbliche quali strumenti del governo delle "compatibilità", del rapporto tra "governo clinico" e "governo economico", ponendo al centro della *mission* del sistema i bisogni e il ruolo del cittadino.

Si sta operando in un contesto da cui possono derivare sia rischi che grandi opportunità anche se è difficile governare la complessità a fronte di punti critici per cui:

- manca ancora la necessaria chiarezza nella definizione e configurazione del ruolo dei poteri centrali;
- perdurano vecchie o nuove forme di centralismo da parte del Governo e delle Regioni;
- è possibile, se non governata coerentemente, l'implosione del SSN e dei SSR;
- non sempre è certa l'indicazione degli obiettivi assegnati.

FederSanità ANCI si impegna affinché sui tavoli istituzionali queste negatività vengano affrontate compiutamente e individuate soluzioni e percorsi. La disfunzione del servizio pubblico non sempre è addebitabile a cattiva gestione, ma ad impossibilità oggettive di colmare divari nella operatività e nella credibilità presso gli utenti. Senza indicazioni certe è evidente che un recupero di efficienza è possibile solo attraverso l'estensione di tecniche manageriali appropriate e con l'espressione di una alta qualità di direzione.

E' anche nella capacità di relazione che si possono trovare gli spazi per individuare forme di gestione integrata; assegnazione di funzioni ad altri soggetti operativi non necessariamente aziendali; livelli di comprensione del clima aziendale interno dalle quali fare scaturire decisioni organizzative appropriate.

Dobbiamo purtroppo partire dalla considerazione che le risorse assegnate al sistema sanitario si stanno stabilizzando e su quelle dobbiamo fare conto. La sostenibilità di un sistema passa anche attraverso la ricerca di metodologie ed iniziative che facendo perno sulle capacità individuali e con il ricorso alle nuove tecnologie costruiscano spazi di compatibilità fra bisogni e possibilità.

Per poter svolgere questo ruolo le aziende sanitarie hanno bisogno dell'affermarsi di alcune condizioni quali: l'assicurazione di un consolidamento organizzativo che porti ad una stabilità, almeno di medio periodo, dei

vertici strategici aziendali in modo da garantire la stabilità delle gestioni aziendali e la strutturazione della partecipazione delle varie categorie di operatori sanitari nei processi decisionali.

Management Sanitario: No al Sindacato, Sì alla Dignità Professionale

Abbiamo sempre pensato, in tempi non sospetti, che il Direttore Generale, organo monocratico di gestione dell'Azienda Sanitaria, fosse in sé una figura unica e di conseguenza dalle diverse e possibili interpretazioni. Si può rappresentare forse come il responsabile di una unità operativa periferica, complessissima, distaccata nel territorio dal Dipartimento Sanità della Regione, o come il capo di una rilevante struttura ospedaliera, la cui operatività dipende sostanzialmente dalla compatibilità economica e consequenzialmente tenuto a rispondere direttamente dei risultati ottenuti alla politica regionale. Nel tempo questa figura, accettata inizialmente con difficoltà, si è conquistata una credibilità fatta di risultati ed ora è giunto il tempo di precisarla nel contenuto professionale richiesto cercando di cambiarne l'aspetto dal punto di vista del ruolo e della dignità professionale.

Quando con il DPCM 319/95 definimmo alcuni punti fermi sul piano economico finanziario e di ruolo, come rappresentati dei Comuni non ci riservammo lo spazio per l'indicazione diretta, congiuntamente alla Regione, del Direttore Generale bensì volemmo acquisire la possibilità di avviarne il processo di revoca rispetto ad un eventuale non mantenimento degli obiettivi stabiliti concordemente nella programmazione aziendale e sul raggiungimento dei risultati.

Questa fu la battaglia che facemmo, che allora vincemmo, e con lo stesso stile intendiamo proseguire negli ulteriori approfondimenti su ruolo, funzioni ed altro che concerna la figura del D.G.

Crediamo che questo elemento di trasparenza sia stato risolutivo a suo tempo e probabilmente è stato anche alla base della tenuta in FederSanità del rapporto fra Direttori Generali e Amministratori Locali.

Anche oggi siamo in una situazione nella quale è necessario fare chiarezza, su almeno tre punti.

1. **Il contratto di diritto privato che viene sottoposto alla firma del DG all'atto della sua nomina.** Un contratto vincolante, diverso da regione a regione, al quale non ci si può contrapporre. Sarebbe opportuno che alcuni punti del contratto fossero uguali a livello nazionale e la difformità si trovasse esclusivamente nella parte riferita agli obiettivi da raggiungere. Questo darebbe da un lato un segnale di uniformità, al quale collegare anche una base economica di riferimento unitario, esclusi eventuali incentivi, legati ad obiettivi, da concordare nelle singole regioni. Sarebbe un segnale contemporaneamente di equità e di trasparenza.
2. **La selezione dei Direttori Generali.** Noi crediamo che si debba fare un ragionamento di nuova impostazione del processo di selezione dei Direttori Generali in maniera da rendere il tutto chiaro, trasparente e basato sulla qualità. Non vogliamo né l'Ordine né l'Albo Professionale, ma crediamo che un primo punto sia definire che non ci possano essere criteri di selezione diversi da quelli stabiliti a livello nazionale.
3. **La dignità del ruolo ricoperto.** Vanno introdotti criteri nazionali di valutazione dell'operato dei Direttori Generali che garantiscano tempi minimi entro i quali esercitarla. Non si può continuare ad assistere ad un ricambio continuo, molto spesso legato al cambio di governo regionale, con la giustificazione del rapporto di fiducia fra il nominante e il nominato. E per la valutazione va confermato il ruolo dei Comuni che possono essere un soggetto se sapranno utilizzare correttamente la richiesta dell'avvio del processo di revoca per il D.G. che può essere un bilanciamento importante fra poteri diversi.

Un Direttore Generale forte e tutelato serve anche agli Enti Locali. Servono professionisti capaci e bravi così come devono esserlo anche i loro collaboratori, questo è il vero punto.

E' giunto il tempo di avanzare proposte generaliste che non risentano di pulsioni corporative e che lascino un'opportuno spazio alle specificità regionali, in ogni caso non stravolgendo un riferimento unitario nazionale.

Consideriamo un grande risultato quello voluto dalla Ministro Livia Turco che ha azzerato la legge che prevedeva che gli ex Deputati, gli ex Senatori e gli ex Consiglieri Regionali comunque potessero aspirare a

fare il Direttore Generale. Questo era davvero la negazione della professionalità ed era il riportare la politica partitica prepotentemente all'interno della sanità.

È ovvio che in quel caso ci siamo sentiti per forza sindacalisti dei Direttori Generali. Non potevamo concedere infatti che un titolo, soltanto politico, al di là della laurea, dei requisiti e dei cinque anni di dirigenza in sanità (cose che sono richieste attualmente dal profilo) consentisse di occupare un posto da Direttore Generale.

Stiamo parlando di una categoria che non tocca le 300 unità. Una *lobby positiva* di manager dediti al servizio pubblico. Molti di loro, nel tempo, hanno sviluppato una professionalità importante e nuova che non va dispersa.

Su questa professionalità FederSanità deve essere in grado di costruire percorsi formativi per individuare e fare crescere una leva di professionisti in grado di essere il ricambio naturale per dare continuità ad un modello gestionale particolare ma interessante e sottoposto in questi anni a molte difficili prove, per dare stabilità ai protagonisti di questo risultato.

Servizi agli associati

Partendo esclusivamente dal dato economico (*93 miliardi di euro per il finanziamento della spesa sanitaria pubblica a cui vanno aggiunti altri 13 miliardi di euro spesi direttamente dai cittadini per la cure private*) ci rendiamo conto di quanto il Sistema Sanitario Nazionale sia un asset sempre più centrale e strategico del Sistema Paese, e come tale oggetto di forti attenzioni, di interessi, di visioni contrapposte.

Nei programmi elettorali delle due coalizioni il centro-destra confida in una maggior "sinergia" tra pubblico e privato, anche attraverso le Fondazioni, mentre il centro-sinistra punta all'appropriatezza attraverso la riduzione degli sprechi senza tagli ai servizi.

Queste linee di tendenza apparentemente divergenti sono comunque alla ricerca di una maggiore qualità delle prestazioni erogate e trovano due punti di convergenza fortissimi:

- la necessità di garantire una maggiore efficienza delle strutture;
- la necessità di sviluppare la medicina territoriale.

Riteniamo che sia proprio su questi punti che FederSanità ANCI debba occupare *rapidamente* gli spazi che gli competono, la mediazione tra Stato, Regioni ed Enti Locali è la sua vocazione, ma questo va fatto anche attraverso la scelta strategica di attività sperimentali da eseguire direttamente, che garantiscono il know-how necessario per orientare le scelte del Paese.

Tra gli obiettivi strategici di FederSanità ANCI c'è la necessità di trasferire alle aziende associate il know-how presente nel SSN, rappresentato dalle stesse *aziende* sanitarie, per migliorarne i processi operativi ed incrementare gradualmente la qualità dei servizi offerti.

FederSanità ANCI sarà presente in tutti i tavoli istituzionali, ponendosi l'obiettivo di diventare il "centro di competenza" per la sanità del territorio ed offrendo promozione di cultura manageriale socio-sanitaria e supporto alla governance del sistema e garantendo due obiettivi:

- processi di economicità gestionale;
- eticità;

Le azioni di servizio saranno incentrate su due azioni convergenti:

- la "tutela dei cittadini";
- il miglioramento dei processi operativi in sanità per la riqualificazione della spesa Pubblica (ogni progetto dovrà garantire un risparmio economico, immediato o differito, al soggetto al quale viene proposto).

Unità necessaria e da ricercare

Le aziende sanitarie pubbliche debbono trovare il modo di esprimere la loro presenza, le loro performance, le loro esigenze, i loro bisogni per essere strumenti sempre più qualificati di questo processo continuo di trasformazione di un sistema continuamente sollecitato da domande e bisogni crescenti delle popolazione servita.

Per fare questo è necessario affrontare temi importanti quali:

- la definizione dei ruoli per la “governance” del SN e dei SSR;
- la qualificazione delle gestioni e la qualità degli outcomes;
- la formazione e l’aggiornamento continuo degli operatori (ECM);
- l’uso delle risorse disponibili in modo efficace e efficiente;
- la valorizzazione delle conoscenze e delle competenze interne alle aziende sanitarie nei processi di programmazione e di regolazione della produzione dei servizi;
- partecipazione e governo nei processi di integrazione socio sanitaria;
- la qualificazione e il consolidamento del management aziendale per stabilizzare le gestioni del SSN e dei SSR.

Per perseguire tali obiettivi sono necessari atti legislativi coerenti e un forte e deciso impegno, congiunto e unitario, per portare le aziende associate a misurarsi con queste finalità e con queste sfide.

E’ forse maturo il tempo di recuperare un percorso avviato anni fa: quello dell’unificazione delle Aziende in una unica associazione di rappresentanza. Va rimesso in moto un percorso fondato sulla consapevolezza che dall’integrazione tra le risorse si possono sviluppare considerevolmente le potenzialità e la composizione tra i diversi livelli e attori presenti nel complessivo sistema sanitario.

Per assicurare al sistema una reattività alle aspettative della popolazione, nonché le potenzialità economiche necessarie, per ricomporre, con una riflessione generale, gli obiettivi e le prerogative delle autonomie locali, delle Regioni e del Governo centrale, FederSanità ANCI affida al Congresso la decisione di avviare la costruzione di una piattaforma politico programmatica, da definire temporalmente, per rendere possibile un processo di ricongiunzione - al proprio interno - di tutte le aziende sanitarie pubbliche italiane e della consolidata capacità di relazioni con il mondo delle autonomie locali.

Rapporti FederSanità & ANCI

La necessità di organizzare in campo sanitario e sociale attività per aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro per la presa in carico del cittadino per tutte le esigenze che lo riguardano è uno degli elementi fondanti dell’iniziativa presa dal ministero della salute.

L’intenzione è quella di costruire un organismo di coordinamento, prevenzione e indirizzo per lo sviluppo dell’integrazione socio sanitaria e per la promozione e lo sviluppo delle cure primarie il cui obiettivo è quello di coinvolgere tutti i soggetti della medicina del territorio, di conoscere, confrontare e valutare le esperienze che si sono realizzate, i successi ottenuti e le criticità emerse per definire un progetto di medicina del territorio partendo dall’esperienza dei Distretti.

Nelle more di questa attività ad ANCI verrà richiesto di contribuire alla definizione di nuovi modelli ordinamentali ed organizzativi connessi con il nuovo ruolo che le modifiche costituzionali, attuali e allo studio, assegnano agli enti locali. E’ oltremodo evidente che i Comuni, a loro volta, solleciteranno l’Associazione a Impegnare tutte le sue risorse, politiche, tecniche, professionali e relazionali per l’assolvimento delle nuove funzioni e per la soluzione dei nuovi problemi che si presenteranno. ANCI dovrà rispondere a tali sollecitazioni con una forte sensibilità e con una adeguata competenza nel settore dell’integrazione socio-sanitaria.

FederSanità ANCI è nata con l’intento di fare interagire il mondo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere pubbliche con il mondo delle Comunità Locali, per essere il collante del confronto tra Sindaci e Direttori Generali, che sono gli attori dell’integrazione sociosanitaria e quindi del nuovo sistema salute.

Con queste premesse riteniamo ritene necessario costruire un percorso unitario fra tutti i soggetti della responsabilità politica, istituzionale e gestionale per “fare sistema” ed utilizzare al meglio tutte le competenze che abbiamo a disposizione. Considerando che FederSanità ANCI ha tra i propri associati le figure professionali necessarie per veicolare le migliori pratiche di salute, facendo assumere al livello locale la coscienza del proprio ruolo nel governo della salute dei cittadini amministrati, pensiamo doveroso offrire ad ANCI queste nostre potenzialità per condividerne l’utilizzo verso le comunità locali.

Ci sono le condizioni per avviare percorsi conoscitivi e divulgativi sui temi dell'integrazione fra ospedale e territorio e fra i territori e gli attori locali, per affermare un ruolo istituzionale che non è una rivendicazione ma un diritto ed una necessità.

Considerato che in base all'Art. 39 dello Statuto ANCI il Presidente di FederSanità partecipa di diritto ai lavori dell'ufficio di Presidenza ANCI, i componenti dell'Ufficio di Presidenza di FederSanità partecipano ai lavori del Comitato Direttivo dell'ANCI; 10 Direttori Generali di aziende sanitarie e 10 rappresentanti di Comuni, indicati da FederSanità, partecipano ai lavori del Consiglio Nazionale dell'ANCI, ci sono oltremodo le condizioni di un rapporto fattivo e rilevante sul piano associativo.

FederSanità ANCI, attraverso la sua organizzazione sociale, esprime la sua capacità di intervento conciliando le sue iniziative in rispetto delle specifiche competenze dei Direttori Generali, dei Sindaci ed in rapporto con le Regioni.

Per questo FederSanità è chiamata ad usare la sua iniziativa per suggerire e sviluppare politiche di intervento nel settore della sanità. Da oltre dieci anni l'associazione contribuisce fattivamente al processo di integrazione dei servizi che mirano alla più alta integrazione, quelli sanitari con quelli socio-assistenziali, tutelando globalmente le funzioni e le attività delle aziende associate e le priorità delle comunità locali.

Lo svolgimento di attività di sostegno e supporto alle iniziative dell'ANCI in merito ai temi relativi al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) con particolare attenzione alle attività ed ai servizi socio-sanitari è quindi naturale ed obbligatorio.

Con queste premesse FederSanità si impegna a fornire tutta la collaborazione necessaria al sostegno delle azioni dell'ANCI, proponendosi come canale di collegamento e collaborazione con l'Area Welfare ed il Dipartimento Sociale per le aree di comune interesse, e operando per costruire un corretto ed innovativo rapporto associativo che si fonda sulla reciproca autonomia - così come stabilito dal Consiglio Nazionale ANCI del 15-2-2006 - ma ritenendosi parte integrante di ANCI, della quale condivide statutariamente i valori associativi fondanti.

Conclusioni

Con il nostro Congresso Nazionale andiamo formalmente alla costituzione di una Confederazione di Federazioni Regionali.

E' una decisione dibattuta al nostro interno e della quale siamo ad oggi tutti convinti. E' ovvio che così aumenta il nostro impegno nel realizzare un punto nazionale di forte coordinamento ed aggregazione.

I sistemi regionali che legittimamente si stanno consolidando nel paese, pur nelle loro diversità, devono essere in ogni caso garanti di uniformità ed equità. La nostra organizzazione - federata a livello regionale - può essere un punto avanzato di raccolta delle pratiche migliori, delle più avanzate intuizioni, da veicolare e mettere a disposizione del sistema nella sua globalità.

Alle Regioni chiediamo di utilizzare le nostre associazioni regionali come sede di un confronto libero ed informale fra i soggetti della gestione e i rappresentanti delle comunità - che sono oggettivamente attori importanti del sistema salute - e che al di là dei ruoli ricoperti e delle responsabilità di ognuno può consentire di costruire percorsi utili e condivisi da offrire ai decisori istituzionali.

Al Governo, al Ministero della Salute, agli altri dicasteri che intervengono nelle politiche di Welfare, chiediamo di utilizzarci per ciò che rappresentiamo. Siamo un'organizzazione che affonda nell'ANCI le sue radici, un momento organizzato in 13 Federazioni regionali e diffuso in tutto il Paese, in grado di offrire passione e razionalità nell'approccio alle tematiche sanitarie e sociali.

FederSanità ANCI, per la sua composizione associativa - non volendo sostituirsi ai detentori del potere istituzionale - assume come impegno prioritario della sua azione quello di essere strumento della trasmissione delle buone pratiche, di soggetto che stimola gli associati - sia nella parte aziendale che comunale - di tavolo di confronto fra tutti coloro che all'interno del sistema prendono a cuore il funzionamento delle infrastrutture primarie, dei meccanismi che elevano la qualità di vita, della diffusione di risposte reali ed eque ad ogni livello territoriale.

Sapendo che è impresa ardua conciliare il diritto fondamentale alla salute con le risorse disponibili e che il dettato dell'art. 32 della Costituzione (sulla tutela della salute come diritto dell'individuo e interesse delle collettività, che deve garantire cure gratuite agli indigenti) è la parola d'ordine alla quale rispondere da parte di ogni Amministratore Locale e di ogni Direttore Generale, vogliamo rispondere a questo impegno amministrando e gestendo il sistema salute, ognuno per le proprie responsabilità, nel modo migliore.

La definizione dei LEA, il Patto di Stabilità ed il Patto di Salute tra Stato e Regioni, la definizione dei Piani Sanitari Nazionale e Regionali, dei Piani di Sviluppo Aziendali e dei Piani Territoriali di Salute devono fornire una griglia operativa di obiettivi generali e locali per il governo del SSN, dei SSR e delle Aziende Sanitarie, garantendo gli opportuni livelli di compatibilità.

La complessità del governo della filiera sanitaria deve trovare nelle aziende sanitarie i soggetti di sintesi e di gestione operativa degli obiettivi di una programmazione sanitaria sempre più concertata e condivisa.

Per questo offriamo alle istituzioni sovraordinate, Governo e Regioni, all'ANCI, la possibilità di avvalersi di un mix di professionalità plurime, di qualità reale nella conoscenza dei sistemi, per capire ciò che è possibile fare e come è possibile farlo. In che modo, insieme, possiamo decidere qual è il livello da raggiungere in ossequio al Piano sanitario vigente in quella data realtà, alle Linee Guida nazionali, che auspichiamo, per rendere omogenea la risposta, per costruire Piani Integrati di Salute reali, che tengano conto sicuramente delle compatibilità ma anche dei diritti.

Le aziende sanitarie pubbliche insieme ai Comuni vogliono essere punti di possibile equilibrio e composizione per un SSN, che, ancorché regionalizzato, mantenga una propria connotazione unitaria e universalistica in tutte le Regioni del Paese.

Il 1° Congresso Nazionale di FederSanità ANCI saprà trovare al suo interno la capacità di un risultato condiviso, l'elezione di Organi unitari, un gruppo dirigente autorevole, per continuare, innovandosi nella forma statutaria, quel compito di raccordo istituzionale, di confronto sulle politiche e sulle forme amministrative, di contaminazione positiva fra il mondo delle Aziende in sanità ed i Comuni, per contribuire ulteriormente al miglioramento dei livelli di salute offerti ai cittadini.