

Proposte Uncem

Unione nazionale Comuni Comunità Enti montani

per il DIRITTO ALLA SALUTE E ALL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-ASSITENZIALE NELLE AREE INTERNE E MONTANE

Nell'ambito del Progetto ITALIAE



23 ottobre 2025

Uncem, nel quadro del miglioramento e della riorganizzazione dei servizi alla collettività nelle aree montane alpine e appenniniche, nonché delle aree interne del Paese, ha contribuito negli ultimi anni alle politiche regionali e nazionali con proposte e istanze volte alla ridefinizione anche delle opportunità sanitarie (e socio-assistenziali) nelle valli e sui territori. Questo impegno è ancora più necessario nella fase di definizione della legge di bilancio 2026 e del bilancio pluriennale triennale verso il 2030.

L'analisi e la proposta – da ogni soggetto istituzionale e associativo - sono particolarmente preziose oggi in una fase di nuova attenzione per la “medicina territoriale” imposta dall'emergenza sanitaria. Una nuova attenzione per i territori è necessaria.

Territori nei quali i Comuni lavorano insieme. Ambiti territoriali geografici, di valle, dove all'interno Unioni, Unioni montane, Comunità montane, Consorzi di Comuni definiscono percorsi congiunti di sviluppo socio-economico e per la riorganizzazione dei servizi in accordo con gli Enti sovraordinati. Questo impegno dell'IO verso il NOI necessario, è supportato da Uncem – nelle questioni istituzionali, politiche, manageriali – attraverso la partecipazione al Progetto Italiae del Dipartimento Affari regionali e delle Autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, e in particolare con l'Atelier delle Green Community. La Strategia delle Green Community è parallela e complementare a quella delle Aree interne e della Montagna, contribuendo anche alla riorganizzazione dei servizi pubblici territoriali. Sanitari e sociali, prima di tutti.

Togliamo di mezzo anche così, con questo documento Uncem, ogni polemica e ogni considerazione sullo “spopolamento da accompagnare” in alcuni Comuni dalle aree interne. Servono proposte e investimenti. Uncem crede nell’impegno politico di tutti, con i Partiti e livelli istituzionali insieme.

L’Italia ha bisogno di politiche orizzontali, non solo verticali, di territorio, non di settore, per un “territorialismo” – nella crescente centralità della montagna imposta dalla crisi climatica - che sappia avere strategie chiare, identificare bisogni e opportunità sulla base di istanze territoriali inserite in un governo della sanità ampio, focalizzato però su una zonizzazione dei bisogni. Piccoli Comuni, territori alpini e appenninici hanno necessità diverse e bisogni organizzativi differenti rispetto alle aree urbane e alle zone metropolitane.

Ce lo insegna, al netto di ogni retorica, la pandemia.

Le aree montane in Italia hanno risposto in modo diverso rispetto alle aree urbane all’emergenza covid-19. Ora ripartiamo con azioni decisive e anche nel quadro europeo, con un patto tra Comuni, tra aree montane e zone urbane, tra Paesi UE che condividono le stesse nostre esigenze per lavorare su zone rurali, interne e montane.

Il superamento della carenza di medici di base e pediatri, nonché la loro presenza nelle alte valli e nei piccoli Comuni, è la prima esigenza per garantire adeguati servizi e corretti “diritti di cittadinanza”, come Uncem scrive nel [Rapporto Montagne Italia 2025](#).

Piano delle cronicità, infermieri di comunità, farmacie dei servizi, elisoccorso per il volo notturno verso elisuperfici adeguate nei Comuni montani, Case della salute, servizi dell’Agenda digitale, trasporti “a chiamata” verso studi medici e centri polifunzionali sono punti chiave di una riorganizzazione del sistema nelle zone alpine e appenniniche. Così come sono urgenti la revisione degli ambiti dove scegliere il medico di base e i nuovi servizi digitalizzati, telemedicina e teleassistenza.

Importantissimo è stabilire quali e quante risorse. Ma anche chi fa che cosa. Case della Salute e ospedali di comunità rischiano di drenare risorse e togliere ambulatori medici o servizi dagli ospedali? È un rischio da considerare e verificare con analisi dei numeri. Se non si verifica questo rischio, si investe nel modo corretto.

Uncem pone nelle domande. Ad esempio una importante: cosa mettiamo nei “piccoli ospedali”? Cosa diventano?

Altra importante domanda: quale spazio hanno i servizi sanitari privati in convenzione?

La sanità pubblica del servizio sanitario statale è preziosa e va difesa fino in fondo. È decisiva per valorizzare aree montane e comunità dei territori.

La sanità pubblica prima di tutto.

E poi, secondo Uncem, una parola chiave. Semplicità nell’accesso ai servizi. Che non vuol dire meno burocrazia. Vuol dire che, costruendoli con Assessorati alla Sanità e, i portali per prenotazioni e gestioni delle visite sono facili e veloci. Non fanno perdere tempo.

Vuol dire che le aziende sanitarie hanno tutti gli stessi sistemi informativi. A livello nazionale.

Ma soprattutto rendiamo semplice l’accesso a servizi complessi per i cittadini.

Oggi orientarsi in caso di patologie croniche è difficilissimo.

Le famiglie di persone con patologie come demenze e altri stati complessi della vita, faticano troppo a orientarsi tra sanità e assistenza. Le badanti e le assistenze domiciliari hanno grandi costi. È sempre più difficile trovarle e il sommerso è ancora troppo. Così, sono molto onerose le strutture per anziani e terza età. Sono troppo onerose e respingono persone non abbienti.

Dare certezze a tutti. Sanità e assistenza che interpretino i territori e le fasce più deboli, dotate di meno risorse, più esposte a rischi. Pensiamo a loro. Vinciamo sperequazioni e disuguaglianze.

Sanità e Assistenza sociale vanno insieme: definendo efficacemente la presa in carico, ma con una chiara attenzione. La persona al centro. La persona cuore di ogni nuovo Piano e iniziativa istituzionale. Agevolando la famiglia, le figure vicine alla persona che ha bisogno di *cura*.

Uncem è a fianco degli Enti locali, per agire con le Regioni, il Parlamento, il Governo e con il Ministero della Salute, affinché si riducano i divide fisici, organizzativi, gestionali che hanno effetto sulla qualità dei servizi ai cittadini.

Si ricorda qui l'articolo della legge sulla montagna, appena varata dal Parlamento, che risponde e investe a una delle esigenze storiche posta da Uncem:

[...] Capo III
SERVIZI PUBBLICI

Art. 6.
(Sanità di montagna)

1. Nella valutazione dei titoli di carriera ai fini della partecipazione alle procedure concorsuali presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, all'attività prestata dagli esercenti le professioni sanitarie e dagli operatori socio-sanitari presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, è attribuito, per ciascun anno di attività, un punteggio doppio. La medesima attività è valorizzata nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di settore per l'assunzione di incarichi nell'ambito delle aziende e degli enti medesimi. L'attività prestata dai medici nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui al primo periodo per almeno tre anni costituisce titolo preferenziale, a parità di condizioni, per gli incarichi di direttore sanitario.

2. Al fine di contenere l'impegno finanziario connesso al trasferimento in un comune montano di cui all'articolo 2, comma 2, a decorrere dall'anno 2025, a coloro che prestano servizio in strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali di montagna o effettuano il servizio di medico del ruolo unico di assistenza primaria, pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale interno, veterinario e altra professionalità sanitaria ambulatoriale convenzionata con il Servizio sanitario nazionale nell'ambito degli accordi collettivi nazionali, in uno dei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, e prendono in locazione un immobile ad uso abitativo per fini di servizio nel medesimo comune o in un comune limitrofo è concesso annualmente, nei limiti delle risorse disponibili di cui al comma 6 del presente articolo, un contributo sotto forma di credito d'imposta in misura pari al minor importo tra il 60 per cento del canone annuo di locazione dell'immobile e l'ammontare di euro 2.500.

3. Il credito d'imposta di cui al comma 2 è concesso anche a coloro che, per i fini di servizio ivi indicati, acquistano nel medesimo comune o in un comune limitrofo un immobile ad uso abitativo con accensione di un finanziamento ipotecario o fondiario, comunque denominato, e spetta annualmente, a decorrere dall'anno 2025, nei limiti delle risorse disponibili di cui al comma 6, in misura pari al minor importo tra il 60 per cento dell'ammontare annuale del finanziamento e l'importo di euro 2.500.

4. Il credito d'imposta di cui ai commi 2 e 3 è riconosciuto in misura pari al minor importo tra il 75 per cento del canone annuo di locazione o dell'ammontare annuale del finanziamento e l'importo di euro 3.500, nei casi in cui nei territori dei comuni montani di cui all'articolo 2, comma 2, con popolazione non superiore a 5.000 abitanti, insista

una delle minoranze linguistiche storiche di cui alla legge 15 dicembre 1999, n. 482, i cui appartenenti rappresentino almeno il 15 per cento dei residenti.

5. Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro svolto dal personale dirigente e non dirigente, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale ubicati nei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, nonché per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali operanti in tali comuni, nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro e accordi collettivi nazionali è prevista la definizione di un emolumento, di natura accessoria e variabile, da attribuire in ragione dell'effettiva presenza in servizio, nei limiti dell'importo annuo lordo complessivo di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, come ripartito, tra ciascuno dei predetti contratti ed accordi, con decreto del Ministro della salute da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dei decreti di cui all'articolo 2, comma 2. Le regioni e le province autonome, nell'ambito delle proprie competenze, possono prevedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, particolari forme di incentivazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che decidono di mantenere in attività i propri studi ubicati nei comuni montani di cui all'articolo 2, comma 1.

6. Il credito d'imposta di cui ai commi 2, 3 e 4, utilizzabile nella dichiarazione dei redditi, è riconosciuto nel limite complessivo di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 e non è cumulabile con le detrazioni spettanti ai sensi dell'articolo 23 della presente legge e degli articoli 15, comma 1, lettera b), e 16 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. Al relativo onere si provvede ai sensi dell'articolo 30 della presente legge.

7. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri, ivi inclusi quelli per l'individuazione dei comuni limitrofi, e le modalità di concessione del credito d'imposta di cui ai commi 2, 3 e 4, anche ai fini del rispetto del limite di spesa previsto, nonché le disposizioni relative ai controlli e al recupero del beneficio indebitamente fruito.

8. Ai fini del riconoscimento dell'indennità di cui al comma 5, primo periodo, è incrementato il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per un importo pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Al suddetto incremento si provvede ai sensi dell'articolo 30. [...]

Occorre però sia attuata con concretezza e soluzioni significative, durature, proposte peraltro anche dalla FIMMG.

Le Regioni contribuiscano ad attuare questo articolo con gli Ordini dei Medici e con i loro Sindacati. Serve uno scatto che dimostri la capacità di dare corpo a queste opportunità.

In sintesi, di seguito alcuni temi importanti secondo Uncem per il sistema di Enti locali montani, per una moderna piattaforma sanitaria e socio-assistenziale dei territori montani.

1. Il Piano delle cronicità e le “Comunità di pratica”

Le dinamiche sociali delle valli alpine e appenniniche ci mostrano un aumento degli ultra65enni, con dati percentuali più alti rispetto ad altre zone d'Italia. Aumentano ovunque, ma in particolare in questa fascia di popolazione, le malattie croniche e le necessità di assistenza territoriale. Le valli hanno da trent'anni sviluppato un buon sistema di RSA che oggi va ulteriormente potenziato, rivitalizzato.

In questo quadro, possiamo dire che le aree montane anticipano cambiamenti sociali ed economici del Paese, dando da sempre risposte forti della loro capacità di innovazione.

Sono necessari “Piani delle cronicità” con uno specifico focus sulle aree interne e montane, provando a contemplare una riorganizzazione del sistema sanitario e socio-assistenziale sui territori. In questo stretto legame, rispetto alle cronicità, tra assistenza sanitaria e sociale, con i Consorzi gestori dei servizi socio-assistenziali, le Comunità montane e le Unioni montane di Comuni (nessun Comune “si salva” da solo, nessuna comunità può lavorare da sola) è fondamentale precisare chi fa che cosa e quali sono le risorse disponibili: chi prende in carico la persona (sempre al centro), chi la segue e con quali tempi, dove.

Possono nascere nei territori delle “comunità di pratica”, composte da esperti e specialisti nelle discipline interessate, per elaborare e mettere a punto i modelli di cura che dovranno essere poi utilizzati su tutto il territorio.

2. Medici di medicina generale e pediatri nelle valli

Troppe aree montane – non solo nella parte alta delle valli – sono oggi sprovviste di medici di base. Ne mancano sempre di più. La situazione si complica di anno in anno anche con i pediatri. Non solo non vengono quasi effettuate visite a domicilio, ma vengono molto spesso ridotti fortemente gli orari di apertura degli studi medici nei paesi.

Su proposta di Uncem, è stato inserito nella legge nazionale 60-2019 (la conversione del DL Calabria, pubblicata in Gazzetta il 2 luglio) il comma 6 dell'articolo 12, che alla lettera b scrive che è possibile "prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati". Questo comma è particolarmente importante. Deve essere attuato in tempi rapidi.

Altresì va dato seguito, anche con interventi regionali, al dispositivo del ddl montagna già riportato in questo documento.

Riteniamo poi sia necessario spingere i medici ad attivare servizi di “prenotazione” delle visite presso gli ambulatori, tramite messaggi e specifiche app, al fine di ridurre i tempi di attesa e agevolare chi lavora e studia.

Uncem vuole insistere su alcuni altri aspetti, che devono essere elaborati.

a) Il medico di base dovrebbe avere un contratto di servizio come i medici ospedalieri. Essere un dipendente del servizio sanitario nazionale a tutti gli effetti, pagato bene a cui vengono affidati precisi obiettivi soggetti a verifiche e controlli non burocratici. Non un medico convenzionato con pochi o tanti mutui come adesso.

In questo senso il medico di medicina generale svolge un ruolo eminente destinato ad essere sempre più valorizzato in una società nella quale i servizi alla persona acquistano sempre maggior rilievo. La Francia ha una organizzazione diversa dalla

nostra, ma il medico di base in un Paese di 1000 abitanti guadagna 5.000 Euro netti e fa le sue 38 ore di lavoro settimanali ed pagato dal Comune che incassa i proventi dell'assistenza indiretta.

b) il medico è un dottore, ma fare il medico è un "mestiere" nel senso nobile del termine, comporta empatia, oltre che competenza. Il medico si rivolge al malato o in generale al cittadino non solo per fare la diagnosi di una malattia, per curarlo, per coordinare le cure dopo un trascorso ospedaliero, ma anche prendendosi cura in generale della sua salute, indirizzando i suoi stili di vita, l'ambiente, il cibo ecc. Un compito delicatissimo! Il rapporto di lavoro "convenzionato" non dà tempo al medico per interloquire correttamente con il cittadino paziente.

Porta il medico, mal remunerato, a dedicare tempo anche alla libera professione o ad altre attività simili.

c) il medico deve godere di uno statuto, in generale non solo per i meriti particolari del singolo, di alto livello nella società proprio perché il suo compito è più complesso del medico ospedaliero specialista. Il medico di base oltre che tale è un operatore sociale perché il malessere se non la malattia vera e propria porta a un incontro delicato con il cittadino/persona.

b) La formazione diventa essenziale. Oltre alla formazione specifica della medicina generale il medico di base deve avere garantita ogni forma di ulteriore formazione anche obbligatoria. Faccio alcuni esempi: formazione digitale elevata; frequenza una o più volte all'anno, per tot ore, di reparti ospedalieri specifici ecc. Quindi formazione continua.

3. Case della Salute e l'Infermiere di comunità, modelli nuovi verso il futuro

Le "Case della salute" recentemente istituite sui territori (oltre 65 quelle attive finora) grazie al PNRR possono dare importanti risposte organizzative al problema della riduzione o dell'assenza di medici di base nei Comuni montani. È necessario verificare dove queste ancora mancano e come possono essere attivate. Occorre verificare come stanno funzionando, con quale personale medico, paramedico e amministrativo.

Ma attenzione: non devono portare verso il basso servizi, togliere ambulatori nei Comuni più in alto, concentrare opportunità verso il basso.

Case della salute e Ospedali di comunità devono funzionare ma non essere un salasso per la spesa sanitaria.

Serve chiarezza sul loro ruolo e sul loro impiego nella sanità territoriale.

Anche gli "infermieri di comunità" - figura nata in Val Maira grazie al progetto europeo Consenso e già sperimentata in altre aree montane italiane grazie alle Asl - sono novità

importanti che possono seguire i pazienti cronici, unendo la sfera sanitaria a quella socio-assistenziale.

Le sperimentazioni sugli infermieri di comunità (pensiamo in particolare a quelle delle “aree interne” sperimentali) vanno estese e potenziate, coinvolgendo le Associazioni locali del terzo settore, capaci ad esempio di garantire servizi di trasporto e assistenza domiciliare. Rientrano come figure fondamentali nel “Piano delle cronicità”, sono opportune per generare forza e sviluppo ai territori, nuove competenze e nuovi mestieri, nuove opportunità per fasce di popolazione anziana che aumentano e saranno in crescita verso il 2030 e il 2050.

4. Digitalizzazione: telemedicina e teleassistenza

Con l’Agenda digitale nazionale devono arrivare in tempi rapidi nuovi servizi “a distanza”. Esistono oggi dispositivi medicali a basso costo, individuali, che dialogano con i medici e il personale sanitario tramite semplici app scaricabili su qualsiasi smartphone.

Ecco alcuni servizi che riteniamo utili, nelle aree montane e non solo: effettuare un primo consulto medico specialistico con il paziente (per l’anamnesi), proporre terapie con ricette su carta intestata e firma digitale stampabile a casa o presso l’ufficio pubblico (municipio o Casa della salute) più vicino, prescrivere esami strumentali, fare analisi della voce, avviare l’archiviazione della cartella clinica.

L’*home clinic* è già una realtà importante in molte aree europee. Permette di monitorare un paziente (anziano e non) a distanza, anche con piccole telecamere e videochiamate, con una nuova semiotica medica e una “medicina a distanza” che può ridurre tempi di visita e di intervento, ma anche i costi per il sistema pubblico, evitando molto spesso la presa in carico dagli ospedali.

5. Il fascicolo sanitario elettronico

Le Regioni hanno individuato molte risorse per avviare la gestione del Fascicolo sanitario elettronico. Chiediamo di accelerare i tempi, di arrivare celermente ad avere una comune piattaforma, non solo regionale ma nazionale. Sembra anomalo avere 20 fascicoli sanitari elettronici regionali e non un solo fascicolo nazionale, promosso dal Ministero della Salute, uguale per tutti i cittadini italiani.

Il fascicolo sanitario deve essere per tutti in tempi rapidissimi.

Si individui nel Piano l’impatto e il tempo di realizzazione del sistema.

Se vi è un Fascicolo sanitario unico per tutti e tutte, pagato dal sistema pubblico, si tolgano di mezzo le soluzioni speculative si soggetti terzi che vengono promossi e venduti sul mercato. Così, per non disorientare le comunità locali e i cittadini.

6. Servizi in emergenza 118 h24

Sono in aumento nei paesi del Paese le piattaforme per l'atterraggio notturno dell'elisoccorso 118. Registriamo la necessità di alcuni Comuni, di poter avere un contributo economico per la sistemazione di aree per atterraggio e decollo h24. Le Regioni si impegnino a verificare l'attivazione di bandi di finanziamento per nuove aree di atterraggio (con premialità per i Comuni montani). Come più volte sottolineato, la disponibilità da parte dei Comuni di aree abilitate per il volo notturno, soprattutto in zone di montagna o in aree difficilmente raggiungibili per la loro collocazione geografica e i collegamenti viari, consente di avere una base utilizzabile per il soccorso rapido dei malati, contribuendo a salvare vite umane e a garantire cure più tempestive ed efficaci in caso di incidenti ed eventi avversi.

È particolarmente importante leggere affiancata la disponibilità di piattaforme per il volo notturno (più d'una in una valle), gli Infermieri di Comunità, le case della salute: un piano complessivo di azione per dare più servizi a chi vive sui territori e ai turisti.

La percezione di sicurezza, per i turisti e per chi vive i territori tutto l'anno, è molto importante.

7. Farmacie dei servizi

È indispensabile il potenziamento della rete delle "Farmacie dei servizi" ovvero "Farmacia di comunità" (definite con l'emanazione del D.lgs. 153 del 2009), finanziate anche dal PNRR, con nuovi servizi per tutti i cittadini, compresi esami diagnostici, prenotazioni di visite, prevenzione, prelievo di sangue, in accordo con i medici di base. In questa direzione si muove l'accordo importantissimo Sunifar Federfarma (Farmacie rurali) e Uncem.

La farmacia è un presidio importantissimo sui territori. È un riferimento da sempre, presente in moltissimi Comuni, anche i più piccoli.

8. I servizi sanitari e la Strategia aree interne e per la Montagna

È decisivo configurare le iniziative di riorganizzazione dei servizi sanitari nelle valli alpine e appenniniche all'interno di un più complesso scenario che tenga conto della riorganizzazione anche di altri servizi pubblici, in primis trasporti, socio-assistenza e scuole. È l'approccio della Strategia nazionale per la Montagna e per le Aree interne – che Uncem ha chiesto venga resa stabile e strutturata con un PON nazionale, così da estenderla a tutti i territori montani – nella quale i servizi i base alle comunità e ai singoli cittadini vengono ridefiniti tenendo conto delle forti connessioni che esistono tra loro. Così, è impossibile non riorganizzare i servizi sanitari e socio assistenziali senza tenere conto delle reti di trasporto e della mobilità. È un approccio non nuovo, che oggi la Strategia nazionale aree interne aiuta a definire in modo più compiuto, anche guardando a quanto fatto in altre aree pilota nel Paese. Su molti territori, in molte valli alpine, ad esempio stanno nascendo progetti, anche finanziati dalle Regioni con il Fondo statale dei Trasporti, per la costruzione di reti di "trasporto a chiamata" – unito a soluzioni miste di car pooling e car sharing. A oggi vi sono alcuni progetti attivi,

come in Valsesia o nelle Valli di Lanzo, che sono indirizzati proprio verso gli ospedali di riferimento, in particolare per terza età e fasce deboli che possono “prenotare i viaggi” a un costo minimo di ogni corsa. Ogni territorio deve poi definire un proprio modello di intervento, specifico e territoriale.

9. Paesi montani per le cronicità e la qualità della vita

Uncem da dieci anni sta lavorando con grande determinazione sul recupero e sulla rivitalizzazione dei villaggi alpini e appenninici. Non solo restauro: nuove destinazioni d’uso, in accordo stretto tra Enti locali e privati.

Tra i progetti di rivitalizzazione arrivati e conosciuti, ve ne sono alcuni che puntano a trasformare interi borghi (dalle 5 alle 50 case) in strutture residenziali per terza età e malati cronici, puntando su ottima qualità della vita, buoni parametri ambientali, oltre a relax e continua assistenza. Si tratta di social housing, più simili ad alberghi diffusi, dove il fine non è lo svago (non solo), ma la cura, la condivisione del tempo, l’interazione anche (ove possibile) con le comunità locali.

Come si sta evolvendo il concetto di hotel, che sempre di più in montagna da tradizionale e centralizzato diventa “diffuso” nel paese, così crediamo si possa puntare su una o più “RA diffuse”, case di cura nei borghi, RSA che non hanno un unico corpo, ma che si protraggono nelle case della borgata recuperata, con mini-alloggi e spazi comuni.

È un nuovo modello di social housing, molto importante per la popolazione sempre più anziana, che in un quadro complesso di crisi demografica e crisi climatica che si intrecciano, può rappresentare un modello di rivitalizzazione delle zone rurali.

10. Il futuro degli ospedali

Resta da fissare un punto. Cosa mettiamo negli ospedali più piccoli. Salviamoli ma decidiamo cosa farne per i prossimi vent’anni.

È strategico realizzare i nuovi ospedali previsti. Occorre trovare le risorse e dare dei tempi certi.

Ma parallelamente, le Regioni devono essere più chiare su cosa fare dei piccoli ospedali territoriali. Quali reparti, quali posti letto, quale personale (potenziandolo), quali opportunità e quali scelte. Su questo è importante vi sia maggiore efficacia elaborativa regionale e nazionale. Più dati e numeri, più informazioni per tutti.

In conclusione

I cittadini hanno diritto ad una eguaglianza “reale” nei territori montani come altrove, così come i medici di base non devono rientrare nella concorrenza e nella competitività. I servizi sono produttivi se ben fatti. Non sono “prodotti”, soprattutto quelli medici. Un medico di base – torniamo al vero nodo, più sentito dai cittadini - non può visitare trecento pazienti al giorno così non può un parrucchiere fare trecento barbe e capelli.

Daniel Cohen, purtroppo mancato pochi mesi or sono, ha ampiamente descritto il problema: la produttività può, grazie alle nuove tecnologie, aumentare enormemente nelle fabbriche e creare risorse per cofinanziare i servizi che sono il cuore della qualità della vita.

Uncem insiste. I Medici di Medicina Generale devono essere inseriti in team multidisciplinare per prendere in carico i bisogni di salute delle comunità, interfacciandosi con altri medici specialistici e gli infermieri di famiglia e di comunità.

Le Regioni devono incentivare con i Ministeri competenti, l'organizzazione secondo il modello della medicina di gruppo, ovvero AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale). Ecco perché Uncem insiste sulla definizione di ambiti territoriali ottimali chiari e unici. In modo che non cambi l'ambito per ogni materia e funzione che si affronti, che sia salute, foreste, servizi amministrativi, sviluppo economico. L'ambito territoriale è univoco anche per la gestione dei medici di base e per la medicina e l'assistenza territoriale. Possono essere presi in considerazione i sistemi locali del lavoro secondo ISTAT, o altre aggregazioni territoriali di Comuni. Questo lavoro va fatto in modo efficace, perché di grande portata e politicamente decisivo. La popolazione ne ha bisogno perché negli ambiti si organizza il servizio, la funzione amministrativa, la gestione delle risorse, economiche, umane naturali.

Medicina e assistenza, salute e fragilità sociale, non sono e non siano più mondi distinti.

Al centro di una piattaforma per le aree interne e montane del Paese vi sia cura e la salute della persona. Che vive in un paese o in città, che ha dei precisi riferimenti e delle percezioni di sicurezza sanitaria che devono crescere.

Lavoriamo in questa direzione.

*Documento realizzato da Uncem [Unione nazionale Comuni, Comunità, Enti montani] nell'ambito del Progetto ITALIAE - linea d'intervento Atelier di sperimentazione sulle Green Communities - del Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, cofinanziato nell'ambito del POC PON "Governance e Capacità Istituzionale" 2014-2020.
Presidente, Marco Bussone [3498599339]*