

Il Convegno nazionale: "Per un welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie. Casa della salute, residenzialità territoriale, domiciliarità, termalismo e benessere

Fiuggi [Teatro delle Fonti di Fiuggi], 14-16 settembre 2007

Organizzazione: Samnium Medica Società Cooperativa

Collaborazioni: Consorzio nazionale DROM di LegaCoop, Campania Medica, Federazione italiana medici di medicina generale [FIMMG]

Patrocinio: Ministero delle politiche sociali, Ministero della salute, Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri [FNOMCEO], Società italiana di medicina generale [SIMG], Provincia di Frosinone, Comune di Fiuggi, Fiuggi Terme

Nel Teatro delle Fonti di Fiuggi dal 14 al 16 settembre 2007 si è svolto il II Convegno nazionale: *Per un Welfare sostenibile. La cooperazione dei medici di famiglia e la cooperazione sociale nelle cure primarie.*

Il convegno, che ha visto una numerosa e significativa partecipazione di soci e dirigenti di cooperative mediche e sociali, di rappresentanti delle istituzioni e del terzo settore, si è articolato in tre momenti fondamentali:

- 1) questioni teoriche relative all'integrazione del sanitario e del sociale,
- 2) esempi specifici di sperimentazione dell'organizzazione delle cure primarie,
- 3) riflessioni e proposte.

I lavori sono stati aperti da Crescenzo SIMONE (Samnium Medica) che ha illustrato le ipotesi di lavoro su cui è stato articolato il programma del convegno e cioè la necessità di una riorganizzazione della rete assistenziale e sociosanitaria del territorio e la cooperazione quale strumento essenziale di tale riorganizzazione.

Nella **prima sessione**, *Cure primarie e welfare state*, Mario MAZZOLENI (Università degli studi di Brescia), con una relazione ampia e articolata, ha ripercorso la storia del termine welfare analizzando sia il significato assunto dal termine tra il XIX e il XX secolo, che i diversi approcci che ne sono scaturiti, distinguendo tra welfare sociale, welfare fiscale e aziendale. Ha rilevato come nel Secondo dopoguerra l'impegno maggiore sia stato rivolto al welfare sociale, gestito dal pubblico, mentre negli anni Novanta si è diffusa una diversa impostazione, poiché, di fronte ai costi crescenti, lo stato ha avvertito l'esigenza di affiancare al suo intervento diretto quello delle imprese sociali.

Rispetto al settore sanitario, la concezione della cura, e in particolare delle cure primarie si collega direttamente alle politiche del welfare, sia attraverso la promozione della cultura e dell'educazione sanitaria, che attraverso politiche di rielaborazione del modello pubblico/privato, che vedono l'affermazione di un modello ibrido, nel quale vi è la compresenza del privato, attraverso l'impiego delle imprese sociali.

Giuliano POLETTI (Legacoop) ha ripercorso alcune tappe del movimento cooperativo italiano, ponendo in evidenza che la storia della cooperazione è legata a una conce-

zione della società che parte da lontano, ha le sue origini nelle Società di mutuo soccorso e nelle prime forme di auto-aiuto, basate sulla sussidiarietà e la mutualità tra i membri. L'idea di cooperazione si basa su due cardini fondamentali, fiducia e solidarietà, una solidarietà che deve essere efficiente ed efficace.

Giacomo MILILLO (FIMMG) ha riconosciuto l'importanza delle cooperative mediche, come cooperative di servizi per i medici e ha presentato il progetto di ri-fondazione della medicina generale, che propone una nuova figura di medico, che non opererà più da solo ma inserito nelle Unità di medicina generale. Anche altri interventi successivi hanno posto in rilievo che si è concluso un ciclo e che ormai la medicina generale deve essere integrata nell'ambito delle cure primarie, come rete organizzata di attività che coinvolge gli operatori sia sanitari che sociali, che della rete assistenziale presenti sul territorio. Importanti innovazioni si sono prodotte nel settore con le cooperative mediche, nella gestione dei servizi, delle banche dati e di strutture complesse, tuttavia il medico di famiglia si trova di fronte a notevoli disagi nel suo lavoro nel contrasto tra il principio di equità e la scarsità delle risorse, di fronte agli squilibri verificatisi nelle spese sanitarie. Nella tavola rotonda questi temi sono stati ripresi ponendo il problema del come si possano costruire percorsi di integrazione, a partire dalla stessa concezione di salute come benessere psico-fisico e dall'emergere di patologie croniche degenerative e di nuove marginalità.

Nella **seconda sessione**, *Cooperazione medica e cooperazione sociale*, questi temi sono stati affrontati e discussi a partire da esperienze regionali relative alle Case della salute, presentando situazioni concrete e modalità di intervento rispetto alle problematiche in questione. È subito emerso come, al di là delle linee guida ministeriali, vi siano notevoli disuguaglianze tra le regioni nelle modalità di organizzazione e nell'impiego delle risorse a disposizione. Pierluigi CERATO (ARSAN Campania) ha posto in evidenza la drammaticità dei dati campani e come gli indicatori di salute non siano più rassicuranti, ma che emergano delle criticità rispetto, ad esempio, agli immigrati e alle nuove marginalità, che richiedono una rete integrata tra l'assistenza sociale e quella medica.

Vittorio BOSCHERINI, descrivendo l'esperienza delle Società della salute toscane, ha sottolineato come l'impianto del Servizio sanitario nazionale sia stato concepito in relazione ai casi acuti, mentre ora ci si trova sempre di più di fronte a patologie croniche; questo richiede la creazione di un'équipe territoriale multidisciplinare a forte integrazione sociale.

Di una Casa della salute abruzzese e delle difficoltà incontrate ha parlato MONATTI sottolineando come la normativa sia poco adatta a un territorio montuoso come quello in cui è sorta questa nuova organizzazione territoriale.

Luca SORRENTINO ha sottolineato come le cooperative sociali possano offrire servizi complementari e come il territorio, ad esempio rispetto all'assistenza domiciliare, sia il luogo di incontro di operatori differenti, rilevando l'esigenza di pensare forme di partenariato, di sviluppare ciò che prima non c'era, di far emergere i nuovi bisogni a cui dare risposte. La cooperazione sociale già svolge un ruolo importante nel sistema dei servizi, occorre che si incontri con la cooperazione dei medici anche in relazione alla possibilità di sperimentare processi di cura sul territorio, oggi ancora eccessivamente ospedalizzati.

Secondo le direttive ministeriali al centro del sistema sanitario è posto il cittadino, tuttavia vi è una notevole disparità di servizi tra aree geografiche, come posto in

evidenza anche dagli interventi della **terza sessione**, *Domiciliarità, residenzialità territoriale e cooperazione*. Sono stati presentati gli ospedali di comunità, oggi non più progetto ma realtà, che rappresentano l'anello di congiunzione tra l'ospedale e il territorio e che sono interamente gestiti dai medici di medicina generale e alcune realizzazioni di integrazione sociosanitaria rispetto a interventi su anziani con demenza. Il processo d'invecchiamento richiede non solo la medicalizzazione ma anche la considerazione della persona nella sua globalità e quindi un'azione integrata, che deve essere asse portante delle politiche e della programmazione e organizzazione gestionale, il servizio domiciliare necessita di un approccio integrato di cure.

La **quarta sessione**, *Termalismo e salute nelle cure primarie*, introdotta da Renato DEL MONACO (Fiuggi Terme), è stata dedicata al termalismo e alle terme come luogo di salute ma anche di benessere, con contributi di medicina termale, che hanno sottolineato i vantaggi delle cure termali, a partire dalle qualità specifiche delle acque e dei fanghi e interventi di amministratori locali che si sono soffermati sul turismo termale e sulle ricadute che esso ha sullo sviluppo economico del territorio.

Gli interventi della **quinta sessione**, *Cooperazione medica e cooperazione sociale in una rete di servizi integrati: modelli organizzativi e strumenti di coordinamento* sono stati mirati a rilanciare il tema del convegno e ad aprire la discussione generale. Gianfranco PISERI (Legacoop) ha sottolineato come da quanto stato detto sinora siano emersi due temi: la centralità della persona e il rapporto con il territorio, aspetto che riguarda sia i medici di medicina generale che gli operatori sociali, ma alla base di questo sta l'idea della salute come benessere e qualità della vita. Angelo CASTALDO (FIMMG) ha posto in evidenza come dalla rivalutazione del mondo delle cooperative venga la possibilità che questi due mondi il medico-sanitario e il sociale possano incontrarsi.

Sergio D'ANGELO (Consorzio nazionale DROM) ha posto in evidenza come questo convegno possa essere un punto di partenza, perché se è vero che ci sono dei vincoli legislativi che devono essere superati, tuttavia questo processo di integrazione richiede un cambiamento di cultura, per poter intraprendere un percorso comune. Infatti non si tratta di mettere insieme competenze diverse in giustapposizione, ma di intrecciarle e per fare questo c'è bisogno di costruire insieme un modo di pensare diverso.

Il Convegno si è concluso con un confronto partecipato e con alcune proposte:

- 1) la promozione di un coordinamento nazionale funzionale di tutte le cooperative dei medici di famiglia (come da *mozione allegata*);
- 2) la costituzione di un tavolo di proposte e progetti delle Regioni del Sud, ai sensi del Protocollo d'intesa "Quadro strategico per salute, sicurezza e sviluppo del Mezzogiorno" stipulato tra il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero della salute e le Regioni del Sud, per definire "una strategia chiara ed essenziale degli obiettivi prioritari per il Servizio sanitario del Mezzogiorno";
- 3) la promozione di un Forum sull'integrazione socio-sanitaria;
- 4) la promozione di un III Convegno nazionale a Fiuggi. Workshop "Per un'antropologia medica in ospedale.

Gianfranca Ranisio