

CITTA DI
VENEZIA



DIREZIONE GABINETTO DEL SINDACO
Relazioni Esterne e Comunicazione
Servizio Programmazione Sanitaria
Segreteria Consulta per la Tutela
della Salute e Conferenza dei Sindaci

**LA SANITÀ
VENEZIANA IN
EVOLUZIONE. IL
RUOLO DEL COMUNE,
I PRESIDI
SUL TERRITORIO,
L'AVVIO
DELL'OSPEDALE
DELL'ANGELO,
L'ANALISI DELLE
PRIORITÀ**

QUADERNO DELLA
CONSULTA PER LA TUTELA
DELLA SALUTE N. 2/2008

a cura di
Nicoletta Benatelli



DIREZIONE GABINETTO DEL SINDACO
Relazioni Esterne e Comunicazione
Servizio Programmazione Sanitaria
Segreteria Consulta per la Tutela della Salute e
Conferenza dei Sindaci

Dr. **Maurizio Calligaro**, Direttore
Dr. **Angelo Furian**, Responsabile Posizione Orga-
nizzativa
Dott.ssa **Nicoletta Codato**, Responsabile Unità
Operativa Complessa
Dott.sse **Francesca Donà**, **Fiorenza Fontanel-
la**, **Veronica Vento** e **Valentina Verioli**, istrut-
trici direttive
Lucia Gabrielli e **Laura Rescaglio**, collaboratri-
ci amministrative

Nicoletta Codato e **Veronica Vento**, della Se-
greteria Consulta per la Tutela della Salute e Con-
ferenza dei Sindaci, hanno curato i rapporti con le
associazioni della Consulta per la realizzazione del
Quaderno n. 2/2008.

Dr. **Enzo Bon** responsabile Ufficio Stampa - Dire-
zione Relazioni Esterne e Comunicazione - Comu-
ne di Venezia

*Si ringrazia quanti hanno collaborato alla realiz-
zazione del Quaderno.*

*In particolare, si ringrazia **Mariagrazia Raffele**,
che ha collaborato per i rapporti con l'Ulss 12.*

*Il Quaderno n. 2/2008 è stato pubblicato in colla-
borazione con la Direzione Politiche Sociali Parteci-
pative e dell'Accoglienza del Comune di Venezia
direttore Politiche Sociali, Dr. **Luigi Gislon***

Per informazioni
Segreteria Consulta per la Tutela della Salute del
Comune di Venezia telefono 041 2747875-7881
consulta.salute@comune.venezia.it

Quaderno n. 2/2008

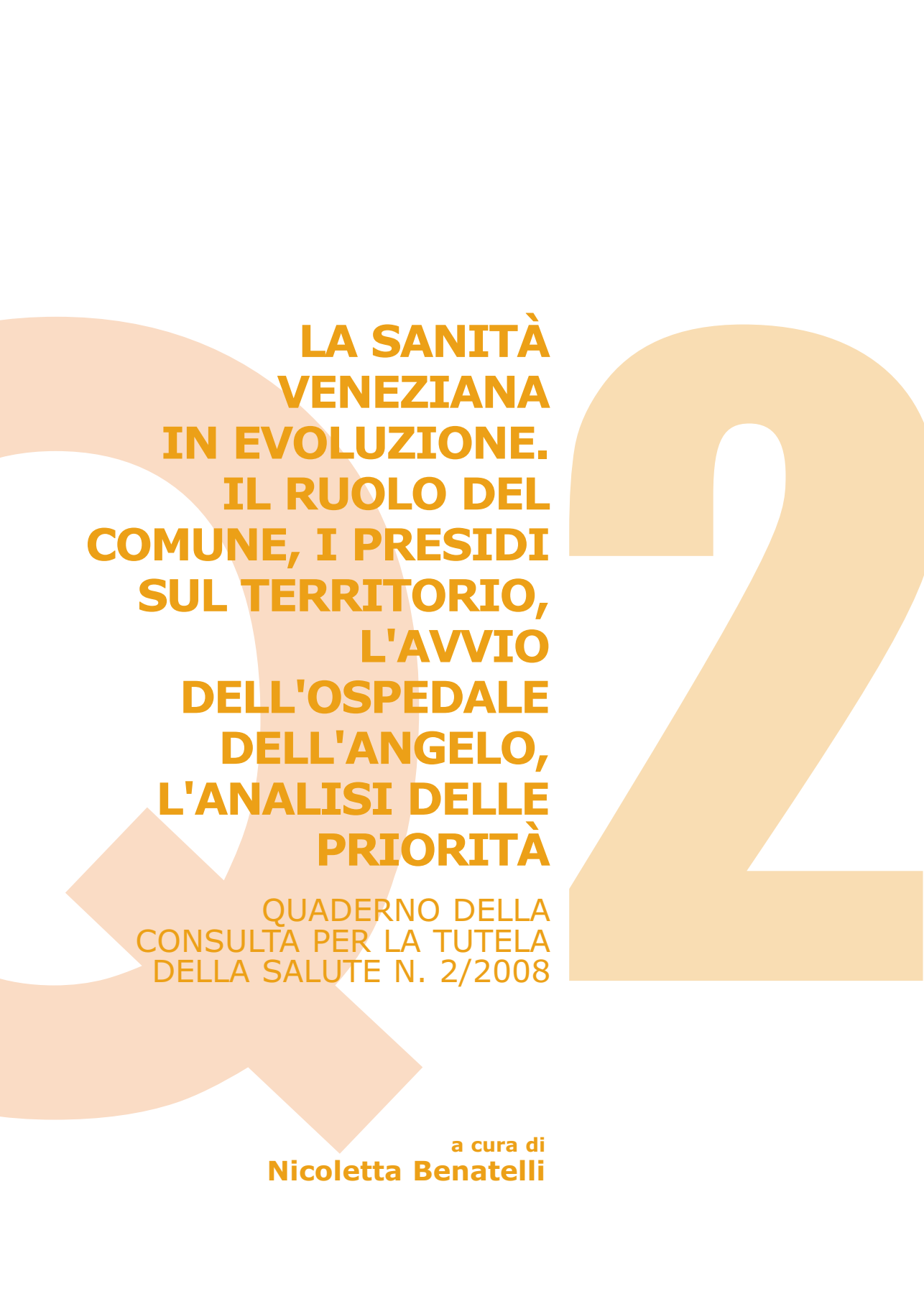
a cura di
Nicoletta Benatelli
giornalista professionista e consulente di strategie
e prodotti di comunicazione, ha curato la progetta-
zione del Quaderno della Consulta per la Tutela
della Salute del Comune di Venezia n. 2/2008, le
interviste e la revisione redazionale dei testi qui
pubblicati

Progetto grafico
Paolo Bertuzzo, Ufficio Grafico – Direzione Relazioni
Esterne e Comunicazione – Gabinetto del Sindaco
Comune di Venezia

Fotografie
Renato Greco servizio di Videocomunicazione
Direzione Relazioni Esterne e Comunicazione –
Gabinetto del Sindaco Comune di Venezia
e **Paolo Bertuzzo**

Fotocomposizione
Texto Venezia

Stampa
3B Press Venezia



**LA SANITÀ
VENEZIANA
IN EVOLUZIONE.
IL RUOLO DEL
COMUNE, I PRESIDI
SUL TERRITORIO,
L'AVVIO
DELL'OSPEDALE
DELL'ANGELO,
L'ANALISI DELLE
PRIORITÀ**

QUADERNO DELLA
CONSULTA PER LA TUTELA
DELLA SALUTE N. 2/2008

a cura di
Nicoletta Benatelli

Sommario

8 Introduzione, a cura di **Maurizio Calligaro, Capo di Gabinetto del Sindaco di Venezia**

11 **PRIMA SEZIONE**

L'IMPEGNO DEL COMUNE DI VENEZIA PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI

12 **Il Sindaco e gli organismi sanitari**

I compiti del Comune e delle altre istituzioni, a tutela della salute pubblica
a cura di **Nicoletta Codato e Veronica Vento**

18 **Il Servizio Programmazione Sanitaria**

Dal sistema sanitario nazionale alla rete locale dei servizi per la salute
a cura di **Angelo Furian**

22 **Il progetto CO.ME.FA.RE**

Comune e medici di famiglia in rete
a cura del **gruppo di lavoro del progetto CO.ME.FA.RE**

31 **Il documento approvato il 3 marzo 2008 dal Consiglio Comunale**

Ecco le priorità della sanità veneziana
*Nota introduttiva a cura della **Terza Commissione Consiliare del Comune di Venezia***

45 **SECONDA SEZIONE**

I PRESIDI DI SALUTE SUL TERRITORIO. MEDICI DI MEDICINA GENERALE, INFERMIERI E FARMACIE

46 **Ordine dei medici**

“L’ospedale dell’Angelo deve rilanciare la sanità veneziana nell’interesse della comunità”
Intervista a **Maurizio Scassola, presidente Ordine dei Medici della provincia di Venezia**

50 **Medici di famiglia**

“La sfida per la salute pubblica parte dalle strutture sul territorio”
Intervista a **Lucio Pasqualetto, fiduciario della Federazione Medici di Medicina Generale nella Ulss 12**

55 **Le Unità territoriali**

“Occorre una riforma della Medicina Generale”
Intervista a **Franco Fabbro e Carlo Possamai, medici di famiglia**

59 **Operatori sanitari**

“Formazione ed umanità, la trasformazione della professione infermieristica”
Intervista a **Giovanna Anòè, vice presidente del Collegio degli Infermieri della Provincia di Venezia; a cura di Veronica Vento**

62 **Il ruolo di Ames**

“Le farmacie comunali nel cuore della città”
Intervista a **Statis Tsuruplis, presidente di Ames**

65 **Il compito delle farmacie private**

“Presidi sanitari al servizio dei cittadini”

Un forum racconta l'attività dei farmacisti

69 **TERZA SEZIONE**

L'AGENDA DELLA CONSULTA PER LA SALUTE. L'AVVIO DELL'OSPEDALE DELL'ANGELO E L'ANALISI DELLE CRITICITÀ

70 **L'avvio dell'Ospedale dell'Angelo**

“Innovare l'organizzazione del lavoro e puntare alla qualità dei servizi”

Intervista a *Onofrio Lamanna, direttore dell'Ospedale dell'Angelo*

73 **Elementi critici del nuovo ospedale**

“Servono nuove garanzie in un sistema sanitario in evoluzione”

a cura di Salvatore Gravili, membro della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia

78 **Scenari demografici e nuove sfide sociosanitarie**

Gli anziani a Venezia e in Veneto

a cura di Nicoletta Codato e Veronica Vento

85 **Testimonianze di vita**

Intervista alla madre di Sara, diciottenne affetta da sindrome di down

a cura di Nicoletta Codato

91 **Documento della Consulta per la Tutela della Salute**

Valutazione sui servizi sanitari nel Comune di Venezia

107 **VADEMECUM**

108 **Consulta per la Tutela della Salute della Città di Venezia**

Organo Consultivo, Propositivo e di Supporto all'Amministrazione Comunale e alla Conferenza dei Sindaci

a cura di Renza Barbon Galluppi, presidente della Consulta per la Salute del Comune di Venezia

114 **Diritto alla salute**

Guida per il cittadino

a cura del Centro per i Diritti del Malato di Mestre e Venezia

Introduzione

a cura di

Maurizio Calligaro

*Capo di Gabinetto
del Sindaco di Venezia*

L'Amministrazione Comunale intende, con la pubblicazione di questi Quaderni, offrire uno spunto di riflessione ulteriore attorno a due temi centrali – aspetti diversi ma indissolubilmente legati – della tutela della salute nel nostro territorio: quello della prevenzione, in particolare delle malattie degenerative, e quello dell'evoluzione delle strutture di cura, in particolare degli ospedali – su tutti il nuovo Ospedale dell'Angelo – e dei presidi territoriali.

Questo secondo Quaderno punta ad una verifica della situazione complessiva dei presidi territoriali posti a tutela della salute della popolazione.

Ospedali, residenze sanitarie, distretti sanitari, medici di medicina generale, farmacie, servizi sociosanitari e servizi sociali: si prova a descrivere lo stato di alcuni di questi servizi quali elementi di una unica "rete", che tiene solo se, per conto suo, ogni elemento è collegato agli altri.

È certamente un concetto che rischia di diventare banale se semplicemente enunciato, ma è altrettanto vero che si tratta di una conditio sine qua non, senza l'avverarsi della quale si rischia di avere una sovrapposizione ed un depotenziamento dell'insieme delle attività e dei servizi prestati in favore della cittadinanza, ed in questo caso soprattutto della cittadinanza che più ha bisogno. In questo quadro parte rilevante è riservata all'analisi della situazione creatasi con l'apertura del nuovo Ospedale dell'Angelo, nello specifico per quanto riguarda i riflessi che si avranno – che si stanno già avendo – sul complesso dei servizi territoriali, di rete.

La struttura d'insieme dei Quaderni è stata pensata quasi come una raccolta ragionata di schede che possono essere utilizzate singolarmente, una sorta di quadro a più elementi che possono essere scomposti per ricrearne uno diverso a seconda degli utilizzatori, a seconda dei lettori, diciamo a loro uso e consumo.

Pensiamo che lo sforzo prodotto da tutti coloro che hanno lavorato alla realizzazione di questi Quaderni abbia ottenuto il risultato di proporre uno strumento utile, e non soltanto per gli "addetti ai lavori". Come sempre l'utilità sarà ancor maggiore se tale lavoro sarà fonte anche di osservazioni, critiche, proposte.



SEZIONE



**L'IMPEGNO DEL
COMUNE DI VENEZIA
PER LA TUTELA
DELLA SALUTE
DEI CITTADINI**

I compiti del Comune e delle altre istituzioni, a tutela della salute pubblica

a cura di
**Nicoletta Codato e
Veronica Vento**

Il Sindaco è titolare di funzioni nel campo della Sanità e dell'Igiene Pubblica e in tale ambito rappresenta l'Autorità sanitaria locale. In tale veste può adottare i provvedimenti autorizzativi, prescritti e di concessione e in quanto Ufficiale di governo emana le ordinanze contingibili ed urgenti in materia d'igiene e sanità nell'ambito del territorio comunale. Alla luce di questi compiti il Sindaco di Venezia ha attivato il Servizio di Programmazione Sanitaria, al cui interno si colloca la Segreteria della Conferenza dei Sindaci e della Consulta per la Tutela della Salute. Il Servizio svolge compiti di approfondimento, di stesura di relazioni e istruttorie, di progettazione, al fine di realizzare programmi, piani e azioni, in accordo con l'Azienda Ulss 12, al fine di rendere operativo il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sociosanitari.

SEZIONE

La tutela della salute e l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale

La tutela della salute è un diritto riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Tale diritto è garantito, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, dal Servizio Sanitario Nazionale che assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Le prestazioni sanitarie erano erogate fino al 1978 (anno di entrata in vigore della legge 833) in maniera caotica e da una molteplicità di enti e istituti. Della tutela della salute, sotto diverse forme, si occupavano infatti gli ospedali, ma anche altri soggetti come le casse mutue, (INAM, INAIL, ENPAS, ENPDEP), gli enti di diritto pubblico, i Comuni (OMNI), le Provincie. Il trattamento e l'offerta di prestazioni sanitarie ai cittadini presentava quindi notevoli differenze.

Il Servizio Sanitario Nazionale si pone *in primis* l'obiettivo di realizzare una organizzazione uniforme in tutto il territorio nazionale ed affida allo Stato la funzione di indirizzo e di programmazione.

In particolare il Sistema Sanitario Nazionale intende superare i limiti del precedente sistema, in particolare riguardo specifici aspetti:

- la mancanza di adeguata attenzione alla prevenzione;
- la frantumazione del sistema assistenziale in una serie di sottosistemi e di enti mutualistici che aveva determinato la suddivisione degli utenti in "categorie" con conseguente diversità qualitativa e quantitativa delle prestazioni a favore degli assistiti;
- la mancanza di collegamenti tra assistenza ambulatoriale, ospedaliera e territoriale;
- la carenza di cure riabilitative.

Il nuovo assetto sanitario sancito dalla legge 833/1978 sorge con questi obiettivi:

- privilegiare la prevenzione rispetto alla diagnosi e cura
- abbandonare il sistema mutualistico
- riconoscere il concetto base che la tutela della salute è un diritto dell'individuo e un interesse della società
- salvaguardare i principi costituzionali di libertà, di democrazia e di autonomia dei poteri locali, di pluralismo, ecc.

La legge 833 dispone che alla gestione unitaria della tutela della salute si provveda in modo uniforme sul territorio nazionale mediante una rete diffusa di Unità Sanitarie Locali (USL). La stessa legge precisa che le Usl sono il complesso dei presidi, uffici e servizi che assolvono ai compiti individuati dal Sistema Sanitario Nazionale.

La legge però non ha precisato la natura giuridica dell'Unità Sanitaria Locale (in quanto non è un ente pubblico né un'azienda comunale) che pur essendo articolata in organi deliberativi e tecnico-esecutivo non possiede personalità giuridica.

Bisogna attendere l'entrata in vigore del decreto Leg.vo 502 del 30.12.1992 (attuativo della legge delega 421/1992) "Riordino della disciplina in materia sanitaria" perché le Usl siano trasformate in azienda e ente strumentale delle Regioni.

Le attuali Aziende Ulss sono dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa e amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Lo scopo del decreto legislativo 502/92 è quello di garantire una maggiore efficienza del Sistema Sanitario Nazionale, riordinando e innovando aspetti essenziali dell'intera disciplina sanitaria.

Il concetto cardine è che lo stato sociale non può più garantire tutto a tutti, ma solo erogare uno standard minimo di prestazioni, lasciando alle Regioni (attraverso la loro autonomia impositiva) e ai cittadini (attraverso il proprio reddito) la soddisfazione dei bisogni non coperti con risorse pubbliche. L'Unità sanitaria locale diventa azienda dotata di personalità giuridica, è priva di un consiglio di amministrazione, e il potere è accentrato nell'organo monocratico rappresentato dal Direttore Generale, coadiuvato da tre direttori: amministrativo, sanitario e sociale. È previsto inoltre il consiglio dei sanitari (composto da medici con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria e presieduto dal direttore sanitario e il collegio dei revisori con funzioni di vigilanza sull'osservazione delle leggi e sulla regolarità dei conti della Ulss).

Nel 1999 viene varata la terza riforma della sanità con il decreto legislativo 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale".

Con questo decreto si completa l'aziendalizzazione del sistema sanitario, si dedica un'ampia parte alla regolamentazione della dirigenza medica, i medici dovranno scegliere tra il rapporto esclusivo nel pubblico e la libera professione privata fuori dalle strutture del Sistema Sanitario Nazionale. Per il medico che lavora nel Sistema Sanitario Nazionale è prevista l'attività intramuraria.

SEZIONE

Il ciclo di riforme degli anni Novanta si è concluso con la cosiddetta *Riforma Ter* del 1999 con la riaffermazione della centralità della sanità pubblica, l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, la partecipazione dei Comuni alle politiche di programmazione e controllo, il *decentramento* organizzativo e il federalismo fiscale.

Il Distretto Sociosanitario

Il Distretto Sociosanitario costituisce l'articolazione territoriale dell'Unità sanitaria locale ed è individuato garantendo una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che la Regione disponga diversamente. Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria e il coordinamento delle attività con quelle dei Dipartimenti, dei Servizi aziendali e dei presidi ospedalieri.

Il Distretto garantisce: l'assistenza specialistica ambulatoriale; i servizi per la prevenzione e la cura della tossicodipendenza; i consultori per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; i servizi rivolti a disabili e anziani; le attività di assistenza domiciliare integrata.

I Distretti nell'azienda Ulss 12

Gli ambiti dei Distretti socio sanitari della nostra Azienda Ulss 12 sono i seguenti:

Distretto n. 1: Venezia centro Storico, Giudecca

Distretto n. 2: Lido, Murano, Burano, Pellestrina, Cavallino-Treporti

Distretto n. 3: Mestre, Marghera, Malcontenta Chirignago, Gazzera, Zelarino, Terraglio

Distretto n. 4: Favaro, Carpenedo Bissuola, Marcon, Quarto d'Altino

La Conferenza dei Sindaci nell'Azienda Ulss 12

La Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 12 è composta dai Sindaci dei Comuni di Venezia, Marcon, Quarto d'Altino e Cavallino.

Alla Conferenza dei Sindaci partecipa, su invito, il Direttore Generale dell'Azienda Ulss 12, nonché i Presidenti dei Comitati dei Sindaci di Distretto, i Presidenti di Municipalità.

Alla Conferenza, ai sensi del D.Lgs.vo 502/92 e del D. Lgs. vo229/99 e della Legge Regionale 56/94 così come modificata dalla Legge Regionale 11/2001, compete in particolare:

- Formulare le osservazioni sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
- Provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione program-

matica delle attività dell'Unità locale sociosanitaria;

- Provvedere alla elaborazione dei Piani di Zona dei Servizi Sociali di cui all'articolo 8 comma 2 L.R. 56/94 e successive modifiche;
- Esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'Unità Locale Socio-Sanitaria;
- Verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale sociosanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale sociosanitaria ed alla Regione.

Nell'ambito delle disposizioni del Piano Sanitario Regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla Giunta Regionale e degli indirizzi specifici impartiti dalla stessa Conferenza, la Conferenza esprime parere obbligatorio sul piano attuativo locale disposto dai Direttori Generali, entro trenta giorni dalla sua trasmissione.

Inoltre spetta alla Conferenza:

- Esprimere per le aziende Ulss il parere previsto dall'articolo 3 bis, comma 6, del D. Lgs.vo n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni (in ordine ai risultati conseguiti e al raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi da parte del Direttore Generale);
- Limitatamente ai casi previsti dall'articolo 3 bis, comma 7, del D. Lgs.vo N. 502/1992, chiedere per le aziende Ulss, alla Regione di revocare il Direttore Generale o di non disporre la conferma;
- Deliberare l'adozione dei provvedimenti in base ai quali le aziende Ulss e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni ai sensi dell'articolo 2, comma 1 lettera 1, della legge 30 novembre 1998 n. 419;
- Designare il componente del Collegio Sindacale dell'Azienda Ulss di cui all'art. 3, comma 13 D.Lgs vo 502/92 e successive modifiche o integrazioni;
- Determinare le modalità gestionali dei Servizi sociosanitari in forma associata tra Comuni ovvero attraverso accordi di programma, deleghe e convenzioni con l'Azienda Ulss.

Inoltre la Conferenza può svolgere anche ogni altra funzione specificamente prevista dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali in particolare rispetto a piani di intervento, progettualità e programmazione nell'area della integrazione socio-sanitaria.

I Comitati dei Sindaci di Distretto

In ogni Distretto sociosanitario dell'Unità locale sociosanitaria è costituito il Comitato dei Sindaci di Distretto (ai sensi del Decreto Legislativo

SEZIONE

502/92), composto dai sindaci dei Comuni o dai Presidenti di Municipalità il cui territorio rientra nell'area del Distretto.

- Il Comitato dei Presidenti di Municipalità del Distretto concorre alla formulazione e alla verifica dei Piani della Salute e alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali (DGR 3242 del 30.11.2001) ed in particolare formula, nei limiti delle risorse assegnate al Direttore del Distretto, il proprio parere in merito alla proposta di Programmazione delle attività territoriali, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa; inoltre limitatamente alle attività di natura sociosanitaria esprime al direttore Generale dell'azienda Ulss 12 l'intesa sul Programma delle Attività Territoriali.

Il Comitato dei Presidenti di Municipalità del Distretto collabora con la Conferenza dei Sindaci dell'azienda Ulss 12 Veneziana.

Dal sistema sanitario nazionale alla rete locale dei servizi per la salute

a cura di
Angelo Furian

Responsabile Posizione Organizzativa
Servizio Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia

La programmazione sanitaria nazionale individua ed assicura uniformemente su tutto il territorio le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza; quella regionale ed aziendale disciplinano e organizzano i servizi e l'attività destinata alla tutela della salute; quella locale, appunto la nostra, ha un compito di vigilanza sul sistema dei servizi, ne verifica la rispondenza alle effettive necessità sanitarie della cittadinanza, ma soprattutto promuove tutto ciò che mantiene in essere lo stato di salute psico fisico delle persone. La programmazione locale, diversamente da quella ministeriale e dell'azienda sanitaria, non deve gestire servizi sanitari, ma opera per il mantenimento della salute con le migliori prestazioni sanitarie, la prevenzione e la promozione della salute. Infatti è considerato riduttivo intendere la salute puramente come esito di una 'medicina curativa' incentrata sulle cure, invece che il risultato di una capacità di mantenere il più possibile lo stato di benessere psicofisico; e questo con corretti stili di vita e,

SEZIONE

quando necessario, con un efficace sistema di cure incentrato sul malato più che sulle patologie singole di cui lo stesso è portatore.

L'aumento delle patologie croniche e delle disabilità in una città come Venezia, in cui si registra da anni un rilevante incremento della vita media, ha cambiato radicalmente il *profilo epidemiologico dei bisogni sanitari del nostro contesto di vita* e sta chiedendo modifiche strutturali e organizzative nelle modalità e nelle forme assistenziali tali da evitare la parcellizzazione e disarticolazione degli interventi alla persona malata. Infatti la complessità delle condizioni cliniche, soprattutto dei malati 'fragili' (persone sole e non necessariamente anziane, con deficit cognitivi, con scarse capacità di reddito ecc.), richiede sempre più metodiche improntate al dialogo e al coinvolgimento. Certo che la relazione medico-paziente è un elemento significativo per la stessa riuscita delle cure; ma sembra non bastare, perché la complessità clinica richiede il coinvolgimento di tutta la medicina, senza parcellizzazioni: dalla medicina di base, alla specialistica e a tutta la rete delle professioni; non solo, ma anche di tutte le altre relazioni che sono di aiuto al paziente. Parliamo allora di una medicina umanizzata.

Le attività del Servizio di Programmazione Sanitaria

Il servizio di Programmazione sanitaria del Comune di Venezia collabora con l'Azienda sanitaria, condivide la ricerca epidemiologica, esamina la rete dei servizi sanitari a disposizione delle persone, presenta problemi emersi e propone soluzioni per un migliore e sempre più rispondente sistema sanitario. Però non basta una buona organizzazione dei servizi, qualora esista; è sotto gli occhi di tutti il fatto che, ancora una volta, non è un preciso modello organizzativo, standardizzato e condiviso, ma la dedizione personale e spesso volontaria delle professioni socio-sanitarie a fare la differenza e la qualità desiderate. Ospedale e Territorio, Medicina e Salute, ecc. sembrano ancora due mondi sanitari che continuano a dialogare in modo inadeguato rispetto al 'profilo dei bisogni' del paziente nel processo di cura e riabilitazione, e cioè della gestione del rischio clinico. Allora la programmazione sanitaria ha cominciato a dialogare anche con il cittadino paziente, con i cittadini 'competenti' e interessati alla salute e con Chi gli sta più appresso: il medico di medicina generale, o medico di famiglia.

Servizi sanitari in rete

Di fronte ai complessi problemi diagnostici, il medico di medicina generale è sempre più coinvolto in prima persona nel percorso accidentato che i suoi pazienti devono affrontare; il cittadino malato deve essere informa-

to su tutti i passi che deve fare per accedere al servizio sanitario e ai relativi standard di qualità, per l'accesso alle diverse prestazioni specialistiche necessarie, per le liste d'attesa per le visite e la diagnostica.

Per la realizzazione di una rete efficace di servizi per la salute serve una visione integrata del lavoro fra professionisti in sanità, perchè la capacità comunicativa tra medici curanti è la chiave di volta di una corretta gestione dei problemi dei pazienti e una modalità di perseguire un lavoro di gruppo. Il nostro servizio sta favorendo la volontà dei molti i medici di lavorare in gruppo, non solo tra medici di medicina generale ma anche con lo specialista, con l'ospedaliero, con il farmacista e le altre figure professionali che operano sulla salute: il trasferimento di informazioni anamnestiche finalizzate al completamento diagnostico, lo snellimento delle procedure, la raccolta dati clinici, le campagne di educazione al farmaco e alla prevenzione, le dimissioni ospedaliere, soprattutto quelle difficili, quelle che avvengono senza un'adeguata informazione del paziente e dei suoi familiari o senza un collegamento con il medico curante e i servizi territoriali. La continuità assistenziale è uno degli indicatori della medicina umanizzata ed uno degli obiettivi che la programmazione sanitaria cittadina intende perseguire con i medici di famiglia. L'erogazione dei servizi sanitari e socioassistenziali necessita essere organizzata in modo che i pazienti possano apprezzare la continuità delle cure, essere consapevoli dei loro diritti e ricevere tutte le informazioni e consigli che permettano loro di prendere decisioni consapevoli sul loro futuro. Anche lo specialista ospedaliero è spesso interessato alla collaborazione con la medicina del territorio che opera sulla stessa patologia in altre condizioni ambientali e cliniche e vede la patologia con modalità di presentazione diverse.

Strategie integrate ed obiettivi comuni

Per tutta una serie di ragioni, non ultima quella della presenza di una pluralità di patologie severe che accompagnano il paziente che accede alle cure, il sistema della salute si sta trasformando da organizzazione verticale in 'organizzazioni in rete' e il servizio ha concretizzato una progressiva responsabilizzazione verso compiti come l'analisi dei bisogni di salute e di servizi, l'esplicitazione delle priorità, l'identificazione di accordi e contratti per la soddisfazione dei bisogni sanitari ed assistenziali, la produzione di una strategia integrata di promozione della salute che incorpori aree diverse: dall'istruzione, agli insediamenti urbani, alla sicurezza, al tempo libero con un occhio di riguardo al loro impatto sulla salute. L'amministrazione comunale ha investito molte risorse su questi aspetti, favorendo la nascita di alcune 'medicines di gruppo' tra medici di medicina generale che funzio-

SEZIONE

nano come 'poliambulatori' aperti più ore al giorno e tali da poter dare risposte a bisogni sanitari e socio assistenziali a cittadini che sarebbero costretti a rivolgersi impropriamente in ospedale; che condividono la diagnostica e i percorsi terapeutici con altre professioni sanitarie; che collaborano con i servizi sociali e socio assistenziali nella individuazione del percorso di cura, di post-cura, delle dimissioni e delle riabilitazioni; le medicine di gruppo potrebbero essere integrate in futuro con interventi aziendali più complessi, come la 'guardia medica' notturna e festiva nel territorio. Mancherebbe un pezzo dell'anello se dimenticassimo una parte viva della cittadinanza che, con i medici collabora all'interno delle associazioni, che non siamo qui ad elencare, mettendo a disposizione dei medici e dei loro pazienti, mezzi e strumenti anche diagnostici, non certo per sostituire l'azienda sanitaria nei suoi compiti clinici, ma per promuovere coscienza della propria salute, partecipazione alla prevenzione e alla cura, stimolando il cittadino ad essere co-produttore di salute prima che un consumatore di servizi come paziente. Nel corso del presente anno, 2008, sono state segnalate dal servizio e/o dal medico di base, delle opportunità sanitarie di prevenzione che sono state organizzate nei diversi territori cittadini con le associazioni.

La promozione della salute

Alle fasce giovanili in età scolare, soprattutto, è rivolta la Promozione della salute, che non è identificabile con la prevenzione delle malattie o l'educazione alla salute. L'espressione è intesa come l'insieme delle opportunità di apprendimento progettate consapevolmente per migliorare le conoscenze, le abilità e le motivazioni che influiscono sui comportamenti individuali e collettivi rilevanti per la salute; è un processo di sviluppo continuo che investe personalmente l'individuo nelle sue motivazioni e comportamenti; la promozione della salute non può essere ridotta ad una educazione alla salute perché non bastano le raccomandazioni e i consigli del medico per modificare il proprio comportamento. Sentirsi dire da un programma di interventi educativi che la propria vita deve cambiare altrimenti, non è né utile né efficace.

Nella convinzione che la sfida per la sanità pubblica è di spingersi oltre le evidenze scientifiche per identificare le strategie più idonee a dare risultati di salute, ci sembra appropriato concludere descrivendo la rete cittadina di tutela della salute, di cui ci siamo occupati, come l'insieme di professionisti e cittadini interessati alla salute che l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera in tal modo: concordi nell'efficacia clinica, nella responsabilità di governo e accompagnamento nella cura, nella sicurezza e nella centralità del paziente.

Comune e Medici di famiglia in rete

a cura del Gruppo di Progetto
CO.ME.FA.RE.:

Giulio Bergamasco
Federico Cesaro
Maurizio Scassola
Massimo Titta
Valentina Verioli

Per informazioni
Valentina Verioli, Servizio Programmazione
Sanitaria Comune di Venezia,
coordinatrice progetto CO.ME.FA.RE
Tel. 041 2747874
indirizzo email
valentina.verioli@comune.venezia.it

Il progetto prevede la costruzione di un flusso informativo permanente tra i medici di famiglia e il Comune di Venezia al fine di costruire una banca dati condivisa, con dati disaggregati per quartiere\ municipalità; uno dei presupposti della ricerca epidemiologica è che all'interno di una stessa città lo stato di salute possa variare da zona a zona; su questo convergono i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) e su tale impostazione si basa il tentativo di georeferenziare gli indicatori di salute. L'interfaccia del Comune è il Servizio Programmazione Sanitaria, istituito con il compito di supportare le competenze del Sindaco in materia di programmazione dei servizi sanitari nel rapporto con la Regione e l'Azienda Ulss.

I medici che hanno aderito al progetto sono uniformemente distribuiti sul territorio ed hanno la funzione di medici "sentinella"; mediamente hanno più di 1000 assistiti e la popolazione potenzialmente oggetto del monitoraggio è costituita da circa 25.000 persone.

SEZIONE

Nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, gli assistiti entrano a far parte "dell'osservatorio epidemiologico" previo esplicito consenso. Si sottolinea che i dati potranno essere diffusi solo in forma aggregata e pertanto non potranno mai essere ricondotti alla persona a cui appartengono. Al 31/12/2007 i soggetti che avevano dato il consenso erano circa 12.000 e le prime informazioni oggetto dello scambio riguardano alcune patologie quali diabete, ipertensione, dislipidemia. Con un sottogruppo di medici si stanno raccogliendo anche le informazioni relative a fumo ed alcol.

Il progetto prevede l'estensione delle informazioni trattate e l'incrocio con i dati contenuti nei database comunali.

CO.ME.FA.RE guarda al medico non solo come ad un detentore di dati ma come ad un professionista che può contribuire con il proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze a "leggere" le informazioni e operativamente a progettare gli interventi (ad esempio iniziative di educazione alla salute). I medici sono poi articolati in gruppi territoriali e i referenti partecipano a gruppi multidisciplinari costituiti da amministratori, tecnici e operatori del Comune di Venezia, rappresentanti di associazioni che operano in ambito sociale e sanitario, ecc.


La rete con i medici di famiglia consente di rispondere alla necessità di avere un'analisi dinamica dello stato di salute della popolazione, permette il lavoro integrato e la condivisione, facilita un linguaggio operativo comune e un agire partecipato e condiviso.

CO.ME.FA.RE.: gli obiettivi

- Fornire alla Pubblica Amministrazione strumenti di Ricerca per Obiettivi di Salute
- Realizzare analisi di tipo clinico e di tipo epidemiologico che permettano di cogliere i bisogni e di fornire un quadro complessivo sullo stato di effettivo benessere della popolazione
- Tradurre il rapporto con il singolo medico in collaborazione negli interventi
- Attuare interventi sulla base di informazioni ed evidenze oggettive
- Monitorare, Verificare e Revisionare gli interventi secondo una logica di miglioramento continuo
- Georeferenziare i dati di salute per poter analizzare fenomeni "specifici" di area ed incrociare "i determinanti della salute" (O.M.S.)
- Supportare i medici nell'individuazione di nuovi modelli organizzativi e sostenerli nella conoscenza e nella lettura integrata e comparata delle informazioni relative ai loro pazienti

COME...FARE SALUTE?

 Una rete per progettare

 Progettare per:

- Individuare problemi
- Formulare soluzioni
- Integrare competenze
- Individuare/allocare risorse

Perché una collaborazione tra Comune e Medicina Generale?

Il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva: a lui sono affidati compiti di assistenza primaria, di assistenza programmata a domicilio, di continuità assistenziale, di educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, di ricerca. È la figura medica che conosce la storia clinica e personale del paziente e può vantare il contatto più frequente e diretto con esso.

Per questi motivi non è possibile "una progettazione della salute" che non contempli la valorizzazione del medico di famiglia: è radicato nel territorio in cui opera ed è l'attore che meglio raccoglie le sollecitazioni che provengono da ampi strati della popolazione coinvolti in problematiche che afferiscono ai diversi settori della pubblica amministrazione.

Ogni singolo medico ha un patrimonio di conoscenze e informazioni che se condiviso con il patrimonio di altri medici e con altri attori istituzionali e non, permette di contribuire a definire il quadro dello stato di salute della popolazione.

I medici nell'ambito della loro attività lavorativa aggiornano ed implementano la cartella clinica degli assistiti secondo modalità standardizzate, forniscono periodicamente i dati concordati. Partecipano alla lettura ed integrazione dei dati, collaborano nella pianificazione degli interventi e al monitoraggio dei risultati conseguiti. Partecipano a gruppi di lavoro territoriali impegnati alla progettazione della Salute cittadina.

Oltre alla FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale e all'Ordine dei Medici della Provincia di Venezia, collaborano al progetto VENIS Spa e CCoM – Consorzio per l'interoperabilità e la cooperazione medica.

Venis supporta l'amministrazione nella realizzazione delle componenti applicative di interscambio, nella realizzazione dei moduli applicativi funzionali alla elaborazione dei dati. Si occupa della costruzione del database, del web service e della georeferenziazione. CCoM assiste i medici nell'utilizzo quotidiano del software gestionale. Facilita il dialogo tra le

SEZIONE

diverse cartelle cliniche con l'obiettivo di accelerare il processo di messa in rete e cooperazione tra la medicina di famiglia e il Comune di Venezia.

CO.ME.FA.RE.: gli aspetti innovativi

CO.ME.FA.RE risulta innovativo *in primis* nei soggetti promotori: il Sindaco è l'autorità sanitaria cittadina e il lavoro sinergico dell'amministrazione con i medici di famiglia consente un supporto al processo decisionale, permette di sostenere l'Amministrazione nell'analisi multidisciplinare del bisogno e consente di verificare i risultati ottenuti a seguito di specifiche azioni ed interventi.

Questo approccio culturale e metodologico è coerente con la definizione di Salute che deve essere intesa non solo come assenza di malattia ma come progetto globale che permette lo sviluppo delle condizioni per il miglioramento della qualità della vita dell'individuo e della comunità.

CO.ME.FA.RE prevede, in una seconda fase, anche la georeferenziazione dei dati: verranno introdotte la dimensione spaziale e temporale e sarà possibile rappresentare, grazie ad un processo stratificato, i determinanti della salute (contesto epidemiologico, sociale, ambientale, stili di vita, ecc.); ogni Municipalità avrà uno strumento specifico per delineare le proprie strategie in ambito socio-sanitario.

La rete "telematica" si potrà tradurre in una rete di interventi mirati nei diversi territori, limitando gli sprechi correlati alle iniziative "a pioggia" con ottimizzazione delle risorse finanziarie ed umane.

CO.ME.FA.RE.: gli indicatori

In relazione alle informazioni oggetto dello scambio si è scelto in una prima fase di focalizzare l'attenzione sui fattori di rischio cardiovascolare e sugli stili di vita e le prime informazioni raccolte hanno riguardato i pazienti diabetici, ipertesi e ipercolesterolemici.

Nei mesi di luglio - agosto 2008, un ristretto gruppo di medici ha testato con VENIS un nuovo sistema di trasmissione dei dati, più funzionale al progetto, e ad ottobre è previsto un corso di formazione per tutti gli sperimentatori.

Il nuovo sistema consentirà di estendere la gamma delle informazioni trattate e faciliterà gli incroci con i dati già in possesso del Comune di Venezia. Si prevede una nuova estrazione dai database dei medici entro dicembre. In relazione alla significatività dei dati raccolti, il gruppo di progetto CO.ME.FA.RE. ha fatto una scelta ambiziosa: ha optato per un campione avente un livello di confidenza del 95% ed un intervallo di confidenza dell'1%.

Ipotizziamo che dallo studio emerga che il 10% del campione è diabetico. Avere un intervallo di confidenza dell'1% significa che la percentuale di persone diabetiche, nell'eventualità di aver monitorato tutta la popolazione, è compresa tra il 9% e l'11%. Il livello di confidenza del 95% è la misura di sicurezza della stima: vi è cioè il 95% di probabilità che la percentuale di persone diabetiche sia compresa tra il 9% e l'11%.

Alcuni dati

A gennaio 2008 le persone che hanno deciso di sostenere il progetto e hanno dato il consenso informato erano 13.057, ma la significatività statistica alla data dell'estrazione non era stata raggiunta ancora in tutte le municipalità.

Dividendo comunque il campione in due macro gruppi "Pazienti accertati" e "Pazienti non accertati" la situazione è stata la seguente:

	Diabete	Ipertensione	Ipercolesterolemia
Pazienti che non hanno effettuato accertamenti per:	1.425	1.070	2.339
Pazienti che hanno effettuato accertamenti per:	11.632	11.987	10.718
Totale	13.057	13.057	13.057

	Diabete	Ipertensione	Ipercolesterolemia
Pazienti che non hanno effettuato accertamenti per:	10,9%	8,2%	17,9%
Pazienti che hanno effettuato accertamenti per:	89,1%	91,8%	82,1%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Nelle tabelle seguenti i pazienti che hanno effettuato accertamenti sono stati codificati in relazione alle tre malattie come patologici o sani.

	Diabete	Ipertensione	Ipercolesterolemia
Sani:	10.268	7.069	6.941
Patologici	1.364	4.918	3.777
Totale	11.632	11.987	10.718

SEZIONE

	Diabete	Ipertensione	Ipercolesterolemia
Sani:	88,3%	59,0%	64,8%
Patologici	11,7%	41,0%	35,2%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

L'11,7 % del campione che ha effettuato accertamenti è risultato diabetico il 41,0 % del campione che ha effettuato accertamenti è risultato iperteso il 35,2 % del campione che ha effettuato accertamenti è risultato ipercolesterolemico.

Tuttavia è probabile che tali dati risultino sovrastimati, infatti è più facile raccogliere i consensi e intercettare le persone anziane e malate che frequentano maggiormente l'ambulatorio del medico.

Tale affermazione è giustificata anche dalle esperienze effettuate nelle Municipalità Lido Pellestrina e Marghera; in questi territori, ad esempio, la significatività del campione è stata raggiunta già a settembre 2007, quando si registravano le seguenti differenze:

Pazienti patologici Municipalità Lido Pellestrina

	Diabete	Ipertensione	Dislipidemia
Campione	7,7%	34,9%	26,2%
Campione significativo stratificato per sesso ed età	7,2%	31,7%	22,9%

Pazienti patologici Municipalità Marghera

	Diabete	Ipertensione	Dislipidemia
Campione	11,7%	40,8%	27,1%
Campione significativo stratificato per sesso ed età	8,0%	31,6%	20,1%

La prevenzione

Il medico di famiglia è la figura medica che può vantare il contatto più frequente e diretto con il paziente ed è importante l'attività di prevenzione che può svolgere.

CO.ME.FA.RE. consente il monitoraggio degli assistiti che alla data dell'estrazione non hanno mai effettuato accertamenti per verificare le patologie oggetto dello studio.

Possono così essere intercettate le situazioni di salute precarie oppure non conosciute.

A gennaio 2008:

- 1.425 persone non hanno verificato il diabete

- 1.070 persone non hanno verificato l'ipertensione
 - 2.339 persone non hanno verificato la colesterolemia.
- La distribuzione in valore percentuale degli assistiti che non hanno verificato nessuna delle tre patologie è la seguente:

Assistiti che non hanno effettuato nessun accertamento

	15-19 anni	20-39 anni	40-64 anni	>= 65 anni	totale
MASCHI	6,6%	26,0%	20,0%	2,4%	55,0%
FEMMINE	7,5%	15,0%	17,6%	4,8%	45,0%
TOTALI	14,1%	41,1%	37,6%	7,2%	100,0%

Circa il 45% degli assistiti che non hanno effettuato **nessun accertamento** ha più di 40 anni

Se si rapportano i dati alla totalità del campione, il 5,1% degli assistiti non ha verificato nessuna delle tre patologie e il 2,3% ha più di 40 anni, età in cui, glicemia, pressione arteriosa e colesterolemia dovrebbero essere tenuti sotto controllo.

Qualora un assistito presenti una o due delle tre patologie risulta molto importante la rilevazione anche degli altri fattori di rischio.

Pertanto, ai fini della prevenzione, CO.ME.FA.RE. consente:

- al medico di individuare e indirizzare gli assistiti che non hanno effettuato visite ed accertamenti
- all'Amministrazione di promuovere, in collaborazione con gli sperimentatori, campagne di sensibilizzazione, di promozione e di tutela della salute mirate ottimizzando così le risorse.

CO.ME.FA.RE.: Iniziative correlate

CO.ME.FA.RE. non si esaurisce nella realizzazione di uno scambio informatico di dati, ma, come ha più volte ribadito il Presidente dell'Ordine dei Medici, *è anche un modo di vivere la Professione, un luogo del confronto e della riscoperta dei valori che uniscono i Medici...*

I medici che hanno aderito al progetto hanno collaborato anche ad altre iniziative coinvolgendo numerosi colleghi e sono diventati promotori di ricerche e di nuove sperimentazioni.

Qualche esempio:

- Entro fine anno partirà il Progetto promosso dalla Fondazione ANT (Fondazione Associazione Nazionale Tumori), che vede coinvolti alcuni medici sperimentatori e altri medici di famiglia, le Municipalità Mestre Carpenedo e Chirignago Zelarino e il Servizio Programmazione Sanitaria.

SEZIONE

Il progetto abbina alla prevenzione primaria che si attua mediante la divulgazione delle misure di prevenzione atte ad evitare le ustioni solari, la prevenzione secondaria che mira alla riduzione della mortalità soprattutto mediante controlli dermatologici periodici in grado di consentire la diagnosi precoce di lesioni sospette e la conseguente rimozione chirurgica. Il progetto prevede un'indagine videodermatoscopica computerizzata, che si basa sullo studio morfologico e facilita la diagnosi delle lesioni pigmentate riducendo così la necessità di biopsie a scopo diagnostico.

La Fondazione ANT mette a disposizione per una settimana un videodermatoscopio che sarà utilizzato da una dermatologa individuata dalla Fondazione e verrà affiancata dai medici di famiglia che avranno l'occasione di affiancare uno specialista e di formarsi sul campo. La visita offerta alla cittadinanza gratuitamente dalla Fondazione ANT con il contributo del Comune di Venezia, previo appuntamento, diventerà anche occasione per la diffusione di buone pratiche e di comportamenti responsabili.

- Entro fine anno sarà inaugurato a Marghera il "Centro la Salute", un Poliambulatorio che resterà aperto dalle ore 8.00 alle 19.00, così da poter soddisfare bisogni sanitari e assistenziali della popolazione che potrebbero riversarsi impropriamente in ospedale.

Il Poliambulatorio vede impegnati sette medici di famiglia che seguendo le direttive della FIMMG e in linea con l'Accordo Collettivo Nazionale hanno deciso di adottare modelli organizzativi evoluti come la medicina di gruppo e di perseguire obiettivi quali il miglioramento dello Stato di Salute della Popolazione anche attraverso lo sviluppo e l'incentivazione della ricerca epidemiologica intesa come strumento finalizzato a migliorare le cure alla Persona. Per conseguire tale obiettivo i medici hanno capito l'importanza strategica di CO.ME.FA.RE. e aderiranno al progetto.

Hanno inoltre messo a disposizione del Comune di Venezia, degli spazi ad uso non esclusivo che potranno facilitare il lavoro multidisciplinare.

- Nella Municipalità Lido Pellestrina i medici del progetto CO.ME.FA.RE. partecipano attivamente ad un gruppo multidisciplinare che annovera al suo interno anche politici, amministratori, tecnici, associazioni. Le due ultime ricerche condotte hanno visto protagonisti i residenti ultrasessantacinquenni e gli adolescenti che risiedono nella Municipalità.

L'oggetto delle ricerche è stato lo stile di vita di queste fasce della popolazione al fine di promuovere interventi mirati alla tutela della salute.

Medici sperimentatori del progetto CO.ME.FA.RE
a settembre '08

Laura Baita, Paola Bassetto,
Giulio Bergamasco, Manuela Berto,
Francesco Blascovich, Felice Bucci,
Federico Cesaro, Alessandro Foglia,
Stefano Granzotto, Vittorio Graziani,
Giovanni Mascolo, Pier Alvisè Mazzi,
Raffaella Michieli, Lucio Pasqualetto,
Annalisa Rainer, Cristiano Samuelli,
Adriano Scaramazza, Andrea Scarpa,
Maurizio Scassola, Sandro Severi,
Sergio Soldati, Massimo Titta,
Emilio Tressich, Alfonso Trevisan,
Fabio Vianello, Gabriele Visentini.

**il documento
approvato dal
Consiglio Comunale**

Ecco le priorità della Sanità veneziana

Nota introduttiva a cura della
Terza Commissione Consiliare

L'Ordine del Giorno sulla Sanità veneziana approvato dal Consiglio Comunale il 3 marzo 2008 rappresenta il primo documento completo sul tema espresso dall'assemblea elettiva comunale.

Ha quindi portata in qualche misura storica, in quanto per la prima volta il Consiglio Comunale ha potuto e voluto esercitare sul tema della sanità le fondamentali prerogative di indirizzo al Sindaco ed alla Giunta.

Il documento è la sintesi del lavoro, durato quasi due anni, della Terza Commissione Consiliare, che ha sentito tutti i soggetti interessati (Azienda Ulss 12, Municipalità, Consulta per la Tutela della Salute, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di utenti, enti privati della sanità, ecc.), così da pervenire alla formulazione di linee di indirizzo non di parte, ma fortemente orientate alla tutela della salute di tutti i cittadini e le cittadine.

Di ciò ne è prova il voto consiliare di approvazione, che ha visto tutti gli schieramenti politici concordi nell'approvare il

documento, con la sola eccezione della Lega, che si è peraltro soltanto astenuta, ma ha ritirato un ordine del giorno alternativo, dimostrando quindi senso di responsabilità e sostanzialmente una non contrarietà al documento licenziato.

Ora si tratta di dare gambe all'Ordine del Giorno: lo stesso già prevede al proprio interno un meccanismo di verifica dell'attuazione degli indirizzi espressi, laddove viene previsto l'impegno del Sindaco "ad una periodica restituzione e verifica del grado di concreta realizzazione o perseguibilità degli indirizzi consiliari espressi in materia nell'ambito istituzionalmente ritenuto appropriato, ossia la Terza Commissione Consiliare", con ciò introducendo un ulteriore elemento di valorizzazione del ruolo dell'assemblea elettiva comunale, intesa come "espressione diretta della volontà popolare e quindi rappresentante non mediato del cittadino-utente-elettore".

Il ruolo della Terza Commissione

Ma ancor di più il documento ha il pregio di aver individuato un luogo istituzionale (la Terza Commissione Consiliare) dove far confluire il dibattito su un tema così delicato e per propria natura bipartisan, scongiurando (o perlomeno attenuando) il rischio di strumentalizzazioni. Di più: è stato anche individuato il luogo istituzionale in cui far sintesi delle istanze civiche rappresentate dal Comune nei confronti dell'Azienda Ulss 12, ossia la Conferenza dei Sindaci (e la Regione Veneto per i temi sanitari di più ampio respiro), pianificando così il necessario dialogo istituzionale. Con l'Ordine del Giorno, pertanto, l'Amministrazione Comunale ha privilegiato la strada democratica del confronto piuttosto che dello scontro, consapevole che la salute dei cittadini è un argomento che nessuno può dire proprio, ma di cui tutti – ed in particolare i soggetti istituzionali – devono sentire la responsabilità.

ORDINE DEL GIORNO PRESENTATO DALLA TERZA COMMISSIONE CONSILIARE IL CONSIGLIO COMUNALE

PREMESSO:

- che la Terza Commissione Consiliare ha concluso un lungo ed articolato iter di discussione, valutazione e confronto sul tema dei servizi sanitari del territorio comunale veneziano con tutte le

SEZIONE

componenti sociali ed istituzionali cittadine (Azienda ULSS 12 Veneziana, Municipalità, Consulta per la tutela della salute, enti sanitari privati, associazioni di utenti dei servizi e organizzazioni sindacali);

- che obiettivo di tale *iter* è di formalizzare in un documento di sintesi i necessari indirizzi in materia sanitaria che il Consiglio comunale responsabilmente intende esprimere;

RITENUTO:

- che debba essere riconosciuto al Comune un ruolo fondamentale in materia di sanità e servizi sanitari, in quanto – al di là della pur chiara previsione normativa – espressione diretta della volontà popolare e quindi rappresentante non mediato del cittadino-utente-elettore;
- che debba essere riconosciuto in particolare al Sindaco – in seno agli organismi previsti, quale in particolare la Conferenza dei Sindaci – la titolarità a rappresentare all'interlocutore istituzionale primario in materia, ossia all'Azienda Ulss n. 12-Veneziana, nonché alla Regione Veneto per gli ambiti di competenza della stessa (quale ad es. la determinazione dei tempi di avvio e degli ambiti di sviluppo dell'Area Vasta), gli interessi e gli indirizzi della collettività così come risultanti dagli indirizzi consiliari espressi in merito;
- che debba essere impegnato il Sindaco ad una periodica restituzione e verifica del grado di concreta realizzazione o perseguibilità degli indirizzi consiliari in materia, nell'ambito istituzionalmente ritenuto appropriato, ossia la Terza Commissione Consiliare;
- che debba essere riconosciuta dalla Regione Veneto, sia nella ripartizione delle risorse economiche del Fondo Sanitario Regionale e di tutti i provvedimenti di spesa a suo carico, sia nella programmazione dei servizi e della loro distribuzione territoriale, la "specificità veneziana" ovvero le peculiarità di un territorio: – articolato e geomorfologicamente complesso caratterizzato da tre macro aree – terraferma, centro storico ed estuario – con una popolazione sempre più anziana, con bisogni sociosanitari e assistenziali in continua crescita – con una popolazione che non può essere circoscritta alla sola popolazione residente iscritta in anagrafe, ma che si estende anche a quelle persone che, per ragioni di lavoro, studio o per turismo insistono sulle strutture e servizi esistenti all'interno del Comune;
- che tale riconoscimento da parte della Regione Veneto si debba

- tradurre in un trasferimento di risorse economiche e finanziarie tali da garantire attraverso l'Azienda Ulss una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione;
- che l'entrata in funzione del Nuovo Ospedale di Mestre debba essere considerata un'opportunità per la riprogrammazione complessiva dei servizi sanitari, con particolare attenzione al potenziamento degli interventi di prevenzione, cure primarie, pre-e postacuzie, distribuiti sul territorio.

CONSIDERATO:

- che sono stati individuati, al fine del confronto costruttivo con l'Azienda Ulss 12Veneziana e la Regione Veneto in questa premessa auspicato e perseguito, alcuni temi ritenuti cruciali che – declinati in modo articolato-rappresentano gli indirizzi consiliari in materia di sanità

INVITA IL SINDACO E LA GIUNTA COMUNALE

a rappresentare nelle sedi istituzionali di confronto e concertazione con l'Azienda Ulss n. 12-Veneziana e con la Regione Veneto le linee di indirizzo consiliari di seguito rappresentate ed articolate per punti.

SI CHIEDE PERTANTO

1) Per l'Ospedale di Mestre:

- di condividere con il Comune di Venezia un progetto dettagliato sull'utilizzo funzionale degli spazi nel Nuovo Ospedale
- di precisare quali prestazioni verranno garantite e quali, se previsto, verranno soppresse
- di precisare quali specialità e quali prestazioni saranno trasferite al territorio; al riguardo si auspica una condivisione del lavoro svolto dalla Commissione dell'Azienda Ulss preposta all'individuazione delle prestazioni oggetto del trasferimento
- di indicare su quali specialità si intende investire e come tali scelte si collocano all'interno dell'Area Vasta
- di individuare una soluzione, alla situazione di grave difficoltà che caratterizza il funzionamento del servizio di Pronto Soccorso in ter-raferma
- di garantire una attenta e capillare informazione rivolta alla cittadinanza nelle fasi che riguarderanno il trasferimento dei servizi del-

SEZIONE

l'Umberto I° al Nuovo Ospedale

- di prevedere l'implementazione di strutture di degenza sul territorio per far fronte alla richiesta di ricovero per pazienti che non trovano risposta nei posti per acuti del nuovo ospedale
- di promuovere l'umanizzazione della cura e della degenza ospedaliera anche tramite l'organizzazione di un servizio dedicato (es. servizio per l'accoglienza ed il sostegno psicoemotivo del paziente)
- di garantire trasparenza nelle modalità di reperimento delle risorse finanziarie e dei contesti esecutivi in cui le stesse vengono impiegate nonché dei servizi gestiti dai privati all'interno del *project financing*, con evidenziazione della qualità e della quantità degli stessi.

2) Per l'Ospedale di Venezia:

- di fornire un piano delle specialità, dei servizi e relativi posti letto che intenda assicurare con riferimento anche alle eccellenze a cui si punta per il centro storico
- di indicare, rispetto agli uni e agli altri, quali siano i programmi di spesa per garantire le necessarie risorse (personale e attrezzature)
- di garantire l'assistenza ospedaliera per acuti assicurando inoltre un adeguato numero di posti letto in quelle specialità (medicina, geriatria, lungodegenza, ortopedia, ecc.) che consentono di far fronte ai bisogni assistenziali di una popolazione che si caratterizza per l'elevata incidenza di anziani
- di garantire una funzionalità dell'ospedale tale da rispondere ai bisogni di una popolazione di fatto molto superiore rispetto a quella anagrafica (turisti, studenti, pendolari, non residenti in genere)
- di garantire trasparenza e certezza di indirizzo circa la ristrutturazione del complesso Jona, a partire dalle modalità di reperimento delle risorse finanziarie e dei contesti esecutivi in cui le stesse vengono impiegate nonché dei servizi gestiti dai privati all'interno del *project financing*, con evidenziazione della qualità e della quantità degli stessi
- di dare un assetto logistico "temporaneamente definitivo" all'organizzazione ed alla logistica interna dell'Ospedale, che possa valere fino alla ristrutturazione del "Padiglione Jona" ed al definitivo assetto funzionale dello stesso ospedale
- di predisporre una riorganizzazione profonda del servizio di trasporto, che abbia come punti cardini la pronta risposta alle emergenze e la corretta ed efficace gestione dei servizi di analisi e delle prestazioni ambulatoriali in un contesto di forte invecchiamento della popolazione residente

- di promuovere l'umanizzazione della cura e della degenza ospedaliera anche tramite l'organizzazione di un servizio dedicato (es. servizio per l'accoglienza ed il sostegno psicoemotivo del paziente).

3) Per le Residenze Sanitarie Distrettuali:

- di dedicare una parte del fondo indistinto per il finanziamento dei LEA all'incremento di questi posti in una prospettiva di medio lungo termine.

Nel contesto delle residenze sociosanitarie territoriali, la normativa regionale prevede l'individuazione di strutture denominate Residenze Sanitarie Distrettuali (RSD), che possano ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell'ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare in modo intensivo il processo di recupero, in ambiente non ospedaliero ovvero pazienti per i quali il medico di medicina generale possa richiedere un ambiente protetto per attuare o perseguire le proprie terapie. Il potenziamento dell'offerta risulta necessario soprattutto in Terraferma e deve basarsi su criteri vincolanti di appropriatezza controllati e concordati con i responsabili del Distretto. L'attuale offerta di 40 posti letto (si veda tab.) risulta infatti insufficiente e va incrementata in relazione alla distribuzione della popolazione ultra sessantacinquenne, alla peculiarità del territorio veneziano, e alla scelte strategiche effettuate dall'Azienda Ulss; si ricorda infatti che il nuovo ospedale che sorgerà in Terraferma sarà specializzato nel trattamento delle acuzie. L'incremento, in particolare in Terraferma, e la riallocazione dei posti di RSD appare una soluzione adeguata per far fronte alle difficoltà legate al venir meno di risposte di tipo ospedaliero che anche se inappropriate hanno comunque fatto fronte a specifici bisogni assistenziali.

Posti RSD Zona

CdR San Camillo 11 Lido

CdR Fatebenefratelli 10 Centro Storico

Centro Nazaret 10 Terraferma

CdR Santa Maria del Rosario 9 Terraferma

TOTALE 40 Ulss 12 Veneziana

- di tener conto, nella programmazione dell'assistenza sanitaria e in particolare nell'ambito delle post acuzie, anche di strutture quali l'IRE e l'Antica Scuola dei Battuti; attraverso accordi specifici è possibile potenziare l'offerta e rispondere ai bisogni crescenti della cittadinanza.

SEZIONE

4) Per gli Hospice oncologici:

- di creare nuovi posti letto di hospice extra ed intra ospedalieri, indispensabili in una realtà quale quella veneziana, senza che la creazione di tali nuovi posti vada ad intaccare le disponibilità anch'esse insufficienti dei reparti di geriatria e lungodegenza.
I 16 posti previsti (8 a Mestre e 8 a Venezia) risultano insufficienti anche se a questi si somma l'attività del centro di supporto oncologico del Policlinico San Marco, sia per le caratteristiche strutturali della popolazione sia per l'incidenza di patologie tumorali.
- di garantire, in relazione alle caratteristiche strutturali ed organizzative, il pieno rispetto delle normative e, qualora vi fossero delle situazioni dubbie, attivare percorsi trasparenti, in tempi certi, per raggiungere tutti i requisiti previsti dalla legge senza in alcun modo aumentare le difficoltà di chi già soffre e necessita di questi servizi.

5) Per il Centro Sanitario Polifunzionale del Lido:

- di insediare tutti i servizi concordati all'interno del monoblocco appena restaurato
- di garantire il potenziamento dei livelli di assistenza sanitaria sia durante che dopo i lavori di riqualificazione di tutta l'area corrispondente all'ex-Ospedale al Mare del Lido
- di impegnarsi a garantire la continuità del servizio di elisoccorso per tutta la durata dell'anno
- di impegnarsi a garantire che i servizi riabilitativi e quelli correlati all'utilizzo della piscina e dell'attività di talassoterapia siano mantenuti e potenziati.

6) Per l'assistenza Distrettuale nella Terraferma:

MESTRE NORD

- di individuare nel breve – medio periodo una risposta alla situazione di particolare difficoltà che caratterizza il territorio di Mestre Nord ed in particolare vanno garantiti da subito interventi strutturali, organizzativi, logistici e ambulatoriali per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) anche attraverso la rete di collaborazioni tra AULSS, Comune e privato sociale
- di avviare un processo di progettazione condivisa tra Comune e Aulss relativamente alla costruzione del Nuovo Distretto
- di accrescere l'offerta ambulatoriale e diagnostica, mantenendo sul territorio di preferenza tutte le specialità che, per economia di scala

o livello di eccellenza, non debbano di necessità essere allocate presso il nuovo ospedale.

MESTRE SUD

- di tener presente, nell'individuazione della nuova sede distrettuale per Mestre Sud, non solo delle indicazioni dell'Amministrazione Comunale in merito al trasferimento dei servizi distrettuali di via Calabria in via Mattuglie ma anche dell'ampio bacino d'utenza, peraltro in espansione, ed il particolare assetto territoriale che caratterizza le due Municipalità coinvolte
- di mantenere e rafforzare le specialità ora erogate presso la sede di Via Cappuccina.

È necessario risolvere, con il rispetto delle singole realtà territoriali, il problema della presenza nel territorio della guardia medica, servizio importante per la gestione delle acuzie, anche alla luce della modifica dei Servizi di Pronto Soccorso avvenuta nell'ultimo periodo.

7) Per l'assistenza Distrettuale Centro Storico e nell'Estuario:

- di procedere alla realizzazione sperimentale di due UTAP, una all'interno della sede distrettuale dell'Ex GB Giustinian e l'altra a Murano
- di potenziare il distretto sociosanitario garantendo all'interno del G.B. Giustinian servizi ed iniziative in ambito socio sanitario e di garantire servizi qualificati a Burano e Pellestrina.

8) Per la Salute Mentale:

Nel processo di riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente:

- di garantire e potenziare l'integrazione socio-sanitaria con la collaborazione dei Comuni interessati, nelle sedi e secondo le modalità previste
- di riconoscere e potenziare il ruolo centrale dei Centri di Salute Mentale, garantendo continuità di risposta 24 ore su 24
- di mantenere la collocazione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno dell'ospedale generale, o comunque all'interno del compendio ospedaliero, assicurando strutture e modalità di intervento che rispettino la dignità dei pazienti
- di puntare alla riduzione del ricorso al TSO e all'ospedalizzazione
- di garantire (con particolare riferimento al Centro Diurno di Favaro) e potenziare l'attività territoriale, valorizzando il ruolo dei Cen-

SEZIONE

tri Diurni, delle Comunità Terapeutiche Residenziali Protette, delle Comunità Alloggio e dei Gruppi Appartamento

- di assicurare risorse umane e finanziarie adeguate a fare fronte al reale bisogno di assistenza e di garantire la formazione e l'aggiornamento costante del personale
- di ampliare e potenziare la collaborazione con le cooperative sociali di tipo B per la gestione efficace degli inserimenti lavorativi
- di superare le difficoltà legate al rapporto con i familiari, incentivando anche il sostegno e la partecipazione attiva degli stessi e degli utenti
- di prestare particolare attenzione ai casi di abbandono
- di attuare un autentico processo di dipartimentalizzazione dei servizi a tutela della salute mentale contrastando la frammentazione e la conflittualità tra servizi
- di garantire la continuità del percorso terapeutico nel passaggio da un servizio ad un altro
- di identificare con chiarezza le figure responsabili dei percorsi terapeutici
- di verificare ed eventualmente ridefinire i protocolli operativi tra il Dipartimento di Salute Mentale e il Pronto Soccorso al fine di garantire un'adeguata assistenza ai pazienti in carico al Dipartimento che accedono al Pronto Soccorso per necessità diverse da quelle riferibili alla salute mentale
- di definire protocolli operativi, e se già presenti verificarne l'adeguatezza, per le situazioni utenti con pluridiagnosi al fine di garantire continuità assistenziale e adeguatezza di interventi. Particolarmente delicata è la fascia di età dell'adolescenza e dei giovani adulti per i quali è necessario definire percorsi che garantiscano una presa in carico da parte di servizi che sia adeguata alle problematiche della persona
- di evitare soluzioni logistiche miranti a concentrare in un unico spazio attività specialistiche ambulatoriali, terapie farmacologiche e psicologiche, day hospital, comunità alloggio e posti letto, attività riabilitative, risocializzanti ed occupazionali
- di potenziare e garantire la funzione ambulatoriale specialistica di diagnosi e cura per pazienti con psicopatologia minore (es. nevrosi, disturbi della personalità, disturbi psicologici transitori)
- di organizzare spazi e destinare risorse per la diagnosi ed il trattamento integrato di nuove psicopatologie a rilevanza sociale (es. disturbi del comportamento alimentare)

- di garantire ai pazienti adeguate possibilità di trattamenti diversi da quelli farmacologici, compresa la psicoterapia
- di impegnarsi a garantire l'attività di prevenzione, diagnosi e terapia psicologica per i disturbi psichici e neuropsichiatrici in età evolutiva, con particolare riferimento ai disturbi psicotici ed all'handicap mentale
- di impegnarsi a potenziare le risorse dedicate alla cura psicoterapica, non farmacologica, in età evolutiva
- di impegnarsi a sostenere l'attività terapeutica e riabilitativa semi-residenziale in atto per minori psicotici e minori con ritardo di sviluppo intellettuale e disarmonie evolutive (Centro Aurora, Centro "La stanza dei giochi")
- di impegnarsi ad istituire una comunità terapeutica per adolescenti con gravi problemi psichici in linea con la programmazione del piano di zona.

È a partire da tali punti fermi che il Comune di Venezia si aspetta di poter condividere e valutare tutte le fasi del processo di riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale.

9) Per la Medicina Generale:

- di guardare al progetto CO.ME.FA.RE., come ad un'esperienza fondamentale per ottenere una adeguata integrazione a completamento delle indagini epidemiologiche fatte dall'Azienda Ulss 12
- di coinvolgere i Medici di famiglia, la Consulta per la tutela della Salute e le Municipalità nell'avvio di progetti territoriali correlati ad indagini epidemiologiche, fra le quali appare importante lo studio in relazione ai fattori di inquinamento ambientale, quale quello relativo ai campi elettromagnetici, al rischio industriale e all'impatto del traffico veicolare, ecc.
- di riprendere l'attività del gruppo di lavoro Comune – ASL – Medici di famiglia ed avviare ulteriori momenti di attività della Medicina di Gruppo, per giungere ad un modello organizzativo equilibrato che copra tutto il territorio.

10) Per i Consulenti Familiari:

- di rafforzare e consolidare, d'intesa con il Comune, il ruolo e l'operato dei Consulenti Familiari che devono garantire un servizio di prevenzione, di promozione, di consulenza e di assistenza in termini di diagnosi e presa in carico
- di impegnarsi a garantire l'incentivazione dell'organizzazione in-

SEZIONE

terdistrettuale di aree omogenee di attività.

11) Per l'Accessibilità ai servizi:

- di impegnarsi, sinergicamente con il Comune, nella stesura e diffusione di Carte dei Servizi aggiornate quali strumento fondamentale per orientare il cittadino nel panorama dell'offerta socio-sanitaria
- di potenziare strumenti quali siti web, campagne informative e rilevazione della soddisfazione degli utenti
- di condividere le informazioni e i dati relativi all'utenza dei diversi servizi, alle domande prevalenti e alle diverse richieste di accesso alle prestazioni, al fine di favorire l'incontro tra domanda e offerta e per ottimizzare il ricorso ai servizi secondo logiche di appropriatezza
- di presentare un piano organico dei trasporti, che consenta una maggiore funzionalità della gestione delle emergenze, del "trasporto ammalati" e dell'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Nell'ambito dell'organizzazione di tale piano va garantito un rapido sistema di trasporti soprattutto nel caso di urgenze/emergenze, con particolare riferimento al sistema di elisoccorso che congiunge il Lido e tutto il litorale all'Ospedale di Mestre, da estendersi all'Ospedale Civile di Venezia una volta completata la costruzione del nuovo Jona, sul cui tetto è prevista una piazzola per l'elicottero
- di tutelare maggiormente le persone che pur necessitando di riabilitazione possono contare per quanto concerne il trasporto, soprattutto sui familiari aumentando il carico assistenziale di quest'ultimi
- di dotarsi di strumenti informativi e di mediatori linguistico culturali sia nei servizi sanitari che socio-sanitari in relazione al continuo e significativo aumento della popolazione immigrata presente nel territorio veneziano.

12) Per la Riabilitazione:

- di potenziare l'offerta di servizi riabilitativi pubblici nel territorio, in particolare promuovendo e sostenendo percorsi preferenziali, con cure specifiche, per le persone affette da malattie degenerative quali ad esempio la distrofia muscolare, la sclerosi multipla, ecc. Si ritiene che l'ospedalizzazione del paziente che necessita di cure riabilitative non sia una strada da perseguire non solo per gli elevati costi che questa scelta comporta ma per gli impatti psicologici sul paziente e la famiglia.

I servizi riabilitativi che devono mirare al recupero funzionale e cognitivo dell'individuo, devono porre la persona al centro del percorso di cura realizzando progetti personalizzati.

13) Per le Liste di attesa:

- il completo rispetto delle linee individuate dal Piano Sanitario Nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006 – 2008 ed in particolare: la promozione dell'informazione e della comunicazione sulle liste di attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio
- la sospensione della pratica, segnalata dall'utenza, di "chiusura delle agende per le prenotazioni"
- un coinvolgimento attivo degli agenti della domanda e una adeguata formazione/informazione dei medici prescrittori ad esempio attraverso l'invio sistematico ai medici di famiglia dell'elenco delle attività svolte e i relativi tempi d'attesa per punto di erogazione
- un ricorso al regime libero-professionale in favore dell'Azienda nelle strutture aziendali finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa, anche attraverso l'organizzazione in maniera trasparente, distinta e verificabile dell'offerta di prestazioni in libera professione intramoenia a garanzia dei diritti dei cittadini-utenti
- l'attuazione, se non già ottemperata, di quanto previsto dal Decreto Legislativo del 29 aprile 1998 n.124 e dal DPCM del 27 marzo 2000 in merito all'assunzione di interventi diretti ad aumentare i tempi di utilizzo delle apparecchiature
- un flusso informativo stabile con la Conferenza dei Sindaci in merito ai dati relativi alle liste di attesa, infatti i Comuni potrebbero favorire attraverso campagne informative e il coinvolgimento del tessuto associativo locale, comportamenti responsabili che non concorrano a produrre sprechi
- impegnarsi ad assicurare la migliore funzionalità del CUP, curando l'adeguata assegnazione delle risorse umane e tecnologiche dedicate.

14) Per i Rapporti pubblico \ privato:

- di condividere con il Comune, nel rispetto della trasparenza, gli atti che disciplinano specifici accordi con le strutture private convenzionate. Pubblico e privato devono agire sinergicamente in modo da potenziare e aumentare dal punto di vista qualitativo e

SEZIONE

quantitativo i servizi offerti all'utenza. Il privato deve agire all'interno di una programmazione sanitaria precisa supportando il pubblico.

Ad esempio in relazione alla Casa di Cura San Marco e a Villa Salus di chiarire la gamma delle specialità erogate dalle due strutture vista anche la prossima apertura del Nuovo Ospedale di Mestre specializzato nelle acuzie.

15) Sulle società controllate da o collegate all'Azienda Ulss

- di condividere con il Comune una precisa ricostruzione della mappa delle società di diritto privato gemmate, controllate e/o partecipate dall'Azienda Ulss
- di rendere trasparenti i meccanismi di finanziamento soprattutto dal punto di vista delle attività immobiliari e della gestione di servizi sanitari o di supporto agli stessi, dei project financing in corso o previsti
- di limitare tendenzialmente il ricorso alla costituzione di società per la gestione di servizi diretti alla persona, al fine di mantenere e concentrare in massimo grado la titolarità diretta dell'Azienda Ulss su tali servizi.

SEZIONE

2

**I PRESIDI DI
SALUTE SUL
TERRITORIO.
MEDICI DI
MEDICINA
GENERALE E
FARMACIE**

“L’ospedale dell’Angelo deve rilanciare la sanità veneziana nell’interesse dell’intera comunità”

intervista a Maurizio Scassola

Presidente Ordine dei Medici
della Provincia di Venezia

“La nostra provincia presenta punte d’eccellenza e comunque un valore medio alto di prestazioni sanitarie. Con l’avvio dell’ospedale dell’Angelo, polo di riferimento provinciale, è molto importante verificare quale sarà l’integrazione con i diversi presidi ospedalieri da Mirano e Dolo, a san Donà e Portogruaro, fino a Chioggia – spiega Maurizio Scassola, presidente dell’Ordine dei Medici della Provincia di Venezia. – La Regione sembra orientarsi verso una grande Ulss metropolitana che comprenda tutto il veneziano, ma a noi preme capire quale sarà la rete dei servizi sul territorio. Occorre infatti ridisegnare la mappa di tutte le risorse disponibili, tenendo conto delle storie dei singoli territori e delle competenze acquisite che sono anche di notevole livello. Sarà fondamentale valutare anche le integrazioni possibili tra strutture pubbliche e strutture private convenzionate. Credo che per la Regione Veneto e l’azienda Ulss 12 sia necessario tenere aperto il confronto con

SEZIONE



i medici, ospedalieri e non. Noi, da parte nostra, siamo assolutamente disponibili a collaborare”.

Dottor Scassola, lo storico ospedale di Mestre, l’Umberto I, che sorgeva nel centro della città è stato definitivamente chiuso. Tutte le attività hanno preso avvio nell’ospedale dell’Angelo, costruito in regime di *project financing*. Quando si potrà esprimere un parere sui servizi offerti dal nuovo ospedale?

Penso che ci vorranno molti mesi, probabilmente nell’estate del 2009, ad un anno dall’apertura dell’ospedale dell’Angelo potremo dare un giudizio sul funzionamento della nuova struttura. Un ospedale è qualcosa di delicatissimo, ci sono miriadi di elementi da considerare per la sicurezza delle cure e il benessere degli operatori sanitari e dei pazienti. Spero che l’azienda Ulss 12, in questo periodo di assestamento, vorrà tenere un confronto aperto con i medici e con i cittadini. Noi siamo pronti a fare la nostra parte. Questo non è il momento per sterili polemiche, adesso dobbiamo tutti rimboccarci le maniche perché l’ospedale dell’Angelo funzioni al meglio. Chiedo formalmente all’Ulss 12 di trasmettere tutte le informazioni utili perché la comunità possa utilizzare la nuova struttura. Fornire informazioni su prestazioni e servizi ai medici di medicina generale e ai medici specialisti nei Distretti, per esempio, sarà fondamentale per aiutare i cittadini a servirsi con efficacia del nuovo ospedale.

All’avvio dell’ospedale dell’Angelo si sono presentati dei problemi. Sembra

che ci sia carenza di spazi per alcuni ambulatori...

Effettivamente ci si sta rendendo che conto che alcuni ambulatori hanno spazi esigui o addirittura critici. Il problema è a monte perché la struttura dell’ospedale dell’Angelo è bellissima, ma la progettazione non è stata concordata con i medici ed operatori sanitari e quindi non si è tenuto conto di alcune esigenze specifiche che conosce solo chi lavora quotidianamente nei vari settori. Si spera che per le carenze segnalate vengano trovate delle soluzioni. Il direttore sanitario dell’ospedale Onofrio Lamanna è persona sensibile. Certo il trasloco è stato fatto con una certa celerità e quindi è naturale che ora si debbano risolvere in corso d’opera i vari problemi che si presentano. Del resto, non credo ci fossero alternative possibili. Il trasloco andava fatto nel periodo estivo, quando l’attività è meno intensa. Sarebbe stato impensabile trasferire l’ospedale durante l’inverno, quando è al massimo dell’attività.

Va tenuto conto anche che la struttura nuova sembra richiedere anche una diversa organizzazione del lavoro degli operatori sanitari nei vari reparti e dipartimenti. Anche su questo punto sarà opportuno tenere aperto un confronto. Non solo, il nuovo ospedale richiede un ampliamento dell’organico attuale sia per medici che per altri operatori sanitari. Occorre pensare a nuove assunzioni, questa è una richiesta che avanziamo subito.

L’Ordine dei Medici come si attrezzerà in questi mesi di confronto serrato con Azienda Ulss 12 e Regione Veneto?

Stiamo avviando un vero e proprio “Osser-

vatorio” costituito da medici, ospedalieri e non. Ci saranno anche medici specialisti del territorio, medici di medicina generale, pediatri, ecc. Seguiamo con attenzione le nuove strategie della Regione Veneto su tutto il territorio veneziano, ma esprimiamo anche una certa preoccupazione. Per noi è importante che tutte le risorse presenti siano integrate e valorizzate. E ciò prima di tutto per rispondere alle complesse esigenze della cittadinanza.

Abbiamo nel nostro territorio una grande patrimonio di presidi sanitari che deve essere tenuto nella dovuta considerazione. La nostra attenzione va dunque all’integrazione tra le varie strutture pubbliche attive da anni e tra queste e le strutture private convenzionate. Un’altra nostra richiesta è di creare percorsi di “dimissioni protette” dall’ospedale: questa è una questione fondamentale per la tutela del cittadino che deve essere seguito nelle diverse fasi della cura.

Possiamo dire che per la sanità veneziana si è dato il via ad una fase sperimentale che potrebbe produrre sviluppi molto interessanti, sempre che però vengano tenute in considerazione le istanze degli operatori sanitari e dei cittadini.

In questo periodo delicato sarà importante anche il confronto tra medici ed istituzioni che rappresentano gli interessi generali della comunità come il Comune. Tra Ordine dei Medici e Comune di Venezia c’è un rapporto di collaborazione consolidato...

Il rapporto con il Comune di Venezia è di stretta collaborazione. Tre anni fa è partito il progetto CO. ME.FA.RE che ora è coordi-

nato dai medici Federico Cesaro e Giulio Bergamasco.

Abbiamo creato una rete di ventidue medici di medicina generale distribuiti in varie zone di centro storico e terraferma. Questi medici hanno il compito di rilevare, a scadenze fisse, alcuni indicatori di salute. Si tratta di sentinelle in grado di dirci come stanno le persone in alcune specifiche zone del nostro Comune, quali sono le emergenze, ecc.

L’obiettivo è creare una banca dati con le informazioni sui pazienti di tutti i medici di medicina generale. Questi dati, trattati ovviamente nel rispetto della privacy, possono costituire una mappa georeferenziata della salute dei cittadini e diventare quindi un elemento straordinario che gli organi competenti possono utilizzare per una programmazione sanitaria basata sui bisogni reali, ottimizzando le risorse finanziarie e professionali.

Il progetto CO.ME.FA.RE mette ancora una volta in evidenza il ruolo strategico dei medici di medicina generale...

L’Ordine dei Medici è impegnato nel favorire al massimo l’aggregazione sul territorio dei medici di base. Creare dei nuclei di medici di medicina generale in varie zone significa costruire dei veri e propri presidi sanitari diffusi. Addirittura noi auspichiamo la creazione di studi in cui ad aggregarsi non sono solo vari medici di base, ma anche specialisti e pediatri, per creare nei quartieri dei poli in grado di rispondere alle diverse esigenze della popolazione con una copertura oraria molto ampia, dalle 8 di mattina alle 8 di sera.

Per realizzare questo obiettivo, sarà fonda-

SEZIONE

2

mentale il sostegno di Municipalità, Comune, Provincia, perché servono spazi in grado di ospitare gli studi medici, altrimenti il progetto rischia di rimanere solo sulla carta. Ma la sfida è cruciale perché le risposte più vicine alle esigenze dei cittadini vengono proprio dai medici e dagli operatori sanitari del territorio.

Un lavoro di equipe così organizzato può diventare uno dei fulcri del sistema sanitario che non può basarsi solo sugli ospedali. I nuclei di medici sul territorio poi potrebbero collaborare a campagne di prevenzione delle più diffuse malattie e raccogliere ed organizzare i dati sui pazienti in modo da renderli fruibili dai vari enti. I presidi sul territorio sono una frontiera essenziale per la tutela della salute pubblica.

La sfida per la salute pubblica parte dalle strutture sul territorio

intervista a Lucio Pasqualetto

responsabile della Federazione
Medici di Medicina Generale nella
ASL 12 di Venezia

Lucio Pasqualetto esercita la professione di medico di medicina generale dal 1982, nel quartiere di Carpenedo, a Mestre. Il dottor Pasqualetto è anche responsabile della Federazione Medici di Medicina Generale nella Ulss 12 di Venezia.

Dottor Pasqualetto, in questi anni è cambiato il rapporto con il paziente?

Il "paziente" preferisco chiamarlo cittadino. Il cittadino è una persona che attraverso i media (televisione, internet, stampa) è più informata sui fatti riguardanti la salute. Le notizie che riceve lo illudono che ci sia una soluzione per tutti i suoi problemi di salute, lo allermano e lo inducono a ricorrere sempre più spesso ai consigli del medico e contemporaneamente – a causa degli episodi di mala sanità – lo inducono a diffidare dei consigli ricevuti. È un cittadino disorientato e che reclama secondo me un diritto inappropriato: il diritto alla salute, non il diritto di curarsi, ma quello di guarire! Il diritto del cittadino invece, secondo me, è quello di poter accedere ai mezzi che possono recare salute. Si presenta al medico di famiglia sempre più spesso con ritagli di giornale o appunti scritti su foglietti volanti dove vengono indicate la diagnosi per il suo caso e i relativi esami da fare e lo specialista cui rivolgersi. Non è in grado di affrontare autonomamente situa-

SEZIONE



zioni che una volta si risolvevano con i consigli della nonna. Ogni nuovo sintomo lo considera il campanello d'allarme di una patologia devastante.

È un cittadino che non accetta l'idea della morte propria e soprattutto dei famigliari. L'evento "morte" non fa parte di un percorso personale, di una elaborazione laica e/o religiosa, ma viene vissuto semplicemente come una ingiustizia da contrastare.

Il cittadino chiede anche sempre più spesso al medico di risolvere proprie difficoltà sociali (autonomie e solitudine) ed economiche (chiede farmaci a pagamento a minor costo e di posticipare la diagnostica quando non è ultra65enne o non gode di esenzioni per patologia) con sempre maggiori richieste di compilazione di certificazioni per invalidità, per sussidi, per aiuti domestici, ecc.; ma c'è anche chi, tra i pazienti, ricorre sempre di più al proprio portafoglio per avere una risposta rapida e saltare le liste d'attesa.

I pazienti sono sempre più vecchi, soli e con patologie croniche.

È una società fatta fondamentalmente di malati. È raro trovare la persona sana. È quotidianità che la persona che si presenta in ambulatorio si porti la "lista della spesa" per tutti i famigliari (dall'adolescente al vecchietto).

Dal suo osservatorio, quali sono le malattie più diffuse? Ritieni importante la prevenzione primaria?

In ordine di frequenza le malattie che rilevo più spesso tra i miei pazienti sono le malattie reumatiche di tipo degenerativo come l'artrosi, l'ipertensione arteriosa (circa il 30 per cento dei miei assistiti), il

diabete (circa il 7 per cento dei miei assistiti), l'infiammazione delle prime vie respiratorie, l'ansia e i disturbi dell'umore. Gran parte della mia attività è dedicata a persone (diabetici, ipertesi, ecc.) che cinquant'anni fa non avrebbero saputo di essere ammalate perché non hanno alcun disturbo e che sono definite malate dalla medicina moderna che le ha identificate, attraverso gli esami di laboratorio, come portatrici di fattori di rischio cardiovascolare maggiore rispetto a una popolazione "normale".

Lo slogan "meglio prevenire che curare" è nato per lanciare la prevenzione primaria. Il paziente generalmente l'ha assimilato riversando però nella prevenzione primaria una aspettativa di salute eccessiva. Prevenire non significa evitare un evento morboso o ritardare il momento della morte, ma ridurre il rischio che quell'evento morboso si verifichi in una determinata popolazione. La prevenzione non è la scienza che si interessa del singolo individuo, ma della popolazione. Basti pensare alle vaccinazioni. Si vaccinano milioni di persone, perché alcune centinaia non si ammalino di malattie gravi. Inoltre la prevenzione non è a costo zero! Ha costi economici (accertamenti, personale dedicato, farmaci, ecc.) ma anche sociali. Basti pensare a quanto ha incrementato l'attenzione che ogni singolo cittadino dedica a se stesso e quindi la prevenzione contribuisce all'individualismo che contraddistingue la nostra società.

Sono convinto che diffondere migliori stili di vita sia importante, ma che ciò debba essere fatto in un'ottica altruistica: se tutti pratichiamo dei corretti stili di vita, alcuni

di noi in futuro non peseranno sulla collettività in conseguenza a gravi eventi morbosi.

Al di là delle vaccinazioni, la prevenzione primaria si occupa fundamentalmente di due settori: quello cardiovascolare e quello oncologico.

Il medico di famiglia si impegna a convincere i propri assistiti a modificare gli stili di vita e a fare controlli periodici con una frustrazione professionale di non poco conto: non saprà mai se e chi avrà davvero beneficiato degli sforzi fatti. La prevenzione secondaria in campo oncologico invece è gratificante.

La mia personale esperienza mi dice che la mammografia ha sicuramente scovato iniziali tumori poi risolti favorevolmente con interventi non demolitivi.

Penso che il sistema sanitario pubblico in futuro non sarà in grado di sostenere una prevenzione primaria farmacologico-strutturale. Dovremo dunque individuare dei target di popolazione più specifici per garantire alcuni accertamenti diagnostici e alcuni percorsi terapeutici.

E la prevenzione terziaria che punta alla riduzione del danno? Un medico di base poggia oggi su una rete efficiente ed efficace di servizi in grado di sostenere le persone che hanno bisogno di maggiori cure?

È molto importante ridurre il danno, ma un medico di famiglia non trova gli appoggi istituzionali che sarebbero necessari. Manca personale per l'assistenza domiciliare ed infermieristica. C'è una ragnatela di atti burocratici che impedisce una rapida fruizione dei servizi.

La collaborazione con le altre strutture sanitarie si basa sulla buona volontà del singolo: la telefonata, il passaggio in Reparto o al Distretto, la comunicazione epistolare. Mancano gli automatismi e le tecnologie che permettano al cittadino di non muoversi e far sì che le istituzioni siano al servizio del cittadino e non viceversa.

Spesso i medici di base si organizzano in gruppi sul territorio e danno vita così a presidi sanitari. Quali sono i vantaggi della medicina di gruppo?

L'attività del medico di famiglia isolato si sta dimostrando poco funzionale al sistema sanitario. Sono nate le medicine di gruppo (ogni medicina di gruppo può assistere dai 4000 ai 10.000 cittadini). L'apertura degli studi (non meno di 7 ore al giorno) giova al paziente, almeno per il disbrigo delle pratiche burocratiche. I medici si scambiano esperienze e possono trovare giovamento nell'aver a disposizione le competenze del collega più informato magari su uno specifico problema.

I medici condividono spazi e personale di studio. Riducono le spese per sostenere la struttura (fitti, spese ordinarie e straordinarie, utenze). Abitualmente si visita per appuntamento. La rete informatica all'interno del gruppo permette la condivisione delle cartelle cliniche di tutti i pazienti, per cui l'assistito può servirsi, in caso di bisogno e in assenza del proprio medico, di un altro medico sapendo che questi può accedere ai propri dati sensibili (viene chiesto il consenso informato per questo utilizzo dei dati).

A tutto ciò fa da contraltare la difficoltà

SEZIONE



per alcuni pazienti di raggiungere la nuova struttura, il dover utilizzare il telefono più spesso di prima (per gli appuntamenti e per il rinnovo delle ricette) e certamente queste, per una popolazione sempre più anziana e sola, non sono difficoltà di poco conto.

Le Utap (Unità territoriali di assistenza primaria) dovrebbero ulteriormente allargare l'offerta del servizio.

Ogni singola Utap può assistere dai 10 ai 25 mila cittadini: la struttura rimane aperta 12 ore al giorno, c'è il passaggio di dati sensibili dei pazienti critici tra medici di famiglia e guardia medica, c'è la presenza di specialisti, di assistenti sociali, di infermieri. Praticamente un piccolo distretto sanitario. Le Utap, secondo me, però rischiano di essere economicamente meno sostenibili delle medicine di gruppo e con un'offerta di servizi sovrapponibile a quella dei Distretti (che assistono dai 40 ai 60 mila cittadini). Qualora i Distretti fossero aperti 12 ore al giorno, con personale amministrativo e sanitario adeguato, e fossero attrezzati di strumenti tecnologici di primo livello (ecografi, elettrocardiografi, spirometri, gabinetto radiologico, ecc.) sarebbero in grado di incarnare la vera risposta sul territorio alle esigenze sanitarie della popolazione.

Come si è evoluta la cura dei pazienti con il progredire anche delle ricerche farmacologiche?

Molte persone, anziani soprattutto, stanno assumendo molti farmaci contemporaneamente. Non sappiamo quali possano essere le interazioni sfavorevoli tra farmaci quando questi superano il numero di tre.

Abbiamo sempre più difficoltà a capire cosa succederebbe senza l'uso, spesso cronico, dei farmaci.

L'assunzione cronica di un farmaco si inserisce nel concetto di prevenzione farmacologica sia primaria che secondaria e riguarda una platea sempre più numerosa di milioni di cittadini.

È anche un grande business che può essere alimentato ad arte da chi ha degli interessi economici come le grandi industrie farmaceutiche. L'attività di ricerca e sperimentazione viene affidata fondamentalmente all'industria del farmaco che pubblica i lavori scientifici sulle più prestigiose riviste mediche internazionali.

Dobbiamo ricordare però che circa il 20 per cento di questi lavori non viene pubblicato, perché non ha dato le risposte che i committenti si attendevano! Noi medici ci troviamo in difficoltà nel valutare i dati scientifici che riguardano il singolo farmaco. Ma è vero che da circa venti anni non ci sono più interventi chirurgici per ulcere dello stomaco, cioè da quando è stata introdotta la cimetidina.

È vero anche che in campo oncologico stiamo riducendo fortemente la mortalità con l'uso degli antitumorali. Siamo un po' tutti diventati farmaco-dipendenti. Per ogni disturbo, anche il più banale, si prende la pillola giusta! Se c'è un eccesso di utilizzo di farmaci, è comunque assecondato anche dall'atteggiamento talvolta acritico di noi medici.

Come valuta il rapporto con le istituzioni, in particolare con il Comune di Venezia?

Il progetto CO.ME.FA.RE è un buon banco

di prova per capire se esistono sinergie positive tra Comune e medici di famiglia. Mi sembra che la collaborazione sia positiva e stia dando i primi frutti.

Dovremo attivarci perché le varie Municipalità interagiscano con i medici di famiglia per attivare momenti di educazione sanitaria rivolti alla popolazione.

Con l'azienda Ulss 12 i rapporti sono più difficili. L'attuale Direttore Generale non manca di manifestare pubblicamente una certa insofferenza nei confronti della nostra categoria e ciò è dovuto al fatto che la sua prospettiva è chiaramente ospedalocentrica.

La vera sfida per il prossimo futuro è la medicina di gruppo, una sfida a costi sostenibili, apprezzata dal cittadino, e che dovrà essere accompagnata da un vero rafforzamento dell'offerta di servizi nei Distretti sanitari.

“Occorre una riforma della Medicina Generale”

intervista a
**Franco Fabbro e
Carlo Possamai**

Medici di famiglia

Franco Fabbro e Carlo Possamai da venticinque anni svolgono attività di medici di medicina generale nel cuore della città. Franco Fabbro è consigliere dell'Ordine dei Medici ed è impegnato sul fronte dell'ambientalismo e dell'attività sociale a Marghera.

Carlo Possamai ha svolto anche attività politica; è uno dei fondatori della medicina di gruppo in centro storico ed opera con altri tre colleghi.

“Con orgoglio posso dire di essere uno dei primi medici che ha fatto medicina di gruppo in città – ricorda Possamai. - Quindici anni fa abbiamo avviato uno studio con altri due colleghi nel popoloso quartiere di Cannaregio. Ci siamo resi conto che è strategico offrire la presenza di medici con un servizio continuativo nell'arco della giornata. I medici devono essere calati dentro la comunità ed operare tra la gente: questa nostra intuizione oggi sta diventando una prospettiva su cui si lavora a livello istituzionale”.

“Le Unità di Medicina Generale (Umg)

sono la proposta che la Federazione dei Medici di Medicina Generale ha fatto al Governo – precisa Fabbro. - A trent'anni dall'avvio del sistema sanitario nazionale, occorre una grande riforma della medicina generale. Attualmente un medico segue un migliaio di pazienti in un regime di convenzione con la Regione.

Le Unità di Medicina Generale dovrebbe diventare una struttura fondamentale dell'Ulss sul territorio, la nostra proposta prevede una Unità ogni 25.000 abitanti con più medici che si alternano. Una organizzazione del genere dovrebbe permettere scambio di informazioni ed esperienze terapeutiche tra medici, ma anche la possibilità di seguire direttamente i pazienti dalla mattina alla sera e pure nei giorni festivi e di impegnarsi in attività informative e di prevenzione”.

Quali sono i problemi che ostacolano maggiormente la vostra professione?

Fabbro: È cambiata la funzione delle Ulss che ora è tutta volta al contenimento della spesa. Quando mi trovo di fronte i pazienti, ho a che fare con la salute di questi esseri umani e non posso mettere al primo posto il risparmio, lesinando esami o terapie.

Il paziente è sempre più esigente, informato, consapevole. Ma ciò che conta è la relazione che si instaura tra noi ed il nostro assistito, che deve essere basata su fiducia e confronto per una vera alleanza terapeutica.

Possamai: Per certi versi il rapporto con il paziente si è spersonalizzato: c'è più burocrazia e meno clinica. Le persone chiedono spesso la visita dagli specialisti, quando forse potrebbe essere più importante per loro avere un rapporto profondo con il

proprio medico di famiglia che li conosce da più tempo ed ha una visione complessiva della loro salute.

La Medicina Generale è complessa, vuol dire lavorare con la persona nel suo contesto di vita. Oggi i pazienti sono più evoluti e consapevoli, ma rischiano di farsi influenzare dagli input pubblicitari sulle pillole miracolose che fanno passare l'influenza in un'ora.

Ma la gente oggi come sta?

Possamai: I pazienti richiedono prima di tutto ascolto. Ascoltare è faticoso ma è la cosa più importante che deve fare un medico per capire come sta una persona. Le malattie più diffuse sono: diabete, ipertensione, ipercolesterolemia, ma mi preoccupa moltissimo la depressione dilagante. Le persone stanno bene in apparenza, ma sono profondamente infelici e soffrono. Anche queste sofferenze vanno prese seriamente in considerazione da chi svolge il nostro mestiere.

Fabbro: Confermo che le malattie più diffuse sono l'ipertensione ed il diabete. Tradotto in termini spiccioli possiamo dire che mangiamo troppo e male e ci muoviamo troppo poco. Il nostro compito è anche fare prevenzione primaria indicare alle persone uno stile di vita più sano, senza eccessi di alcol e senza fumo: basta poi limitare o evitare certi cibi e camminare a passo veloce almeno 30 minuti al giorno per migliorare la propria salute.

Che ruolo ha la prevenzione secondaria cioè la diagnosi precoce di malattie come il cancro?

Fabbro: È molto importante soprattutto per determinate patologie, la mammogra-

SEZIONE



fia è un esame che permette di diagnosticare tumori ancora piccolissimi e in questo modo si può salvare e si è salvata la vita a molte donne. Io insisto però sullo stile di vita: non ingrassare, fare più movimento, mangiare meglio ed avere un rapporto di fiducia con il proprio medico di base può essere davvero un buon contributo per il proprio benessere.

Possamai: Certamente esami come la mammografia sono importanti, ma a mio parere un buon rapporto tra medico e paziente vale di più di uno screening di massa, nel senso che anche gli esami diagnostici non sono infallibili ed allora se c'è qualcosa che non va, vale sempre la pena di parlarne con il proprio medico di fiducia ed andare a fondo del problema.

Ritenete che vi sia un consumo eccessivo di farmaci?

Possamai: L'industria farmaceutica rappresenta un settore economico strategico. Il problema che si pone oggi è che si rischia di arrivare a dare dei farmaci a chi effettivamente non ne ha bisogno.

È una questione su cui riflettere seriamente. Si registra soprattutto un eccesso di consumo di ansiolitici ed antidepressivi: viviamo male e cerchiamo la pillola che ci possa aiutare.

Fabbro: Il nostro corpo si basa sull'equilibrio. Il medico deve sempre tener presente questo presupposto: a volte non serve intervenire, a volte invece intervenire delicatamente può non bastare, ma non bisogna nemmeno adottare misure d'intervento terapeutico eccessive. Il nostro operato deve muoversi per cercare di ristabilire l'equilibrio del paziente. Il nostro è un

mestiere delicatissimo. Oggi assistiamo invece ad una pressione delle case farmaceutiche che va arginata, non si può pensare di dare farmaci ai sani. Non si può medicalizzare tutto, anche perché un sistema di questo tipo non può reggere dal punto di vista economico.

Essere medici di medicina generale vuol dire assistere complessivamente il paziente. Come giudicate il vostro rapporto con le altre strutture sanitarie e sociali del territorio?

Fabbro: La rete dei servizi potrebbe essere molto più efficace. La proposta delle Unità di medicina generale sul territorio prevede l'apertura anche nei giorni festivi e con amplissimo orario. Si tratta di creare dei presidi sul territorio molto preziosi perché costituiscono dei punti di riferimento per le persone.

Noi medici di base abbiamo un rapporto occasionale con i colleghi specialisti delle strutture territoriali o dell'ospedale.

Non c'è una comunicazione consolidata, una rete attiva di scambi di informazioni. Ed il paziente si trova sballottato. Tra medici di medicina generale però abbiamo un buon rapporto e lo stesso vale con i farmacisti.

Anche il rapporto con il Comune dovrebbe essere ulteriormente consolidato: apprezzo moltissimo il progetto CO.ME.FA.RE che sta creando una rete di raccolta dati sulla salute sul territorio.

Anni fa avevamo avviato il progetto Carmide con l'Assessorato alle Politiche Sociali ed avevamo creato la figura dell'informatore della salute: un operatore che veniva nei nostri studi medici e ci presen-

tava i servizi sociali, ecc. Occorre ripartire da esperienze di questo tipo, perché la circolazione delle informazioni è cruciale.

Possamai: Il Comune dovrebbe svolgere un ruolo d'intervento sulle questioni fondamentali. La legge dà al sindaco un ruolo di indirizzo della politica sanitaria anche nei confronti dell'Ulss.

Questo compito deve essere svolto pienamente dal Comune che è l'ente che rappresenta tutti i cittadini e non risponde a logiche prettamente aziendali come l'Ulss.

Bisogna dunque che il Comune indichi le priorità. Credo che per il prossimo futuro sarà sempre più necessario creare delle Unità di medicina generale all'interno dei quartieri della città e sarà importante che queste Unità dialoghino poi con il Distretto dove sono concentrate le attività dei medici specialisti.

Dobbiamo insistere nel creare una prospettiva di questo tipo che è l'unica che possa far fronte alle richieste che ci vengono dai pazienti, superando definitivamente la logica ospedalocentrica.

Le prospettive della professione infermieristica: formazione continua ed umanità

intervista a Giovanna Anòè

vice presidente del Collegio degli Infermieri della Provincia di Venezia

a cura di
Vento Veronica

La professione infermieristica nel corso degli anni ha subito delle modificazioni qualitative importanti: fino ai primi anni '90 il profilo di questa professione non era delineato specificatamente, ma erano menzionate solamente le competenze e le mansioni da svolgere.

Il Decreto Ministeriale del 14 settembre '94 ha stabilito che "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica"; successivamente hanno preso il via i primi corsi universitari, i diplomi e le lauree specialistiche riconosciute, i dottorati di ricerca e i master post laurea.

È stato poi introdotto per la prima volta anche l'incarico di dirigenza infermieristica nei reparti ospedalieri e nei servizi socio sanitari territoriali. Tutto ciò ha portato ad una trasformazione radicale del ruolo e del lavoro del personale infermieristico con un'apertura e un riconoscimento specifico di responsabilità della professione. La mo-

bilitazione generale del 1 luglio '94, ha comportato la definitiva abolizione del mansionario e la precisa identificazione della finalità della professione, riconoscendone l'autonomia.

Come è vissuta e svolta oggi la professione infermieristica?

Pur essendo trascorsi diversi anni dalla pubblicazione del profilo, vi è ancora poca chiarezza rispetto al ruolo del personale infermieristico e un carente riconoscimento del valore e della nostra professionalità considerata spesso marginale rispetto ad altre che godono di maggiore stima e peso scientifico e tecnico.

La complessità del sistema sanitario pone ogni professionalità ad avere un ruolo specifico e un'attendibilità concreta; nessuno deve sostituirsi a nessuno; il lavoro di équipe dovrebbe permettere ad ognuno di offrire la propria competenza sia tecnica che umana, cercando di affrontare la problematica, qualsiasi essa sia, da diverse angolature.

Per questo i professionisti del settore ancora si battono per sostenere il riconoscimento di status, di competenza, di carriera e un'adeguata retribuzione; chiedono di essere tenuti in considerazione nella programmazione delle attività, nei dibattiti del Servizio Sanitario Nazionale, documentando a pieno titolo i problemi di funzionamento del servizio sanitario, raccogliendo dati sui reali bisogni delle persone, sulle situazioni di disagio, partecipando e sostenendo i gruppi di familiari e di pazienti contribuendo personalmente alle scelte organizzative.

La velocità con cui si sviluppano e si affi-

nano le conoscenze e le tecniche in campo clinico, rende indispensabile per ogni operatore del settore della sanità il continuo aggiornamento.

Un elemento cruciale è la formazione continua di operatori ed operatrici...

Il programma ECM, risponde a questa esigenza fornendo occasioni di formazione nei diversi ambiti di competenza che contribuiscono a formare una Professionalità completa: il conseguimento di conoscenze tecniche sempre aggiornate, le abilità tecniche e manuali, e le capacità comunicative e relazionali.

Dal 2002 l'aggiornamento non è più solo un'esigenza, ma anche un preciso obbligo professionale.

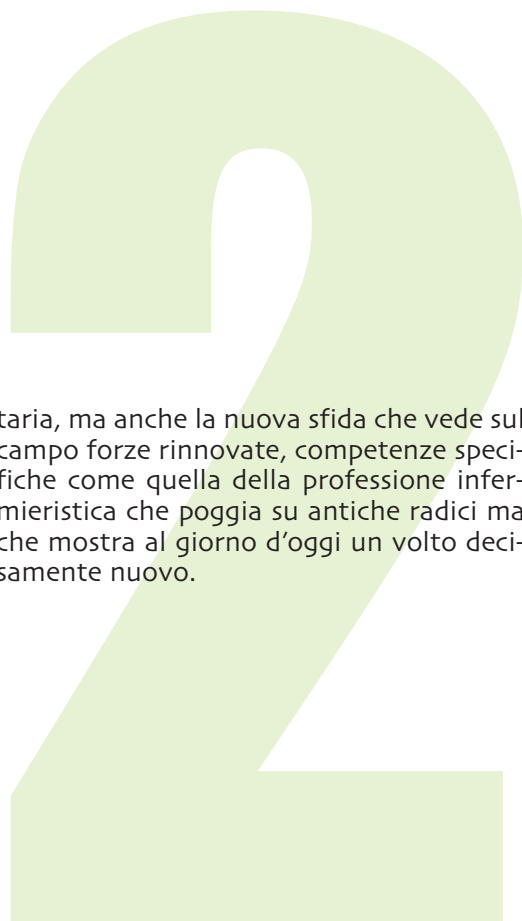
Possiamo descrivere più specificatamente il ruolo dell'infermiere professionista?

Il ruolo e il compito dell'infermiere professionista, non sono solo quelli strettamente tecnici nello state accanto al medico. L'infermiere gode di una propria autonomia, proponendo anche una diagnosi infermieristica, assistendo il malato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, interpretando le più disparate richieste e bisogni dell'utente, rispondendo direttamente a tante urgenze che richiedono preparazione, tempestività e valore umano.

Il rapporto umano che si instaura con il malato o qualsiasi utente che chiede di essere aiutato, è spesso difficile. Le tematiche e i vissuti da affrontare sono spesso traumatici, le competenze umane devono necessariamente essere elevate.

Certo i ritmi sfrenati, la turnistica esasper-

SEZIONE



rata, la poca retribuzione e la scarsa considerazione non giocano a favore dei rapporti umani che spesso sono l'unica terapia utile e la sola richiesta dal paziente che soffre e che si sente solo.

Non esistono scuole che insegnano a trattare con la gente e che possano spingere alla compassionevole pazienza e presenza, esiste solamente un'affinità d'animo, una predisposizione genetica che nessuno può insegnare, ma che può essere affinata così come accadeva in certe professionalità di un tempo scelte per profonda convinzione. I tempi sono molto cambiati anche in questo e spesso i giovani non sono a conoscenza delle effettive possibilità che questo lavoro può offrire, non da ultime le soddisfazioni e il riscontro umano che si può ricevere ogni giorno.

La professione sta cambiando, quali sono le prospettive che si aprono?

Molto personale proviene da paesi extracomunitari: su 5575 iscritti al Collegio, 392 sono stranieri ed il dato tende a salire.

La richiesta di personale infermieristico è in continuo aumento; la crescita del numero di persone anziane richiederà nuove forze e specifiche competenze, ciò creerà non pochi problemi al nostro sistema sanitario.

Da una parte sarà sempre più evidente la necessità di operare sul piano organizzativo per sopperire alla mancanza di strutture e di personale, dall'altra parte è prevedibile un notevole costo economico per offrire una assistenza di qualità per la terza età.

Quella dell'assistenza agli anziani, con ogni probabilità, sarà la nuova emergenza sani-

taria, ma anche la nuova sfida che vede sul campo forze rinnovate, competenze specifiche come quella della professione infermieristica che poggia su antiche radici ma che mostra al giorno d'oggi un volto decisamente nuovo.

Le farmacie comunali nel cuore della città

intervista a Statis Tsuroplis

Presidente di Ames

A.M.E.S., Azienda Multiservizi Economici Sociali, è stata costituita come Azienda Speciale del Comune di Venezia il 23 settembre 1996.

L'anno successivo il Comune delibera l'affidamento ad AMES della gestione delle quattordici farmacie comunali di Venezia e dei mercati all'ingrosso, ittico e ortofrutti-colo.

Il 29 luglio 1999 A.M.E.S. viene trasformata in S.p.A. allo scopo di poter affrontare meglio la liberalizzazione del sistema dei servizi e degli operatori.

Dal 2000, anno in cui la gestione dei mercati viene ceduta ad altra S.p.A. controllata dal Comune di Venezia, viene conferita ad A.M.E.S. specifica competenza nella gestione di farmacie ed altre attività rientranti nell'ambito del settore socio-sanitario e dei servizi alla comunità.

A.M.E.S. oggi è partecipata al 100 per cento dal Comune di Venezia e oltre alle quattordici farmacie distribuite su tutto il territorio del Comune di Venezia, gestisce anche una farmacia situata a Cavallino-Treporti e

SEZIONE



la nuova farmacia comunale di Mogliano Veneto, sita a Marocco di Mogliano.

Dal 2006 è operativo in azienda il nuovo settore per i Servizi Territoriali, a seguito dell'affidamento ad A.M.E.S., da parte del Comune, della gestione del servizio di non docenza nell'ambito dell'area scolastico-educativa, comprendente anche i servizi di ristorazione scolastica.

Grazie a questa diversificazione dell'attività A.M.E.S. è nuovamente a tutti gli effetti un'azienda Multiservizi, che ha cambiato radicalmente le sue caratteristiche, passando dai circa 80 dipendenti ai più 330 di oggi. E' arrivata in questo modo ad essere una delle più importanti aziende del Comune di Venezia, con un fatturato, nel 2007, di quasi 29 milioni di euro.

Come sono configurate le farmacie comunali?

La farmacia si configura come il presidio socio-sanitario al servizio dei cittadini più facile da raggiungere, sia per gli orari di apertura che per la diffusione sul territorio. Rappresenta il centro preposto di assistenza sanitaria di base, con specifico riferimento alle prestazioni farmaceutiche. Il ruolo del Comune nel settore delle farmacie si giustifica, storicamente, con la fornitura di medicinali in zone periferiche e non coperte dal servizio privato, garantendo così l'accesso e la qualità del servizio alla totalità dei cittadini, indipendentemente dalle condizioni economiche, nell'intento di migliorare la qualità della vita e della sanità su tutto il territorio. Questo è lo scopo primario e più evidente della presenza delle farmacie comunali, che però hanno voluto fornire servizi sem-

pre più diversificati nel tempo, cercando spesso di anticipare i bisogni dell'utenza ed assumendo un ruolo di punto di riferimento per l'assistenza ed i consigli ai cittadini. L'ambizioso obiettivo di A.M.E.S. S.p.A. è il miglioramento continuo del servizio offerto, ponendo la soddisfazione dell'Utente al centro dell'attenzione, così che la farmacia venga percepita come principale punto di riferimento per la promozione e tutela di salute e benessere. Tutto ciò viene perseguito anche grazie al continuo miglioramento della struttura organizzativa e del contenuto professionale messo a disposizione dei cittadini-utenti, senza comunque mai perdere di vista la necessità di gestire l'azienda con efficienza operativa, garantendo redditività e investimenti di sviluppo. In quest'ottica A.M.E.S. S.p.A. ha ottenuto, nel marzo 2004, la certificazione di qualità Aziendale secondo le norme ISO 9001/2000.

Le farmacie svolgono sempre più un ruolo di servizio: pensate di potenziare questa funzione?

Le farmacie sono punti di arrivo e punti di partenza del sistema sanitario nazionale; in ogni caso rappresentano dei nodi strategici. Accolgono la domanda del cittadino, tante volte prima ancora che si rivolga al medico e ricevono successivamente la richiesta di farmaci prescritta dai medici curanti. La farmacia offre anche servizi come la prenotazione degli esami, collaborando pienamente con il sistema sanitario. Il nostro obiettivo ora è allargare ancora di più le nostre attività, offrendo maggiori servizi sanitari e sociali: medicazioni, terapie iniettive, assistenza infermieristica ecc.

Queste richieste sono state formalizzate anche da A.S.SO.FARM., l'associazione che raggruppa le 1500 farmacie pubbliche italiane.

Occorre inoltre aggiungere che già con i medici di Medicina Generale c'è una collaborazione costante e molte attività sono state avviate anche in collaborazione con l'azienda Ulss.

Come è il rapporto con i cittadini?

La farmacia svolge un importante ruolo informativo. Gli utenti che si rivolgono al farmacista chiedono soprattutto consigli sanitari. Il rapporto diventa più stretto, se il cittadino presenta patologie croniche ed ha bisogno di piccoli controlli costanti, come ad esempio la misurazione della pressione arteriosa. Le farmacie Ames hanno un "Angolo della Salute" dove viene tutelata la privacy dell'utente e si può avere un confronto riservato con il farmacista. In questa situazione protetta, il farmacista può effettuare anche alcuni specifici esami ematochimici, consulenze ecc.

Noi collaboriamo regolarmente anche con le farmacie private, per l'organizzazione dei turni di apertura durante i giorni festivi ed i servizi notturni o per le iniziative comuni, ecc.

Come è invece il rapporto con le istituzioni?

Noi contiamo che il Comune di Venezia abbia sempre una grande attenzione verso le farmacie comunali. Bisogna tener conto che le farmacie sono luoghi di incontro e di relazione, per tutti i cittadini. Il dialogo con le istituzioni deve essere mirato al miglioramento dei servizi offerti e al soste-

gno dell'operatività delle strutture. Noi ci rivolgiamo al Comune proponendo un ruolo attivo, ci offriamo per collaborare all'organizzazione di interventi di assistenza domiciliare o infermieristica, ecc. Chiediamo anche la libertà di apertura 24 ore su 24. Le nostre farmacie inoltre hanno una marcata vocazione sociale. Lo dimostrano alcuni progetti portati a termine da Ames: nell'isola di sant'Erasmus, dove non ci sono farmacie, Ames ha creato un punto sociale in cui è possibile avere servizi che si trovano di solito nelle farmacie come misurazione della pressione arteriosa, elettrocardiografia, prenotazione di esami e di visite specialistiche, ecc. Sempre a sant'Erasmus, grazie alla collaborazione con il Comune di Venezia, partirà, per la prima volta in Italia, un servizio di distribuzione automatica dei farmaci attraverso tecnologie innovative.

Presidi sanitari al servizio dei cittadini Un forum racconta l'attività dei farmacisti

Nella città di Venezia ci sono una novantina di farmacie, comunali e private. Ognuna di queste quotidianamente entra in contatto con decine e decine di cittadini. In farmacia si chiedono consigli sui farmaci, sui servizi dell'Ulss, si raccolgono pareri ed indicazioni preziose per la salute.

In un momento di grande cambiamento nell'Ulss 12, con l'avvio dell'ospedale dell'Angelo, quali sono le prospettive che si aprono per questi presidi sanitari così strategici?

Ne abbiamo parlato in un forum con: **Mari-na Triani**, membro del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti di Venezia; **Annamaria Brusadini**, vice presidente associazione titolari farmacie di Venezia e presidente di Federfarma Veneto; **Renato Vecchiato**, responsabile formazione ed iniziative professionali dell'associazione titolari farmacie di Venezia.

Quali sono i compiti di presidio sanitario svolti dalle farmacie private sul territorio?

Triani: Le farmacie costituiscono attualmente un sistema integrato di servizi alla cittadinanza. I compiti svolti sono molte-

plici: consegna del farmaco alle persone ed educazione alla salute, visto che la maggioranza delle persone che entrano in farmacia chiedono consiglio sui farmaci prescritti e su eventuali servizi. Il nostro obiettivo è accompagnare la persona a soddisfare i propri bisogni. Parecchie farmacie sono attive anche per la prenotazione degli esami diagnostici nelle strutture dell'azienda Ulss 12. La farmacia è il primo presidio sanitario sul territorio, perciò cerchiamo di essere efficaci ed efficienti.

Brusadini: Le farmacie distribuiscono anche, per conto dell'ospedale, alcuni farmaci regolamentati dal Prontuario. Si tratta di medicine ad alto costo, per malattie specifiche come quelle oncologiche. Con questo tipo di distribuzione, c'è un notevole risparmio di spesa per l'azienda Ulss.

Vecchiato: In farmacia si possono trovare attualmente anche test di facile uso ed altissima attendibilità per la misurazione della glicemia e del colesterolo. Ci stiamo attivando anche per rendere possibile l'esecuzione in farmacia di spirometria e defibrillazione. Altri test immunoenzimatici riguardano invece la ricerca dell'*Helicobacter Pylori* o del sangue occulto nelle feci.

Le farmacie forniscono sempre più vere e proprie prestazioni sanitarie; qual è il rapporto con i medici e con le strutture dell'Ulss?

Vecchiato: L'idea è di rendere più virtuoso il rapporto tra paziente, Ulss e medico di famiglia. Occorre che il rispetto dei ruoli sia assoluto. Siamo coscienti che gli spazi professionali del medico vanno rispettati senza alcun tentativo di ingerenza. Noi in farmacia ci limitiamo ad offrire degli strumenti

grazie ai quali il paziente può ricavare dati utili da fornire poi al proprio medico di famiglia. I test ed i servizi che ho menzionato, si attuano con il sussidio di apparecchi che funzionano e danno dati sicuri in modo autonomo e permettono perciò di praticare una serie di autoanalisi in farmacia.

L'azienda Ulss 12, attraverso il primario del Dipartimento di Pneumologia, ha istruito i farmacisti per poter eseguire il test spirometrico. Il risultato viene consegnato al paziente che deve però poi rivolgersi al proprio medico per le opportune valutazioni e verifiche.

È stato approvato dalla Camera dei Deputati anche un disegno di legge che prevede l'utilizzo dei defibrillatori in luoghi pubblici: scali ferroviari, stadi, centri sportivi, scuole, farmacie. La tecnologia ha permesso di disporre di strumenti sicuri che funzionano in modo automatico o semiautomatico, e che possono essere usati anche da personale non medico, ma specificatamente formato dal servizio 118. Anche il personale della farmacia può essere istruito per l'utilizzo dei defibrillatori nelle modalità previste. Oggi varie farmacie della Ulss 12 offrono tale servizio.

In quest'ottica la farmacia si attesta come luogo di soccorso composto da personale "laico" e non da medici.

Brusadini: Complessivamente possiamo dire che c'è un ottimo rapporto con le strutture dell'azienda Ulss e con i medici di famiglia. Una buona collaborazione c'è anche con i medici ospedalieri.

Triani: La farmacia diventa in questo modo un punto di incontro strategico tra domanda ed offerta di salute. Auspico perciò che si possano creare sistemi codificati

SEZIONE



di comunicazione, al di là della collaborazione spontanea che già c'è. Attualmente applichiamo quelle che possiamo definire regole deontologiche, però le strutture restano "separate". Sarebbe importante creare sistemi di servizi sempre più integrati. Una questione rilevante è quella della circolazione delle informazioni che va assolutamente potenziata. Bisogna attivare le interconnessioni di sistema, perfezionando il dialogo istituzionale.

Quali sono i bisogni dei cittadini registrati dai farmacisti: ascolto, accompagnamento alla terapia farmacologica prescritta dal medico, indicazioni sulle strutture sanitarie del territorio, ecc.?

Brusadini: Ho iniziato a fare questo mestiere molti anni fa in un piccolo paese del Friuli, nella farmacia di mio nonno. A mio parere, il fondamento del rapporto tra farmacista ed utente è rimasto lo stesso nella sostanza. Si tratta di una relazione basata sulla fiducia: l'utente chiede informazioni sui farmaci, sulle varie tipologie di esami, sugli ospedali che offrono i servizi migliori, ecc.

Triani: Le farmacie sono da sempre luoghi di relazioni e di incontro. Certamente ora l'utente è più evoluto ed informato, ma proprio per questo a volte il rischio è un pericoloso "fai da te". Le informazioni che si trovano su internet o sui giornali vanno sempre attentamente verificate con il medico ed il farmacista. Non esistono pillole magiche come negli spot pubblicitari! Oggi c'è una certa speculazione sulla buona fede dei cittadini. Occorre sempre tenere presente il principio etico della correttezza delle informazioni.

Brusadini: Una grande attenzione va indi-

rizzata verso i preparati di fitoterapia che devono essere scientificamente sicuri, prodotti da ditte specializzate.

Vecchiato: La salute è un bene preziosissimo. Il cittadino deve fare attenzione a dove recupera le informazioni e vagliarle attentamente, con spirito critico, altrimenti si corre il rischio di subire anche gravi danni.

Qual è il rapporto tra farmacisti e rappresentanti delle istituzioni? Cosa possono offrire ancora i farmacisti alla cittadinanza e cosa chiedono alle istituzioni?

Brusadini: Il rapporto con le farmacie comunali è buono. Al Comune ed all'azienda Ulss chiediamo di contribuire a fare delle farmacie sempre più un presidio del sistema sanitario. In questo senso le finalità delle farmacie pubbliche e di quelle private sono le stesse: soddisfare i bisogni dei cittadini.

Alcune farmacie svolgono attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie nell'Ulss 12: è un servizio da potenziare?

Vecchiato: Al momento non tutte le farmacie sono collegate per svolgere questo compito, ma da parte nostra c'è comunque la massima disponibilità. Se l'azienda Ulss 12 riesce ad aggiornare il sistema informatico dedicato a tale scopo, sarà possibile estendere questo servizio in tutte le farmacie ad aiuto del cittadino spesso anziano e ammalato.

Brusadini: Noi farmacisti siamo disponibili non solo per fornire il servizio di prenotazione degli esami, ma anche per il ritiro dei referti, la consegna di farmaci a domicilio agli aventi diritto, ecc. Da parte delle nostre organizzazioni c'è la massima apertura al confronto ed alla collaborazione con l'Ulss 12.

SEZIONE

3

L'AGENDA
DELLA
CONSULTA
DELLA
SALUTE.

L'AVVIO DELL'OSPEDALE
DELL'ANGELO E L'ANALISI
DELLE CRITICITÀ

Innovare l'organizzazione del lavoro e puntare alla qualità dei servizi

intervista a Onofrio Lamanna

Direttore dell'ospedale dell'Angelo

Onofrio Lamanna è stato per anni il direttore dell'ospedale Umberto I di Mestre. Ora è direttore dell'ospedale dell'Angelo. A lui è toccato il delicato compito del trasloco da una struttura all'altra. Adesso la sfida è portare a pieno regime un ospedale che punta a raggiungere in un anno gli standard europei. Una missione che sarà vinta, solo se si rafforzerà l'alleanza con medici, infermieri e addetti all'assistenza. Gli uomini e le donne, che con le loro competenze ed il loro impegno sono il cuore del nuovo ospedale.

Dottor Lamanna, la fase delicata del trasloco è stata superata, ma ora sono molti i problemi che si presentano all'avvio della nuova struttura. Si aspettava queste difficoltà?

Penso che il trasloco da una struttura all'altra, fortunatamente, è andato bene. I pazienti che abbiamo trasportato sono stati 190. Gli altri pazienti li avevamo già dirottati verso le strutture convenzionate del policlinico san Marco e di villa Salus

SEZIONE

che hanno bloccato le loro attività programmate per ospitare le degenze da noi inviate. C'è stata una grande collaborazione con queste strutture convenzionate, che ci hanno permesso di garantire la continuità delle prestazioni. Per il resto, l'ospedale conta circa 400 medici, 700 infermieri e 350 addetti all'assistenza. Posso dire che il trasloco è andato bene perché centinaia di professionisti hanno collaborato con grande senso di responsabilità. Ora siamo entrati nella nuova struttura ed è normale che si presentino i primi problemi. Li risolveremo un po' alla volta, spero che tutti continueranno a collaborare.

L'ospedale dell'Angelo sembra richiedere una nuova organizzazione del lavoro per gli operatori sanitari. I sindacati denunciano anche una grave carenza d'organico. Quali provvedimenti pensate di adottare?

Negli anni Ottanta era previsto un medico ogni 12 posti letto e 47 tra infermieri ed ausiliari ogni 100 posti letto. Oggi all'ospedale dell'Angelo abbiamo 637 posti letto, 400 medici, 700 infermieri e 350 addetti all'assistenza. C'è dunque una presenza molto alta di personale, ma è vero che si è innalzata la qualità dell'assistenza e che il personale è spalmato in vari turni durante la giornata. Posso dire che è vero che occorre un adeguamento di personale: occorre assumere qualche decina di infermieri, mentre per i medici direi che ci sono carenze per il settore di ortopedia, ma si tratta di un dato che riguarda tutta Italia, non solo Mestre. Io credo che nel giro di alcuni mesi si potrà provvedere a queste assunzioni che potranno aiutare l'entrata a

regime dell'ospedale ed agevoleranno anche il funzionamento del Pronto Soccorso.

Sembra che vi siano anche delle carenze nell'organizzazione degli spazi in questo nuovo ospedale...

Sinceramente penso che l'Umberto I sparpagliato in padiglioni diversi presentava più complicazioni nella gestione degli spazi rispetto a questo unico monoblocco. Se penso solo al Pronto Soccorso...qui abbiamo 6 ambulatori e due stanze per l'osservazione dei pazienti. E' vero che bisognerà riadattare la sala d'attesa, ma mi pare che complessivamente la struttura offra migliori potenzialità. Le nuove assunzioni di infermieri potranno coprire anche le attuali carenze di organico del personale del Pronto Soccorso e permetteranno che funzioni al meglio.

Si segnala che alcune attività sono ferme o ridotte...

C'è un ritardo nell'attivazione delle undici stanze di terapia semi-intensiva – ognuna con quattro, cinque posti letto - presenti ai diversi piani dell'ospedale. Il ritardo è dovuto al fatto che queste stanze richiedono una presenza costante di personale infermieristico. Speriamo che con le nuove assunzioni il problema venga completamente risolto. In ogni caso comunque si parla di un servizio aggiuntivo, non dell'assistenza di base. Ora stiamo utilizzando comunque le stanze di terapia semi-intensiva come stanze di degenza normale. Per quanto riguarda il settore dell'Endoscopia, abbiamo ora un unico settore che mette insieme quattro ambulatori di Endoscopia Digestiva ed altri due ambula-

tori di Endoscopia afferenti a Pneumologia e Urologia. L'obiettivo è creare buone sinergie tra personale che non era abituato a lavorare insieme. Gli ambulatori saranno a pieno regime entro fine anno. Il dato positivo è che gli ambulatori di Endoscopia Digestiva sono raddoppiati.

Anche per quel che riguarda la mobilità da e per l'ospedale ci sono delle lamentele: pochi autobus, parcheggi solo a pagamento, ecc. Non sarà fruibile neanche la piazzola dell'elisoccorso...

Riguardo all'elisoccorso, ora si atterra alla caserma dei Vigili del Fuoco. L'elicottero arriva lo stesso vicinissimo all'ospedale, anche se non può atterrare qui, al momento, per motivi di sicurezza.

Per quanto riguarda il trasporto con gli autobus pubblici, le competenze non sono nostre. E' una questione che riguarda i trasporti pubblici della città.

Quanto ci vorrà perché l'ospedale dell'Angelo superi i problemi e possa decollare?

Io penso che questo nuovo ospedale sia una grande cosa. Penso anche che far funzionare con efficacia ed efficienza la sanità pubblica è una missione difficile, ma stimolante. Ci vorrà un anno per tarare l'intero sistema ed integrare le diverse competenze all'interno della nuova struttura. Vanno migliorate l'agibilità degli spazi, la fruizione di alcuni ambulatori con spazi troppo angusti, gli impianti di raffreddamento e riscaldamento, il sistema di comunicazioni interne, ecc. Va innovata l'organizzazione del lavoro. La scommessa è portare al più presto l'ospedale dell'Angelo agli standard europei.

“Servono nuove garanzie in un sistema sanitario in evoluzione”

di
Salvatore Gravili

Membro della Consulta per la Tutela
della Salute del Comune di Venezia

Salvatore Gravili, già primario di Medicina Nucleare e direttore del Dipartimento di Diagnostica per immagini dell'Ulss 12, nonché presidente regionale dell'Anpo (associazione nazionale primari ospedalieri), è attualmente presidente provinciale Lega italiana lotta contro i tumori – Lilt.

Con il passaggio dall'Ospedale "Umberto I" di Mestre all'ospedale dell'Angelo a Zelarino si è verificata una svolta storica dell'assistenza sanitaria veneziana, attesa da diversi decenni.

Per giorni la stampa ha documentato gli sforzi compiuti da tutti gli operatori sanitari e amministrativi per procedere al trasloco.

Il trasferimento è stato accompagnato anche da appelli alla collaborazione di tutti, pazienti compresi, nel portare a compimento la fase di insediamento e rodaggio del nuovo ospedale, accettando anche i comprensibili e momentanei disagi.

I primi disagi "comprensibili"

Possiamo anche considerare naturali alcuni disagi che si sono verificati nelle prime settimane in cui è entrato in funzione l'ospedale dell'Angelo, come infiltrazioni d'acqua in sala operatoria e nella stanza delle endoscopie del primo sotterraneo (dovute ad un difetto delle guaine poste a

protezione del terreno delle aiuole). Del resto, sono tutti inconvenienti comprensibili e tipici del trasferimento in una nuova struttura, si confida che con il tempo si appianeranno.

Quello che fa più discutere è però il fallimento dell'impianto di climatizzazione, a causa anche della difficile gestione della vasta ed ampia vetrata che costituisce di fatto una parete esterna dell'ospedale. Il problema in questo caso, infatti, riguarda più la progettazione della struttura e non può essere attribuito alla normale fase di assestamento.

La bellezza della struttura ed le incognite del *project financing*

Il colpo d'occhio che magnetizza il cittadino arrivando davanti all'ospedale dell'Angelo è l'imponente vetrata e la successiva *hall* bucolica, ricca di piante variegata, scale mobili, ascensori, attività commerciali e servizi di ristorazione. L'ospedale dell'Angelo, costruito in pochissimi anni, a tempo di record, grazie al regime di collaborazione tra pubblico e privato chiamato *project financing*, è indiscutibilmente un'opera di bella architettura, visto che si ha l'impressione di trovarsi nella *hall* di un grande aeroporto internazionale o nella galleria di un centro commerciale.

Il punto delicato però è che, per certi versi, è proprio così: il contratto stipulato con i privati che hanno sostenuto la costruzione dell'ospedale, prevede poi infatti che questi ricavano profitti dalle attività commerciali e di servizio installate nell'area.

Occorre precisare che tale contratto tra pubblico e privati è regolato dalla legge e non fa una piega. Purtroppo le Aziende Sanitarie non hanno risorse finanziarie e non possono indebitarsi per costruire un ospedale. Ben venga quindi il privato, che provvede anche alla gestione tecnico amministrativa di alcuni servizi sanitari, per 25 anni, in particolare per settori delicati come il Laboratorio Analisi e la Radiologia!

La questione cruciale è: quali e quanti problemi si possono incontrare camminando in questi 25 anni durante i quali si succederanno ai vertici dell'azienda Ulss 12 numerosi direttori generali e vi sarà di conseguenza una evoluzione della gestione della struttura?

La brutta sorpresa del parcheggio a pagamento per cittadini e volontari delle associazioni

Alcune sorprese i cittadini se le sono trovati subito. Chi si reca nel nuovo ospedale per trovare un degente o per eseguire indagini strumentali o

SEZIONE

visite mediche, verifica che il parcheggio dell'auto è a pagamento. Ora dopo la battaglia di associazioni di volontariato, sindacati, e della Commissione d'ambito competente della Consulta per la Tutela della Salute, il costo per un'ora di parcheggio è sceso a un euro, rispetto all'iniziale 1,50. Ma resta il fatto che tale costo – ovviamente superiore ad un euro, se il tempo di permanenza dell'auto nel parcheggio è superiore ad un'ora – resta a carico dei cittadini ed è a carico perfino dei volontari delle numerose associazioni che prestano la loro opera gratuitamente in molti reparti e servizi dell'ospedale.

Anche il Comune di Venezia, si è attivato per andare incontro alle esigenze dei cittadini, con un servizio di navetta sperimentale dal parcheggio scambiatore Ceccherini che si trova vicino ad Auchan, fino all'ingresso dell'ospedale. Si sta vagliando anche la possibilità di realizzare un parcheggio all'aperto, gratuito.

Nella fase di progettazione mancato confronto con gli operatori sanitari

Altra questione importante è quella di alcuni spazi vitali dell'ospedale che sembra siano stati pensati senza prima un confronto diretto con medici ed operatori sanitari. Numerosi ambulatori del primo piano hanno dimensioni molto limitate che non permettono nemmeno l'ingresso di una barella! Un ambiente simile, privo di spazio vitale, senz'altro difficilmente potrebbe essere adibito ad ambulatorio medico, eppure in fase di costruzione doveva essere valutato questo aspetto fondamentale. Tutto fa pensare ad una mancata consultazione, in fase di progettazione, con chi conosce bene la quotidianità del lavoro negli ambulatori.

A ciò si aggiunge il gran numero di "open space", spazi aperti, che rendono più difficile la *privacy* per colloqui medico paziente o per momenti di studio e concentrazione degli operatori sanitari.

La difficile situazione dei servizi nei piani interrati

Tra reparti e servizi dell'ospedale si rilevano molte difformità. Le 16 sale operatorie e le 4 sale di Day-Surgery, dedicate a patologie acute appaiono sontuose, eleganti, funzionali, al pari di quelle del Servizio di Anestesia e Rianimazione, dell'Unità Operativa di Malattie Infettive e del Servizio di Laboratorio Analisi.

Ai degenti è stato riservato il privilegio di disporre di stanze degne di un albergo di lusso con vista sulla pianura mestrina.

Ma è stridente il contrasto tra questa sfarzosità e la visione del Primo Piano interrato che ospita ambulatori di Pronto Soccorso e Diagnostica clinica, in uno spazio simile ad una stazione di metropolitana: qui troviamo infatti ambienti configurati con le caratteristiche tipiche del sotterraneo, illuminati artificialmente, con soffitti soffocanti e senza finestre. Il Secondo Piano interrato poi ospita lo spogliatoio di tutte le categorie dei dipendenti.

Rispetto a questa diversità marcata tra piano nobile e sotterranei dell'ospedale, viene da chiedersi quale sia il motivo reale di tale scelta.

L'organizzazione dell'assistenza in ospedale

Quella dell'assistenza è una questione cruciale. Al momento risulta che all'ospedale dell'Angelo mancano decine e decine di infermieri per adeguare l'organico al nuovo assetto e far entrare a pieno regime tutti i reparti, tanto che vi è un grave ritardo anche nell'attivazione delle sale semi intensive della degenza post-operatoria.

I presidi sanitari sul territorio

Inoltre va sottolineato che l'avvio dell'ospedale dell'Angelo rende più urgente anche la riorganizzazione dell'assistenza sul territorio. Fondamentale, come sostenuto dal segretario regionale alla Sanità Giancarlo Ruscitti, è l'istituzione di Unità sanitarie territoriali con medici di base e specialisti, nonché strumentazione diagnostica. E non solo, perché sul territorio occorre sviluppare anche le residenze assistenziali che fungono da veri e propri centri riabilitativi. Insomma dall'avvio del nuovo ospedale di Mestre, potrebbe partire anche una rivoluzione che veda separate, anche se integrate, azienda ospedaliera e azienda territoriale. Ciò potrebbe inoltre finalmente contribuire a limitare la ricerca spasmodica delle prestazioni a tariffa (DRG) che è ora alla base, purtroppo, di molte attività ospedaliere.

Occorre creare dei Comitati di Controllo sulla spesa sanitaria delle Regioni

Appare evidente la necessità di un chiaro accordo Stato-Regioni, che porti alla costituzione dei Comitati di Controllo sulla spesa sanitaria di ogni Regione: l'affarismo nel settore sanitario non è più tollerabile e non è tollerabile nemmeno l'incremento inappropriato delle entrate derivate da prestazioni a tariffa (DRG).

SEZIONE

I medici oggi si sentono professionalmente preparati a questa rivoluzione epocale che punta ad un'assistenza integrata ospedale-territorio, dando dignità e mezzi ad entrambi, e anzi la auspicano fortemente. Nel sistema sanitario nazionale, ora in fase di evoluzione, si devono prevedere maggiori meccanismi di tutela dei cittadini. È questo il momento giusto anche per stabilire migliori relazioni di comunicazione e dialogo tra vertici amministrativi e sanitari dell'azienda Ulss, che coinvolgano medici ospedalieri e medici di medicina generale. La sfida comune è lavorare ad un sistema rinnovato di assistenza sanitaria che soddisfi le attese di professionisti della salute e cittadini.

La situazione degli anziani a Venezia e in Veneto

a cura di
Nicoletta Codato e
Veronica Vento

I cambiamenti della struttura della popolazione e, in particolare, della popolazione anziana non devono essere solo letti in termini demografici, ma anche in termini di una diversità dell'essere anziani nel nostro tempo. Gli anziani di oggi hanno uno stato di salute migliore rispetto al passato, sono culturalmente più preparati e dinamici, hanno una vita sociale più intensa e dinamica.

L'immagine che si ricava dagli studi evidenzia una popolazione over 65 sempre più numerosa e con una notevole presenza di "grandi vecchi".

Analizzare i dati sulla popolazione anziana residente a Venezia e nel Veneto e indagare alcuni possibili futuri scenari è importante per calibrare le offerte dei servizi socio-sanitari nel nostro territorio.

SEZIONE

I dati del Comune di Venezia

Notiamo che a Venezia in 7 anni la popolazione è scesa di 6.500 unità, passando da 275.368 unità (al 31.12.2000) a 268.993, (al 31.12.2007), la popolazione minorile presenta un lieve aumento (1.5 punto percentuale), mentre gli anziani aumentano quasi del 2%. La presenza degli anziani è molto alta, raggiunge quasi il 26%, del totale della popolazione ad indicare un fisiologico invecchiamento della nostra città.

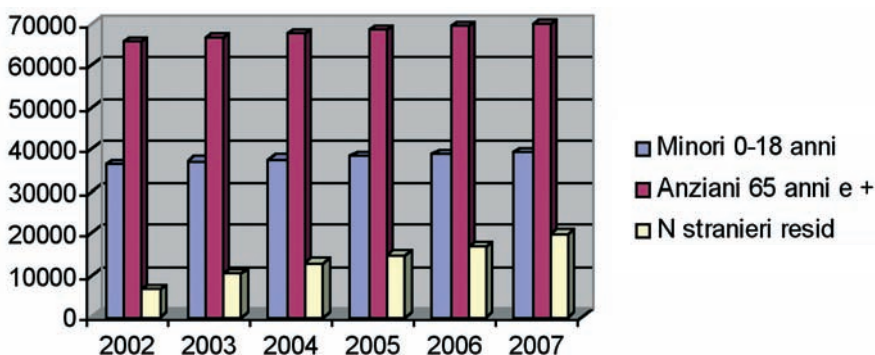
I minori residenti in comune sono il 14,5 del totale della popolazione (= 39.089).

Tab 1 - La Pop. residente in Comune di Venezia Serie Storica 2000-2007

	% Minori 0-18 anni	% Anziani 65 anni e +	n. totale Popolazione
2000	13,05	23,39	275.368
2001	13,23	23,75	274.168
2002	13,43	24,24	270.758
2003	13,62	24,46	271.663
2004	13,88	24,85	271.251
2005	14,15	25,35	269.780
2006	14,36	25,74	268.934
2007	14,53	25,99	268.993

Fonte: Comune di Venezia, Servizio statistica e Ricerca

Tab 2 - Serie storica popolazione 2002-2007: Anziani, Minori, Stranieri



Fonte: Comune di Venezia Servizio Statistica e Ricerca.

La tabella rappresenta il continuo aumento della popolazione anziana che negli anni 2002-2007 passa da 65.642 a 69.902. La presenza dei

minori presenta un piccolo aumento, passando da 36.358 unità a 39.358. La presenza di stranieri a Venezia aumenta in maniera significativa, passando da 6.771 a 19.933 unità, quasi triplicando nel corso dei cinque anni.

Pertanto possiamo dire che la popolazione straniera contiene in parte il generale decremento della popolazione residente nel Comune di Venezia.

In sintonia con questo dato il numero di minori stranieri è in costante crescita e aumenta di circa 500 unità all'anno. (al 31.12.2007 = 4.049).

La popolazione residente presenta invece questa fotografia:

- 1 persona su 4 ha un'età compresa tra i 19 e 40 anni (la classe di età è sfasata di un anno)
- 1 su 7 è minore
- 1 su 4 è anziano (per l'esattezza 1 su 3,8).

Natalità/Mortalità

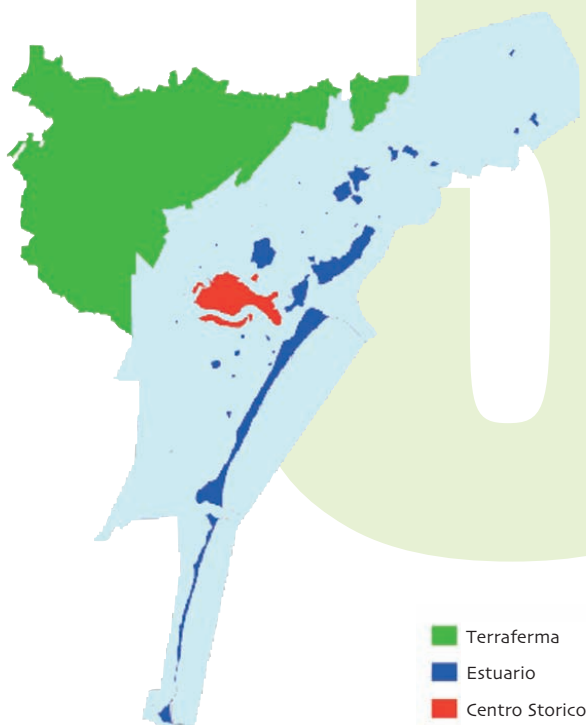
Come si evince dalla tabella elaborata dal Servizio Statistica del Comune di Venezia nei primi mesi del 2008 il saldo demografico registra un marcato valore negativo: il numero dei morti è di 1.214 ed è il doppio del numero dei nati pari a 623. Pertanto questo è il dato di un triste e inesorabile processo di invecchiamento e depauperamento della popolazione residente in Comune.

Popolazione residente, nati e morti dal 31/12/2007 al 30/04/2008

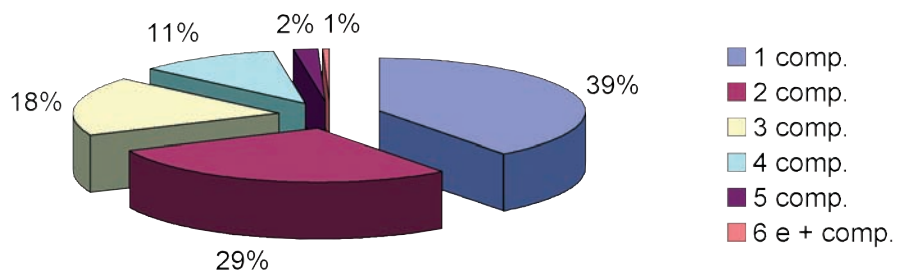
Residenti	Centro Storico	Estuario	Terraferma	Totale
Maschi	27.998	14.425	85.292	127.715
Femmine	32.737	16.124	92.910	141.771
Totale	60.735	30.549	178.202	289.486
Nati	Centro Storico	Estuario	Terraferma	Totale
Maschi	97	29	215	341
Femmine	62	26	194	282
Totale	159	55	409	623
Morti	Centro Storico	Estuario	Terraferma	Totale
Maschi	127	72	352	551
Femmine	164	88	411	683
Totale	291	160	763	1.2146

Elaborazioni: Servizio Statistica e Ricerca - Direzione Centrale di Programmazione e Controllo - Comune di Venezia.

SEZIONE



Tab 3 - Le dimensioni delle famiglie
Famiglie residenti in Comune di Venezia per numero componenti al
31.12.2007



Fonte: Comune di Venezia Servizio Statistica e Ricerca.

Come si evince dalla tabella le famiglie dei residenti sono prevalentemente costituite da una sola persona (39%), o da due persone (29%); si può dedurre quindi che la presenza di anziani soli contribuisca fortemente a costituire questa percentuale.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito a significative trasformazioni sociodemografiche che incidono profondamente sulle relazioni di cura e sulla capacità delle reti familiari di sostenere e assistere i soggetti più deboli (anziani e disabili). Il dato di Venezia preoccupa perché il 78% delle famiglie è costituito da una o due persone quindi l'assenza di rete parentale comporta per gli anziani la necessità di chiedere cure e assistenza al sistema dei servizi pubblici.

Le dinamiche della popolazione anziana nel Veneto

Si assiste ad un significativo incremento della percentuale della popolazione ultra 65enne, il numero di femmine ultra 65enni è superiore a quello dei maschi di quasi il 7%.

La fascia oltre i 75 anni evidenzia un sostanziale incremento di "grandi vecchi", che passerà dall'8,6% (dato 2003) al 10,26% nel 2010. Nel 2020 si prevede una percentuale del 12,7% sul totale popolazione residente (Fonte Veneto Sociale)

È da sottolineare che tre Aziende Ulss delle 21 presenti nel Veneto (Feltre, Venezia e Rovigo) mostravano già nel 2001 una percentuale di ultra65enni superiore a quella prevista dall'ISTAT.

Alcuni indici

Indice di vecchiaia

L'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra i minori (0-14 anni) ed anziani (over 65).

Il Veneto si colloca al dodicesimo posto nella graduatoria delle regioni italiane: al primo posto c'è la Liguria con un indice pari al 240,3, all'ultimo c'è la Campania con il 76,0.

L'indice di vecchiaia medio nel Veneto nel 2003 è pari a 135,7; sarà del 146,6 nel 2005 per arrivare a 161,2 nel 2010.

In base ai calcoli dell'indice di vecchiaia (dati ISTAT 2003) la nostra Azienda Ulss 12 risulta la più vecchia del Veneto, seguita dall'Ulss di Rovigo.

L'indice di vecchiaia nel **Comune di Venezia** è il seguente:

anno 2006: 226

anno 2007: 225.

Il valore è molto alto e preoccupante: la città di Venezia si colloca tra le città più vecchie d'Italia (Fonte: Servizio Statistica e Ricerca del Comune di Venezia).

SEZIONE

Indice di dipendenza

È un indice economico che individua la popolazione attiva sulla popolazione inattiva, ottenuta dal rapporto tra la somma della popolazione 0-14 + la popolazione > 65 anni e la popolazione di età compresa tra i 15 e i 64. Nel Veneto la media di tale indice è pari a 47,4: ciò significa che su 100 persone in età attiva 47,4 sono inattive.

Ancora una volta l'Azienda Ulss 12 si distingue nella Regione Veneto (assieme alle Ulss 2, 1, 20, 18, 7) per l'elevato indice di dipendenza.

Il dato del Comune di Venezia è allarmante: l'indice di dipendenza è pari a 68: cioè su 100 persone in età attiva 68 sono inattive.

Indice di ricambio

È dato dal rapporto fra la popolazione di età compresa fra i 60 e 64 anni (i potenziali neo pensionati) e la popolazione di età compresa fra i 15 e 19 anni (i potenziali nuovi lavoratori).

Nel Veneto l'indice è pari a 137,8. Alcune AULSS si attestano su valori superiori alla media regionale (Venezia, Padova, Belluno, Feltre, Mirano, S. Donà, Rovigo); quelle che riportano i valori più bassi sono l'Alta Padovana e Asolo. La città di Venezia ha un valore di indice molto alto, pari a 190.

I valori degli indici sopra esposti preoccupano perchè evidenziano nella nostra città un quadro di fragilità della popolazione anziana, dal punto di vista sociale, familiare, relazionale, economico.

Gli anziani vivono più a lungo ma sono più fragili, più soli, sono privi di rete familiare e quindi si rivolgono necessariamente ai servizi pubblici a cui chiedono assistenza e cure.

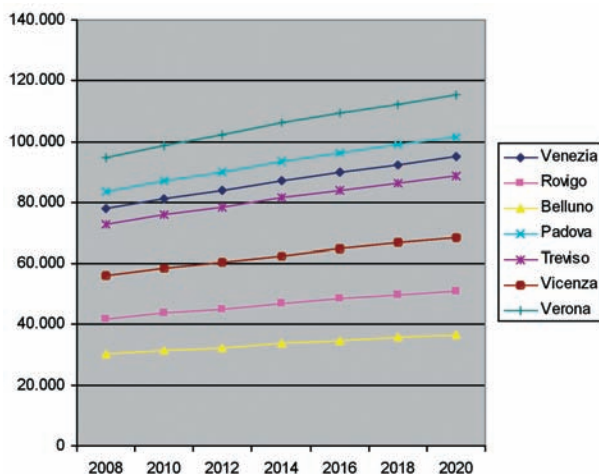
A volte la persona anziana, proprio per la fragilità della sua situazione familiare e personale ricorre anche impropriamente ad alcune strutture sociosanitarie (es. RSD) non essendoci alternative che permettano la permanenza nel suo domicilio. E' chiaro infatti che una persona anziana può restare a vivere nel suo domicilio se gli viene garantita comunque un'assistenza di tipo sociale, infermieristico e medico e se gode di una rete, anche minima, di tipo parentale-amicale. L'assistenza domiciliare sociale, sanitaria, integrata, completa e non si sostituisce alle famiglia. Pertanto la presenza di una rete familiare è essenziale per permettere la permanenza a casa dell'anziano.

Gli anziani, e i grandi anziani, sono quindi la parte della popolazione che attinge maggiormente alle risorse per quanto riguarda l'ospedalizzazione, l'uso di farmaci, la richiesta di servizi sociali e di cure.

Le previsioni

Le previsioni relative alla popolazione regionale registrano complessivamente un lieve aumento della popolazione del 4% in 11 anni, passando da 4.487.560 unità del 1999 a 4.683.155 stimato nel 2010 e ai 4.722.965 del 2020.

Previsione della distribuzione degli anziani over 65 residenti nelle Aziende Ulss del Veneto



Elaborazioni a cura dell'Osservatorio Regionale Anziani su dati ISTAT, base censimento 2001.

Si nota nelle previsioni un importante aumento della popolazione anziana nelle città della Regione che fa pensare alla necessità di programmare fin d'ora risorse finanziarie e strutturali per la popolazione anziana, investimenti finanziari adeguati, politiche sociosanitarie attente e congruenti ai cambiamenti sociali e familiari in atto già da anni.

“ *La storia di Sara,
diciottenne affetta da
sindrome di Down.
Il rapporto con i servizi
raccontato dalla madre* ”

a cura di
Nicoletta Codato

Quando aspettavo la nascita della mia seconda figlia, diciotto anni fa, pensavo che sarebbe stato più facile perché ormai la mia prima figlia aveva dieci anni ed era quindi abbastanza grande da saper fare da sola alcune cose; io mi sentivo sufficientemente matura e sicura, perché mi ero già sperimentata come mamma.

La gravidanza era trascorsa tranquilla, sapevo che sarebbe nata una bambina.

Le ecografie effettuate risultavano nella norma.

Ad uno degli ultimi controlli il medico sembrava preoccupato; gli chiesi che cosa succedeva, lui rispose che il battito cardiaco del feto era rallentato, ma che ciò non significava nulla. Un'altra volta riscontrando la stessa cosa mi disse che ciò poteva significare che il feto era tranquillo oppure che poteva avere qualche problema.

Col senno di poi, penso che il ginecologo avesse capito di che cosa si trattava, ma che non avesse avuto il coraggio di comunicarmelo.

Per la nascita di Sara venne programmato il parto cesareo.

Mentre io ero ancora addormentata dall'anestesia, il medico parlò con mio marito e gli disse, senza alcun tatto, che Sara era affetta da trisomia 21. Mio marito al primo momento non capì questo termine tecnico e chiese se gentilmente il medico poteva tradurlo in termini più semplici.

Il medico spiegò allora che Sara era una bambina down. Di fronte al pallore ed al mutismo di mio marito, il medico provò in modo maldestro a consolarlo: "Stia tranquillo, i bambini down sono buoni e tranquilli, vanno stimolati e restano sempre un po' come bambini piccoli"...

E lei come ha saputo che Sara era affetta da sindrome di Down?

È stato mio marito a dirmi che Sara aveva la sindrome di Down: abbiamo pianto insieme e insieme ci siamo sostenuti.

Le uniche indicazioni fornite dall'ospedale sono state quelle di sottoporre Sara a dei controlli ecocardiaci periodici e di rivolgerci all'Istituto di Genetica di Padova.

Usciti dall'ospedale eravamo smarriti, la mia iniziale sicurezza era crollata: ripartivo da zero. Sara mi preoccupava perché temevo che potesse ammalarsi: mi era stato detto che questi bambini potevano più frequentemente essere affetti da bronchiti e affezioni alle vie respiratorie.

Nei primi tempi come è stato il rapporto con le strutture e i servizi che frequentavate?

Nessuno in ospedale mi aveva consigliato un servizio sanitario che ci potesse ascoltare e sostenere. Anche se portavo Sara dalla pediatra e facevamo i controlli periodici a Padova, non ci sentivamo tranquilli: avrem-

mo voluto delle rassicurazioni che forse nessuno poteva darci, ma certamente l'ascolto e la disponibilità ad accoglierci come genitori in difficoltà a crescere un figlio con una disabilità, la desideravamo dai vari medici e neuropsichiatri che abbiamo consultato nei servizi pubblici e negli ambulatori privati. Non chiedevamo che ci dicessero che sarebbe avvenuto un miracolo, ma avevamo bisogno di maggiore comprensione e umanità.

Purtroppo abbiamo riscontrato che sono proprio queste le doti necessarie in queste professioni, oltre alla competenza clinica, ma sono caratteristiche non sempre presenti negli operatori del settore.

Quali consigli vi davano i medici?

I consigli dei medici erano tecnici: quali farmaci dare, quando fare l'aerosol, come stimolare Sara. Io sentivo che mia figlia era trattata in maniera standard, i controlli dei medici erano di routine, la trattavano come una bambina che aveva un destino segnato e su cui era inutile investire troppi interventi.

Molto spesso abbiamo consultato privatamente degli specialisti, perché il servizio pubblico non ci soddisfaceva.

A noi genitori sembrava che tre o quattro controlli medici all'anno fossero insufficienti, che forse Sara avrebbe potuto essere stimolata anche da altre attività che le avrebbero potuto permettere di potenziare le capacità residue.

Come è stato l'ingresso di Sara nella scuola?

Quando Sara ha compiuto tre anni ha iniziato a frequentare la scuola materna e

SEZIONE

sono emerse evidenti difficoltà: quelle personali di Sara, il cui ritardo rispetto ai coetanei era evidente, ma anche la complicata burocrazia istituzionale.

La bambina, per avere la maestra di sostegno, doveva presentare la certificazione della patologia, passaggio necessario anche per attivare l'accudiente a scuola.

Va detto che la scuola, in generale, ha sempre ben accolto Sara e ha messo in campo tutte le risorse possibili. Anche le accudenti scolastiche hanno fatto un gran lavoro di integrazione e di inserimento. Diciamo che la scuola dell'obbligo, pur con risorse sempre più limitate, riesce a dare un buon servizio, e in qualche modo è più protettiva e ha una dimensione più "familiare". L'ingresso alle scuole superiori è stato molto difficile perché il divario con i coetanei è enorme e gli adolescenti in genere sono interessati al proprio look, al gel sui capelli, all'abbigliamento ultima moda e sono poco propensi a dedicarsi a chi è diverso da loro.

Sara alle scuole superiori è più sola, lei stessa dice che questa scuola non le piace e che vorrebbe cambiare.

Lei, mamma di Sara, come si è sentita in questi anni?

Ci sentivamo soli e avevamo bisogno di un'accompagnamento che non trovavamo nei servizi.

Ricordo che la prima risposta data dai servizi sociali a cui mi ero rivolta per chiedere informazioni e un possibile aiuto, era che quanto potevano offrire, nel mio caso, era il trasporto scolastico. Ho ringraziato, ma non era di questo che avevo bisogno.

Quanti giri per gli uffici, quanti intoppi,

quante carte da consegnare per chiedere servizi e risposte che secondo me ci spettavano di diritto. Quante fatiche a salire quelle scale, quante documentazioni ho prodotto, a volte quale umiliazione ho subito! Talvolta sembrava quasi di chiedere la carità e non un aiuto che per legge le Amministrazioni devono offrire ai bambini e a maggior ragione a quelli più svantaggiati!

Negli anni avete incontrato operatrici ed operatori socio sanitari con cui avete sviluppato una buona alleanza?

In questi diciotto anni ho conosciuto un gran numero di assistenti sociali, assistenti domiciliari, neuropsichiatri infantili, logopedisti. Li ricordo tutti, alcuni in maniera piacevole, altri meno.

Ricordo bene, e ho mantenuto un rapporto nel tempo con gli operatori e le operatrici che sentivo vicini a me, a Sara e alla mia famiglia, chi, anche senza dare magari una risposta concreta, sapeva però ascoltare le nostre domande e i nostri dubbi o ci proponeva un percorso che ci sembrava consono a nostra figlia.

Ricordo anche di aver protestato con alcuni operatori sociali o sanitari perché mi pareva che ci trattassero come un caso di routine, perché ci proponevano un percorso predefinito. Un neuropsichiatra pretendeva di controllare tutto, di decidere anche se era il caso di fare una visita ortopedica, nel contempo però non riteneva necessario fare alcuna terapia riabilitativa: secondo lui erano sufficienti le cure che Sara riceveva in famiglia.

Io non sapevo a chi rivolgermi, chiedevo consigli ad altre mamme, pensavo che non era possibile accettare la risposta data dal

servizio pubblico che poteva offrire solo alcuni controlli e alcune sedute di logopedia.

Ma voi non avete mai smesso di lottare e non vi siete mai dati per vinti...

Io e mio marito abbiamo sempre lottato e cercato di sollecitare il fatto che nostra figlia potesse essere stimolata e aiutata nella sua crescita.

Abbiamo quindi contattato vari centri specialistici privati e coinvolto nostra figlia nelle attività che la potevano aiutare: sedute di logopedia (una o due a settimana), psicomotricità, musicoterapica, ippoterapia, nuoto, cure termali, ovviamente tutto di tasca nostra. I nostri sacrifici sono stati numerosi e direi impegnativi. L'unico reddito era lo stipendio da operaio di mio marito: negli anni Novanta il costo della logopedia era di 26mila lire l'ora e di 50mila lire l'ora per le terapie. A volte lo sconforto era tanto, la sensazione che non si potesse avanzare di un passo, era costante, ma per fortuna Sara ci faceva sentire che era lì con noi a lottare ogni giorno, il suo sorriso e i suoi occhi azzurri ci davano la conferma che così facevamo bene, il suo abbraccio è sempre stato più forte di una medicina.

Con la nascita di Sara sono cambiati i vostri rapporti familiari?

Quante volte in silenzio mi chiedevo perché ciò era successo, perché proprio a noi, e se avremmo potuto farcela. Nel contempo il mio enorme dispiacere e il mio senso di colpa pesavano forti come macigni e spesso evitavo di parlarne a mio marito, pensavo che se non toccavo questi temi lo potevo lasciare più libero di occuparsi del

suo lavoro e potevo preservarlo da altre preoccupazioni.

Altre volte ci chiedevamo come comportarci con Marta, la figlia più grande: lei abituata per anni ad essere figlia unica si è ritrovata a fianco una sorella che le sembrava ricevere mille attenzioni e mille sguardi.

Ricordo che Marta non ha mai chiesto niente direttamente, ma che osservava sempre gli sguardi tra me e mio marito, stava attenta alle nostre preoccupazioni, coglieva ogni piccolo cambiamento di umore.

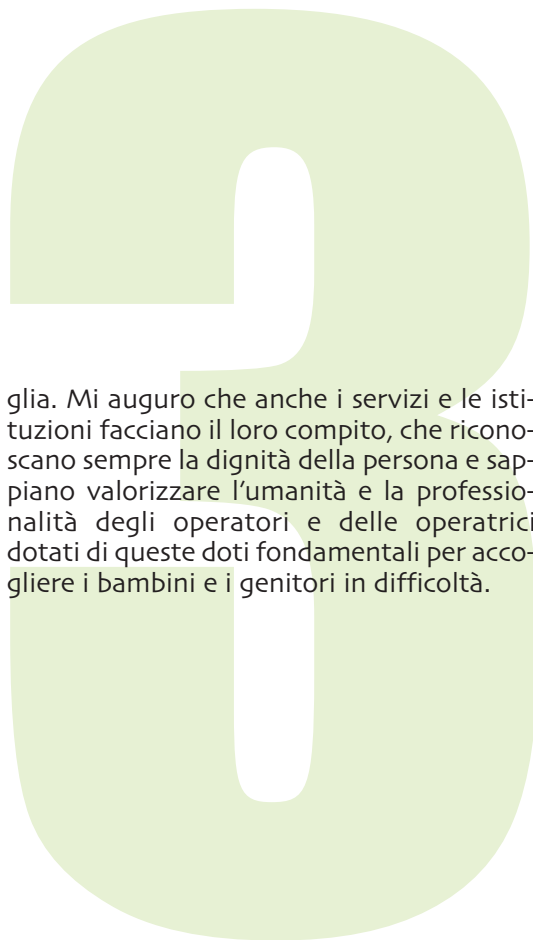
Marta accudiva Sara, la teneva in braccio, voleva spingere il passeggino, avrebbe voluto che crescesse in fretta, lei diceva *per giocare insieme*, io penso perché voleva che si rendesse autonoma così forse anche lei poteva riprendersi un po' dello spazio che prima aveva.

A ripensarci ora, ricordo di aver centrato molte attenzioni su Sara e di aver considerato che ormai Marta poteva farcela da sola: sapeva fare i compiti da sola, sapeva tornare da sola da scuola.

Io apprezzavo la sua autonomia e la sua capacità di cavarsela, ma forse ho anche approfittato delle sue capacità e lei è diventata adulta in fretta.

Ricordo anche i silenzi, la fatica per trovare le parole per descrivere le situazioni, per comunicare la mia e la nostra solitudine e preoccupazione: magari qualcuno ci avesse aiutato come famiglia a sopportare il nostro dolore e a condividere il peso che sentivamo più grande di noi! magari poter dire a qualcuno che il nostro sogno di famiglia "perfetta" si era infranto, che i nostri progetti futuri si erano congelati, che quel-

SEZIONE



lo che un tempo ci sembrava semplice e quotidiano sembrava oggi difficilissimo!

Che bilancio trae oggi dall'esperienza finora vissuta?

Marta è grande, si è laureata, si è sposata, è diventata mamma.

Il legame tra lei e Sara è sempre forte, sono proprio due sorelle che si capiscono al volo. Sara gioca con i nipotini, ma li ritiene dei "concorrenti" che possono occupare il suo posto.

Sara sta frequentando la scuola superiore, gode sempre del sostegno scolastico e ha acquisito una minima autonomia personale, anche se non è pensabile che prenda un autobus da sola o si prepari una pasta-sciutta. Rimane sempre una ragazza affettuosa e ricca di sentimenti. A volte penso a come sarebbe stata la nostra famiglia senza di lei.

Il rapporto di coppia ha tenuto, anche se l'arrivo di Sara ci aveva sconvolto così tanto che per un periodo io e mio marito ci trattavamo come fratello e sorella.

Chi ci ha aiutato? Abbiamo dovuto trovare da soli un nuovo equilibrio, non solo come genitori, ma anche come marito e moglie: abbiamo fatto ricorso alle nostre risorse, abbiamo parlato, pregato, sperato. Abbiamo messo in conto che ci veniva richiesto un impegno maggiore, ma anche che noi dovevamo garantire un futuro sereno a Sara e che lei avrebbe percepito e beneficiato del buon rapporto tra i suoi genitori.

Come guarda al futuro?

Ho imparato a fare programmi a corto raggio, non nel lungo periodo.

Sono sicura delle forze mie e della mia fami-

glia. Mi auguro che anche i servizi e le istituzioni facciano il loro compito, che riconoscano sempre la dignità della persona e sappiano valorizzare l'umanità e la professionalità degli operatori e delle operatrici dotati di queste doti fondamentali per accogliere i bambini e i genitori in difficoltà.

CITTA' DI
VENEZIA



DIREZIONE GABINETTO DEL SINDACO
Relazioni Esterne e Comunicazione

Consulta per la Tutela della Salute

Valutazione del Documento

**SERVIZI
SANITARI NEL
COMUNE
DI VENEZIA**

Premessa

La Consulta per la tutela della salute del Comune di Venezia esprime il proprio apprezzamento all'Ufficio di Programmazione Sanitaria per la produzione del documento avente per titolo "I Servizi Sanitari nel Comune di Venezia – Elementi di valutazione e proposte", che illustra l'organizzazione sanitaria veneziana nelle varie articolazioni in cui essa opera, con lo scopo di suscitare su di essa le opportune valutazioni.

Qualsiasi considerazione riguardante il documento presentato dalla Programmazione Sanitaria e sul quale è stato chiesto alla Consulta di esprimere il proprio parere, deve partire dalla ovvia constatazione che esso risulta una fotografia dell'esistente; i numeri presentati di per sé non sono né buoni né cattivi, sono solo dei numeri. Ad esempio il numero di posti letto così come è espresso può essere sufficiente o addirittura in eccedenza.

Quello che manca nella relazione è il rapporto tra le strutture socio-sanitarie esistenti ed i bisogni della popolazione, e la valutazione della loro qualità nell'erogazione dei vari servizi. Conclusa l'indagine, qualora i servizi risultassero ben funzionanti e rispondenti ai vari bisogni della gente, diverrebbe superfluo qualsiasi giudizio sui numeri o, addirittura, potremmo ritenere non necessario il ricovero ospedaliero in molte situazioni, con notevole risparmio economico.

Il buon funzionamento dei servizi sanitari e sociosanitari

Tra i dati, che si ritengono utili per avere la possibilità di esprimere un parere sul **buon funzionamento dei servizi sanitari e socio-sanitari**, si annoverano:

- Il rilevamento dei *tempi di attesa*. Ad es.: se per eseguire una mammografia essi sono di 12 mesi, oppure sono di 6 mesi per una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), risulta chiaro che quei settori sono in sofferenza ed insufficienti.
- Lo stesso giudizio negativo verrà espresso se altrettanto lunghi sono i tempi di attesa per l'ingresso in una Casa di Riposo, o nelle strutture di riabilitazione "fisica" o "mentale".
- Il rilevamento di dati demografici aggiornati per zone territoriali, la cui conoscenza potrebbe portare ad una valutazione quali-quantitativa dei vari servizi ed ad una loro collocazione più congrua nel territorio.

Nel documento nulla risulta per quanto riguarda le *Residenze Sanitarie Distrettuali* (RSD), strutture sanitarie collocate tra il domicilio e l'ospeda-

le, deputate a rendere i ricoveri più brevi una volta superata la fase acuta della malattia, oppure per evitare l'ospedalizzazione impropria per molte situazioni. Gli attuali lunghi tempi di attesa per l'accesso e la loro inappropriata dislocazione sul territorio rendono questa risorsa difficilmente usufruibile.

Insufficiente risulta tutta la riabilitativa neurologica e motoria, sia per disabili che per anziani e per persone con problemi psichiatrici. Essa è pure carente per quanto riguarda le strutture ospedaliere. Quest'ultime ancor più deficitarie delle territoriali. Il buon funzionamento delle strutture territoriali sanitarie e socio-sanitarie rende meno cogente la discussione sul numero assoluto dei posti ospedalieri.

Per gli anziani, le modalità di tipo riabilitativo risultano essere principalmente di tipo estensivo, ovvero protratte nel tempo. Se tale trattamento costituisce il principale, se non l'unico, motivo del ricovero ospedaliero, risulta antieconomico per il protrarsi della degenza ospedaliera.

OSSERVAZIONI E PUNTI DI CRITICITÀ RICONTRATI A LIVELLO DI TERRITORIO

Nell'ambito della continuità assistenziale ospedale – territorio, intendendo con tale dizione sia il percorso assistenziale dall'ospedale al territorio così come dal territorio all'ospedale, gli strumenti esistenti che devono essere monitorati sono sia quelli legati alla **Residenzialità** (DGR n. 464 del 28/2/2006), che alla **Domiciliarietà** (DGR n. 39 del 17/1/2006).

Nella stragrande maggioranza dei casi ne usufruiscono gli anziani e le persone non autosufficienti per le loro disabilità.

Residenzialità

Complessivamente la rete dei servizi offre *qualitativamente* risposte articolate ai diversi bisogni esistenti sul territorio. *Quantitativamente* non sembrano rispondere alle immediate esigenze per i lunghi tempi di attesa. Da ciò emergono tre interrogativi:

1. con riferimento ai Piani di Zona, è stato raggiunto l'obiettivo di adeguare il numero dei posti letto a quelli previsti nelle diverse tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali?
2. se sono stati realizzati, non sembra opportuno rivederne i contenuti alla luce dei dati demografici e delle modificazioni delle varie tipologie dei bisogni?
3. se non sono stati realizzati, quali sono le cause in considerazione del sempre maggior bisogno di posti in tali strutture?

Case di riposo

Si evidenziano le seguenti criticità:

1) un numero insufficiente di posti nelle *Case di Riposo (CdR) a tempo illimitato con tempi di attesa per il ricovero molto lunghi* per chi ne ha fatto espressamente domanda e per chi è portatore di problematiche socio-sanitarie così complesse che una rete familiare fragile non è in grado di gestire. A tale proposito si ricorda che la popolazione dell'ULSS Veneziana risulta essere la più anziana del Veneto.

2) **Accoglienza di lungo periodo.** Di fatto il DGR 464 del 28/2/2006 secondo cui i posti di Residenza Sanitaria Assistenziale Ospedaliera, di cui alla DGR 1729 del 2003, vengono aboliti, diventano posti di Nuclei di Residenza Sanitaria Assistenziale e rientrano nella dotazione complessiva come posti di residenzialità territoriale che possono essere fruiti per l'accoglienza di lungo periodo. Da ciò ne è derivato quanto segue:

A) Non essendo di fatto aumentata la dotazione di posti letto complessiva nelle Case di Riposo con criteri di tipo epidemiologico, si è trasformato di fatto gran parte del patrimonio di posti letto di tipo riabilitativo funzionale e mentale e di base esistenti (le ex Residenze Sanitarie Assistenziali, sigla RSA), in posti di Casa di Riposo (CdR) definitivo o a medio - lungo periodo, cui si accede esclusivamente con indice di priorità.

Tale apparente aumento di posti in Casa di Riposo di tipo definitivo nel giro di pochissime settimane è stato immediatamente occupato in quanto andava a sanare molte situazioni pregresse di tipo cronico, prima ospitate impropriamente in strutture quali le RSA stesse. Ancora una volta rimane inappagata la risposta a tutte le altre situazioni che, per motivi demografici e di bisogni espressi, stanno diventando sempre più numerose.

B) Risposte di tipo intermedio. Le risposte ai bisogni di tipo intermedio, di tipo Riabilitativo Mentale e Funzionale sono crollati a 48 posti in tutto (12 di Mentale, 36 di Funzionale), mentre prima erano più numerosi. L'accesso ad esse avviene solo previa autorizzazione dell'Unità Operativa Geriatria Ospedaliera (UOGO).

A parte qualche eccezione riguardante i pazienti provenienti dalle strutture ospedaliere convenzionate, in cui non c'è tale nucleo valutativo, a tali strutture è praticamente impossibile accedere direttamente dal territorio. Quando ciò risulta praticabile, i lunghissimi tempi di attesa fanno sì che comunque quella risorsa non sia utilizzabile. Si fa specifico riferimento alla CdR Mentale, dotata di soltanto 12 posti per tutta l'ULSS, ai quali si ricorre per risolvere situazioni critiche da un punto di vista gestionale, di sicurezza, di monitoraggio clinico e farmacologico, che trovano in tale struttura la collocazione ideale.

Lo stesso si può dire per le *CdR funzionali*, attualmente dotate di 36 posti in tutta l'ULSS. Quest'ultimi sono troppo pochi per dare delle risposte riabilitative a chi ha un progetto riabilitativo tale che, se attuato, gli permetterà di tornare o di restare a domicilio in una situazione di discreta autosufficienza, allontanando così nel tempo la necessità di un eventuale ricovero.

Risposte intermedie

A livello territoriale si nota la carenza quantitativa di risposte intermedie non solo a carattere riabilitativo, ma anche sociale.

Insufficienti e limitati nel tempo appaiono i cosiddetti *Ricoveri di Sollievo* istituiti allo scopo di dare sollievo alle persone e alle famiglie in occasione di temperature estive molto elevate. Essi sono utili anche a famiglie che gestiscono a domicilio persone affette da Demenza o che sono gravemente non autosufficienti. Questa risorsa viene a volte utilizzata per dare risposte urgenti a problematiche di tipo sociale.

La programmazione dei posti si è rivelata in un primo tempo insufficiente, successivamente sono stati posti dei correttivi numerici con una disponibilità di posti alla fine più ampia rispetto alla previsione iniziale. Non è chiaro perché una risorsa così importante per fronteggiare urgenze sociali e per dare sollievo alla rete familiare debba essere disponibile esclusivamente dall'1 Giugno al 31 Ottobre. Infatti a parte l'emergenza caldo (priorità 1), le altre due emergenze "demenza" e "grave non autosufficienza" (priorità 2 e 3), sono presenti durante tutto l'anno. È necessario che il numero dei posti letto "di sollievo", previsti per il periodo estivo, sia mantenuto per tutto l'arco dell'anno.

Risposte intermedie alle varie forme di demenza. Una particolare attenzione merita il tipo di risposta che il territorio fornisce alle persone affette dalle varie forme di demenza.

La demenza è la più importante causa di non autosufficienza psichica e fisica. Essa rappresenta già ora la più importante patologia per il ricovero allorché la rete familiare non regge più il carico assistenziale. Le risposte per affrontare tale problematica risultano ad oggi carenti. Le Case di Riposo di tipo temporaneo mentale per ricoveri brevi di pazienti psichiatrici risultano di difficile accesso per:

- i lunghissimi tempi di attesa
- la difficoltà di ottenere l'autorizzazione dalla UOGO, quando il paziente non è degente in ospedale
- la carenza di posti disponibili come sopra accennato
- i pazienti affetti da scompensi psicotici in persona affetta da demenza in fase acuta

Centri Diurni Alzheimer

Distribuiti sul territorio sono insufficienti perché occorrono in media sei mesi di attesa perché i pazienti vengano accolti. Essi risultano utili per:

- attività psicoattivanti
- per i familiari che vengono aiutati a gestirli per un tempo più lungo a casa. Certamente i 6 mesi ed oltre di attesa medi per essere inseriti, non aiuta a contribuire a mantenere nel proprio domicilio la persona affetta da tale patologia.

A tale riguardo per le persone affette da demenza si auspica la creazione in ogni Casa di Riposo (CdR) dei "nuclei Alzheimer" con appropriati standard assistenziali e strutturali con specifici progetti di lavoro in considerazione del sempre più alto numero di persone con demenza associata ad alterazioni comportamentali (fuga, scompensi psicotici, irritabilità etc.).

Domiciliarità

Presso gli Ospedali Umberto Primo di Mestre e Ospedale Civile di Venezia al momento della dimissione viene attivato un protocollo per la continuità delle cure a domicilio.

La mancanza di attivazione di analogo protocollo presso le strutture convenzionate provoca notevoli difficoltà al paziente, che, rientrato a domicilio, presenta delle necessità sanitarie, assistenziali e protesiche non certamente differibili nel tempo.

RIABILITAZIONE NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Nella conclusione del documento in esame su "I servizi sanitari nel Comune di Venezia", per quanto riguarda la riabilitazione per i bambini ed i ragazzi con disabilità, si riscontra un'elevata mobilità verso strutture ubicate fuori dal territorio dell'ULSS locale, con un conseguente saldo negativo nel computo finale.

Accade infatti che le famiglie desiderose di ottenere un'assistenza riabilitativa di alto livello per i propri figli, siano costrette a migrare in altre ULSS del Veneto, dove trovano centri pubblici o convenzionati ad alta specialità sia per il trattamento delle *patologie neuromotorie* che per l'*autismo*.

Nel nostro Comune esistono numerosi centri privati scelti dalle famiglie in base alla loro disponibilità di risorse economiche. Con l'obiettivo di attuare nel modo migliore un articolato progetto riabilitativo, talora vengono adottate dalle famiglie soluzioni di tipo misto, scegliendo all'interno di due o tre strutture, ora dall'una ora dall'altra, il singolo tratta-

to che meglio risponde alle esigenze riabilitative del proprio congiunto. Ciò comporta notevole disagio per le famiglie stesse.

Scarso investimento nella riabilitazione nell'ULSS locale. Sono state pubblicate progressivamente Linee Guida nazionali e regionali, che offrono una forte prospettiva di recupero funzionale della persona con disabilità. Ciononostante, dal 2000 ad oggi, nell'ULSS locale non si è riscontrata alcuna modifica nell'atteggiamento di scarso investimento nella riabilitazione.

La disabilità, molto più di altre problematiche sanitarie, richiede una valutazione più di tipo etico-esistenziale, che non sanitario. Per cui la domanda: "vale la pena di investire risorse per persone che non raggiungeranno la normalità?", di per se stessa conduce ad una visione di fondo che condiziona una scelta sanitaria rinunciataria. In questa prospettiva, l'ULSS locale ha optato per il NON intervento, disattendendo palesemente le prescrizioni di legge (Legge di Riforma Sanitaria 833/78, art. 26), costringendo pertanto le famiglie alla migrazione verso strutture di altre ULSS, dove possono trovare adeguata risposta alle necessità riabilitative dei propri congiunti.

Docente di sostegno. Per ottenere il docente di sostegno e l'accudienza del bambino disabile, è obbligatorio fornire alla direzione della scuola certificazioni redatte dal Servizio di Neuropsichiatria infantile. Per questi certificati le famiglie devono rivolgersi alla struttura pubblica.

A questo proposito è necessario conoscere quanti ragazzi con disabilità sono stati semplicemente "visti" per redigere certificazioni, e quanti di questi vengono "seguiti" secondo un articolato progetto riabilitativo. Inoltre, la norma prevede che al compimento del diciottesimo anno il giovane esca dall'età evolutiva, ma non chiarisce chi deve stilare la certificazione nel caso in cui la persona stia ancora frequentando la scuola.

Autismo. Va segnalato il gravissimo problema delle persone autistiche che con la maggiore età perdono la connotazione di "persona affetta da autismo infantile", e diventano pazienti adulti affidati alle cure di quale specialista? Quando vengono ritenuti di competenza psichiatrica, sono etichettati con la dicitura "Psicotici", mentre tali non sono. Oppure vengono ritenuti di competenza del neurologo, come sarebbe opportuno, senonché il neurologo non ha competenze nel campo dell'autismo. Il tutto rientra nella travagliata storia di questa patologia.

Disabilità neuromotorie. L'intervento riabilitativo su pazienti affetti da patologie neuromotorie con gravi disturbi del movimento, da praticare se non altro per mantenere le abilità residue, è stato abolito. È sostituito dalla prescrizione di ausili.

Non vengono effettuati interventi di terapia occupazionale, i quali forniscono al paziente gli strumenti utili all'autonomia anche sul piano delle relazioni interpersonali, sulla comunicazione "aumentativa ed alternativa", ed in generale sulla riabilitazione cognitiva.

Va sottolineato che la qualità della vita adulta di questi ragazzi sarà fortemente condizionata dal lavoro svolto o meno in età evolutiva.

Non esiste un coordinamento tra la struttura pubblica e quella convenzionata in modo tale che, qualora non vi sia nel corso dell'attuazione di un progetto riabilitativo articolato, la possibilità di praticare un determinato tipo di riabilitazione in un unico servizio, vi sia almeno la possibilità di attuarlo in un altro. Vi è di peggio: quando si opta per un servizio, non viene concessa l'autorizzazione ad accedere contemporaneamente ad un altro servizio che offra la possibilità di completare il progetto terapeutico. Ne consegue che l'offerta riabilitativa non è basata sulle reali necessità della persona, ma su quanto il servizio è in grado di offrire, ammesso, e non concesso, che la persona professionale dirigente il servizio ritenga sia il caso di procedere al trattamento.

Patologie correlate alla disabilità. I pazienti con disabilità soffrono molto spesso di una serie di disturbi correlati al problema di base, ad esempio: osteoporosi, epilessia, reflusso gastro-esofageo, infezioni urinarie, scoliosi, disturbi respiratori, disfunzioni endocrine, problemi odontoiatrici... Ciò conduce alla continua necessità di visite, prescrizioni, controlli, esami, ecc. Il lavoro di coordinamento di tutte le procedure è a carico della famiglia. E' soprattutto complicato il semplice reperimento di specialisti che abbiano maturato precedenti esperienze di come trattare questi pazienti particolari.

Particolarmente grave il problema dei ricoveri in rianimazione che, in assenza di familiari accanto, diventano esperienze di puro terrore per le persone con disabilità cognitiva e della comunicazione.

Da quanto esposto consegue che le famiglie hanno bisogno di:

Informazione. Occorre conoscere i punti di riferimento sanitario, assistenziale, i diritti, le modalità per ottenerli, le associazioni di riferimento. Al momento il "passaparola" ha ancora un ruolo fondamentale. Sarebbe sufficiente che da parte del pediatra di riferimento venisse consegnato alle famiglie uno stampato con tutte le informazioni di base, compresa l'assistenza dell'"Informahandicap".

Presenza in carico. Almeno da un punto di vista sanitario la persona con disabilità ha diritto ad una "presa in carico totale", la cui organizzazione non gravi su di lui o sulla famiglia.

Diritto di scelta informata tra più opzioni chiaramente esposte. La fami-

glia deve poter accedere a centri riabilitativi e ricreativo-occupazionali sulla base di conoscenze chiare esplicitate dai centri stessi su fogli illustrativi: la filosofia che anima il centro, i metodi utilizzati, i tempi ed i modi dei risultati attesi, i collegamenti con il territorio e la scuola. È necessario un censimento delle strutture esistenti che offra dati indispensabili e trasparenti per una scelta consapevole.

PROMOZIONE DELLA SALUTE, AMBIENTE E VIVIBILITÀ DELLA CITTÀ

Informazione

Per il cittadino veneziano una delle carenze più evidenti è la mancanza di una adeguata informazione sulle prestazioni sanitarie. Si rende necessaria una carta dei servizi, stilata con la collaborazione dell'associazionismo volontario, in modo da offrire al cittadino un orientamento facilmente leggibile per trovare la risposta adeguata ad ogni sua esigenza.

I punti critici generali del sistema sociosanitario locale sono:

1. Le prestazioni di assistenza infermieristica dovrebbero garantire un tranquillo decorso nella fase riabilitativa dopo una dimissione ospedaliera. Esse dovrebbero essere tali, per accuratezza e professionalità, da evitare al singolo cittadino ed ai propri familiari la ricerca di soluzioni alternative nel libero mercato, affrontando costi elevati, che non tutti possono permettersi.
2. La regolazione dei tempi d'attesa per visite o altre prestazioni sanitarie dovrebbe essere governata da criteri di trasparenza e funzionalità.
3. Dovrebbe essere incrementata l'attività di prevenzione primaria e secondaria, con particolare attenzione all'età evolutiva.

Punti critici particolari del nostro sistema sanitario locale sono:

1. La riabilitazione di pazienti colpiti da patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, traumatiche.
2. Gli spostamenti dei pazienti non autosufficienti. Alle difficoltà intrinseche, si assommano quelle derivanti dalla carenza di mezzi di trasporto pubblici facilitanti o espressamente dedicati, soprattutto in laguna.
3. Nel documento in esame, al paragrafo "Lido: Centro sanitario polifunzionale", alla nota 2, il futuro destino della piscina non è completamente chiaro. È peraltro di tutta evidenza la necessità della permanenza della

piscina esistente, inserita in un contesto pur rinnovato, utile per la riabilitazione motoria, che abbia valenza provinciale e possibilmente regionale.

Inquinamento chimico

La persistenza di emissione nell'atmosfera di sostanze gravemente inquinanti, originata dalla produzione industriale, dai trasporti e dal comparto energetico, espone la popolazione residente nei pressi della zona industriale ed i lavoratori stessi dell'industrie, al contatto con sostanze dal dimostrato effetto negativo sulla salute. La coesistenza dell'insediamento urbano in adiacenza di uno dei più grandi siti industriali europei rende ancor più opportuna l'adozione di provvedimenti, alcuni dei quali vengono sott'elencati.

Elettrosmog

Il problema dell'elettrosmog non è stato ancora completamente chiarito dal punto di vista scientifico. È pur vero che non si può negare l'esistenza di fenomeni di disagio da esso provocati. L'elettrosensibilità non è solo un'ipotesi dal momento che alcune persone ne avvertono i disturbi. Gli effetti di questi fenomeni nel lungo periodo non sono, allo stato attuale, valutabili. La prudenza suggerisce di incrementare gli studi scientifici in proposito, che ci consentano di adottare principi guida in merito.

Si propone:

- il potenziamento dell'osservatorio epidemiologico per le patologie derivanti dal rischio chimico
- l'istituzione di un'osservatorio per il monitoraggio dei disturbi derivanti dall'elettrosmog
- l'adozione di un piano sull'elettrosensibilità che possa agire in funzione preventiva
- l'incremento di campagne di screening antitumorali
- l'incremento dell'educazione sanitaria, o per meglio dire dell'educazione alla salute sugli "stili di vita"
- che i progetti che interessano l'assistenza primaria siano sostenuti anche dall'Amministrazione comunale.

Il nuovo ospedale di Mestre ed il rapporto con gli altri ospedali dell'ULSS

La costruzione del nuovo ospedale di Mestre è un fatto positivo. Occorre chiarire i seguenti quesiti:

1. Conoscere il progetto gestionale tra pubblico e privato della nuova

struttura onde garantire la necessaria trasparenza amministrativa.

2. Conoscere quale sarà il rapporto del nuovo ospedale con i due principali ospedali privati, Villa Salus e Policlinico San Marco.

3. Conoscere il ruolo e le funzioni, anche di eccellenza, che dovranno essere riservate all'ospedale Civile di Venezia, pur in presenza di una sua ristrutturazione, ed il suo rapporto con il nuovo ospedale di Mestre, in un contesto di corretta efficacia e proficua integrazione complessiva.

SALUTE MENTALE

La lettura della "Relazione sulla psichiatria", stilata da un esperto, il dott. Mezzina, seguita dalle osservazioni dall'altro esperto, il dott. Garonna, e commentate dagli attuali dirigenti del Dipartimento Salute Mentale (DSM), ha confermato le gravi deficienze segnalate antecedentemente dalla Consulta per la Tutela della Salute (cfr. relazione della Consulta sulla psichiatria dal titolo "Una piattaforma culturale permanente laboratorio pensiero forte", inviata ai componenti della Conferenza dei Sindaci relativa all'Azienda ULSS 12, del 24.08.2005 e la relazione della Consulta sulla attività svolta, inviata al Sindaco del 10.11.2005).

Sono state rilevate gravi carenze negli organici del personale, nell'organizzazione, nelle strutture, nei finanziamenti, nella gestione, resa ancor più difficile da una conflittualità interna ai servizi e dallo scontro ideologico da parte degli psichiatri su come vanno impostati i servizi e le cure psichiatriche.

Criticità riscontrate

Dipartimento Salute Mentale (DSM): la totale mancanza di una direzione strategica che definisca le linee di indirizzo omogenee e di respiro per ciascuna unità operativa e risponda della loro attuazione.

Pronto soccorso-accoglienza: il trattamento riservato alle persone con sofferenza mentale risulta inadeguato. L'accoglienza al Pronto Soccorso manca di una corsia preferenziale in grado di rispondere tempestivamente ed in forma adeguata anche a situazioni di criticità evidente come quelle che comportano il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Manca un raccordo anche culturale tra il personale sanitario dei diversi servizi e persistono atteggiamenti pregiudizievoli nei confronti delle persone con disturbo mentale. È necessario che il DSM definisca un protocollo sull'urgenza che coinvolga il Pronto Soccorso, gli altri reparti ospedalieri, i medici di base.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC): si tratta, tanto a Venezia

che a Mestre, di reparti chiusi a chiave, con accessi ed uscite rigidamente limitati indipendentemente dalle ragioni del ricovero.

Si segnala l'eccessiva durata dei ricoveri, la diffidenza nei confronti di familiari ed amici, la tendenza a svalutare/contrastare la possibilità che il paziente e la famiglia mettano in campo altre risorse (consulenti esterni, medici di base, psicologi) anche in presenza di situazioni di stallo a cui non sembra esserci alcuna via d'uscita.

Durante il ricovero ed alle dimissioni non viene pianificato un progetto riabilitativo insieme ai servizi territoriali, né date informazioni chiare sul percorso di cura.

La possibilità che il nuovo ospedale di Mestre collochi l'SPDC al 7° piano o, in alternativa, lo dislochi a Villa Salus, risulta inaccettabile perché nel primo caso indurrebbe una chiusura ancora più drastica del servizio, nel secondo aprirebbe un corridoio privilegiato per la privatizzazione della cura del disagio mentale.

Centro Salute Mentale (CSM): i CSM hanno un orario di apertura limitato (a Mestre assolutamente insufficiente). Essi svolgono un lavoro prettamente ambulatoriale anche per carenza di organico.

1. A Venezia vanno incrementate le visite domiciliari ed il lavoro con i famigliari (di recente è stato ripristinato, con cadenza mensile, il gruppo tenuto da una psicologa che costituisce un aiuto importante per i famigliari).

Occorre personalizzare i progetti terapeutici e renderli noti alle famiglie ed agli utenti, costruire una più efficace comunicazione tra interno ed esterno, dare informazioni più tempestive sulle attività pianificate dal Centro.

2. A Mestre il CSM eroga un servizio del tutto insufficiente sul piano quantitativo e soprattutto su quello qualitativo. Moltissime persone con disturbo psichico grave versano in uno stato di vero e proprio abbandono (prese in carico mancate, lunghi tempi d'attesa). Manca completamente la cultura della cura ed una reale presa in carico territoriale.

Il centro diurno Rodari, il solo centro in cui sono presenti i laboratori, attualmente è stato appaltato ad una nuova cooperativa ed ha drasticamente ridotto le attività (da 160 a 140 ore, da 6 a 4 operatori)

3. A Marghera il CSM svolge attività per lo più ambulatoriale.

Strutture Intermedie: sono numericamente insufficienti e poco coordinate. Vi si svolge un lavoro prettamente assistenziale e frammentato che sembra finalizzato al mantenimento delle situazioni in condizione di cronicità controllata più che alla cura e alla guarigione.

La stessa Casa Alloggio di via Torre Belfredo, collocata peraltro dentro una Casa di Riposo, a tutt'oggi sottoutilizzata, è gestita da personale che

vi svolge solo funzioni meramente assistenziali che non si raccordano né si modulano intorno al progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato di ciascun ospite.

La Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (CTRP) di Via Pasqualigo, concepita come struttura ad alta protezione, è anch'essa sotto utilizzata, manca di personale e non è sufficientemente integrata con il lavoro dei CSM e del Centro Diurno (CD).

Presa in carico: manca la presa in carico centrata sulla persona, organizzata intorno a progetti riabilitativi personalizzati, condivisi con i familiari, leggibili dagli stessi pazienti, verificabili nella loro attuazione.

Lo scollamento tra SPDC e Servizi territoriali, l'assenza di un vero lavoro centrato sul territorio, la frammentarietà degli interventi, la prevalenza di un'impostazione assistenzialistica, limitata spesso ai trattamenti farmacologici, a qualche visita domiciliare ed al mero intrattenimento, l'organizzazione per territorialità di appartenenza, l'insindacabilità delle pratiche, rendono l'accesso ai servizi difficile, poco desiderabile, inefficace al punto da indurre le persone a dirottare la richiesta di cura verso il privato o comunque in altri territori al di fuori dell'ULSS locale.

Politica abitativa: manca la ricerca di soluzioni abitative innovative in grado di sfruttare le risorse del territorio.

Lavoro: in quest'area non v'è alcuna strategia generale, mancano completamente i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo protetto o non protetto, eccetto alcune iniziative frammentate e comunque insufficienti. Il lavoro, quale strategia di inclusione sociale, prevenzione e riabilitazione non è previsto. Manca completamente una sinergia tra gli enti preposti all'inserimento lavorativo (ULSS, Provincia, Comune) e gli stessi percorsi di lavoro protetto non sono monitorati né verificati, né ripensati laddove non producono risultati soddisfacenti.

Integrazione tra servizi sanitari e integrazione sociosanitaria. Mancano protocolli di intesa con altri servizi e laddove esistono, in assenza di una cultura comune, non riescono comunque a garantire un'adeguata presa in carico delle persone con doppia diagnosi. Sul piano sociosanitario gli interventi appaiono spesso scollati, talora persino contraddittori o comunque elusivi l'uno dell'altro.

Rapporti con il Terzo Settore: Si tratta di rapporti episodici, non strutturati che non garantiscono cuscinetti territoriali alle domande riabilitative e di lavoro. Non c'è l'abitudine da parte di questa UISS di condividere progettualità e strategie di intervento con il privato sociale, ma solo di sfruttarne all'occorrenza ed al ribasso le potenzialità.

Rapporti con il territorio: Manca una reale apertura territoriale dei Servi-

zi. Non c'è rapporto con gli altri attori territoriali: medici di base, scuola, università, agenzie di lavoro, municipalità, agenzie educative e religiose. Non ci sono ponti con la comunità e mancano del tutto iniziative di sensibilizzazione culturale sul tema della sofferenza mentale.

Proposte

- Occorre promuovere una cultura della cura che organizzi interventi strutturali centrati su una presa in carico personalizzata di tipo territoriale, trasparente e verificabile, in presenza di un referente che coordini gli interventi e ne verifichi l'attuazione e l'efficacia, cambiando rotta laddove essi risultino inutili o dannosi.
- Occorre garantire la continuità terapeutica e contrastare la rigidità di interventi standardizzati e monodirezionali.
- Occorre pervenire al completamento degli organici, garantendo la presa in carico multidisciplinare ed il lavoro d'équipe; alla nomina di una Direzione di Dipartimento stabile in grado di garantire l'assunzione di una strategia dipartimentale complessiva che integri gli interventi sui territori di Venezia e di Mestre.
- Occorre dilatare sulle 24 ore l'orario di apertura dei CSM, vero fulcro del lavoro terapeutico, luogo dell'accoglienza, dello smontaggio della crisi, della sua prevenzione, del monitoraggio territoriale. Luogo della costruzione di una relazione terapeutica che parta da negoziazione con la persona, con i suoi tempi, le sue risorse, le sue potenzialità ed apra ad autentiche progettualità di vita e di protagonismo con la piena restituzione della cittadinanza (casa, lavoro, socialità) come condizioni concrete di rimonta-guarigione.
- Occorre almeno un Centro Diurno Dipartimentale, con spazi, laboratori ed equipe multidisciplinare adeguata alla complessità e delicatezza del compito, con funzioni psicoterapeutiche riabilitative avanzate, specialmente rivolto ad una utenza giovane per il recupero della sua piena contrattualità sociale. Tale strumento clinico deve essere funzionalmente e costantemente in sinergia con i Centri di Salute Mentale (CSM) insieme ai quali verranno pensati ed attivati percorsi e progetti riabilitativi personalizzati.
- Occorre ridimensionare i ricoveri ospedalieri, che non possono essere la sola risposta alla crisi, e che comunque devono venir strutturati in modo di garantire i diritti fondamentali della persona ricoverata. A questo proposito si chiede l'adozione di una "Carta dei diritti dell'utente dei servizi psichiatrici".
- Occorre promuovere iniziative di informazione-formazione rivolte alle

persone con sofferenza mentale ed alle loro famiglie.

- Occorre differenziare ed incrementare le strutture intermedie assegnando loro una finalità realmente terapeutico-riabilitativa.
- Occorre creare ponti tra i bisogni della cittadinanza ed i servizi, rendendo questi ultimi trasparenti e transitabili, concependoli in modo da poter trasformare i bisogni in domanda e la domanda come occasione di ridefinizione degli stessi servizi e ciò anche attraverso iniziative di sensibilizzazione culturale rivolti alla cittadinanza, ai medici di base, alle scuole, alle università.
- Occorre pianificare una politica abitativa innovativa (ad esempio residenze miste per studenti e pazienti giovani, affidi familiari etc.) e costruire ex novo strategie lavorative che concepiscano il lavoro come restituzione di cittadinanza alle persone con sofferenza mentale.
- Occorre raccordare il lavoro dei servizi sanitari e sociosanitari e terzo settore stabilendo protocolli d'intesa, condivisione delle progettualità e costruzione di una comune cultura della presa in carico e della cura.
- Occorre informatizzare le cartelle cliniche ed i dati sensibili relativi agli interventi.

La Consulta per la Tutela della Salute auspica che il documento che verrà redatto dai tre primari, con la collaborazione dei loro staff, insieme alle strutture di Direzione dell'Azienda Ulss, sia effettivamente rispondente al Progetto-obiettivo Regionale di tutela della salute mentale capace di affrontare risolutivamente tutte le criticità del servizio presenti nella sanità veneziana sopra evidenziate.

Vademecum

Consulta per la Tutela della Salute della città di Venezia

Organo Consultivo, Propositivo e di Supporto all'Amministrazione Comunale e alla Conferenza dei Sindaci

a cura di
Renza Barbon

Presidente della Consulta per la Salute
del Comune di Venezia

Per informazioni
Sede e Segreteria della Consulta
S. Croce, 502 - 30135 VENEZIA
Tel. 041-2747875
Fax: 041-2747878
consulta.salute@comune.venezia.it

La Consulta per la Tutela della Salute, è un Organo Consultivo, Propositivo e di Supporto all'Amministrazione Comunale e alla Conferenza dei Sindaci.

È costituita da oltre novanta organizzazioni ed associazioni rappresentative delle più eterogenee realtà locali attive ed interessate al tema della salute dei cittadini.

L'obiettivo principale è quello di tutelare la salute pubblica dei cittadini, nella maniera più ampia possibile.

Tra i compiti della Consulta rientra l'attività di stimolo e di proposta verso l'Amministrazione Comunale, di segnalazione di bisogni, emergenze e criticità, di confronto e collaborazione con l'azienda Ulss 12, di denuncia di sprechi e disservizi, di collaborazione con la medicina generale.

LE FINALITÀ

Ecco alcune riflessioni sulle finalità della Consulta.

- 1) L'importanza della partecipazione attiva delle associazioni:
 - essere luogo di confronto e di collaborazione tra associazioni, enti, gruppi e cittadine/i per sviluppare la capacità di comprendere il valore della salute come bene comune, focalizzando la sua attenzione sullo studio, approfondimento e documentazione in materia di sanità sia territoriale che ospedaliera, rispetto a cui proporre soluzioni all'Autorità comunale competente;
 - facilitare la comunicazione e il coordinamento tra le realtà che a vario titolo si occupano delle problematiche della salute.

- 2) L'importanza di entrare nei processi dell'Amministrazione Comunale:
 - collaborare con il Sindaco - quale Autorità Sanitaria cittadina -, con la Giunta, con la competente Commissione Consiliare, con il Consiglio Comunale, con i Comitati dei Sindaci/Presidenti di Municipalità/Quartiere di Distretto Socio-sanitario, con proposte e iniziative atte a promuovere l'interesse, la ricerca e il confronto sui programmi di intervento nel campo della tutela della salute
 - esprimere pareri preventivi su piani, programmi, regolamenti inerenti le problematiche della salute e ogni altro parere che fosse richiesto dall'Amministrazione Comunale nell'ambito delle finalità della Consulta
 - La Conferenza dei Sindaci inoltre può avvalersi del supporto della Consulta.

Il coinvolgimento dei cittadini

Ma come coinvolgere e far partecipare sempre più i cittadini alla vita decisionale dell'amministrazione pubblica perché sia sempre più coerente alle esigenze e alle necessità degli abitanti? A questo scopo è quindi auspicabile l'avvio di una buona "messa in rete" con i diversi enti/istruzioni, interessate all'argomento.

La Consulta potrebbe essere paragonata ad un "cannocchiale" che permette di vedere ed analizzare a 360 gradi tutto il territorio e si attiva per l'ottimizzazione di quello stato di completo benessere psicofisico e sociale che ciascuno di noi auspica, cioè il concetto di salute definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

GLI ORGANI

Gli organi della Consulta per la Tutela della Salute della Città di Venezia, sono:

- **l'Assemblea**
- **il Presidente**
- **le Commissioni d'ambito**
- **il Coordinamento.**

La prima Consulta della Salute del Comune di Venezia si è insediata a Cà Farsetti il 17 dicembre 2004 e la seconda il 16 maggio 2006, dove l'assemblea legalmente costituita ha riconfermato la presidenza a Renza Barbon Galluppi, di UNIAMO FIMR onlus.

Il 23 novembre 2006 è stata completata la nomina dei vari organi.

Partecipano, senza diritto di voto, ai lavori della Consulta, i Direttori centrali e i Dirigenti del Comune di Venezia competenti per materia.

Sono membri di diritto della Consulta e di ogni suo Organo, senza diritto di voto, il Sindaco, l'Assessore competente, il Presidente del Consiglio Comunale, il Presidente e i membri della Commissione Consiliare, i Presidenti delle Municipalità o i loro delegati con particolare riferimento ai Coordinatori delle Commissioni competenti per materia. L'assemblea, ogni volta che lo ritenga necessario, può essere integrata, su invito, da tecnici in relazione alle materie trattate.

Grazie all'attività del coordinamento e dalle quattro Commissioni d'ambito si è attivata una buona "messa in rete" con i diversi enti/istituzioni interessati all'argomento. Le Commissioni d'ambito hanno il compito di rilevare dati ed informazioni che permettono di comprendere la qualità della vita e della salute dei residenti nel territorio comunale.

LE COMMISSIONI

Le quattro Commissioni d'ambito sono:

1. commissione d'ambito:

OSPEDALE E TERRITORIO NELLA CONTINUITÀ DELLA CURA ALLA PERSONA

- Prevenzione, cura, assistenza; Riabilitazione; anziani e immigrati, età adulta

2. commissione d'ambito:

IL PIANO DI ZONA

Disabili, famiglia età evolutiva, minori, immigrati (anche in ambito scolastico), consultori familiari

- Analisi dei bisogni; Verifica dell'attuazione; Monitoraggio delle attività (indicatori); Revisione

3. commissione d'ambito:

L'individuazione della PROMOZIONE DELLA SALUTE e alla VIVIBILITÀ DELLA CITTÀ nelle azioni dei Piani di Zona in relazione all'ambiente

4. commissione d'ambito:

SALUTE MENTALE e DIPENDENZE

Le quattro Commissioni della Consulta per la Tutela della Salute svolgono, ciascuna nel proprio ambito, le funzioni previste dall'articolo 2 del Regolamento.

Il Coordinamento indirizza e coordina l'attività delle quattro Commissioni. Nel corso del 2007, il Coordinamento si è riunito almeno una volta al mese, mentre le Commissioni d'ambito si sono riunite con maggiore o minore frequenza a seconda delle diverse esigenze. Le Assemblee sono state tre.

LE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'ANNO 2007

Su richiesta del Sindaco, sono state elaborate alcune valutazioni sul Documento redatto dall'Ufficio della Programmazione Sanitaria dal titolo "I Servizi Sanitari nel comune di Venezia".

Il Documento è stato attentamente esaminato dalle quattro "Commissioni d'ambito"; ciascuna delle quali ha illustrato le proprie osservazioni in sede di Coordinamento. Il Coordinamento le ha poi conglobate in un unico testo, ratificato nell'Assemblea del 14.04.07.

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento, è stato istituito un gruppo di lavoro composto da alcuni Membri del Coordinamento ed Esperti della Consulta al fine di programmare "incontri di informazione, formazione ed elaborazione culturale" sia sul moderno concetto di Salute e sulle tematiche ad esso correlate, sia sul Vademecum legislativo che regola il nostro sistema di welfare locale. All'elaborazione e allo svolgimento del programma, hanno collaborato l'Ufficio di Piano e l'Ufficio per la Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia. Il progetto è stato presentato e ratificato durante l'Assemblea del 14 marzo 2007.

Successivamente, nella sede dell'ex Centro Civico di Carpenedo-Bissuola,, vi sono stati quattro incontri:

- 11 aprile – Tema: **"Le linee guida della programmazione regionale"** – relatore il prof. G. Bertin, docente all'Università di Ca' Foscari
- 18 aprile – Tema: **"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: ruoli e funzioni dei diversi attori (enti locali, terzo settore, ecc.) Leggi 328 e 229"** – relatore il prof. U. Ascoli, docente all'Università di Ancona

- 9 novembre – Tema: **“Corretta lettura del lessico utilizzato nella stesura dei Piani di Zona - Breve illustrazione delle linee guida della Regione Veneto per una obiettiva lettura della realtà”**- relatrice la dottoressa. S. Porchia, docente all’Università di Padova
- 20 novembre - Tema: **“Criteri per la raccolta ed utilizzo dei dati - Criteri per un efficiente uso delle informazioni”** - relatrice la dottoressa. S. Porchia, docente all’Università di Padova.

La Consulta per la Tutela della Salute ha promosso il Convegno sul tema **“La sfida dell’umanizzazione per la promozione e la tutela della salute”**, che si è svolto il 19 maggio 2007 alla sede della “Telecom Italia Future Centre” di Campo San Salvador di Venezia. Gli argomenti trattati sono stati:

“Le esperienze europee per la partecipazione della Comunità alla umanizzazione delle cure a tutela della salute” – Relatore il dottor Erio Ziglio, direttore dell’Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo importante Ufficio ha sede a Venezia.

- “Il Progetto della Regione Veneto per l’Umanizzazione nella gestione dei servizi sociosanitari” Relatore il dottor Fabio Fuolega, Coordinatore per il Progetto Regionale sull’Umanizzazione dei sociosanitari .
- “L’umanizzazione delle cure: partecipazione della comunità nella tutela della salute per lo sviluppo di un sistema di cure sostenibile”. Relatore il dottor Maurizio Scassola, Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Venezia.
- “La *persona* nella politica della salute” Relatore Massimo Cacciari, Sindaco di Venezia.

Le relazioni del Convegno sono a disposizione di quanti vogliono prenderne visione nel sito internet della Consulta per la Tutela della Salute che si trova all’interno del sito del Comune di Venezia (www.comune.venezia.it). Su richiesta dalla Direzione Politiche Sociali del Comune di Venezia, la Consulta per la Tutela della Salute ha espresso il proprio parere e le proprie osservazioni sui Piani di Zona 2007-2009.

Il Coordinamento, grazie al lavoro di discernimento compiuto dalle Commissioni d’ambito, ha approfondito ed ha espresso il proprio parere su vari temi: il nuovo ospedale di Mestre, i Distretti sociosanitari, l’Hospice del Policlinico “S. Marco” di Mestre. I documenti prodotti sono stati inoltrati alle Istituzione, e fatti conoscere, sia pure sinteticamente, attraverso comunicati stampa.

L’emergenza “Salute Mentale”, non ancora risolta, è sempre stata ed è tuttora all’attenzione della Consulta. La commissione d’ambito, che si

occupa specificamente di questo settore, ha avuto ripetuti incontri con gli organi competenti dell'Amministrazione Comunale al fine di pianificare una strategia capace di affrontare l'emergenza e le criticità evidenziate. È stato individuato un logo della Consulta per la Tutela della Salute. Un sito internet dove pubblicare testi e documenti è stato aperto all'interno del sito del Comune di Venezia.

La Consulta è stata quasi sempre presente alle sedute della Commissione Terza Consiliare del Comune.

Sono avvenuti incontri anche con altri organismi associativi e comunali, quali:

- la Consulta delle Cittadine del Comune di Venezia
- la Municipalità di Chirignago.

Su richiesta della Direzione del Gabinetto del Sindaco, la Consulta della Tutela della Salute ha espresso le sue osservazioni su tre Regolamenti:

- il "Regolamento del Servizio d'Assistenza Tutelare e Cure Familiari"
- il "Regolamento Servizio d'Accudienza Scolastica"
- il "Regolamento del Servizio Educativo Domiciliare rivolto ai minori e alle loro famiglie".

È stata avviata la Proposta formativa su "Marghera, Ambiente e Salute" promossa dalla Terza Commissione d'ambito. E' questa un'iniziativa di promozione e di confronto sui temi della salute allo scopo di incentivazione la più ampia partecipazione della cittadinanza.

Il progetto è stato proposto alle scuole superiori del Comune. La partecipazione di esperti, che a vario titolo hanno seguito le vicende connesse allo sviluppo industriale di Margherita, consentirà di far conoscere i diversi aspetti della tematica, quali: la storia della nascita del Polo Industriale di Porto Margherita, del suo sviluppo, le ricadute in termini di inquinamento ambientale, i rischi per la salute e l'ambiente, le vicende giudiziarie, la situazione attuale e la possibile riconversione.

Una guida per il cittadino

a cura del Centro per i Diritti
del Malato di Mestre-Venezia

Per informazioni

Centro per i Diritti del Malato di Venezia
c/o Ospedale Civile di Venezia
(tel 041.5294104, fax 041.5295990)

Centro per i Diritti del Malato di Mestre
c/o sede Cral Ospedale dell'Angelo
a Mestre - Venezia

In questa breve scheda riportiamo alcuni articoli significativi, contenuti nel "Codice di Deontologia medica" (entrato in vigore dicembre 2006) che inquadrano in parte il compito del medico e i diritti dei pazienti.

Al fine di rendere più agevole da parte dei cittadini l'esercizio del diritto alla salute, pubblichiamo utili indicazioni anche sul ruolo ed il compito del medico di base e sul consenso informato.

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Doveri del medico

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità umana, senza distinzioni di età, sesso, etnia, religione, nazionalità, condizione sociale, ideologia, in tempo di pace e di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Obbligo di intervento

Il medico, indipendentemente dalla sua abituale attività, non può mai rifiutarsi di prestare soccorso o cure d'urgenza e deve tempestivamente attivarsi per assicurare assistenza.

Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione. La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia o referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi articoli.

Continuità delle cure

Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure. In caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia deve assicurare la propria sostituzione, informandone il cittadino.

Il medico che si trova di fronte a situazioni cliniche alle quali non è in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame. Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica.

Certificazione

Il medico tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

Documentazione clinica

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o dei suoi legali rappresentanti o di medici e istituzioni da essa indicati per riscritto.

Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura di parte del cittadino costituisce il fondamento del rapporto tra medico e paziente.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino.

È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta.

Il medico può consigliare, a richiesta e nell'esclusivo interesse del paziente e senza dar luogo a indebiti condizionamenti, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura da lui ritenuti idonei per le cure necessarie.

Fiducia del cittadino

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte della persona assistita o dei suoi legali rappresentanti, se minore o incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve comunque prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui competono le informazioni e la documentazione utili alla prosecuzione delle cure, previo consenso scritto dell'interessato.

IL MEDICO DI BASE: RUOLO E COMPITI

Per scegliere il proprio medico di famiglia il cittadino si rivolge nella sedi dei distretti dell'azienda Ulster e presso la sede Ulster, presso cui è esposto al pubblico un elenco con i nomi dei medici di Medicina Generale (MG).

Per motivi organizzativi e funzionali ogni medico NON può avere più di 1.500 assistiti.

Può capitare che la vostra scelta si orienti verso un medico massimalista (colui il quale ha già 1500 pazienti).

In questo caso per seri motivi di salute si può ricorrere (facendosi consegnare dallo sportello il modulo prestampato) per avere il medico scelto. Se si vuole cambiare medico di famiglia ci si rivolge agli Uffici dell'ULSS (sede dei Distretti) chiedendo di cambiare medico, senza dover dare nessuna giustificazione.

Il medico di base deve garantire l'apertura dell'ambulatorio almeno 5 giorni alla settimana secondo un orario definito dallo stesso medico in funzione delle necessità dei propri assistiti.

Il medico di base deve visitare a richiesta a domicilio i propri pazienti.

La visita a domicilio, senza oneri per la persona, deve essere effettuata entro la giornata se la richiesta è stata fatta prima delle ore 10.00, entro il giorno successivo negli altri casi.

Nel caso in cui la persona ritenga insoddisfacente o scorretto il comportamento del Medico può rivolgersi per la tutela dei propri diritti eventualmente lesi, al Centro per i Diritti del Malato, all'Ordine dei Medici, alla Federazione dei Medici di Medicina Generale, o anche alla Direzione Generale dell'azienda Ulss 12.

L'assistenza medica nei giorni prefestivi e festivi è svolta, in sostituzione del medico di base, dalla Guardia Medica (dalle ore 14.00 del prefestivo alle ore 8.00 del giorno lavorativo).

Anche la Guardia Medica deve effettuare le visite domiciliari, qualora richieste. I numeri telefonici della Guardia Medica sono reperibili nell'elenco telefonico alla voce "Azienda Ulss 12" o chiedendo informazione al centralino dell'Ospedale.

Per i bambini da 0 a 6 anni è obbligatoria la scelta del medico pediatra, da 7 a 14 è facoltativa. Le modalità previste sono le stesse della la scelta del medico di Medicina Generale. Il pediatra di famiglia ha gli stessi compiti del medico di base verso i propri assistiti.

Ogni medico di Medicina Generale e pediatra, deve tenere una scheda aggiornata dei propri assistiti, la quale andrà consegnata all'eventuale successore medico.

IL CONSENSO INFORMATO

Con questa espressione si intende il consenso espresso da un paziente consapevole delle proprie condizioni di salute e dei rischi ai quali può andare incontro sottoponendosi ad una determinata cura.

Il consenso deve essere espresso per iscritto.

Il paziente deve sapere:

- la patologia di cui è affetto
- la diagnosi
- la pratica invasiva a cui è sottoposto, sua finalità e utilità
- le alternative terapeutiche
- la qualità della vita dopo il trattamento sanitario.

Il medico deve illustrare in modo semplice e comprensibile, adattando la comunicazione alla personalità del paziente, le situazioni sopra descritte.

Le informazioni sanitarie vanno date unicamente all'interessato e, solo se consenziente, anche ad altri.

