



Confederazione Italiana per la Promozione
della Salute e l'Educazione Sanitaria

Piano Socio Sanitario Regionale

Venerdì 13 ottobre 2006 - Ore 15-18

Sala Multimediale Regione Piemonte

Via Avogadro 30 - Torino

ATTI DELLA CONFERENZA



"Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nelle propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie"
(dott.ssa Mila Garcia Barbero).



<http://www.cipespiemonte.it>

Introduzione (Lorenzo Gianotti)

L'opuscolo raccoglie le relazioni e gli interventi di un Convegno, promosso dal CIPES, che è una sigla nota nell'ambiente sanitario piemontese, e dal Comitato 24 febbraio, che richiede invece qualche parola di spiegazione. In quella data del 2006 si è tenuta la riunione d'inizio del lavoro di un gruppo inteso ad appoggiare il Piano sanitario regionale; riunione affollata che ha visto la partecipazione degli assessori Valpreda e Migliasso.

Qual è lo scopo del Comitato, condiviso con il CIPES?

Il Piano socio-sanitario è il più eloquente atto programmatico regionale; di una programmazione non autoritaria, in quanto il Piano non è *octroyé*, ma sottoposto agli enti locali, alle categorie, alle associazioni, ecc. E la consultazione non è concepita come una gentile concessione, ma come processo utile ad arricchire lo stesso Piano. Tuttavia, come sempre, i propositi riformatori sono sottoposti a rischi, in particolare a che:

- La maggioranza dei potenziali interessati, non conoscendo gli orientamenti del Piano, resti estranea al dibattito,
- I consenzienti, perché soddisfatti dell'impostazione, operino una tacita delega agli assessori, restandosene quieti,
 - Gli interessi colpiti si mobilitino con proteste o richieste, talune sacrosante e accoglibili, altre corporative o clientelari o campanilistiche,
 - I mass media enfatizzino le proteste, tanto più se sono clamorose, sicché l'interesse generale (un'organizzazione più efficace della sanità, l'estensione sistematica di prevenzione e promozione della salute, ecc.) può apparire un'invenzione cervellotica dei vertici, mentre gli interessi particolari, soprattutto se scalmanati, assurgono a giusti reclami della 'gente' vessata dal potere.

Abbiamo ritenuto necessario sostenere la programmazione, nel senso tanto di correggerne eventuali limiti ed errori quanto di svilupparne gli aspetti innovativi. Il gruppo promotore si è riunito varie volte, concentrando la sua attenzione soprattutto sui profili e piani di salute e sull'assistenza socio-sanitaria. L'ispirazione di fondo ci viene da un precetto dell'OMS, quello secondo cui sanità e salute non si devono considerare sinonimi.

La sanità si occupa di assistere, curare e ristabilire chi si ammala o può ammalarsi. La salute rappresenta la buona condizione fisica e psichica della cittadinanza, la quale dipende da fattori eterogenei: lo habitat, il lavoro, i trasporti, l'ambiente domestico, le abitudini alimentari, ecc.

La prima compete all'organizzazione sanitaria (ospedali, ambulatori, medici, ASL, ecc.). La seconda riguarda la società nel suo insieme e tutti i suoi attori, pubblici e privati.

I profili e i piani di salute, previsti dal Piano socio-sanitario regionale, rispondono proprio all'obiettivo di attivare la società per garantire meglio la salute dei cittadini. Il nostro convegno ha voluto contribuire a questa opera. Al lettore decidere se ci siamo, in qualche modo, riusciti.

I Relatori

- Milena Allocco – SPI CGIL
 - Cinzia Armari - Ginecologa Psicoterapeuta - Associazione Metropolis
 - Giovanna Bodrato Operatrice sociale - Associazione Almaterra; associata a “La Bottega del Possibile”
 - Emilia Chiò - Funzionario Settore assistenza farmaceutica regionale
 - Roberto Demichelis - Coordinatore esecutivo provinciale Conferenza della Salute
 - Paola Fasano - Direttore Distretto 1 ASL 5 - Collegno
 - Vilma Gabutti - Medico - Associazione ASAI)
 - Dario Giobbe - Primario Neurologia Molinette - Presidente Alice Piemonte
 - Mauro Mantovan - Medico di Medicina Generale presso l'ASL 5 nel territorio di Avigliana
 - Carla Mattioli - Sindaco di Avigliana
 - Attilio Miglio - Direttore direzione Politiche Sociali - Regione Piemonte
 - Amalia Neirotti Sindaco di Rivalta - Sante Baiardi Presidente CIPES Piemonte
 - Mariena Scassellati Sforzolini Galetti - Presidente «La Bottega del Possibile» Torre Pellice (TO)
 - Elide Tisi - Segretario Generale Forum Terzo Settore - Segretario Federsolidarietà Piemonte
-

Indice

(sintesi degli interventi)

Introduzione (Lorenzo Gianotti)

- Profili di Salute, enti locali, attività socio-sanitarie
(Amalia Neirotti – Sante Bajardi) Pag. 2
 - Profili e Piani di Salute (PePS) - Piani di Zona
(Roberto Demichelis) Pag. 4
 - Forme di programmazione previste nel d.d.I. allegato al P.S.S.R.
(Attilio Miglio) Pag. 6
 - Percorsi regionali per la qualificazione dell'assistenza farmaceutica
(Emilia Chiò) Pag. 7
 - Gli operatori e le operatrici nei Servizi per la domiciliarità: quale organizzazione nella cura?
(Cinzia Armari, Giovanna Bodrato, Paola Fasano, Vilma Gabutti, Elide Tisi) Pag. 9
 - Progetto di prevenzione dell'ictus in bassa Val Susa **Provas** (PROtezione VAScolare Val Susa)
(Dario Giobbe) Pag. 11
 - Esperienze di cooperazione tra Medici di Medicina Generale.
(Mauro Mantovan) Pag. 13
 - Promozione della cultura della DOMICILIARITÀ
(Mariena Scassellati Sforzolini Galetti) Pag. 15
 - Il ruolo dei Comuni per la promozione della salute
(Carla Mattioli) Pag. 17
 - Profili, Piani di Salute e ruolo degli Enti locali
(Milena Allocco) Pag. 18
 - Conclusioni
(Mario Valpreda) pag. 19
-

PROFILI DI SALUTE, ENTI LOCALI, ATTIVITÀ SOCIO-SANITARIE

(Amalia Neirotti – Sante Bajardi)

La proposta di PSSR 2007 – 2010 si presta a diverse considerazioni per alcune novità:

- Lo spazio rilevante dedicato al tema della promozione della salute, andando oltre al discorso della prevenzione. Sanità e salute, seppure in stretto rapporto, sono due cose molto diverse
 - Vengono rilevate alcune delle tappe importanti del processo: da Ottawa (1986) – nove anni dopo la 833 - a Salute 21 (1999); ed evidenziati alcuni progetti OMS (Città Sane, Agenda 21, Scuole per la Salute, Rete HPH,) che hanno permesso l'avvio di una fase nuova alle politiche per la salute
 - Viene individuato nel PePS lo strumento per una politica di programmazione a livello di distretto
 - Gli Enti locali del distretto, diversamente organizzati in relazione al loro numero, sono i responsabili della elaborazione ed approvazione dei PePS. Le ASL sono tenute a fornire informazioni e collaborazioni necessarie
 - La partecipazione del tessuto sociale e associativo è un elemento qualificante della fase di programmazione a livello di distretto
-

La salute è un diritto Costituzionale ma che si è tradotto in legge nel 1978 con la 833 che ha costituito il SSN. Con essa i servizi avrebbero dovuto essere erogati:

- in stretta unità tra prevenzione, cura e riabilitazione
- unificando le attività su base territoriale
- sul principio della continuità terapeutica
- fondando l'attività sul metodo della programmazione partecipata

Non è il momento per esaminare le varie fasi attraversate dal SSN e la aziendalizzazione che ne è stato l'approdo

Interessa invece riflettere sulle radici di questo processo che a livello internazionale

- prima con la Conferenza di Alma Ata del 1978 (lo stesso anno dell'avvio del SSN) sulle priorità a livello mondiale
- e poi con la Conferenza di Ottawa del 1986, la prima Conferenza mondiale della Promozione della Salute, con particolare attenzione alle problematiche maturate nei paesi industrializzati dell'Europa e dell'America del Nord. Significativo è lo svolgersi della conferenza in Canada ove le evoluzioni del servizio sanitario pubblico aveva fatto maturare positive sperimentazioni.

Ottawa conferma che la "salute non è solo assenza di malattia , ma completo stato di benessere fisico, psichico, sociale e religioso" ma aggiunge che il suo raggiungimento è il risultato della azione di tutta la società e non solo della sanità

- Ponendo al centro della sua attività l'uomo, l'individuo, affidandone ad esso il ruolo essenziale.
- **Una azione che vuole mettere in grado l'individuo di gestire la propria salute, con il supporto delle Istituzioni e in un sistema di alleanze sociali e professionali.**

La promozione della salute, questo nuovo termine, include la educazione sanitaria, include la prevenzione,.... ma è **una cosa più ampia che si lega alla fase concreta dello sviluppo della società** (le patologie riflettono anche il tipo di sviluppo economico). Curare al meglio i malati è il compito del servizio sanitario.

- Prevenire le malattie è il compito della società
- Ma anche la sanità, in ogni momento della cura, può fare promozione della salute

L'analisi delle cause vere della mortalità, e non della malattia che l'ha determinata porta a registrare che circa

- il 10% sono connesse al funzionamento della Sanità
- il 20% hanno origini genetiche
- il 30 % hanno connessioni con politiche ambientali ed il 40% dipendono dagli stili di vita del singolo cittadino

L'attesa di vita è di circa 78 anni per gli uomini e 82 anni per le donne.

Sono dati medi. Chi ha meno risorse, istruzione, lavoro, buone abitazioni vive di meno di chi sta meglio. Questo è un primo squilibrio da superare.

Miglioramenti per tutti saranno possibili se aggrediamo quel 70 % connesso alle politiche in termini diretti e indiretti. Ma anche quel 20% di cause di morte che ha origini genetiche è anche legato alle politiche. Salute 21, il piano dell'OMS Europa al 2021, con l'obiettivo 14 richiama in modo netto questo aspetto: la salute dipende dalle concrete politiche portate avanti sia dal momento pubblico che da quello privato. **“La valutazione dell’impatto sulla salute deve perciò essere applicata ad ogni politica o programma sociale ed economico, oltre ch  ai progetti di sviluppo che possono avere un effetto sulla salute”**. Al VIA subentra il VISS.

La proposta di PSSR 2007 – 2010 richiama questi aspetti, sommariamente ricordati, e li fa propri nella “Premessa – Una nuova politica per la salute”, precisando che sono principi fondamentali: **la centralit  della salute, la prevenzione, la centralit  del cittadino, il coinvolgimento degli enti locali, il valore dell’informazione, l’integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale ed il governo della salute che persegue l’equit , rispetti la sussidiariet , promuova la cooperazione all’interno dei canoni della sobriet  e dell’austerit .**

“Tutte queste risorse politiche, culturali, scientifiche e tecniche, produttivamente mobilitate per la costruzione del welfare di comunit , costituiscono un patrimonio prezioso di ricchezza sociale da coltivare ed incrementare.”

Richiamo l’attenzione su tutto il Capitolo 3 – Promozione della salute e prevenzione ed in particolare il paragrafo 3:2:1: Politiche per la salute in cui si affronta il tema dei profili e piani di salute (PePS)

- costruiti a livello locale
- attraverso l’iniziativa e l’assunzione di responsabilit  da parte degli enti locali
- con il coinvolgimento di numerosi soggetti locali
- con il supporto tecnico delle ASL e dei Consorzi Socio Assistenziali

Il processo dovr  essere avviato con la necessaria gradualit , superando i limiti della frammentariet  territoriale, potenziando le forme di aggregazione e di integrazione attualmente esistenti.

I PePS rappresentano lo strumento per la valutazione dell’impatto sulla salute delle scelte politico – amministrative, per l’identificazione di obiettivi di salute sostenibili, per lo sviluppo e l’attuazione di politiche di salute.

- Per ci    necessario garantire l’accesso alle informazioni necessarie, rendendole disponibili e fruibili
- Avvalendosi di sistemi di indicatori come quelli gi  sperimentati da Citt  Sane, da Agenda 21,..... che stimolano la individuazione delle cause che possono essere alla base di condizioni peggiori della norma

Il testo della Proposta di legge che accompagna la proposta di Piano norma le procedure nelle sue varie fasi:

art. 6 – relativo alla Conferenza permanente per la programmazione socio – sanitaria regionale

art. 7 – che norma la presenza dei Sindaci con riferimento alla attivit  della ASL

art. 8 – che costituisce il Comitato dei Sindaci del distretto

art. 14 – che per quanto riguarda i PePS

- attribuisce al Comitato dei sindaci la sua predisposizione e la approvazione a maggioranza
- la approvazione delle linee guida per la loro predisposizione

art. 15 – che noma le procedure per i “Piani attuativi locali”

Si tratta di una parte profondamente innovativa, che affida agli enti locali un ruolo finora mai registrato nell’approccio ai temi della sanit  e della salute visti in modo integrato.

- che   certamente possibile migliorare e perfezionare, ma che   in linea di principio da condividere e semmai da estendere

PROFILI E PIANI DI SALUTE (PEPS) PIANI DI ZONA

Roberto Demichelis (Coordinatore esecutivo provinciale Conferenza della Salute)

La proposta del PSSR è chiara: la salute è benessere a 360 gradi e l'ambito non è solo sanitario.

Se non è solo sanitario si incrocia con le altre politiche che incidono sul benessere del territorio, dei cittadini ed allora con i livelli istituzionali che hanno le competenze: Provincia, Comuni, Enti gestori.

Le competenze della Provincia sono molteplici: casa, lavoro, formazione, istruzione, trasporti, territorio, attività produttive, agricoltura e sviluppo montano, turismo, sport e cultura.

L'articolo 14 del D.d.L. che accompagna il PSSR individua nei Profili e Piani di Salute lo strumento partecipato di programmazione integrata a livello Distrettuale che si coordina in primis con i Piani di Zona.

L'esperienza dei P.d.Z. in Provincia di Torino è significativa: otto Piani sono stati approvati e gli altri sono nella fase conclusiva.

La legge 1 del 2004 della Regione Piemonte in applicazione della Lg. 328/2000 dà alle Province un ruolo di partecipazione e supporto alla programmazione locale, a Torino questo ruolo è stato pienamente esercitato, è stato un processo faticoso ma estremamente produttivo: lo dicono oltre i numeri la qualità delle elaborazioni e dei progetti, molto significativa è la parte dell'integrazione dei servizi socio-sanitari.

Questa esperienza va raccordata al PSSR e al D.d. L. che accompagna il Piano.

Si pone adesso uno snodo delicato e sensibile al quale va trovata risposta senza preconcetti e con sano realismo.

Individuare l'ambito migliore dove esercitare il ruolo della programmazione e dove è più produttivo.

Non si tratta di una mera esercitazione burocratica, guardiamo ai fatti.

Nella definizione dei P.d.Z. l'ente Provincia è stato obbligato ad un salto di qualità nell'esercitare il proprio ruolo.

- Nel metodo di lavoro di ricerca e elaborazione dei bisogni, con obiettivi e azioni misurabili; ovvero capacità di mutare le condizioni che determinano i bisogni. Un processo in divenire quello del metodo di lavoro esercitato attraverso lo strumento della coprogettazione con gli attori sociali ed istituzionali del territorio (in questo caso l'ambito del Consorzio corrisponde al Distretto).
- Con la creazione di strumenti per il supporto alla programmazione locale (il costituendo Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia).
- Con la condivisione dei progetti d'intervento derivanti dai P.d.Z. che stanno portando l'ente dalla politica dei "bandi" al sostegno economico condiviso.

La partecipazione alla programmazione con il determinante ruolo degli attori sociali (Lg. 328) diventa da "Passiva ad Attiva", in questo contesto il sindacato è uno dei soggetti ma non il solo. Dalla contrattazione alla codeterminazione.

Da questa esperienza ne sono scaturiti un metodo che adesso è cultura e prassi.

Ne deriva, per quanto ci riguarda, l'individuazione di un ruolo positivo delle Province nella costruzione dei Profili di Salute.

Si individua nei PEPS una delle saldature tra diversi livelli e strumenti di programmazione.

Serve di conseguenza superare le separazioni, pur nella distinzione dei ruoli, tra Enti e negli Enti. Non perdere mai di vista il principio sul quale diciamo di essere tutti d'accordo "la salute è benessere a 360 gradi", tradotto: eliminare i fattori di rischio con politiche positive che intervengano sui fattori individuati come tali.

I profili e i piani di salute sono lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie e si coordinano con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni che incidono sulla salute della popolazione.

- Il Profilo di Salute rappresenta la descrizione quantitativa e qualitativa dello stato di salute della popolazione attraverso l'individuazione di una serie di fattori che, direttamente o indirettamente, la influenzano.
- Il Piano di Salute individua gli obiettivi strategici e generali di salute e ne definisce le azioni per il loro raggiungimento.

Per poter esercitare il ruolo, definito per la Provincia nel PSSR va prevista una specifica funzione di supporto alla programmazione locale, in analogia alla L.R. 1/2004 con la quale peraltro si deve raccordare.

L'ente Provincia può a nostro giudizio essere il raccordo ed il giusto supporto agli enti locali nelle politiche di programmazione, così come avvenuto nella definizione dei piani di zona.

A partire dal decentramento amministrativo si è consolidato il ruolo della Provincia, quale ente intermedio di programmazione e soggetto di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio (legge 1/2004).

Il PSSR individua la Provincia come attore nella Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria (organo preposto al concorso, alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria) e nel Comitato di Distretto dei Sindaci (organo preposto a predisporre ed approvare il PEPS).

La saldatura indispensabile nei PEPS, degli strumenti della programmazione locale afferenti all'area della salute vede i P.di Z., strumento partecipato (ASL, terzo settore, OO.SS., Comuni, Enti Gestori, volontariato, Provincia, Cooperazione e Scuola) nella definizione delle politiche sociali allargate (area del lavoro, della formazione, della scuola, della casa, dei trasporti), come l'esperienza che sul territorio piemontese ha saputo coniugare, per l'elaborazione del bisogno, gli indicatori di natura sanitaria con quelli dell'area socio-economica.

Le province nel loro compito di sostegno alla programmazione locale si sono perciò dotate degli strumenti necessari a svolgere tali funzioni e questo ha reso possibile una lettura omogenea sul territorio.

Nell'ambito del supporto alla programmazione locale, la Provincia può esercitare la sua funzione nel sostegno alla definizione dei "profili di salute". Funzione che va prevista sia nella bozza di Piano che nel testo di legge allegato.

Una funzione che utilizzando le conoscenze acquisite come ente programmatore è in grado di saldare le conoscenze epidemiologiche con quelle socio-economiche e non solo.

FORME DI PROGRAMMAZIONE PREVISTE NEL D.D.I. ALLEGATO AL P.S.S.R.

Attilio Miglio

Ritaglierò all'interno degli argomenti trattati nel dibattito alcune considerazioni sulle forme di programmazione previste nel d.d.i. allegato al P.S.S.R. con un paragone, per sommi capi, con le forme programmatiche attuali.

Innanzitutto la situazione attuale. Esistono due forme di programmazione, l'una con specifica provenienza dal mondo del sociale, ovvero il Piano di Zona, che, a mente di quanto previsto dall'art. 17 della legge regionale 1/2004, deve trovare, nelle materie dell'integrazione socio sanitaria, una "obbligatoria" corrispondenza nei piani attuativi delle AA.SS.LL. e quindi è uno strumento che coinvolge direttamente la sanità. Esistono poi i Piani aziendali della sanità che costituiscono un adempimento obbligatorio dei Direttori Generali nei confronti dell'amministrazione centrale della Sanità regionale.

Mentre il Piano di Zona ha una approvazione da parte dei rappresentanti degli Enti Gestori (EE.GG.) i Piani aziendali sono adottati da un organo monocratico amministrativo, ovvero il Direttore Generale. Balza quindi agli occhi di tutti la sperequazione tra i due Piani quanto alla partecipazione degli organi eletti.

A proposito dei Piani di Zona esistono oggi alcuni aspetti critici poiché, a due anni abbondanti dall'adozione delle linee guida regionali, sono stati inviati in Regione Piemonte soltanto 12 Piani di Zona su circa 50 EE.GG. mentre gli altri sono ancora in fase di approvazione. Il mondo del sociale deve sapere che non ci si potrà presentare, ad avvenuta adozione ed approvazione del P.S.S.R., con uno strumento programmatico quale il Piano di Zona, in parte o totalmente assente in alcune province del Piemonte.

Passando alla previsione degli strumenti di programmazione nel P.S.S.R., si possono tracciare già oggi delle linee abbastanza precise, anche se non si può essere sicuri che non avvengano dei cambiamenti in sede consigliare. E' fortunatamente confermato ed inalterato il ruolo dei Piani di Zona che permangono come strumento di programmazione integrata. Speculare al Piano di Zona sta il Piano Aziendale Locale (P.A.L.), dove la gestione prettamente sanitaria comporta un ridimensionamento dell'importanza del potere locale in quanto il P.A.L. viene adottato dai Direttori Generali delle AA.SS.LL., sentiti i Sindaci che possono unicamente fornire indirizzi programmatici.

Accanto ai due strumenti programmatici già esistenti sta un nuovo piano denominato Profilo e Piano di Salute, (P.E.P.S.), strumento partecipato a livello distrettuale che è approvato dal Comitato dei Sindaci; il P.E.P.S. fornisce indicazioni, tra l'altro, sulle risorse necessarie per l'attuazione dell'integrazione socio sanitaria. La cautela nel giudicare un nuovo strumento programmatico impone di attendere il prossimo futuro per giudicare un contenitore ancora vuoto, ma occorre peraltro notare come anche in questo strumento viene riquilibrato il ruolo dei poteri democratici.

Ancora alcune considerazioni sull'argomento dei distretti nel P.S.S.R.; come persona di parte, quella del sociale, non posso nascondere una certa delusione sul ruolo e l'importanza che, almeno sinora, è stato riservato ai distretti. Ci si aspettava che fosse chiaramente detto che i distretti avrebbero avuto autonomia rispetto al Direttore Generale dell'A.S.L., ancora che fosse enunciata una autonomia reale, anche a livello di bilancio, nelle decisioni. Purtroppo tutto questo non emerge chiaramente ma il cammino del P.S.S.R. è ancora lungo ed il testo del d.d.i. potrebbe essere ancora modificato.

Ultima notazione: l'argomento da sempre controverso, concernente la coincidenza tra i distretti delle AA.SS.LL. e i confini degli Enti Gestori del socio assistenziale. Realisticamente il d.d.i. non poteva dire di più, ovvero si è previsto che tale coincidenza avverrà, ma non subito, ma soltanto dopo tre anni dall'approvazione del P.S.S.R. e dopo che un Comitato dei Sindaci avrà svolto una opera di mediazione, entro diciotto mesi, per far coincidere le scelte del Consiglio Regionale (che decide i confini delle AA.SS.LL.) e quelle dei Direttori Generali (che decidono i confini dei distretti) e la libera determinazione dei 1206 Sindaci del Piemonte, che, giova ripeterlo, sono gli unici soggetti responsabili del socio assistenziale.

PERCORSI REGIONALI PER LA QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

Emilia Chiò - Funzionario Settore assistenza farmaceutica regionale

Secondo la Costituzione la tutela della salute rappresenta un "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 32 della Carta Costituzionale). La gestione di un Servizio sanitario pubblico costituisce adempimento ad un dovere costituzionale cui il legislatore ha provveduto a partire dalla legge n. 833 del 1978, progressivamente integrata e modificata fino ad oggi (vedasi il decreto legislativo n. 502/92, modificato ed integrato dal dlgs n. 517/93, la legge n. 419/98, il decreto legislativo n. 229/99, etc.).

Gli elementi principali delle riforme sanitarie riguardano la regionalizzazione del servizio, che si realizza anche con i nuovi sistemi di finanziamento, ed il processo di aziendalizzazione con l'attribuzione alle aziende sanitarie locali ed ospedaliere di personalità giuridica pubblica, autonomia amministrativa e contabile, responsabilizzazione degli organi direttivi per la gestione delle risorse ed il conseguimento dei risultati.

L'evoluzione in senso federalista del sistema di tutela della salute, dopo i primi passi compiuti con il decreto legislativo n. 112/98, si afferma più compiutamente con il decreto legislativo n. 56/00, recante il nuovo sistema di finanziamento regionale dei servizi, e con la riforma generale apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione, attuata con la legge costituzionale n. 3/2001, che contiene i presupposti per la futura approvazione di nuove e distinte discipline regionali della sanità pubblica.

Sempre del 2001 è la legge n. 405, "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", che detta importanti disposizioni riguardanti non solo il regime di finanziamento dei servizi, ma anche i presupposti per una diversa regolamentazione degli ospedali pubblici, delle forme di collaborazione tra pubblico e privato e dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica.

Con decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 sono stati poi definiti i servizi che rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero quelle prestazioni che devono essere garantite a tutti i cittadini a carico del Servizio sanitario nazionale. Tra di essi rientra l'assistenza farmaceutica con le modalità e le condizioni che vengono stabilite dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Sul tema occorre richiamare il fondamentale principio che i farmaci sono importanti e necessari, ma un loro utilizzo indiscriminato e non appropriato non protegge di più la nostra salute e nello stesso tempo comporta una spesa inutile. Nasce da questa premessa la politica regionale per garantire un'adeguata assistenza farmaceutica a tutti i cittadini (ricordiamo i Livelli Essenziali di Assistenza).

Aspetti qualificanti dell'assistenza farmaceutica sono la farmacovigilanza, l'impiego appropriato dei farmaci e la continuità della cura.

L'assistenza farmaceutica deve, infatti, coinvolgere tutta la rete assistenziale, dal medico di famiglia, all'ospedale, alle strutture residenziali, all'assistenza domiciliare.

Nell'ambito della continuità terapeutica sono stati, pertanto, promossi specifici programmi per favorire la distribuzione diretta dei medicinali al cittadino (ad esempio dei farmaci ospedalieri - H -, oppure delle terapie connesse al primo ciclo di cura dopo un ricovero ospedaliero o dopo una visita specialistica ambulatoriale. Nell'ambito dell'appropriatezza è, invece, importante limitare l'uso dei farmaci innovativi ai soli casi che lo necessitano, promuovendo in tutti gli altri casi l'utilizzo dei farmaci equivalenti (generici e a brevetto scaduto, equivalenti, appunto, a quelli "di marca", ma meno costosi sia per il paziente che per il servizio sanitario a parità di efficacia).

La farmacovigilanza può essere definita come l'insieme delle attività che vengono intraprese per garantire un utilizzo appropriato e sicuro dei farmaci e consente, pertanto, di definire il profilo di tollerabilità di ogni farmaco dopo la commercializzazione, cioè nelle sue reali condizioni di impiego ed in un numero di pazienti sufficientemente elevato

Oggetto della farmacovigilanza è dunque l'identificazione delle reazioni avverse da farmaco (ADR: Adverse Drug Reaction), ovvero di qualsiasi risposta ad un farmaco che sia nociva e non voluta e che avvenga alle dosi impiegate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi o la terapia

La farmacovigilanza è normata dal Decreto Legge 95/2003, di recepimento della Direttiva Europea 2000/38/CE. In base ad esso si stabilisce che la segnalazione delle ADR è un elemento di conoscenza per comunicare sia le reazioni avverse gravi e/o inattese per i farmaci già in commercio sia le reazioni avverse per i farmaci di recente introduzione, i vaccini e i

farmaci specificatamente sottoposti a monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della Salute.

Il miglioramento del flusso di informazioni relative alle ADR comporta, di conseguenza, l'evoluzione in senso positivo della qualità dell'assistenza.

La sorveglianza attiva, con il monitoraggio dei pazienti che ricevono un particolare farmaco attraverso un percorso pre-organizzato continuo, consente anche di realizzare un processo di gestione del rischio clinico.

Occorre predisporre un percorso di informazione/formazione del paziente in merito alla gestione della terapia ed alla corretta conservazione dei farmaci. Tale percorso può, ad esempio, comprendere la consegna di schede, appositamente elaborate, informativa per il paziente sulle caratteristiche del farmaco oppure di scheda personalizzabili di terapia o di moduli-promemoria per la corretta assunzione della terapia.

La compilazione di questionari specifici da parte dei pazienti dopo la dispensazione del primo ciclo terapeutico e costantemente aggiornati ad ogni passaggio in farmacia permette di valutare l'effettiva compliance del paziente alla terapia dispensata e di raccogliere informazioni sull'effettiva tollerabilità al farmaco.

L'assistenza farmaceutica è erogata dalle farmacie al pubblico e dai servizi farmaceutici delle aziende sanitarie regionali. Recentemente la "Legge Bersani" ha dato il via ad una parziale liberalizzazione del mercato del farmaco, consentendo la vendita, al di fuori delle farmacie al pubblico, dei soli medicinali non soggetti a prescrizione medica, a condizione che la vendita sia effettuata nell'ambito di un apposito reparto, alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di uno o più farmacisti abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo Ordine.

Tradizionalmente le farmacie al pubblico hanno un ruolo centrale nel complesso panorama dei servizi socio-sanitari. Anche nelle più piccole e disagiate comunità è possibile raggiungere facilmente il luogo ove ricevere delle cure sanitarie, anche di primo soccorso.

La farmacia non è solo luogo di dispensazione di farmaci ma anche di consigli, attenzioni, attività di prevenzione. Il farmacista si pone come affidabile consulente socio-sanitario e professionista della salute, in grado di mediare tra il cittadino e il medicinale, il tutto nell'ottica di una strettissima integrazione comunicativa con il Servizio Sanitario.

Nel nuovo Codice deontologico del farmacista, coerentemente, si parla della farmacia come "presidio socio-sanitario e centro servizi sanitari". La farmacia, accanto alla tradizionale attività di distribuzione dei medicinali, è diventata sempre più punto di accesso ad una pluralità di servizi quali, ad esempio, la prenotazione di visite specialistiche ed esami di laboratorio e l'esecuzione di test autodiagnostici.

I servizi farmaceutici delle aziende sanitarie regionali (ASL ed ASO) provvedono alla fornitura diretta di particolari tipologie di farmaci non reperibili nelle farmacie al pubblico (farmaci H), garantiscono la continuità terapeutica ospedale - territorio (dopo visita specialistica, dimissioni, etc) e l'assistenza farmaceutica ed integrativa per specifiche categorie di pazienti, con un servizio aggiuntivo per i cittadini.

Ciò comporta un efficace controllo dell'utilizzo farmaco, dato il contatto costante con il paziente nel corso della terapia, unito ad una attività di farmacovigilanza. Viene garantita anche l'appropriatezza prescrizione (tramite la verifica dei "piani terapeutici").

L'erogazione diretta dei farmaci ha, inoltre, un significativo impatto economico sulla spesa farmaceutica regionale, consentendo di realizzare quei risparmi (generati dall'acquisto diretto dei farmaci) che concorrono al rispetto dei tetti di spesa per la farmaceutica.

Gli operatori e le operatrici nei Servizi per la domiciliarità': quale organizzazione nella cura?

Cinzia Armari	Psicologa Psicoterapeuta - Associazione Metropolis
Giovanna Bodrato	Operatrice sociale - Associazione Almaterra; associata a "La Bottega del Possibile"
Paola Fasano	Direttore Distretto 1 ASL 5
Vilma Gabutti	Medico - Associazione ASAI)
Elide Tisi	Segretario Generale Forum Terzo Settore – Segretario Federsolidarietà Piemonte

Domiciliarità fa pensare alla persona e al suo contesto significativo di vita, che comprende non solo la casa ma l'habitat collegato alla storia, all'esperienza, alla cultura, alla memoria, alla gioia e sofferenza di ognuno.

Domiciliarità (slide 1) come risposta al bisogno di cura in un contesto dotato di senso, come possibile alternativa ad un ricovero ospedaliero, come continuità necessaria dopo l'ospedalizzazione, come coinvolgimento del territorio nella risposta al bisogno di cura.

Che cosa significa **"prendersi cura di"** e quali sono i risvolti del prendersi cura in servizi per la domiciliarità?

Il **Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010** pone la soggettività del cittadino/a come riferimento principale per le scelte politiche e di gestione, anche attraverso un'accoglienza che ne rispetti i diritti e ponga l'umanizzazione dei servizi come valore fondamentale di ogni percorso di assistenza e cura.

Gli operatori e le operatrici impegnate nella domiciliarità incontrano la casa, l'habitat dell'altro, devono ambientare con esso, relazionarsi con la persona bisognosa di cure, con la famiglia. In altre parole, gli operatori della domiciliarità devono ambientare il loro fare ed il loro esserci dentro alla vita quotidiana delle persone di cui si prendono cura.

Si tratta di un lavoro di frontiera; che sia domiciliarità per la sofferenza della persona anziana, per il malato cronico, per il malato terminale, per il giovane disabile, per la persona in condizioni di sofferenza mentale, per gli operatori che se ne occupano, significa compiere gesti di sempre in luoghi nuovi e sconosciuti.

Domiciliarità (slide 2) è lavoro di accudimento e di relazione con la persona bisognosa di aiuto, è lavoro di relazione e sostegno con la famiglia, è lavoro di cura della casa e di gestione del quotidiano, è lavoro di scambi con altri operatori, con i servizi socio sanitari, con il volontariato e il tessuto sociale, è soprattutto un lavoro di tenuta complessiva delle diverse voci che lo compongono.

I gesti nella cura non si concretizzano soltanto nella disponibilità e attenzione per l'altro ma nella capacità professionale di esserci, di stare in situazione, di "stare tra". Non è soltanto un lavoro sociale ma è un **lavoro nel sociale** in cui si confrontano costantemente, in una dinamica delicata e multiforme, lavoro interno, rispetto ai processi mentali e all'affettività in gioco, e lavoro esterno, fatto di comportamenti di relazione e gesti quotidiani che, vagliati dall'io, devono diventare gesti professionali.

L'identificazione con l'altro, pur indispensabile nel riconoscimento dei bisogni, non è una condizione sufficiente per l'operatore che cura; la responsabilità per la persona da assistere non può essere completamente contaminata da un senso di onnipotenza totalizzante; l'elaborazione delle ansie, legate al confronto costante con la sofferenza, la malattia, la cronicità, talvolta la fine della vita, necessita di essere sufficiente e adeguata. Riteniamo perseguibili tali obiettivi (slide 3) soltanto all'interno di un **processo di formazione** che offra aree di sosta, cioè un tempo in cui l'operatore, non risucchiato dall'emergenza operativa, riesca a elaborare l'ansia connessa all'agire, e, nominando l'azione, a rifondare costantemente la propria prassi metodologica e operativa. Uno spazio di formazione che, oltre ad essere contenitore, consenta di acquisire professionalità, fornisca aggiornamenti costanti, aiuti l'operatore o l'operatrice della cura a ricollocarsi alla giusta distanza; ancora, una formazione che da un punto di vista epistemologico, interpellino i saperi della connessione tra i saperi cioè il sapere delle relazioni.

Per promuovere cura e salute pensiamo, però, che la formazione non basti.

E' necessario, secondo noi, che l'**organizzazione di riferimento** che progetta un piano di cura, chiarisca il proprio livello di responsabilità istituzionale, tentando di porsi come configurazione intermedia tra le difficoltà che gli operatori vivono e la realizzazione concreta del lavoro. L'organizzazione può essere un supporto molto importante per aiutare le persone che in essa operano a riformulare aspettative, obiettivi e modalità di lavoro e soprattutto per delineare chiaramente possibilità e vincoli dell'agire.

Secondo noi, è necessario altresì che gli operatori si assumano il rischio e la responsabilità di concepire il lavoro di cura non solo come erogazione di prestazioni, né come mera interazione con la persona bisognosa, ma come **presa in carico complessiva** e come interazione laterale con altri operatori, con altri servizi.

Nella domiciliarità l'aspetto organizzativo di **integrazione tra sanitario e sociale** è centrale. L'integrazione è un processo che richiede tempo, disponibilità, nonché un lavoro di concreta costruzione e gestione della condivisione. A fronte anche di una referenza sociosanitaria chiara e legalmente prevista, spesso si rintracciano disponibilità, professionalità e sostegni autentici in **mondi limitrofi della cura**, come ad esempio l'associazionismo. In tale ambito sarebbe interessante recuperare e valorizzare, partendo dall'esperienza concreta, saperi individuali e collettivi che potrebbero riorientare i progetti di cura e di assistenza.

Abbiamo già accennato che la relazione d'aiuto, nella domiciliarità, è intrinsecamente costituita di **tempo**: tempo delle persone e delle famiglie di cui ci si prende cura, tempo dell'agire professionale, tempo per sviluppare un pensiero sul proprio operare e sentire. Secondo noi, occorre capire se i tempi e gli orari dei servizi sono figli delle scienze che si occupano dell'uomo, dei suoi bisogni di crescita armonica, in salute con sé stesso e con gli altri. Ancora, se i servizi siano oggi "pensati per pensare", dove il pensiero e la riflessione morale sono il luogo in cui si estrinseca la professionalità di aiuto, in cui nascono la creatività e le intuizioni che sul singolo problema, consentono di progettare, mettere in atto e valutare un efficace processo di aiuto.

La società civile ha cominciato a cercare risposte ai bisogni di domiciliarità: non è un caso che nella Provincia di Torino, ad oggi, risultino più di 15000 le donne straniere immigrate che, inquadrare come collaboratrici domestiche, svolgono lavoro di cura, e circa 20000 quelle che hanno fatto domanda di regolarizzazione con il decreto flussi. Teniamo presente che il loro lavoro è per la grande maggioranza a tempo pieno, e che a questi dati va aggiunta una percentuale di lavoro nero non documentata. Quindi, in sintesi, il numero degli addetti al lavoro di cura si aggira tra i 35000 e i 40000 per la sola Provincia di Torino e risulta il doppio nella Regione Piemonte. Riteniamo che questo fenomeno ci interroga come individui, come società e in particolare interroga chi programma servizi di cura nella domiciliarità.

Bibliografia di riferimento:

- Bobbio N., *Le piccole grandi cose della vecchiaia – Lettera*, Torino, 14 Novembre 1998.
- Capello C., Fenoglio M.T., *Perché mi curo di te - Il lavoro di cura tra affetti e valori*, Rosenberg Sellier, Torino, 2005.
- Demetrio D., Donini E., Mapelli B., Natoli S., Piazza M., Segre A. *Il libro della cura di sé, degli altri, del mondo*, Rosenberg Sellier, Torino, 1999.
- Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2006 *Anticipazioni*, Roma, 2006.
- *Gli adoratori del dio chronos. Quale tempo-lavoro per gli operatori sociali?* Seminario a cura dei Laboratori di Animazione Sociale, Torino 18 novembre 2005.
- Hochschild A., *La catena globale della cura* (trad. it.), in *The nanny chain in the american prospect*, vol.2, n°4, 2000.
- La Bottega del Possibile Associazione, *Documento di presentazione per il Forum del terzo settore*, Torre Pellice, Torino, Luglio 2005.
- Lemma P., *Promuovere salute nell'era della globalizzazione - Una nuova sfida per "antiche" professioni*, Unicopli, Milano, 2005.
- Manghi S., *Apprendere attraverso l'altro – La sfida relazionale ai saperi della cura*, in Animazione Sociale, Torino, Dicembre 2005.
- Morini C., *La serva serve. Le nuove forzate del lavoro domestico.*, DeriveApprodi, Roma, 2001.
- Olivetti Manoukian F., *Possiamo ancora cambiare? Da "agenti di cambiamento" a soggetti attivi nei cambiamenti*, in Animazione Sociale, Torino, Agosto/Settembre 2006.
- Ravasi Belloccio L., *Il prendersi cura tra onnipotenza e senso del limite* in Convegno "Donna, denaro e dedizione", Provincia di Milano, 16 Dicembre 1995.

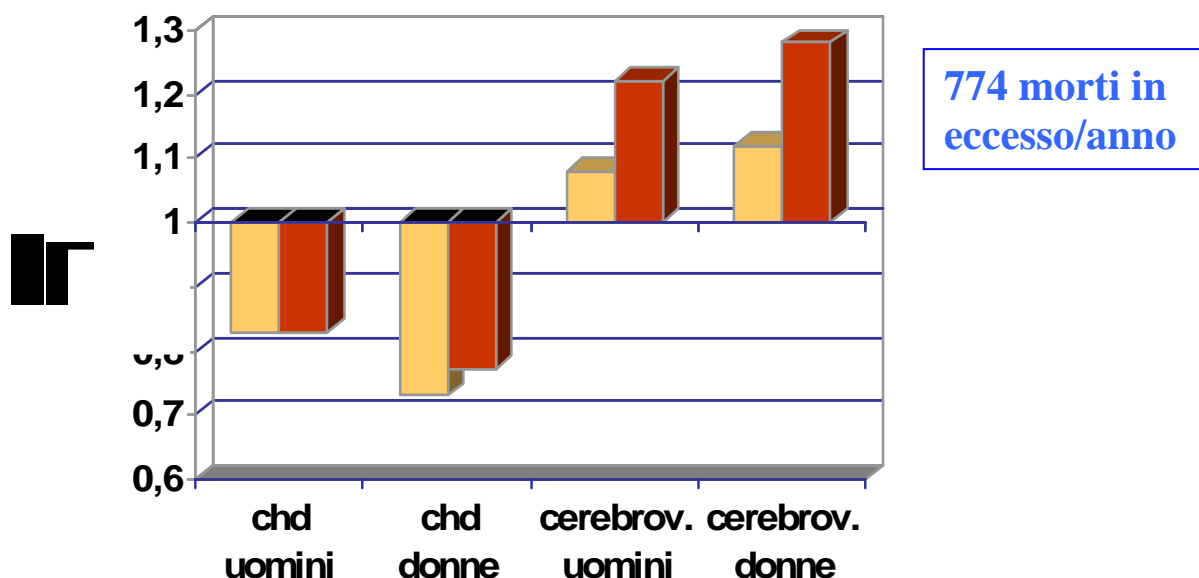
PROGETTO DI PREVENZIONE DELL'ICTUS IN BASSA VAL SUSÀ PROVAS (PROtezione VAScolare Val Susa)

Dario Giobbe

Dati Epidemiologici

In Italia l'ictus costituisce la terza causa di morte, la seconda di demenza e la prima di invalidità. L'incidenza standardizzata varia, a seconda delle casistiche considerate, da 215 a 254 casi/100.000 abitanti/anno e sale nella popolazione di oltre 65 anni a oltre 1.000 casi/100.000 abitanti /anno. Elevata è anche la mortalità standardizzata con tassi di circa 100 casi/100.000 abitanti/anno.

In Piemonte la rilevanza sociale della malattia risulta ancora superiore. Nella nostra regione l'ictus è la seconda causa di morte con tassi di incidenza grezza di 348 casi per 100.000 abitanti/anno e di mortalità grezza di 147 casi/100.000 abitanti/anno (2002). I dati dell'Osservatorio Epidemiologico Piemontese, riportati nella bozza di Piano Sanitario Regionale, segnalano 15.630 ricoveri per primo ictus nel 2004 e 6.321 morti nel 2002. Sorprendentemente, inoltre, il trend di mortalità per questa malattia risulta in controtendenza rispetto a quello per infarto cardiaco: il Piemonte risulta andare peggio del resto d'Italia per quel che riguarda l'ictus (con un eccesso di morti calcolato in 774/anno), meglio per quel che riguarda l'infarto cardiaco.



Possibili spiegazioni del fenomeno

La popolazione piemontese è mediamente più anziana di quella del resto d'Italia. Poiché l'età è uno dei principali fattori di rischio per la malattia questo potrebbe in parte spiegare i dati rilevati.

In secondo luogo, come risulta dall'attività di screening di ALICE Piemonte, nella nostra regione l'attenzione per i fattori di rischio modificabili della malattia è bassa. Il 50% dei soggetti a cui si sono riscontrati valori elevati di pressione o di colesterolemia non sapeva di avere questi fattori di rischio; inoltre, tra quelli che già ne erano al corrente un compenso ottimale era raggiunto solo nel 20% degli ipertesi e nel 25% degli ipercolesterolemici.

Progetto PROVAS

Interessa i comuni di Almese, Caselette, Rubiana, Villar Dora, che hanno nel loro insieme una popolazione di circa 15.000 abitanti. Sono coinvolti nello studio Sindaci, ASL locale, gli 8 Medici di Medicina Generale, le Farmacie e le Associazioni di Volontariato dell'area, ALICE Piemonte e Fondazione Magnetto

Obiettivo dello studio

Valutare l'efficacia preventiva del controllo dei fattori di rischio attraverso il confronto tra incidenza attesa e incidenza reale

Modalità di effettuazione dello studio

- Individuazione della popolazione ad alto rischio di ictus (> 20% a 10 anni) nella fascia di età 55-84 anni con l'impiego del questionario di Framingham
- Screening semestrale in tale popolazione dei valori di pressione, glicemia e colesterolemia in un arco temporale di 5 anni
- Screening annuale di Ecodoppler e ECG
- Miglior controllo possibile dei valori alterati in collaborazione con i Medici di Medicina Generale dell'area
- Confronto tra i dati di incidenza osservati (ultimi 2 anni dello studio) e l'incidenza attesa, calcolata applicando i tassi di incidenza riportati sulle Linee Guida SPREAD

Incidenza attesa

34 casi/anno, 170 in 5 anni

Ulteriori possibilità di confronto

Sommando tutte le percentuali di rischio dei partecipanti allo studio calcolate con il questionario di Framingham per l'ictus si può determinare il numero di casi di ictus attesi in 10 anni

Poiché non tutta la popolazione aderisce allo studio sarà possibile un confronto tra il gruppo di soggetti che aderisce e quello che non aderisce al progetto

Risultati preliminari

È stato possibile completare il questionario di Framingham in 1726 soggetti, che costituiscono circa il 43% della popolazione globale di età compresa tra 55 e 84 anni (3957 soggetti)

	Assistiti	Schede complete	% sul totale Assistiti	Assistiti a rischio	% su schede complete
ALMESE	1705	502	29,44	174	34,66
CASELETTE	853	628	73,62	78	12,42
RUBIANA	614	340	55,37	79	23,23
VILLARDORA	785	256	32,61	64	25

Il primo screening sulla popolazione ad alto rischio si è svolto il 20 maggio con 2 sedi di intervento:

l'Auditorium di Almese e il Centro Polifunzionale di Caselette

I risultati dello screening, già trasmessi ai Medici di Medicina Generale hanno evidenziato un 85% di ipertesi, un 4.5% iperglicemici, un 3.7% di ipercolesterolemici, un 4,5% di fumatori.

Il prossimo screening avrà luogo il 25 novembre.

Si ringraziano per la collaborazione con ALICE Piemonte e la Fondazione Magnetto

i Comuni di Almese, Caselette, Rubiana, Villar Dora, (sindaci Gonella, Dogliotti, Oliva, Borletto)

l'ASL 5 (Grassano), tutti i Medici di Medicina Generale (Agliaù, Bergantino, Fama, Favole, Garnero, Tua, Vicendone, Zerbola), le Farmacie e le Associazioni di Volontariato dell'area (CRI Protezione Civile, Uni 3, Fidas, Centro Sociale di Milanere, Gruppo infermieri volontari di Rivera di Almese, Caritas)

ESPERIENZE DI COOPERAZIONE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Mauro Mantovan Medico di medicina generale presso l'ASL 5 nel territorio di Avigliana

Mi chiamo **Mauro Mantovan** e svolgo la mia attività di medico di medicina generale presso l'ASL 105 nel territorio di Avigliana.

E' ormai da quasi un anno che insieme ad altri 4 colleghi, svolgo la mia attività di medico di medicina generale all'interno di una nuova forma associativa, denominata **Medicina di Gruppo**, e questo grazie alla nuova Convenzione per la medicina generale che ha dato l'opportunità ai medici di poter cooperare tra di loro.

Cos'è e cosa offre la **Medicina di Gruppo** e quali sono i vantaggi per gli assistiti e per i medici.

La medicina di Gruppo è una nuova forma associativa costituita da medici di medicina generale che hanno deciso di **lavorare insieme** in un'**unica sede**, per offrire ai propri assistiti:

- **una assistenza medica continuativa;**
- **maggiori servizi;**
- **facilità di accesso nello studio**, non solo eliminando le barriere architettoniche, ma agevolandone le modalità di accesso.

La **struttura** della nostra Medicina di Gruppo, ormai attiva da quasi un anno, è così composta:

- **5 Medici di medicina generale** (con specializzazioni in varie branche della medicina);
- ogni medico è dotato di un **proprio ambulatorio** all'interno dello studio, in cui svolge la sua attività;
- la **sala di attesa è unica** per tutti;
- abbiamo una piccola **infermeria** (molto utile per medicazioni, terapie parenterali, vaccinazioni, ecc.);
- lo studio è dotato di un **unico numero di telefono**, con più linee, che serve per tutte le esigenze degli assistiti (richieste di visite domiciliari, prenotazioni delle visite ambulatoriali, consulenze telefoniche e informazioni varie);
- all'ingresso c'è una **reception con 4 collaboratrici di studio** (due al mattino e due al pomeriggio e questo è un punto fondamentale per il buon funzionamento di uno studio medico) che hanno il compito:
 - di **ricevere i pazienti** al loro arrivo in studio;
 - **rispondere al telefono** (per richieste di visite domiciliari, prenotazioni di visite ambulatoriali, informazioni, consigli)
 - **preimpostare le ricette di terapie** che il paziente ha già in atto, che poi ciascun medico controllerà prima di firmare;
 - espletare le innumerevoli **incombenze burocratiche** sempre più presenti nei nostri ambulatori.

I nostri assistiti possono accedere direttamente allo studio dal **lunedì al venerdì**, dove troveranno sempre almeno:

- **un medico** (anzi spesso siamo in 2 o 3)
- **due collaboratrici di studio**

I **medici** sono presenti **dalle ore 8.30 alle ore 12.30** e **dalle ore 15 alle ore 19.30**, mentre le **collaboratrici di studio dalle ore 8 alle ore 13** e **dalle ore 14.30 alle ore 20** (anche nella pausa di chiusura pranzo una segretaria risponde direttamente al telefono tramite il trasferimento di chiamata).

L'assistito ha così la **possibilità di contattare direttamente lo studio in modo continuativo dalle 8 alle 20** senza dover parlare con le "tanto odiate" segreterie telefoniche.

Modalità operative di uno studio come il nostro che pratica la Medicina di Gruppo:

- **ogni Medico ha i suoi orari di ambulatorio**, equamente divisi tra mattino e pomeriggio e distribuiti in modo tale che almeno un medico sia sempre presente in studio durante gli orari di apertura al pubblico;
- **ogni assistito continua a rivolgersi al proprio Medico di fiducia**, come faceva prima dell'avvento della Medicina di Gruppo;
- in caso di "**urgenze**" **mediche o burocratiche**, ogni assistito può rivolgersi ad uno degli altri medici facenti parte dello studio, anche al di fuori degli orari del proprio medico;

Vantaggi per gli assistiti derivanti da questo nuovo modo di operare:

- **presenza continuativa in studio di almeno un Medico;**
- **presenza di una collaboratrice di studio** che aiuta l'assistito e il medico nella quotidianità;
- espletamento delle **visite ambulatoriali su appuntamento** mediante prenotazione;
- **possibilità per l'assistito di recarsi direttamente in studio** senza necessità di prenotazione, in caso di effettiva necessità;
- **minor necessità di utilizzo del Pronto Soccorso**, avendo sempre la possibilità di far riferimento allo studio e ad un medico facente parte della Medicina di Gruppo;
- esistenza all'interno dello studio di una **rete informatica e un programma unico di gestione delle cartelle cliniche**, per cui in ogni momento ciascun medico può visionare, consultare e aggiornare in tempo reale la cartella clinica del paziente che si presenta alla visita.

Per quanto riguarda la **prenotazione delle visite ambulatoriali**, i vantaggi offerti sono indiscussi:

- abbiamo infatti ottenuto una drastica **riduzione delle attese** degli assistiti negli ambulatori;
- la **sala di attesa non è mai affollata** di pazienti con le più svariate patologie, evitando così "promiscuità sanitarie" eccessive;
- ma ne ha guadagnato soprattutto la **qualità e la professionalità della visita medica**.

Infatti la qualità dell'assistenza offerta dal medico è decisamente superiore e più professionale, potendo dedicare a ciascun paziente il giusto tempo e la giusta attenzione che ogni caso richiede.

Anzi, sapendo in anticipo chi sarà l'assistito che verrà alla visita quel giorno, ciascun medico ha possibilità di approfondire il caso prima della visita, confrontandosi anche con i colleghi, e vi assicuro che capita spesso.

Ad ogni nostro assistito abbiamo fornito una **locandina** in cui abbiamo elencato gli orari di apertura dello studio, gli orari di presenza in studio dei singoli medici, i servizi offerti, le modalità di accesso allo studio e la nostra **organizzazione interna** che possiamo sintetizzare in 5 punti:

- **ogni medico** ha i propri assistiti e un proprio orario di ricevimento;
- **ogni assistito** in caso di "urgenze" mediche o burocratiche, in assenza del proprio medico curante, può usufruire dell'assistenza degli altri medici del gruppo;
- le **visite ambulatoriali** vengono espletata su appuntamento con prenotazione con conseguenti tempi di attesa in ambulatorio ridotti;
- l'assistito ha sempre la possibilità di **accesso immediato** in caso di necessità;
- esiste un **numero di telefono unico**.

Vorrei concludere questa mia presentazione raccontando un piacevole episodio che a mio avviso sintetizza le motivazioni per cui un Medico dovrebbe avvicinarsi alla "Medicina di Gruppo".

Alcuni mesi dopo l'apertura della nostro studio, uno dei miei colleghi mi disse: **"ti ringrazio per avermi ridato la voglia di fare il medico"** e questo va sicuramente a beneficio sia del medico sia del paziente.

Dott. Mauro Mantovan - Medico di Medicina Generale presso l'ASL 105 distretto di Avigliana - specialista in Endocrinologia e Malattie del Ricambio.

PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA DOMICILIARITÀ

Mariena Scassellati Sforzolini Galetti

Presidente Associazione culturale di promozione sociale «La Bottega del Possibile» Torre Pellice (TO)

Sono tornata due ore fa da Belluno dove sono stata invitata ad aprire una serie di incontri per volontari, organizzati dall'Associazione Antenna Anziani (la cui Presidente è anche nostra socia), con il sostegno del Centro di Servizi per il Volontariato di Belluno. Gli incontri sono stati presentati da un depliant su cui era scritto «Voglio stare a casa: conto su di voi. IL FUTURO è DOMICILIARITÀ»

Io parlo motivata da quello che ho dentro di me: "la collera dei poveri, dei poveri di diritti" che ho maturato dopo tanti anni di lavoro sul territorio e l'incontro con tante storie di vita e di sofferenza. Parlo anche come consigliere del Forum del 3° settore.

Perché continuare a parlare di cultura di domiciliarità...

... perché il rispetto della domiciliarità è un diritto della persona spesso ancora non esigibile e che si desidera rendere effettivo, per chiedere anche alla Regione che, attraverso il piano socio sanitario, potenzi al massimo possibile gli interventi domiciliari per lasciare a casa, per tornare a casa, per far morire a casa, perché ...«voglio stare a casa: conto su di voi».

L'Associazione di promozione sociale «La Bottega del Possibile», nata nel 1994 proprio per estendere la cultura della domiciliarità ancora poco diffusa, ha realizzato un grosso impegno di sensibilizzazione culturale, ma molto resta ancora da fare per far comprendere cos'è la domiciliarità e cosa significa applicarne la cultura e il diritto. Ha già in parte parlato di domiciliarità la Dott.ssa Armari, anche a nome di Giovanna Bodrato, socia della nostra Associazione.

La domiciliarità della persona comprende la persona stessa con la sua globalità, unicità, irripetibilità e ciò che la circonda che significa la casa con i suoi affetti, ricordi, esperienze, gioie e sofferenze... ma va oltre ... significa il rapporto con l'esterno, con ciò che la circonda, l'ambiente, il paesaggio, il paese, le relazioni, la cultura locale, l'acqua del proprio pozzo.

È quindi un «intero» e un «intorno» di cui si ha bisogno per non sentirsi spaesati, per vivere appieno la propria domiciliarità radicata sul territorio. Il vecchio tolto dai suoi riferimenti diviene meno autonomo. Ognuno ha la propria domiciliarità, non dobbiamo costruirgliela, ce l'ha già, dobbiamo rispettarla, garantirne appunto il rispetto. La domiciliarità è una sorta di nicchia ecologica dove la persona sta bene.

La domiciliarità è lo scenario della persona, è il contesto dotato di senso per la persona stessa.

Vivere a casa fa bene, la casa ha i suoi profumi, i suoi rumori, la sua storia, la casa cura, dà voglia di futuro e il desiderio di non abbandonarla, finché è possibile, al massimo possibile, anche quando si è divenuti meno autonomi; la casa promuove la voglia di tornarvi per guarire o star meglio circondati dalle proprie memorie (in tal senso penso al nostro «Progetto Rondine» voluto per far tornare a casa dall'istituto la persona che aveva dentro, proprio ed ancora, il bisogno di casa).

Certo per non promuovere il rispetto di una domiciliarità di abbandono e di solitudine l'intorno deve essere attrezzato con un sistema di rete per accogliere, per sostenere, per aiutare la famiglia che aiuta. Molti sono gli strumenti di sostegno che costituiscono la ormai ben conosciuta «mappa delle opportunità» per supportare la domiciliarità, per renderne possibile il rispetto; ormai li conosciamo, li abbiamo costruiti, li abbiamo diffusi. Penso in primo luogo all'assistenza domiciliare sociale e sanitaria, integrata, al centro diurno, all'assegno di cura, al volontariato, ai pasti a domicilio, all'amministratore di sostegno, alle assistenti familiari (non chiamiamole "badanti"!), al telesoccorso, alla casa senza barriere architettoniche dotata degli ausili necessari per consentire più mobilità, all'adeguata informazione, ecc.

Tra gli strumenti comprendiamo dunque anche l'assistenza domiciliare, ben altro quindi dal concetto culturale di domiciliarità con cui ancora molto spesso la si confonde, confondendo appunto l'obiettivo con lo strumento.

Per tutto quanto detto chiediamo, dunque, più strumenti per garantire domiciliarità per curare, per far tornare o morire a casa attraverso le cure domiciliari in lungo assistenza, la continuità assistenziale, il potenziamento del distretto di base integrato, ecc.

La comunità locale deve divenire – attorno alla persona ed alla famiglia e ai loro problemi e risorse – sempre più un laboratorio di solidarietà dove ogni cittadino promuove il capitale sociale della comunità stessa assumendosi responsabilità e doveri per promuovere diritti.

L'invito è pertanto: svolgiamo tutti insieme una continua promozione che si vuole perseguire per promuovere cultura a favore dei cittadini più deboli e della loro famiglia, girando qua e là, là dove è possibile, per «passar parola di rispetto della domiciliarità» a operatori, volontari, pubblici amministratori, cittadini.

Tutto ciò perché il rispetto della domiciliarità è un diritto che discende dai primi articoli della nostra amata Costituzione, spesso ancora un diritto negato: accoglierlo è cultura di democrazia.

E concludo con uno splendido scritto del Prof. Norberto Bobbio contenuto in una lettera indirizzata per il Progetto «Abitare Insieme», prodotto per Torino tra diverse Associazioni tra cui la nostra. Dopo questa lettera, che in modo efficace descrive l'essenza della domiciliarità, il Prof. Bobbio ha accettato di buon grado scrivendocelo di suo pugno, di diventare socio onorario del «La Bottega del Possibile».

Ascoltate il significato profondo di questa lettera che conserviamo nel cuore

(...) sono arrivato all'età in cui mi tocca dire ogni giorno «Vorrei, ma non posso» (...) io sono nell'accezione più corretta del termine, un vecchio (...) mi sento ogni giorno più «stravecchio» (...) Sono in parte ancora autosufficiente. Ma non del tutto. Ho bisogno continuamente di aiuto, soprattutto per quel che riguarda i piccoli ma necessari movimenti quotidiani. Non posso più fare tutto da me. Ho la grande fortuna di vivere in casa mia, dove abito da tanti anni, e che potrei percorrere da cima a fondo a occhi chiusi. Vivo fra le cose che mi sono da anni familiari. Siedo al mio tavolo di lavoro, dove ritrovo ogni giorno le mie carte, il libro che avevo cominciato a leggere, la mia vecchia penna stilografica, ormai quasi un oggetto da museo, persino il solito tagliacarte, che mi fu donato molti anni fa dai miei allievi con le loro firme, il blocchetto di appunti, la pagina che ho cominciato a scrivere, le ultime lettere a cui devo rispondere.

Non sono solo. Nel senso più autentico della parola, io vivo ogni giorno la straordinaria e meravigliosa esperienza del vivere insieme. Insieme, ogni ora, quasi direi ogni minuto, prima di tutto con mia moglie. (...) è in questa casa che mi vengono a trovare i miei figli, i miei nipoti, i miei amici. Lo spazio della casa è tanto più essenziale, quanto più un vecchio come me, e come tanti altri nelle mie condizioni, vi conducono la propria esistenza. Tanto più essenziale questo spazio perché è quanto è rimasto dello spazio della grande città in cui vivo e le cui strade ho percorso migliaia di volte, del più vasto dei luoghi che ho frequentato nei miei viaggi intorno al mondo. I pochi passi che riesco ancora a fare, se pur con un po' di fatica, da una stanza all'altra sono ormai diventati l'unico viaggio della mia vita, ma sono ad ogni modo sempre il mio spazio. Guai se dovessi un giorno o l'altro andarmene di qui e dovermi conquistare uno spazio nuovo!

La propria casa dà sicurezza. Ti difende dal non conosciuto, dall'imprevisto, dal trovarti in un mondo che ormai, chiuso tra quattro pareti, ti è diventato sempre più estraneo. Tanto più si è vecchi quanto più sono profonde le radici, e quindi tanto più difficile da sopportare lo sradicamento, l'andare altrove, dove ti troveresti spaesato, perderesti la tua identità, diventeresti un numero in mezzo ad altri numeri.

Nonostante i miei malanni, trovo conforto – questo è la sostanza di quello che volevo dirvi – nel restare qui dove sono, tra le persone che mi sono care, vedere gli stessi volti di sempre, continuare le mie vecchie abitudini (...).

Dopo questa meravigliosa lettera, a nome di tante persone e famiglie in difficoltà per condizioni di non autosufficienza e di disabilità, potremmo rivolgere questo appello a chi decide dove mettere le risorse, alla Regione e a tutti noi: voglio stare a casa, conto su di voi!

IL RUOLO DEI COMUNI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Carla Mattioli - Sindaco di Avigliana

Il nuovo piano sanitario regionale individua con forza e innovazione un diverso e responsabile ruolo degli Enti locali nella promozione della salute dei cittadini in una accezione totalmente nuova della salute:

L'analisi fatta da S. Baiardi e A. Neirotti in questo convegno fa riflettere: i dati, e non le chiacchiere, ci dicono che le vere cause della mortalità sono connesse per almeno il 70% alle politiche ambientali e allo stile di vita dei cittadini, cioè campi di azione prettamente dipendenti dalla politica, delle politiche complesse e interdisciplinari delle amministrazioni pubbliche.

E' la proposta di un nuovo ruolo difficile, pagante a lunga distanza rivolto ai politici, che non potranno più limitarsi a chiedere per la salute più ospedali e più servizi, ma dovranno preoccuparsi maggiormente di traffico urbano, politiche dell'educazione e dell'istruzione, politiche di prevenzione, politiche di sicurezza in senso lato, politiche di integrazione. Il concetto della salute come effetto di un sistema complesso ci pone nell'ottica di un cambiamento che ci costerà fatica e formazione di competenze.

Un solo esempio:

se l'alimentazione gioca un ruolo importantissimo nella nostra salute, sarà solo attraverso un lungo ed estenuante lavoro con scuole, famiglie, associazioni che si potrà costruire un percorso consapevole coi cittadini, tale da indurre comportamenti di acquisto e di abitudini per non incorrere nelle malattie da benessere nel nostro tempo.. Ci vorrà esperienza, conoscenza profonda delle componenti sociali della propria comunità e forte creatività.

Tutto questo purtroppo produrrà azioni immateriali, e non strutture, cose visibili e tali, dopo i canonici cinque anni di mandato, da produrre consenso e voti.

E' significativo che pochi amministratori abbiano colto questo aspetto del piano e che le osservazioni pervenute dagli Enti locali continuino a vertere solo su ospedali e servizi, o manifestino preoccupazione sul problema dell'accorpamento delle ASL, mentre non si interrogano su quali dovranno essere le strategie da attuare nei distretti e nei singoli Comuni per promuovere veramente la salute dei cittadini...

In questo senso si dovrà lavorare molto, su politici e funzionari, su medici di base e ospedalieri, per creare una nuova mentalità e un nuovo modus operandi.

PROFILI, PIANI DI SALUTE E RUOLO DEGLI ENTI LOCALI

Milena Allocco – SPI CGIL

Vorrei riprendere le tematiche dei profili e piani di salute e del ruolo degli enti locali che dal mio punto di vista costituiscono gli aspetti più innovativi della proposta di Piano Socio-sanitario 2006 - 2010 : con questi strumenti e modalità la proposta di Piano sancisce il superamento dell'equazione **SALUTE = SANITA' e assume il paradigma SALUTE = QUALITA' DELLA VITA.**

L'ha detto Sante Bajardi nella sua introduzione : la promozione della salute si lega alla fase concreta dello sviluppo della società e la sanità, intesa come organizzazione sanitaria, interviene solo per il 10% nei processi di salute.

Le richieste di salute che vengono dalla popolazione sono sempre più pressanti e, contestualmente, le risposte esclusivamente di tipo "sanitario" non sono sufficienti. In un sistema sociale complesso come il nostro lo strumento per intervenire sui meccanismi che sostengono lo stato di salute è centrato sui "determinanti della salute" vale a dire su quell'insieme di fattori individuali, socio-economici, ambientali, comportamenti e stili di vita, organizzazione ed accessibilità ai servizi, che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita.

Perseguire una "politica per la salute" richiede pertanto un cambiamento nell'approccio metodologico al problema sanitario allargando i confini delle competenze e della partecipazione alle decisioni poiché la salute va progettata a livello locale sulla base della situazione demografica, epidemiologica, socio-economica specifica di ciascun ambito territoriale.

Questo è per me il senso, il significato dei " **Profili di salute** ", strumento per la descrizione quali/quantitativa dello stato di salute del territorio da cui la comunità locale può pervenire alla progettazione coordinata del " **PIANO DI SALUTE** " che definisce le linee e gli obiettivi concreti per uno sviluppo sostenibile sotto il profilo sanitario, includendo valutazioni etiche, ambientali, sociali, economiche e tecniche **ovvero la VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE di tutte le decisioni politiche locali** .

In questa logica la proposta di PSSR attribuisce un riconoscimento forte e sostanziale al ruolo dei Sindaci nella programmazione della salute e riserva ai Servizi Sanitari funzioni di proposta, di supporto e consulenza tecnica.

I Sindaci sono infatti i rappresentanti di quelle Comunità locali che le leggi di riforma del SSN (D.Lgs.502/92 e s.m.i., D.Lgs.229/99 , D.Lgs.254/00) e del sistema integrato dei servizi sociali (L.328/00) riconoscono come centro dell'attenzione in quanto produttrici di salute e luogo privilegiato e deputato ad articolare con modalità partecipative ed inclusive il "patto per la salute" ed un nuovo welfare.

Profili di salute e Piani di salute rappresentano pertanto a mio avviso la sfida da cogliere da parte delle Amministrazioni Locali per uno sviluppo sostenibile sotto il profilo della salute delle loro comunità : sarà necessario un forte e corale impegno non solo del CIPES ma delle istituzioni provinciali e regionali per supportare gli EE.LL. in questo processo strategico di grande respiro che rappresenta una sostanziale innovazione nei rapporti tra gli EE.LL. e le AASSLL.

Nelle conclusioni del convegno l'Assessore Mario Valpreda ha sottolineato in particolare i seguenti aspetti:

- ❑ Centralità dei Comuni nell'elaborazione dei Profili e Piani di salute dei Distretti, in stretta collaborazione con gli Enti gestori della Sanità e del Sociale. Il Distretto diventa cabina di regia nella raccolta e nell'analisi dei bisogni e nella progettazione di interventi coerenti per la salute.
- ❑ Ruolo della Sanità. Le vicende politiche ed economiche a livello regionale e nazionale in tema di sanità talvolta non facilitano il perseguimento degli obiettivi sanciti nel nuovo Piano Socio Sanitario piemontese, anche se è fondamentale, anche con il contributo del CIPES, continuare a promuovere l'attuazione delle linee guida del Piano stesso.
- ❑ Condivisione dei principi, della metodologia e dell'operatività esposti nell'intervento sulla domiciliarità. Partendo da questa esperienza viene sottolineata con forza la necessità di una svolta nell'operatività quotidiana, che recuperi nei territori l'attenzione ai bisogni dei cittadini e li ponga a fondamento delle azioni di prevenzione e cura.
- ❑ Sostegno ai medici di medicina generale che intendono associarsi per costruire risposte più idonee ai bisogni di salute e cura portati dai cittadini.
- ❑ Necessità di continuare in modo capillare la diffusione dei principi del nuovo piano socio sanitario, tentando di trasferirli costantemente nell'operatività quotidiana da parte di chi si occupa di benessere e salute.