

CITTÀ DI
VENEZIA



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

**A UN ANNO E MEZZO
DALL'AVVIO
DELL'OSPEDALE
DELL'ANGELO,
PROSPETTIVE
DELL'INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA
E QUALITÀ
DEI SERVIZI**

3

QUADERNO DELLA
SALUTE N. 3/2009

a cura di
Nicoletta Benatelli

CITTÀ DI
VENEZIA



DIREZIONE GABINETTO DEL SINDACO
Relazioni Esterne e Comunicazione
Servizio Programmazione Sanitaria
Segreteria Consultata 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 **Natascia Borsetto**, **Francesca Donà**,
Veronica Vento e **Valentina Verioli**, istruttrici
direttive
Rosanna Colucci, **Lucia Gabrielli** e **Laura Re-
scaglio**, collaboratrici amministrative

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

*In particolare, si ringrazia la segreteria dell'Ordi-
ne provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odon-
toiatri di Venezia: dott.ssa Carla Carli, Donatella
Favaro, Rossella Milan, Alessandra Ballan.*

*Un grazie speciale alla Segreteria del Sindaco di
Venezia.*

Quaderno n. 3/2009

a cura di
Nicoletta Benatelli
giornalista professionista e consulente di strategie
e prodotti di comunicazione, ha curato la progetta-
zione del Quaderno della Salute del Comune di
Venezia n. 3/2009, le interviste e la revisione reda-
zionale dei testi qui pubblicati

Per informazioni

Ufficio Programmazione Sanitaria del Comune
di Venezia
telefono 041 2747870-7871-7873-7874-7875-7881
E-Mail:
programmazione sanitaria@comune.venezia.it

Progetto grafico

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

Ufficio Stampa – Direzione Relazioni Esterne e
Comunicazione – Comune di Venezia
responsabile **Enzo Bon**

Fotocomposizione
Texto Venezia

Stampa
3B Press Venezia



**A UN ANNO
E MEZZO
DALL'AVVIO
DELL'OSPEDALE
DELL'ANGELO,
PROSPETTIVE
DELLA
INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA
E QUALITÀ
DEI SERVIZI**

QUADERNO DELLA
SALUTE N. 3/2009

a cura di
Nicoletta Benatelli

Sommario

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

11 **PRIMA SEZIONE**

RUOLO ED ATTIVITÀ DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

12 Le richieste del Comune di Venezia alla Conferenza dei Sindaci del 10 luglio 2009
di **Nicoletta Codato**, Segreteria della Conferenza dei Sindaci

17 **SECONDA SEZIONE**

L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA TRA OSPEDALE E TERRITORIO

18 **Ordine dei medici**

Un forum con **medici di medicina generale e specialisti**

27 **Collegio degli Infermieri**

Intervista al presidente **Luigino Schiavon**

32 **Ordine dei Farmacisti**

Intervista ai farmacisti **Mauro Buccetti e Renato Vecchiato**

37 **TERZA SEZIONE**

ELEMENTI CRITICI E SFIDE DELLA SANITÀ VENEZIANA

38 **Terza Commissione Consigliare**

Intervista alla presidente **Paola Miatello Petrovich**
ed ai vice presidenti **Sebastiano Bonzio** ed **Ezio Oliboni**

41 **Cgil, Cisl e Uil**

Piattaforma ed accordo con l'Ulss 12

54 **Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia**

Intervista alla presidente **Renza Barbon Galluppi**

58 **Coordinamento Cittadino per la difesa della sanità pubblica**

Il documento di analisi della situazione nell'Ulss 12

65 **FOCUS DELL'ORDINE DEI MEDICI.
SALUTE DI ANZIANI, SOFFERENTI PSICHICI E DONNE**

66 **Assistenza agli anziani**

Dimissioni protette e percorsi di cura
di **Maurizio Scassola**, medico di medicina generale

72 **Assistenza ai sofferenti psichici**

La nuova organizzazione del Dipartimento di salute mentale
di **Roberto Brocca**, psichiatra

78 **Salute delle donne**

Attività nei Consultori, intervista alla ginecologa **Alessandra Cecchetto**

83 **FOCUS.
MALATI ONCOLOGICI TERMINALI**

84 **Cure palliative**

Gli Hospice a Venezia ed in Veneto
di **Salvatore Lihard**, del Coordinamento Cittadino a difesa della sanità pubblica

91 **FOCUS.
FARMACIE COMUNALI. STORIA DELLA FARMACEUTICA A VENEZIA**

92 **Ames Spa**

Le attività delle farmacie comunali
a cura di **Efstathios Tsuropolis**, Presidente di Ames Spa

98 **Storia della farmaceutica**

Il ruolo della Serenissima
di **Renato Vecchiato**, farmacista

Introduzione

a cura di

Maurizio Calligaro

*Capo di Gabinetto
del Sindaco di Venezia*

Questo terzo Quaderno della Salute, promosso dall'Ufficio Programmazione Sanitaria – Gabinetto del Sindaco del Comune di Venezia, si propone di fare un nuovo punto sulla situazione dei servizi sanitari e socio sanitari nel nostro territorio a partire dalle riflessioni di alcuni dei protagonisti di quel "sistema di relazioni, di quella "rete" che in un momento di grave difficoltà per la perdurante mancanza di risorse (sia degli Enti locali sia della Regione) può rappresentare una delle risposte più efficaci al bisogno di servizi efficienti, a tutela della salute dei cittadini.

Queste "riflessioni" si sono tradotte in alcuni forum e focus su temi di particolare rilevanza, cui hanno partecipato Ordini professionali, quello dei Medici, degli Infermieri, dei Farmacisti e rappresentanti delle Associazioni, del Sindacato, delle Istituzioni.

Il risultato non è una miscellanea di posizioni e di ragionamenti indistinti e tra loro scollegati, ma un convergere di valutazioni e di "segnali" (che a volte assumono la veste di vere e proprie proposte di lavoro) che testimoniano della necessità di un definitivo abbandono dell'ottica della separatezza e dell'autosufficienza tra i mondi del "sanitario" e del "sociale" ed, al tempo stesso, della vastità e della ricchezza delle forze che nel nostro territorio possono costituire i ponti ideali per questo collegamento.



E IL Croco ueramente noto à tutto il mondo. E' una pianta il Croco con foglie capigliose, lunghe, & strette, Croco, & sua
ellam. & hist. come quelle del Tragopogono, quantunque molto piu strette, & piu copiose, strate per terra, & morbide da toccare. Fiorisce il Croco, dopò l'equinotio dell'Autunno auanti, che metta fuori le foglie. Fa i fiori, come il Colchico, porporeggianti, & belli da vedere, dal mezzo de i quali escono alcune fila rosseggianti, & nella cima grossette à modo di tromba, con le quali escono dal medemo centro alcune linguette gialle, simili del tutto à quelle de gigli bianchi, & de' fiori del Colchico sudetto. Doppo a' fiori succedono le foglie, lequali non stimando punto il freddo, tutto il uerno uerdeggiano, & si perdono la primavera, di modo che la state mai non appaiono. Ha la radice Cipollina, circondata da diuersi inuogli, che nel nero rosseggiano, come si uede nelle radici del gladiolo. Cauansi di terra ogni quattro anni la Primavera; & serbansi ne i granai tutta la state, & ripiantansi poi nel principio dell'Autunno in terreni leggieri. Chiamasi (anchora che sta vocabolo Arabico) per tutta Italia, & massime in Toscana, Zaffarano; quantunque in molti Zaffarano. luoghi nel contado nostro di Siena si chiama egli Gruogo. Ma del Coriceo, nè di quello del monte Olimpo, à questi tempi, non se ne porta a noi, & imperò tiene il principato à Vinegia quello, che si porta dall'Aquila, città d'Abruzzo,

SEZIONE



**RUOLO
ED ATTIVITÀ
DELLA CONFERENZA
DEI SINDACI**

Le richieste del Comune di Venezia

La presa in carico della persona come garanzia
della salute dei cittadini

a cura di
Nicoletta Codato

Segreteria della Conferenza
dei Sindaci

Per informazioni
Segreteria Conferenza dei Sindaci
responsabile Dott.ssa Nicoletta Codato
S. Croce 502, Venezia
tel. 041 2747875
indirizzo e-mail:
conferenza.sindaci@comune.venezia.it

Il ruolo degli enti locali, nel governo delle politiche per la salute, si realizza attraverso la loro partecipazione a tutti i livelli di programmazione, sia regionale che locale, chiamati a dare un contributo fondamentale sia in ambito programmatico che di impegno e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute.

Per i cittadini risulta fondamentale il ruolo svolto dalla Conferenza dei Sindaci, organo presieduto dal Sindaco eletto quale Presidente della Conferenza, composto dai Sindaci o Assessori dei Comuni che afferiscono al territorio di competenza e dai vertici dell'Azienda Ulss.

Alla conferenza partecipano, su invito, il Direttore Generale e i vertici dell'Azienda Ulss.

La Conferenza costituisce la sede di rappresentanza degli enti locali territoriali all'interno della quale si provvede, con l'apporto di tutti i soggetti coinvolti, ed in coerenza con gli indirizzi regionali, alla definizione, nell'ambito della programmazione socio sanitaria, delle linee di indirizzo per l'impostazione delle attività dell'Azienda Ulss.

SEZIONE

La Conferenza è sede di consultazione ed impulso degli enti locali, di partecipazione ai processi decisionali in ambito sociale e socio sanitario, di verifica dell'andamento generale delle attività dell'Azienda Ulss.

La Conferenza è l'ambito in cui si provvede alla elaborazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali, si esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio, si delibera l'adozione dei provvedimenti in base ai quali l'Azienda Ulss assicura le prestazioni e i servizi di assistenza finanziati dai comuni.

In questo modo si cerca di garantire l'integrazione tra i Servizi Sociali, normalmente gestiti dai Comuni, e i Servizi socio sanitari gestiti dall'Azienda Ulss.

Compiti generali della Conferenza dei Sindaci

Il Sindaco di Venezia è presidente della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 12, che comprende anche i comuni di Cavallino-Treporti, Marcon e Quarto d'Altino.

La Conferenza dei Sindaci trova espressione con l'approvazione del decreto leg.vo 502/1992 che trasforma le Unità Sanitari Locali in Aziende socio sanitarie, dotate di personalità giuridica.

In parallelo alla modifica del titolo V della Costituzione e della modifica dell'art 118 della Costituzione, viene approvato il decreto legislativo 229/1999 e la L.R. 11/2001 che, in un'ottica di ricollocazione delle funzioni amministrative in chiave federalista e sussidiaria, istituisce la Conferenza Regionale permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio sanitaria e definisce i compiti della Conferenza dei Sindaci.

Nel decennio 1990-2000 la normativa regionale persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove, senza però definirla obbligatoria, la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Ulss.

La Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 12

La Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 12 ha adottato il modello dell'integrazione socio sanitaria con l'adozione del primo Piano di Zona approvato nel 2001, e dei successivi del 2005-2007 e 2007-2009, alla cui elaborazione hanno collaborato i gruppi di lavoro dei Comuni e dell'Azienda attraverso la costituzione dell'accordo di programma

La Conferenza dei Sindaci ha scelto di valorizzare il più possibile la gestione associata tra comuni e ha intrapreso la strada della cooperazione per l'esercizio associato di funzioni sia di carattere tecnico che amministrativo, in particolare nelle aree dei minori, degli adulti e dei disabili.

Considerato che la Regione assegna risorse finanziarie e incentivi per la gestione associata delle funzioni, così come per la promozione delle deleghe, la Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Ulss 12 ha adottato, con la formula della gestione associata, la progettualità nell'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza e dell'immigrazione. In particolare, vanno ricordati il Programma di integrazione sociale e scolastica, che si estende nella triennialità 2008-2009, e il completamento delle forme di gestione associata tra i Comuni in materia di minori, in particolare per le funzioni relative all'affidamento familiare e la solidarietà familiare sul territorio dell'Ulss 12 veneziana, così come richiesto dalla Regione Veneto (D.G.R. 1855 del 13.06.2006).

Gli impegni assunti in Conferenza dei Sindaci dal Comune di Venezia

Negli anni 2008-2009 la Conferenza ha approvato i Piani di settore e ha deliberato la distribuzione dei finanziamenti relativamente a:

- Piano Locale Infanzia, Adolescenza, Famiglia
- Piano Locale della Domiciliarità 2007-2009
- Piano Locale della Disabilità
- Piano Locale Non Autosufficienza.

La Conferenza dei Sindaci nella seduta del 29 ottobre 2008 ha approvato il documento su "Sanità veneziana: stato e prospettive", già approvato dal Consiglio Comunale di Venezia il 3 marzo 2008.

Il documento riconosce in premessa la specificità dell'area veneziana costituita da un territorio geomorfologicamente complesso e da una popolazione sempre più anziana, ed evidenzia alcune questioni su cui l'Azienda Ulss 12 deve fornire chiarimenti e precisare le linee di intervento:

- rapporti servizio pubblico con imprese private
- accessibilità ai servizi
- liste di attesa
- Ospedale dell'Angelo
- Ospedale di Venezia
- organizzazione dell'assistenza sul territorio e servizi territoriali
- Residenze Sanitarie Distrettuali
- Hospice oncologici
- servizio di Assistenza Domiciliare Integrato
- Riabilitazione
- Medicina Generale
- Dipartimento di Prevenzione

SEZIONE

- Distretti
- cure primarie
- Consultori Familiari
- Servizi di Salute Mentale
- Servizi di Prevenzione
- Centro Sanitario Polifunzionale del Lido
- trasporto ammalati.

La Conferenza dei Sindaci del 10 Luglio 2009

L'intervento di Massimo Cacciari, Sindaco di Venezia

Il Sindaco Massimo Cacciari, intervenuto alla riunione di Conferenza dei Sindaci del 10 luglio 2009, alla presenza di Sindaci e Assessori degli altri comuni, dei presidenti dei Comitati Sindaci di Distretto e dei vertici dell'Azienda Ulss 12 (Direttore Generale e Direttore Sociale) ha ribadito il ruolo e i compiti della Conferenza come sede di discussione, di concertazione, di definizione della politica socio sanitaria nel territorio, nonché di programmazione.

Le sue affermazioni sono state condivise dai rappresentanti degli altri comuni che hanno partecipato alla Conferenza.

Le priorità

Il Sindaco Cacciari ha ricordato le questioni che rivestono un carattere urgente e che meritano una risposta e un confronto:

- i Distretti ed il Programma delle Attività Territoriali (PAT);
- l'area Disabilità;
- l'area Anziani;
- il Registro RUR (registro unico residenzialità relativo alle lista di attesa per le case di riposo);
- l'area Salute Mentale ed il programma del Dipartimento Salute Mentale;
- lo stato di attuazione delle UTAP (Unità Territoriali Assistenza Primaria) e degli Studi Medici Associati;
- i dati sulle prestazioni e l'attività dei Servizi socio sanitari e sanitari;
- tempi delle liste di attesa per esami strumentali e prestazioni.

Raccomandazioni e richieste

Il Sindaco Cacciari ha ricordato i compiti della Conferenza circa l'espressione del parere sul PAT (Piano Assistenza Territoriale), ove per parere non si vuole intendere controllo, ma adempimento a quanto la legge attribuisce alla Conferenza stessa.

Il Sindaco ha ribadito che la collaborazione costituisce un elemento essenziale per lavorare insieme e che la stessa conoscenza dei programmi delle attività dell'Azienda Ulss 12 rappresenta un elemento fondamentale per favorire la collaborazione.

Sul tema dei Distretti ha ricordato l'importanza di tale organo come luogo delle cure primarie e dell'integrazione socio sanitaria e che, a fronte delle risposte di eccellenza e di trattamento delle acuzie fornite dall'ospedale, è necessario potenziare le cure del Distretto a livello di prevenzione e di cure post-dimissione ospedaliera.

Il Sindaco di Venezia ha chiesto di conoscere la distribuzione percentuale della spesa dell'Azienda Ulss 12 tra ospedale, servizi di Prevenzione e servizi territoriali, considerato che la Regione ha dato indicazione alle Aziende Ulss di investire il 5 per cento del bilancio sulla Prevenzione, il 50 per cento sui Servizi territoriali ed i Distretti ed il 45 per cento sull'ospedale.

Cacciari ha invitato tutti ad impegnarsi, affinché la Conferenza dei Sindaci diventi non solo il luogo del confronto, ma anche la sede autorevole delle decisioni e delle prese di posizioni da sostenere eventualmente anche in qualità di richieste da inoltrare alla Regione.

Infine il Sindaco ha auspicato l'avvio di tavoli tecnici per definire le attività e la programmazione dei servizi e il confronto e la concertazione sui temi socio sanitari che riguardano la città, salvaguardando e valorizzando le strutture di eccellenza presenti.

L'intervento di Sandro Simionato, assessore alle Politiche Sociali del Comune di Venezia

L'Assessore Simionato ha ricordato il lavoro finora svolto a livello dei Comitato dei Sindaci di Distretto e ha ribadito la necessità di conoscere il quadro complessivo della programmazione dell'Azienda Ulss 12 per valutare le modalità di risposte, i bisogni di salute e l'organizzazione dei servizi sanitari distrettuali, anche a fronte dell'entrata in funzione del nuovo Ospedale dell'Angelo.

Ha evidenziato le criticità specifiche di ciascun Distretto, ribadendo il ruolo fondamentale dei Comitati dei Sindaci di Distretto e ricordando che i Sindaci non hanno il compito di gestire la sanità, ma sono responsabili della salute dei cittadini.

SEZIONE

**L'INTEGRAZIONE
SOCIO
SANITARIA
TRA OSPEDALE
E TERRITORIO**

2

Integrazione socio sanitaria ed analisi dei bisogni concreti

Un forum con medici
di medicina generale e specialisti

***L**a scommessa da vincere è la tutela della salute pubblica nella città di Venezia. Una scommessa che, in tempi di crisi economica così grave, va affrontata insieme. "Il Comune di Venezia ormai da quindici anni fornisce ai cittadini servizi sociali di prima qualità, ma ora per riuscire a soddisfare la domanda di aiuto ed assistenza in continua crescita, è necessario puntare sempre di più su una rete di interventi integrati tra sociale e sanitario – spiega **Maurizio Calligaro, capo di Gabinetto del Sindaco e direttore della Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia.** - Il Sindaco rappresenta la massima autorità sanitaria locale, fa parte della Conferenza dei Sindaci dei Comuni compresi nel territorio dell'Ulss 12 ed è chiamato a funzioni di controllo e confronto sul funzionamento dei servizi sanitari, senza avere però nessuna gestione diretta su questi servizi. L'alto livello di assistenza sociale offerto ai cittadini veneziani può essere mantenuto solo se Comuni, Ulss 12, medici ed operatori sociosanitari lavoreranno sempre più in sinergia".*

Per informazioni

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Venezia
via Mestrina - Mestre Venezia
sito web: www.ordinemedicivenezia.it
tel. 041 989479

SEZIONE



*Una sfida condivisa anche da **Maurizio Scassola, presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia**, che, insieme ad alcuni rappresentanti del Consiglio dell'Ordine, ha accettato l'invito a partecipare al forum promosso dal Gabinetto del Sindaco di Venezia, dal titolo: "Quale cambiamento della medicina, della figura del medico e della continuità ed efficacia della cura nel nuovo assetto della sanità veneziana, a più di un anno dall'apertura a Mestre dell'ospedale dell'Angelo?"*

*Al forum, tenutosi a Ca' Farsetti, hanno partecipato anche: **Salvatore Ramuscello, chirurgo all'ospedale dell'Angelo; Giovanni Leoni, chirurgo all'ospedale civile di Venezia; Alberto Cossato, medico di medicina generale al Servizio di Continuità Assistenziale di Venezia; Paolo Regini, pediatra; Cosimo Tomaselli, presidente della Commissione Odontoiatri di Venezia; Ornella Pancino, medico dell'Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF) e membro della Commissione Pari Opportunità; Angelo Furian, psicologo responsabile del servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia.***

Dottor Scassola, quale bilancio ad un anno e mezzo dall'avvio dell'ospedale dell'Angelo?

Scassola: "Credo che, a più di un anno dall'avvio del nuovo ospedale dell'Angelo, sia molto importante confrontarsi senza pregiudizi. Quest'ospedale è senza dubbio l'evento più importante degli ultimi quarant'anni per la sanità della nostra città, ma dobbiamo avere una visione d'insieme dell'integrazione tra ospedale e territorio,

inserendo le nostre riflessioni in un contesto provinciale. La questione cruciale riguarda la continuità e l'efficacia dei percorsi di diagnosi, cura ed assistenza sul territorio nel suo complesso. L'ospedale è un nodo nevralgico, ma ovviamente non è l'unico. Solo la rete dei servizi sociosanitari può fornire tutte le risposte di cui i cittadini hanno bisogno".

Dalle cronache dei quotidiani sembra risultare che il Pronto Soccorso dell'Angelo con difficoltà risponde alle richieste dei pazienti...

Scassola: "Il Pronto Soccorso è un servizio delicato che presenta difficoltà per qualsiasi ospedale a livello nazionale. Dobbiamo tutti chiederci perché le persone si rivolgono in massa al Pronto Soccorso degli ospedali, anche per malesseri e patologie di fatto non gravi: si tratta di coloro che vengono definiti "codici bianchi". Certamente anche i cittadini vanno rassicurati ed educati nelle loro richieste che non devono sfociare nel "consumismo sanitario"; ma fermarci solo a quest'aspetto sarebbe banale. Noi tutti ci dobbiamo preoccupare della organizzazione e della sicurezza sia per gli operatori sia per i pazienti, il problema ci accomuna.

Tutelare la deontologia della professione e promuovere la formazione rientrano tra i principali compiti dell'Ordine dei Medici. Perché volete aprire il confronto anche sugli aspetti organizzativi della sanità? Quale influenza possono avere sulla vostra professione?

Scassola: "Ogni scelta organizzativa nella sanità ha una ricaduta sull'assistenza. Ecco

perché come Ordine riteniamo importante sviluppare sempre più la collaborazione con il Comune di Venezia che è, tra l'altro, una istituzione particolarmente sensibile ai bisogni dei cittadini.

Occorre una visione d'insieme ma anche strategica. La Regione Veneto sta progettando delle "Aree vaste" cioè delle grandi Ulss. Questa sembra la prospettiva in cui si sta delineando la nuova organizzazione della sanità.

Non possiamo dimenticare però che il sistema è di fatto socio sanitario e deve partire dall'analisi dei bisogni concreti della popolazione, sociali e sanitari.

È stato importante costruire il nuovo ospedale, ma occorre rilanciare l'assistenza sul territorio di cui i Distretti sono un fulcro essenziale. Inoltre sono ancora carenti servizi strategici come l'assistenza domiciliare, qui non abbiamo un sistema ottimale come in altre Ulss a noi vicine nelle quali si sono sviluppati modelli di assistenza che coprono l'intero arco settimanale. Investire nella continuità dell'assistenza offre non solo una risposta efficace ai bisogni, ma sicuramente ottimizza risorse umane e finanziarie".

Dottor Ramuscello, i medici allora che ruolo possono giocare di fronte alle nuove sfide della sanità veneziana?

Ramuscello: "I medici sono i protagonisti della sanità perché sono i massimi esperti del settore.

Noi gestiamo il bene più prezioso, la salute, perciò non possiamo permetterci di subire alcuna strumentalizzazione.

Come Ordine vogliamo sviluppare un confronto aperto con le istituzioni, ma dob-

biamo anche sempre tener presente che il nostro compito principale è garantire la massima qualità della prestazione medica, nella massima autonomia".

Lei è chirurgo all'ospedale dell'Angelo, come avete vissuto il primo anno e mezzo di attività all'interno del nuovo nosocomio?

Ramuscello: "Non c'è stato nessun cambiamento nel passaggio dall'ospedale Umberto I all'Angelo. I medici sono gli stessi e sono i medici a fare l'ospedale. Alcune criticità rilevate riguardano gli aspetti logistici della nuova costruzione che nulla hanno a che vedere con le prestazioni che forniamo.

Ora si stanno facendo alcuni interventi per migliorare gli spazi nei Poliambulatori. Mi sento di dire che in tempi di crisi, la finanza di progetto (*la partnership tra Regione e società private che ha permesso la costruzione dell'Angelo, ndr*) è l'unica possibilità che abbiamo per realizzare nuovi ospedali.

Vorrei tornare sulla questione del Pronto Soccorso e ribadire che si tratta di un problema delicato a livello europeo, non solo a Mestre all'ospedale dell'Angelo. Il fatto è che arrivano al Pronto Soccorso i "codici bianchi" che dovrebbero essere trattati altrove, sul territorio, non in ospedale. Piuttosto all'Angelo stiamo attrezzando un team di specialisti per affrontare i traumi gravissimi con un accesso immediato alla sala operatoria. Un servizio di questo tipo non c'è in altri ospedali.

L'ospedale dell'Angelo punta ad essere all'avanguardia. Il modello organizzativo dell'Angelo è comunque molto differente

SEZIONE



da quello che avevamo all'Umberto I. Lì ogni reparto era un'area a sé, mentre adesso all'Angelo vi è un'organizzazione condivisa che comprende Dipartimenti di cui fanno parte diversi reparti: ad esempio il Dipartimento Materno Infantile comprende Ginecologia, Ostetricia, Pediatria.

Esiste anche un blocco unico di Sale Operatorie per diverse specialità, ma si tratta di un cambiamento positivo, in linea con una visione più moderna della gestione dell'ospedale e che permette di avvalersi delle migliori tecnologie. Ecco perché penso che solo i medici possono valutare o meno l'efficienza dell'organizzazione sanitaria”.

Dottor Leoni, qual è la situazione all'ospedale civile di Venezia?

Leoni: Lavoro al San Giovanni e Paolo dal 1991 e conosco quest'ospedale da veneziano nato e cresciuto in questa città. L'Ospedale poteva contare anni fa su un notevole numero di posti letto. Oggi molte cose sono cambiate, anche perché è in atto una diminuzione demografica dei residenti in centro storico che comporta una conseguente riduzione dei posti letto e relativo personale sulla base degli standard regionali.

Certamente la vocazione del San Giovanni e Paolo è di ospedale per acuti, così è sempre stato vissuto dai veneziani. È necessario che vengano mantenuti i servizi indispensabili ai cittadini del centro storico e delle isole. L'età media è aumentata come la percentuale di anziani che vivono soli e dopo il ricovero la perdita della autosufficienza rende necessario trovare una sistemazione più o meno temporanea in adeguate

strutture di supporto.

La domanda di servizi è notevole in un territorio complesso e frammentato: a Venezia qualsiasi spostamento ha problematiche specifiche ben note.

Penso che l'Ospedale Civile debba adeguarsi alle esigenze dei tempi, alla destinazione di super specialità come Pet, Cardiocirurgia e Neurochirurgia all' Ospedale dell'Angelo, ma non deve perdere la sua peculiarità di punto di riferimento per i veneziani e per l'estuario.

Anche perché negli anni sono stati fatti investimenti dall'Azienda per questo ospedale: la convenzione con l'Università di Padova per i reparti di Medicina e di Chirurgia Generale, la costruzione di interi padiglioni nuovi il Semerani I e II con relativo Pronto Soccorso, Rianimazione e Blocco Operatorio multisala ed il progetto della ristrutturazione completa del padiglione Jona.

Il numero dei veneziani diminuisce, ma che dire della presenza degli stranieri? Questi ultimi rappresentano una nuova frontiera della domanda sanitaria?

Leoni: “A Venezia abbiamo due diverse componenti per la popolazione straniera: i turisti, anche molto ricchi, ed gli immigrati, anche molto poveri. Poi c'è la popolazione studentesca universitaria. Tutti questi sono nuovi utenti dell' Ospedale Civile di Venezia vanno a sommarsi ai residenti e presentano una domanda complessa per gli operatori sanitari, in particolare, per gli stranieri per motivi di lingua e problematiche sociali e assicurative.

Potrebbe essere utile in accordo con il Comune pensare ad ambulatori e servizi

specifici per gli stranieri, in particolare se viene evidenziato un impatto maggiore da parte di questa utenza anche per realtà come il Pronto Soccorso dell'Ospedale dell'Angelo.

Va tenuto conto infatti che rapportarsi con uno straniero richiede di base un tempo maggiore ai sanitari impegnati nell'assistenza, sia per problemi di lingua che di trasmissione delle informazioni, non solo per capire le motivazioni della richiesta di aiuto o la storia clinica, ma in tutti i successivi passaggi fino al consenso informato per esami, terapie, interventi chirurgici e relativa dimissione.

Dottor Cossato, quando è attivo il servizio di Continuità Assistenziale? Come siete organizzati sul territorio? Venezia centro storico pone specifici problemi visto anche la grande presenza di turisti?

Cossato: "Il servizio di Continuità Assistenziale (CA) è attivo ogni notte dalle 20 alle 8 del giorno successivo, sempre nei festivi e dalle 10 nei giorni prefestivi.

In situazioni come durante il ponte festivo del 1 maggio 2009, ad esempio, per quattro giorni di seguito la Continuità Assistenziale è stato l'unico servizio disponibile per chi non aveva necessità oppure non aveva intenzione di rivolgersi al Pronto Soccorso. Nel nostro territorio, oltre che a Mestre e a Venezia centro storico, altre sedi sono collocate in tutte le isole: Murano, Burano, Lido, Pellestrina ed inoltre Cavallino – Treporti.

A Burano e a Pellestrina, durante gli orari previsti, il medico di Continuità Assistenziale è l'unico a disposizione della popolazione per ogni esigenza sociosanitaria ed in

particolare il suo intervento diventa essenziale quando, durante la stagione invernale e con condizioni atmosferiche avverse, il servizio di Emergenza 118 ha serie difficoltà a raggiungere le isole più lontane.

Per monitorare il problema dell'eccessivo ricorso da parte dei cittadini al Pronto Soccorso era stato istituito, come osservatorio, un ambulatorio per "codici bianchi" all'ospedale Umberto I di Mestre. L'analisi dei dati raccolti per più di un anno conferma quanto da sempre affermato dai medici di medicina generale: nella maggior parte dei casi, si tratta di cittadini che vi si rivolgono spontaneamente, sperando in un trattamento più approfondito e di poter usufruire di esami strumentali e di laboratorio, non sempre urgenti, né necessari. A questa massa già critica si aggiungono poi i cittadini immigrati.

Nella sede di Venezia centro storico, dove i residenti, sempre meno numerosi, ma sempre più anziani, hanno problemi a muoversi (a causa di varie patologie o per sopravvenute difficoltà di deambulazione), i medici di Continuità Assistenziale, recandosi al domicilio dei pazienti, svolgono un apprezzato servizio alla popolazione.

Un problema che rimane a tutt'oggi irrisolto è la pressione delle richieste d'intervento, durante l'orario di servizio della Continuità Assistenziale, da parte dei turisti ospitati in città negli alberghi e nei numerosi Bed and Breakfast.

Il numero dei medici è proporzionale ad una popolazione di 60mila residenti e quindi 20 milioni di presenza turistiche l'anno levigano le pietre di Venezia, ma logorano anche i medici di Continuità Assistenziale.

SEZIONE



Dottor Regini, come è organizzata invece l'assistenza pediatrica, in particolare per le emergenze? Quale è la sua valutazione ad un anno e mezzo dall'avvio dell'ospedale dell'Angelo?

Regini: "Mi preme dire subito che per la Pediatria esiste un servizio di Continuità assistenziale (Guardia Medica Pediatrica). Il servizio è attivo nei giorni feriali dalle 10 alle 20 nello studio dei singoli pediatri secondo turni prestabiliti e nei giorni festivi e prefestivi dalle 9 alle 12 e dalle 15 alle 18 presso i poliambulatori dell'Ospedale dell'Angelo a Mestre e dell'Ospedale Civile a Venezia.

È vero però che questo sistema non ha permesso di sgravare efficacemente la pressione degli utenti sul Pronto Soccorso. Talvolta il caso visto dal pediatra nell'ambulatorio di Continuità assistenziale, viene poi visto anche dal Pronto Soccorso perché l'utente sente il bisogno di avere un parere ulteriore. Diciamo che la pressione sul Pronto Soccorso rappresenta un vero e proprio fenomeno psicosociale.

Per quanto riguarda poi l'assistenza pediatrica sul territorio e nel reparto di Pediatria dell'ospedale dell'Angelo, devo dire che siamo ad ottimi livelli.

Piuttosto, sono preoccupato come medico e come possibile paziente, per gli aspetti che riguardano l'assistenza agli adulti. Temo infatti una deriva dell'Angelo verso l'alta specializzazione e una diminuzione delle risorse complessive per l'assistenza ospedaliera di base. Da parte mia penso ancora che la vocazione dell'ospedale sia accogliere i pazienti per tutto il tempo necessario a curarli, senza dimissioni troppo rapide".

Dottor Tomaselli, qual è oggi la situazione dell'Odontoiatria? La salute orale è tenuta in conto dalle istituzioni?

Tomaselli: In quest'anno abbiamo osservato il persistere di un atteggiamento di disinteresse da parte delle istituzioni pubbliche per la salute orale della popolazione. L'assistenza odontoiatrica ha alcuni punti critici che sono anzitutto le urgenze, soprattutto nei fine settimana e nei periodi di ferie, l'assistenza ai disabili e nelle patologie sistemiche non compensate. Questa domanda di assistenza può trovare risposta solo presso strutture pubbliche, ma ha bisogno di un forte coordinamento con il territorio: di ciò al momento nessuno si fa carico, probabilmente perché gli odontoiatri del territorio sono praticamente tutti libero-professionisti, ma anche perché c'è un disinteresse di base da parte delle istituzioni.

Basti pensare che gli odontoiatri veneziani da più di dieci anni gestiscono un servizio di guardia odontoiatrica prefestiva e festiva per le urgenze, su base del tutto volontaria.

Voglio anche ricordare che sul sito dell'Ordine dei Medici (www.ordinemedicivenezia.it) nell'area Odontoiatri, è stato istituito un servizio per la reperibilità di odontoiatri nei periodi di ferie.

Un altro aspetto critico per la gestione della salute orale riguarda il costo delle cure odontoiatriche, la crisi economica e l'assistenza alle categorie svantaggiate. Sappiamo che nel bilancio del Comune di Venezia vi sono stanziamenti per le cure delle categorie svantaggiate.

Noi riteniamo che l'utilizzo di questi fondi sarebbe molto più efficace ed efficiente, se

venisse discusso in un tavolo con i rappresentanti della professione odontoiatrica. Tuttavia questi stanziamenti possono essere considerati come interventi straordinari, mentre il problema oggi è quello di pianificare interventi strutturali che consentano di ridurre i costi e quindi i prezzi delle prestazioni odontoiatriche.

Vale la pena osservare che questo è un problema in tutto il mondo sviluppato, tanto che negli Usa, a causa delle crescenti difficoltà delle assicurazioni sanitarie, assistiamo ad un aumento delle fasce di popolazione scoperte dal punto di vista odontoiatrico e anche recentemente i mass media hanno diffuso la notizia di decessi per patologie odontoiatriche non trattate.

Un tavolo di concertazione con gli enti locali sarebbe veramente auspicabile al fine di identificare modalità di intervento coordinato, stabile e non estemporaneo per affrontare un problema che con il tempo può solo aggravarsi.

Non ultimo problema il cancro della bocca: nel Veneto rappresenta il quarto tumore come incidenza tra gli uomini e l'ottavo tra le donne, e risulta in crescita soprattutto tra queste ultime.

La prevenzione e lo screening di questa patologia si trovano in un'area grigia di cui nessuno sembra interessarsi e crediamo che non possa trovare alcuna soluzione senza un coinvolgimento attivo dell'Ordine dei Medici e degli odontoiatri libero-professionisti del territorio.

Dottor Scassola, cosa significa investire nell'analisi dei bisogni sanitari della popolazione? Oggi si tratta di una priorità?

Scassola: "Rispondo con una ulteriore

domanda: su cosa basiamo i nostri interventi, se non conosciamo i bisogni? Direi che l'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione è di fondamentale importanza.

Oggi la politica sanitaria della Regione punta alle eccellenze ospedaliere, ma non possiamo dimenticare quanto sono importanti gli investimenti per l'assistenza sul territorio, per interventi di primo livello.

L'assistenza territoriale non è affatto un modello superato, anzi potrei dire che si tratta di un modello avanzato, di cui andare orgogliosi, che può offrire grandi opportunità nel campo della prevenzione primaria (interventi sugli stili di vita, riduzione delle fonti inquinanti, ecc.) e secondaria (diagnosi precoce delle patologie). Dobbiamo mirare a interventi che soddisfino i bisogni reali, specifici della popolazione della nostra città.

Credo che in questo senso la collaborazione con il Comune di Venezia ci stia portando a realizzare un programma all'avanguardia a livello nazionale.

Mi riferisco in particolare al progetto CO.ME.FARE nel quale abbiamo messo in rete gli archivi di medici di medicina generale della terraferma, centro storico ed isole, incrociando questi dati con le informazioni sociali in possesso del Comune. Questo è un modo concreto per capire come sta la popolazione e attuare le risposte più urgenti".

Dottorssa Pancino, ha senso investire sulla prevenzione di alcune malattie come il cancro?

Pancino: "Per alcuni anni ho lavorato al Servizio Prevenzione dell'Ulss 12, in parti-

SEZIONE



colare mi sono occupata delle campagne di screening oncologico per la diagnosi precoce dei principali tipi di tumore. Si tratta di azioni di straordinaria importanza anche perché intervenire precocemente quando le patologie sono allo stadio iniziale, non solo permette di ridurre la mortalità e l'incidenza, e di conseguenza di guadagnare molti anni di vita, ma anche, grazie alla precocità della diagnosi, di mettere in atto trattamenti più conservativi, migliorando la qualità dell'esistenza.

La crisi economica rischia di cancellare l'impostazione della medicina come prevenzione primaria e secondaria delle malattie, dobbiamo invece difendere questo approccio certamente perché è etico, ma anche perché potrebbe, a lungo termine, essere efficace per il contenimento dei costi sociali delle malattie.

Dottor Ramuscello, gli interventi di alta specializzazione sanitaria hanno comunque bisogno di un supporto in termini di assistenza socio sanitaria sul territorio?

Ramuscello: "Posso partire dalla mia esperienza diretta. Sicuramente il mio reparto di Chirurgia all'ospedale dell'Angelo potrebbe fare un maggior numero di interventi, se non vi fosse il problema dei tempi delle dimissioni che a volte sono troppo lunghi.

Oggi infatti diventa difficile dimettere velocemente un paziente, perché sul territorio non vi sono ancora tutti quei servizi necessari alla sua presa in carico nella fase post-operatoria.

Anche la famiglia spesso latita e non si assume responsabilità dirette.

Occorre dunque avviare strategie di colla-

borazione con il Comune, con i servizi sanitari territoriali e con gli altri ospedali della provincia.

Dottor Furian, quali sono le attività dell'Ufficio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia? L'impegno sul fronte socio sanitario è una priorità in questo momento?

Furian: "L'Ufficio Programmazione Sanitaria fa parte del Gabinetto del Sindaco, con i propri tecnici è accanto al cittadino e cerca di aiutarlo prima di tutto fornendo ogni informazione utile. Abbiamo anche dato vita alla Consulta per la Tutela della Salute che raccoglie una novantina di associazioni sociosanitarie che hanno un dialogo aperto e fattivo con l'Amministrazione Comunale.

Il progetto CO.ME.FARE poi, come è già stato detto, apre nuove frontiere per l'intervento sociosanitario, partendo dall'analisi di dati concreti e reali.

In questo modo nel tempo sarà possibile costruire una mappa della salute di ogni quartiere della città, andando ad analizzare fattori di rischio e possibili interventi mirati.

Il ruolo del Comune di Venezia si gioca anche nella Conferenza dei Sindaci che rappresenta per eccellenza l'organo di confronto con i vertici dell'Ulss 12.

Dottor Scassola, si sta tentando anche di dar vita ad un nuovo modello della Medicina Generale sul territorio?

Scassola: "Stiamo attuando con il Comune di Venezia nuove forme di presenza della Medicina Generale sul territorio. Il Comune ci aiuta a trovare spazi adeguati per

gruppi di medici di famiglia che possono costituire un presidio importante per le diverse aree del nostro territorio, realizzando così con maggiore efficacia il proprio ruolo.

È assolutamente necessario aprire degli spazi di confronto e di comunicazione tra operatori dei servizi socio sanitari, portatori di interesse, il Sindaco ed il Direttore Generale dell'Ulss 12. I cittadini hanno bisogno di risposte adeguate che possono scaturire solo da un confronto senza pregiudizi, a partire dai dati reali, per cercare insieme le soluzioni migliori. Anche i Quaderni della Salute sono una buona occasione per riflettere insieme.

Dottor Calligaro, la crisi sta cambiando la nostra città? Si riuscirà a far fronte alle pressanti richieste dei cittadini?

Calligaro: "Bisogna tenere conto non solo della crisi economica, ma anche della crisi strutturale della società che presenta una famiglia disgregata e relazioni sociali frammentate. Il quadro mostra dunque una popolazione sempre più fragile. Forse è in questo contesto che va letta anche la richiesta pressante di aiuto rivolta al Pronto Soccorso, anche per patologie in sé non gravi. Le persone hanno bisogno di essere accolte ed ascoltate.

Il Comune di Venezia deve tener conto di questa situazione e mettere in campo tutti gli interventi possibili. I nostri finanziamenti per i servizi sociali sono già altissimi e non sarà possibile aumentare ancora gli investimenti. Adesso è il momento di mettere in moto sinergie concrete ed efficaci, non c'è altra strada possibile. Il compito del Comune non è di sovrapporsi all'Ulss, ma

piuttosto di diventare un interlocutore d'eccellenza per coordinare gli interventi in rete e promuovere strategie sociali d'insieme. Per noi è imprescindibile l'analisi dei bisogni: l'integrazione degli interventi sul territorio deve mettere sempre al centro i cittadini e le loro concrete necessità.

Favorire la collaborazione tra gli attori della sanità per interventi efficaci

intervista al Presidente
Luigino Schiavon

“È sotto gli occhi di tutti come la sanità stia cambiando: dal tempo in cui i valori fondamentali dichiarati erano equità, solidarietà e universalità ad oggi, ove sempre più spesso si parla di sostenibilità economica – spiega **Luigino Schiavon, presidente del Collegio degli Infermieri di Venezia**. - È chiaro a tutti come le mutate condizioni economiche, sia del sistema che del singolo cittadino, impongano scelte di priorità nell'utilizzo delle risorse. Si tratta tuttavia di una trasformazione non dichiarata, che rischia di divenire pericolosa nei suoi effetti soprattutto per le fasce di popolazione più esposta, per i più deboli.

Un tempo, e neanche tanto tempo fa, sembrava che la sanità potesse utilizzare fondi senza limite; ne era conseguita una proliferazione di ospedali, la prescrizione di esami costosi garantiti, anche se talvolta inappropriati, ecc.

Era il tempo delle “vacche grasse”, ma anche il tempo in cui sono giunti agli onori della cronaca i primi scandali: dal “Pio

Albergo Trivulzio" alle valvole cardiache difettose, dalle ricette emesse in favore di pazienti in realtà deceduti a ospedali costruiti per rimanere poi inutilizzati.

In un momento di trasformazione della sanità e di limitati budget economici, quali obiettivi vi ponete come Collegio Infermieri?

Dalla fase di alcuni anni fa quando si poteva contare su una disponibilità notevole di investimenti, si passa ora, a causa anche della crisi globale dell'economia, ad un taglio radicale di fondi e a una cospicua limitazione di risorse da destinare alla sanità. Da ciò deriva la percezione di un sistema non più di garanzia e tutela del cittadino, ma quasi, utilizzando un paradosso, di garanzia e tutela del sistema stesso. Si va delineando quindi una trasformazione della sanità che mette in discussione i valori stessi del sistema salute.

In questo contesto il Collegio degli infermieri (IPASVI) si sforza di tenere a cuore la questione cruciale della Salute, in un ambito definito da norme deontologiche, costruendo con infermiere ed infermieri spazi e prospettive di sviluppo professionale, ma soprattutto riportando il cittadino con i suoi bisogni sociosanitari al centro dell'agire sociale e professionale. Il Codice deontologico, modificato ed approvato nei primi mesi del 2009, sottolinea con forza questo elemento e lo rende una "guida" per il professionista infermiere ed una "carta dei diritti" del malato.

Che evoluzione ha avuto in questi anni la vostra professione? Quali prospettive si aprono?

Un'altra importante trasformazione avvenuta

in questi anni è di segno positivo. L'infermiere ha smesso di essere operatore subalterno, ma è diventato professionista autonomo, laureato, responsabile dei processi assistenziali.

Si tratta di un grande cambiamento che, come tale, comporta indubitabili difficoltà di gestione, sia interne al gruppo professionale nel ridefinire una modificata identità, che nel rapporto con gli altri operatori della sanità.

Gli obiettivi che la rappresentanza istituzionale della professione infermieristica si è posta si possono riassumere in alcune parole chiave: cittadino, competenza, valorizzazione e crescita.

Il **cittadino** rappresenta il soggetto a cui l'infermiere rivolge tutte le attenzioni al fine di ridurre i disagi dovuti ad uno stato di salute compromesso, intervenendo sui bisogni primari.

Per fare questo l'infermiere utilizza la **competenza** determinata da evidenze scientifiche, linee guida e procedure, approfondimenti e discussione critica. Ciò permette di agire in sicurezza per il paziente e, al contempo, di mettere in atto quanto possibile per ridurre i disagi causati dalla malattia.

In questo ruolo di professionista responsabile, l'infermiere deve emanciparsi da retaggi culturali e organizzativi e affermare, a tutti i livelli, il proprio ruolo come centrale rispetto ai bisogni dei cittadini e determinante nei processi assistenziali. La **valorizzazione** del ruolo infermieristico deve aver luogo non solo negli ospedali, anche nei servizi territoriali e, non ultimo, all'interno della "società civile", sempre pronta ad innamorarsi di modelli cinema-

SEZIONE



tografici della sanità piuttosto che della sua essenza vera. Anche le istituzioni si mostrano ancora poco inclini a confrontarsi con la nostra rappresentanza professionale che è invece essenziale per delineare strategie che tengano insieme di tutti gli attori della sanità.

Un percorso, quello evidenziato, che deve vedere gli infermieri crescere in tutti gli ambiti, sia attraverso la realizzazione di processi di formazione - di base e continua -, che attraverso l'impegno sociale, l'assunzione di responsabilità all'interno delle strutture sanitarie e socio sanitarie, l'impegno per portare il proprio contributo anche all'interno delle istituzioni.

Come valutate il nuovo assetto della sanità veneziana ad un anno e mezzo dall'avvio dell'ospedale dell'Angelo?

Partendo dalle considerazioni generali già espresse si può tentare di comprendere come si stia radicalmente trasformando la sanità nel veneziano. Il nuovo ospedale di Mestre è la dimostrazione più eloquente del cambiamento in atto: un tempo, fino a quindici, venti anni fa, Venezia aveva un numero enorme di strutture sanitarie, peraltro eredità di quella che era stata la "grande Sanità" della Serenissima. Sulla scorta dei mutamenti sociali si sono modificati i bisogni, passando dalla necessità di strutture a quello di servizi: dai consultori all'assistenza ai lavoratori, dalle nuove necessità sociali alla gestione delle nuove migrazioni.

L'ospedale dell'Angelo nasce in questo contesto: il vecchio "Umberto I" rappresentava l'ospedale dei mestrini, l'ospedale nuovo quello dei cittadini. È stata persa quella

parte di ospedale che era luogo di incontro, per giunta a tutti molto accessibile.

È stato realizzato un ospedale che dovrebbe garantire cure tempestive e di elevata qualità.

Un cambiamento che non è pianificabile, ma che va costruito passo passo con il contributo di tutti, dai cittadini alla Direzione Generale.

Ci sono e si evidenzieranno problemi strutturali, organizzativi, gestionali e forse anche economici, ma lo spirito con cui gli infermieri hanno affrontato questo grande cambiamento è stato di assoluta responsabilità, accompagnata dalla piena consapevolezza che è fin troppo facile difendere privilegi, ma ben più complicato garantire i diritti dei nostri cittadini.

Non è stato semplice questo adeguamento, né lo è tuttora, e molti sono ancora gli ambiti ed i servizi in cui è necessario intervenire, comprendendo quanto sia importante ricercare le soluzioni migliori.

È però necessario ritornare alla centralità dei "Valori" senza che siano vincolati al solo e mero calcolo economico. Il giusto equilibrio sarà raggiunto quando saranno i cittadini l'"Ago della bilancia".

Come operano oggi gli infermieri all'ospedale dell'Angelo che richiede una organizzazione del lavoro tra reparti, diversa da quella praticata all'Umberto I?

Nei primi tempi di avvio dell'Angelo, sicuramente la mancanza di personale infermieristico ed operatori socio sanitari pesava molto.

Successivamente, in seguito ad assunzioni e a riorganizzazioni interne, sono arrivate forze nuove che permettono di esercitare

la nostra professione in modo meno pesante, con più tranquillità, potendo anche godere dei riposi spettanti e con minor utilizzo dello straordinario. Attualmente si sta completando la nuova dotazione organica del personale del comparto, il metodo utilizzato fa riferimento a leggi e modelli italiani che altre Regioni già applicano per calcolare il fabbisogno del personale, suddiviso per intensità di cura e complessità assistenziale.

La riorganizzazione del modello assistenziale, pianificata dal Servizio Infermieristico e sperimentata in alcune Unità Operative prima del trasloco, ha reso meno difficile il cambiamento. Il modello organizzativo è moderno, ma non ancora equilibrato tra tutte le Unità Operative, offre una assistenza più mirata alla persona, grazie anche alla struttura che offre camere spaziose da uno o due letti al massimo, tutte con bagno e migliori servizi per il personale (depositi per materiali e magazzini). Il personale ha fatto grandi sforzi (ponendo anche qualche resistenza) per adattarsi al cambiamento e modificare il metodo di lavoro. I reparti sono stati dotati di nuove tecnologie sia strumentali che organizzative, che rendono più agevoli molte operazioni.

E come giudicate la situazione degli infermieri all'ospedale civile di Venezia?

Diverse sono le valutazioni necessarie per l'ospedale civile di Venezia, che dimostra tutta la "fragilità" tipica di questa città. La difficoltà nel trovare personale infermieristico espone questa struttura al rischio, pressoché costante, di trovarsi sotto organico. Vanno individuate strategie comuni

tra Azienda Sanitaria, Comune di Venezia e associazioni di categoria per garantire la miglior qualità e sicurezza possibile, ipotizzando ad esempio incentivi e facilitazioni al personale che sia disponibile a trasferirsi, anche temporaneamente, presso la città lagunare.

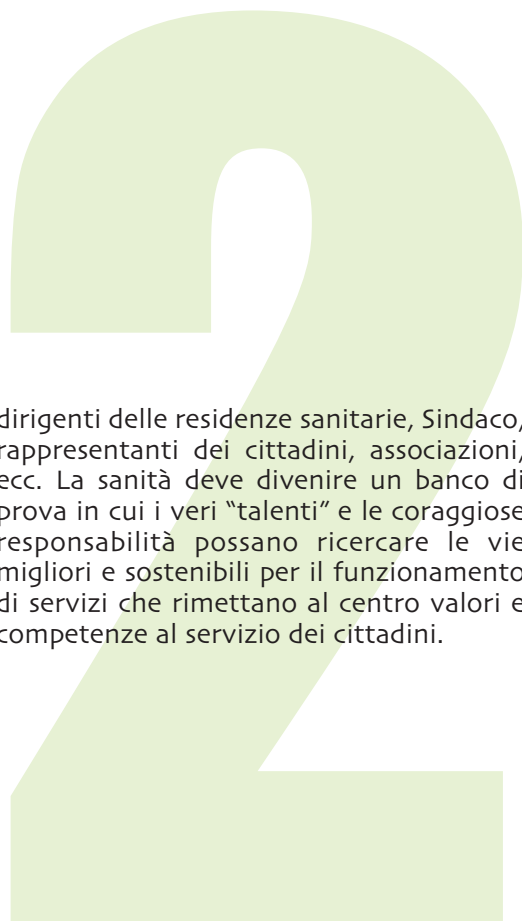
È importante l'integrazione tra ospedale e servizi del territorio? Quale è la situazione a Venezia ed in terraferma? A che punto siamo con l'integrazione socio sanitaria?

La gestione dei servizi territoriali e l'integrazione tra le strutture ospedaliere sono l'anello debole del sistema nel suo complesso. Durante lo scorso anno il trasferimento all'ospedale dell'Angelo ha necessariamente richiesto risorse e mutato le priorità. L'integrazione sociosanitaria deve riguadagnare centralità ed essere ripotenziata, in termini di risorse da investire e di personale.

Devono essere avviati servizi, sperimentando anche nuove opportunità ed individuando nuovi attori di sistema. Inserire le farmacie nell'ambito dei servizi territoriali, prevedendo di avvalersi anche di personale infermieristico può significare un riavvicinamento alla capacità di dare risposta ai bisogni di salute alla popolazione. Ciò significa inoltre valorizzare tutte le risorse disponibili. Il potenziamento delle attività territoriali deve comprendere anche la prevenzione primaria: nelle scuole, negli ambienti di lavoro, nei centri di aggregazione, tra gli immigrati.

Una sottolineatura speciale deve essere riservata alla residenzialità, alle case di riposo. In queste strutture sempre più

SEZIONE



spesso viene utilizzato personale di cooperative o simili, reclutando infermieri stranieri. Un mercato che sempre più indebolisce di risorse professionali i paesi di origine e sempre meno garantisce continuità di assistenza ai nostri anziani.

Vi è la consapevolezza che questi colleghi sono indispensabili, ma al contempo è necessario sviluppare scenari in cui vi sia un maggior rispetto "etico" di questi professionisti, oltre che un giusto riconoscimento economico.

Ritenete necessario il dialogo con le altre categorie dei professionisti della salute? È importante il confronto con le istituzioni, in particolare con il Comune di Venezia?

Per poter ipotizzare un sistema che riconsideri "i valori" come riferimento, è necessario che vi sia condivisione di intenti. Non sempre ciò è possibile, se viene data priorità alla difesa di interessi specifici. Il percorso non è semplice e neppure veloce; si tratta però di una scommessa per realizzare la quale gli infermieri stanno approfondendo tutto il loro impegno, fatto salvo il riconoscimento della propria autonomia e specificità professionale, nonché della propria responsabilità specifica nei processi assistenziali e organizzativi.

Si possono aprire orizzonti formidabili, se con l'Ordine dei Medici, con l'Ordine dei Farmacisti ed altri soggetti, si riescono a mettere in moto sinergie concrete, superando vincoli e steccati inattuali ed ormai retaggio del passato.

Dialogo è la parola chiave tra categorie di professionisti, ma anche con chi ha il compito di governare: Direttore Generale, i

dirigenti delle residenze sanitarie, Sindaco, rappresentanti dei cittadini, associazioni, ecc. La sanità deve divenire un banco di prova in cui i veri "talenti" e le coraggiose responsabilità possano ricercare le vie migliori e sostenibili per il funzionamento di servizi che rimettano al centro valori e competenze al servizio dei cittadini.

Farmacie, presidio sanitario in sinergia con Ulss e Comune

colloquio con Mauro Buccetto e Renato Vecchiato

Mauro Buccetti e Renato Vecchiato sono membri del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti di Venezia. A loro abbiamo chiesto di illustrare i compiti fondamentali della professione e di confrontarsi sulla prospettiva di una sempre maggiore valorizzazione del ruolo delle farmacie in sinergia con le strutture sanitarie del territorio. L'Ordine professionale dei Farmacisti è l'ente pubblico che garantisce ai cittadini i requisiti di professionalità e la correttezza del comportamento degli iscritti. Il Codice deontologico è lo strumento di riferimento dell'Ordine professionale e raccoglie le norme e i principi posti a garanzia del cittadino, della collettività e a tutela dell'etica, della dignità e del decoro della professione del farmacista. Tutti i farmacisti iscritti all'Albo sono tenuti a conoscere e osservare le norme e i principi contenuti nel Codice deontologico.

Quali sono i doveri del farmacista?

Il farmacista deve rispettare i principi del giuramento professionale; operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita; nonché osservare gli indirizzi di natura professionale e deontologica enunciati dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti e dall'Ordine di appartenenza.

Inoltre il farmacista, nella sua qualità di operatore sanitario, collabora con le autorità aiutandole nel raggiungimento dei loro obiettivi istituzionali.

Ed ancora il farmacista partecipa a campagne di prevenzione e di educazione sanitaria promosse o organizzate dalle Autorità di concerto con la Federazione Nazionale degli Ordini dei farmacisti o con l'Ordine provinciale. I farmacisti iscritti all'Ordine provinciale di Venezia attualmente sono circa mille.

Qual è oggi il ruolo del farmacista e come si è evoluto negli anni?

La dispensazione del medicinale è un atto

Per informazioni

Ordine dei Farmacisti di Venezia
via delle Industrie 19/B int 19
30175 Marghera Venezia - tel. 041 5385506
sito web: www.farmacistivenezia.it

SEZIONE



sanitario, a tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del paziente. La dispensazione e la fornitura di qualunque medicinale sono prerogativa esclusiva del farmacista, che assolve personalmente a tale obbligo professionale e se ne assume la relativa responsabilità.

Nei secoli con lo sviluppo della tecnologia, delle conoscenze mediche, della chimica farmaceutica, il farmacista ha gradatamente perso il ruolo di unico preparatore, accentrando la propria funzione, insostituibile, nella cura e tutela della salute del cittadino, nella dispensazione del farmaco e nell'insegnamento del suo corretto uso.

Quale potrebbe essere il ruolo delle farmacie per una medicina del territorio sempre più efficiente?

Come conseguenza dell'evoluzione stessa della società, da tempo si avverte la necessità di rivedere la funzione della farmacia, e delle regole che la definiscono. L'obiettivo è volto a soddisfare nuove e più ampie esigenze, utilizzando meglio le potenzialità di una struttura professionalmente qualificata, supportata dagli strumenti che la tecnologia moderna offre in una "sussidiarietà orizzontale" nel territorio con il Sistema Sanitario Nazionale.

A conferma di ciò rileviamo che " Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 2 ottobre scorso, ha varato in via definitiva il decreto legislativo in materia di "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale". Si ricorda che i servizi che potranno essere offerti dalle farmacie riguardano:

- la **partecipazione al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata**;
- la collaborazione a iniziative finalizzate

a garantire il **corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio**;

- l'erogazione di servizi di primo livello, rivolti cioè alla generalità della popolazione, con partecipazione a **programmi di educazione sanitaria e prevenzione**, previa formazione dei farmacisti;
- l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione medica, tra i quali anche le **analisi di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo** con esclusione dell'attività di prescrizione e diagnosi e di prelievi tramite siringhe o dispositivi equivalenti;
- la **prenotazione di prestazioni ambulatoriali**, con pagamento del ticket e ritiro del referto.

La possibilità di erogare nuovi servizi remunerati dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN), secondo regole definite nell'ambito della Convenzione Farmaceutica nazionale, costituisce un'importante opportunità di rilancio del ruolo della farmacia quale primo presidio sanitario integrato nel SSN, in grado di rispondere in modo adeguato alle esigenze della collettività. Successivamente le modalità operative saranno definite tra le parti in ambito regionale. Questi servizi dovranno costituire un vantaggio sicuro per il cittadino e un ampliamento dell'assistenza sul territorio.

Quali servizi specifici offrono oggi le farmacie?

Rileviamo che progressivamente nel tempo si è sviluppata l'area dei servizi in farmacia compatibilmente ai limiti e agli spazi concessi dalla legge e all'iniziativa del

singolo farmacista. Citiamo i più diffusi:

- misurazione della pressione, della glicemia, del colesterolo;
- test per l'Elicobatterio e per la ricerca del sangue occulto;
- prenotazione delle visite e analisi nelle strutture delle Ulss;
- disponibilità di defibrillatore, spirometro (previa abilitazione all'uso con frequenza a corsi istituiti dall'Ulss), e holter pressorio.

Le farmacie inoltre partecipano alla Farmacovigilanza, attraverso la segnalazione al Ministero della Sanità delle reazioni avverse da farmaco

Questo è anche in perfetta sintonia con l'attuale indirizzo di decentrare in modo equilibrato nel territorio una serie di servizi sanitari di base, riservando ai centri ospedalieri i servizi ad elevato contenuto specialistico. In quest'ottica la farmacia nel territorio si presenta struttura collaudata, che può dare un valido aiuto al Sistema Sanitario Nazionale, integrandolo per un miglior servizio al cittadino.

Come contribuiscono le farmacie alle campagne di informazione sanitaria?

Dobbiamo ritenere ormai consolidata la collaborazione in atto tra aziende Ulss, Regione e la rete delle farmacie per diffondere informazioni di educazione sanitaria sul territorio attraverso una distribuzione capillare di depliant o cartelli informativi su tematiche legate a iniziative specifiche o a patologie stagionali o straordinarie.

Aggiungiamo che spesso queste collaborazioni sono realizzate anche con le associazioni di volontariato e di assistenza sanitaria organizzate nel territorio.

In poche ore e a costo zero, ogni farmacia può mettere a disposizione la propria vetrina, gli spazi all'interno della farmacia, e anche personale tecnicamente preparato per trasmettere messaggi di educazione sanitaria o promuovere iniziative utili per migliorare l'assistenza e la tutela della salute del cittadino.

Crediamo che la collaborazione in tale ambito debba essere sostenuta vista la facile sostenibilità e diffusione dei messaggi e la garanzia e il controllo della qualità delle informazioni.

Qual è, a vostro giudizio, la situazione dei servizi sanitari nel veneziano, in particolare ad un anno e mezzo dall'entrata in funzione del nuovo Ospedale dell'Angelo?

È comprensibile che nelle fasi di transizione che coinvolgono la trasformazione delle strutture di assistenza, si possano acuire in alcuni servizi particolari disfunzioni e disagi, per cui è opportuno arrivare ad eventuali valutazioni dopo una attenta analisi complessiva e in tempi appropriati. Si ritiene preferibile evitare valutazioni superficiali, affrettate e soggettive. Crediamo che tale compito possa essere assolto attraverso indagini accurate e con standard di riferimento specifici ed omogenei.

Come è stata vissuta in centro storico l'apertura dell'ospedale dell'Angelo? Che ricadute ha avuto?

Ovviamente possiamo dire che è aumentata la scomodità per i cittadini del centro storico che devono recarsi all'Ospedale dell'Angelo. Il servizio trasporti per il nuovo ospedale appare ancora inadeguato, per

SEZIONE



chi deve raggiungere l'Angelo dal centro storico o dalle isole. Preoccupa anche la mancanza di adeguati investimenti sull'Ospedale Civile di Venezia. Ed anche in questo riemergono le problematiche legate alla particolare struttura del centro storico di Venezia, che la rendono unica al mondo, ma che necessita di essere amministrata con criteri specifici.

L'ospedale Civile infatti resta il riferimento principale per la salute del cittadino di Venezia e non solo. Considerando l'alto afflusso di turisti, sarebbe importante creare dei punti di Primo Soccorso in alcune zone cruciali nel centro storico: ad esempio alla Stazione ferroviaria di Santa Lucia o in Piazza S. Marco.

Le farmacie del centro storico veneziano e delle isole sono un punto di riferimento per il cittadino e per il turista, svolgono funzioni di interfaccia anche con i servizi sanitari. La nuova legge potrà costituire un importante punto di riferimento per lo sviluppo programmato, in armonia con l'azienda Ulss, di un'assistenza arricchita di nuove potenzialità e diffusa nel territorio. In ogni caso Venezia, Mestre, Marghera, hanno esigenze completamente diverse, ma una sola necessità: avere una risposta rapida per le piccole patologie e ottenere riferimenti utili per essere ben indirizzati nei problemi di salute più importanti.

La chiusura dell'Ufficio Prenotazioni in centro a Mestre ha provocato delle ripercussioni anche sulle richieste rivolte alle farmacie?

La chiusura del Centro Prenotazioni a Mestre è stata inaspettata e difficilmente spiegabile. Abbiamo notato un aumento

delle richieste di prenotazioni, in quanto lo stesso personale della Ulss 12 invia i pazienti alle farmacie. Tuttavia le farmacie non possono soddisfare tale richiesta di servizio di prenotazione poiché non sono collegate al sistema: da molto tempo il personale tecnico addetto dell'Ulss 12 afferma che il sistema ha una capacità limitata di sopportare i flussi, e le richieste di allacciamento da parte delle farmacie sono rimaste inevase.

In una città in cui "Cablatrice wireless e banda larga" sono una realtà, ci pare che tutto ciò sia incoerente e fonte di interrogativi. Ci auguriamo che a tempi brevi si arrivi ad una soluzione adeguata affinché le tecnologie di comunicazione già a disposizione, possano essere usate a servizio del cittadino più debole e bisognoso perché malato.

Ritenete importante la collaborazione con il Comune di Venezia, in particolare con il Gabinetto del Sindaco?

Ci pare di notare un sensibile calo della fiducia tra cittadino, istituzioni e professioni compresa la nostra; si tratta di una deriva molto pericolosa. Riteniamo importante stabilire rapporti di dialogo e collaborazione e fiducia reciproca, se meritata, con tutte le istituzioni, in particolare con il Comune di Venezia, con il Sindaco e il suo Gabinetto, come occasione per sviluppare migliori sinergie e migliori servizi in città.

ATTIVITÀ 2008-2009 REALIZZATE NELLE FARMACIE

Nel corso del 2008 e del 2009 le farmacie dell' Azienda Ulss 12 hanno contribuito ad informare la popolazione. Le iniziative hanno visto l'esposizione di cartelli e spesso la distribuzione di pieghevoli informativi ai cittadini.

2008

- INIZIATIVA ADAM - ASSOCIAZIONE DISTURBI ALIMENTARI MESTRE
- INIZIATIVA ALZHEIMER VENEZIA
- INIZIATIVA ASSOCIAZIONE PARKUNSONIANI
- INIZIATIVA ASL 12 - INCONTRO SUL TEMA TUMORE AL COLLO DELL'UTERO
- INIZIATIVA IP.AS.VI. VENEZIA - GIORNATA INTERNAZIONALE INFERMIERE
- INIZIATIVA C.T.D.M. MIRANO - CENTRO TUTELA DIRITTI MALATO
- INIZIATIVA GIORNATA MONDIALE IPERTENSIONE ARTERIOSA
- INIZIATIVA ASL 12 - ONDATA DI CALORE
- INIZIATIVA ASSOCIAZIONE ALZHEIME - GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER
- INIZIATIVA I.R.E. - ISTITUZIONI DI RICOVERO ED EDUCAZIONE INFORMA ANZIANI
- INIZIATIVA A.M.I.C.I - ASSOCIAZIONE MALATTIE INFIAMMATORIE CEONICHE DELL'INTESTINO

2009

- INIZIATIVA ASL 12 SCREENING MAMMOGRAFICO E PAP TEST
- INIZIATIVA ALZHEIMER
- INIZIATIVA ANTICO OSPEDALE DELLA PIETÀ - CULLA SEGRETA
- INIZIATIVA ASL 10 - CAMPAGNA PREVENZIONE DEL TUMORE DELL'INTESTINO
- INIZIATIVA REGIONE VENETO - GIORNATA MONDIALE SENZA TABACCO
- INIZIATIVA REGIONE VENETO - CONTRASTO E PREVENZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE
- INIZIATIVA ASL 10 - SCREENING COLON RETTO IN FARMACIA
- INIZIATIVA ASL 12 - ONDATA DI CALORE

SEZIONE

**ELEMENTI
CRITICI E
SFIDE DELLA
SANITÀ
VENEZIANA**

3

“Servizi a rischio, occorre difendere il diritto alla salute”

intervista a
**Paola Miatello,
Ezio Oliboni e
Sebastiano Bonzio**

“Il nuovo ospedale di Mestre? Una grande opportunità che rischia di essere sprecata, se non si aprirà un confronto tra Comune di Venezia e vertici dell’Ulss 12. In una fase delicata, ad un anno e mezzo dall’avvio dell’ospedale dell’Angelo, occorre che l’Ulss 12 delinei i programmi per lo sviluppo dei servizi ospedalieri e territoriali e ne renda partecipe la cittadinanza, riconoscendo il ruolo del Sindaco e del Consiglio Comunale”.

Ne abbiamo parlato con **Paola Miatello Petrovich**, presidente della Terza Commissione Consigliare e con i due vice presidenti, **Ezio Oliboni** e **Sebastiano Bonzio**.

L’ospedale dell’Angelo è entrato in funzione l’estate 2008: come giudicate questo primo anno e mezzo di attività?

Miatello: “La nostra non può che essere un’analisi da “cittadini”. Dobbiamo dire che la cittadinanza non è sempre correttamente informata, dato il tipo di gestione dei vertici dell’Ulss che abbiamo avuto in questi anni, una gestione accentrata e poco incline al

SEZIONE

confronto anche con organismi come il Consiglio Comunale. Registriamo i disagi denunciati e le difficoltà che emergono, mancano dati e presentazioni di progetti e programmi. Nessuno può negare che la costruzione del nuovo ospedale sia stata una grande conquista, che fa onore alla direzione dell'Ulss e al Comune che ha notevolmente contribuito con esemplari valorizzazioni dei beni immobiliari dell'Ulss stessa; ma va sottolineato che le complicazioni gestionali e la struttura architettonica dell'ospedale non hanno aiutato i cittadini ad un approccio che avrebbe dovuto essere più accogliente e tranquillo.

Molto spesso le cronache dei quotidiani raccontano le odissee di chi si reca al Pronto Soccorso, per non parlare delle lunghe liste d'attesa per gli esami strumentali.

L'ospedale dell'Angelo è una grande opera, ma noi dobbiamo pensare alla tutela della salute dei cittadini nei percorsi quotidiani di diagnosi, cura e riabilitazione e qualcosa non va.

Al Lido e in centro storico i servizi sono notevolmente ridotti. L'Ulss punta ad accentrare il più possibile. Ma quali conseguenze ci saranno? In questo modo si ottiene una ottimizzazione dei costi? E quali sono le ricadute per i cittadini? Io credo che il Sindaco debba giocare con forza il proprio ruolo, promuovendo un confronto approfondito con il Direttore Generale e tutti i vertici dell'Ulss 12. In un paese democratico le scelte su servizi così essenziali, come quelli sanitari, devono avvenire nella massima trasparenza”.

Ci sono dei nodi irrisolti nell'assetto attuale della sanità veneziana?

Olibaldi: “L'unico Pronto Soccorso attivo è

quello dell'ospedale dell'Angelo che funziona però con difficoltà e notevoli disagi per gli utenti. Per molte prestazioni ci sono lunghe liste d'attesa; il numero complessivo di posti letto offerto dall'Angelo è inferiore a quello del vecchio ospedale, l'Umberto I. Mi riferisco, in particolare, al reparto di Medicina Generale dell'Angelo i cui pazienti attualmente vengono spesso ospitati anche in altri reparti. Se ne deduce che, malgrado l'impegno dei medici e degli operatori sanitari, questi pazienti hanno una minor assistenza specifica essendo appoggiati in reparti che si occupano di altre patologie.

A mio parere l'errore di fondo è stato pensare ad un ospedale di alta specializzazione, senza aver prima preparato adeguatamente i servizi sul territorio. L'Angelo appare così una sorta di cattedrale nel deserto; o meglio, è un ospedale di alto livello che si inserisce però in una situazione complessiva dei servizi sanitari sul territorio che talvolta faticano a soddisfare la domanda di assistenza di base per le patologie più frequenti. La maggior parte dei cittadini si ammala di patologie relativamente semplici ed ha bisogno di cure specifiche, ma non necessariamente – per fortuna - di interventi alta specializzazione come quelli offerti all'ospedale dell'Angelo.

L'ospedale dell'Angelo è stato costruito a tempo di record, in regime di *project financing*, coinvolgendo dunque degli imprenditori privati: come valutate questa scelta?

Bonzio: “La scelta del *project financing* è a mio parere il vizio di origine dell'operazione che ha portato alla costruzione dell'ospeda-

le dell'Angelo. Una scelta di questo tipo ha due possibili conseguenze rispetto a costi di gestione altissimi: da un lato, il rischio che si apra una voragine nel bilancio; dall'altro, il rischio che si trasformi l'ospedale in una specie di centro commerciale.

Gli investimenti fatti dai privati devono in qualche modo rientrare, è questo il problema.

In quest'ottica si arriva anche al rapido turnover dell'attività delle sale operatorie che devono essere "produttive" con il rischio di sfociare fin nel consumismo sanitario e nella inappropriata delle prestazioni.

La scelta di fondo è ospedalocentrica e sacrifica i servizi territoriali che hanno invece una importanza cruciale e risultano attualmente non adeguatamente supportati da investimenti finanziari e di personale.

Il Consiglio Comunale ha approvato nel marzo 2008 un importante ordine del giorno richiamando l'attenzione su una fase delicata della sanità veneziana; oggi quale è la sfida?

Miatello: "L'ordine del giorno del marzo 2008 ha segnato una presa d'atto da parte del Consiglio sulla complessità della situazione. Ma il grave problema è quello che ho già citato: è fondamentale che l'Ulss 12 riprenda il dialogo con l'Amministrazione Comunale con un confronto serrato su programmazione e bilanci.

Il Comune si è impegnato al massimo per la valorizzazione dei beni immobili dell'Ulss 12, cambiandone la destinazione d'uso e chiedendo in cambio che gli introiti siano rivolti ad investimenti sui servizi sanitari della città.

Ma quando il Comune chiede di conoscere

in dettaglio quali sono gli investimenti programmati o realizzati per i servizi sanitari, spesso non si ottengono risposte chiare e precise da parte dell'Ulss 12.

Oliboni: "L'impressione è che per far fronte alle enormi spese di gestione dell'ospedale dell'Angelo, si stiano smobilitando i servizi nei Distretti, all'ospedale civile di Venezia, con pesanti ricadute soprattutto in centro storico, al Lido e nelle altre isole. Bisogna ricordare che Venezia è un territorio complesso popolato da moltissimi anziani.

A Venezia gravitano anche i turisti che coprono il 6-7 per cento del totale dei ricoveri. Gli utenti dell'Ulss 12 sono 400 - 600 mila, comprendendo anche i turisti ed i pendolari.

Bonzio: "Il Sindaco è la massima autorità sanitaria ed è decisivo che metta in campo il suo ruolo con l'appoggio del Consiglio Comunale. Dobbiamo intervenire, finché è ancora possibile, per correggere alcune scelte sbagliate che sono state fatte, rivalutando i servizi sanitari sul territorio e non creando disparità di cure tra centro storico e terraferma."

Qualità del lavoro e qualità dei servizi, cardini della sanità pubblica

a cura di

Sergio Chiloiro
Lino Gottardello
Brunero Zacchei

Segretari di CGIL CISL UIL
di Venezia

All'interno dell'attività confederale di Cgil Cisl e Uil che riguarda la contrattazione sociale nel territorio, abbiamo elaborato, con le categorie dei lavoratori della sanità e dei pensionati, una piattaforma vertenziale per il confronto con Antonio Padoan, Direttore Generale dell'Ulss 12, in merito alle politiche sanitarie.

Tra gli obiettivi fondamentali c'è la necessità di investire sul territorio, dopo l'avvio del nuovo ospedale di Mestre, con una forte strutturazione dei Distretti, una rete di Unità territoriali (UTAP), il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), per garantire la continuità assistenziale, la presa in carico e il superamento della non appropriatezza nell'utilizzo del Pronto Soccorso e dei ricoveri.

In questa direzione abbiamo sottoscritto il 29 aprile 2009 un accordo che delinea scelte strategiche importanti: puntare sempre più al presidio ospedaliero, come luogo per le patologie acute nel quale i pazienti rimangono per la fase critica e articolare servizi e strutture territoriali che devono

farsi carico di iniziare e/o continuare il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo delle patologie, dopo la fase acuta e come continuità assistenziale.

L'accordo si prefigge quindi un decentramento di alcune funzioni ospedaliere all'interno della rete residenziale del sistema sanitario dell'Ulss 12, il trasferimento di alcune attività a livello di Distretti, investendo questa struttura del ruolo di cardine per la continuità assistenziale, l'ampliamento dell'offerta pubblica delle attività di diagnostica e di laboratorio (con un Centro Prelievi in centro a Mestre) un ampliamento dell'attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata e della riabilitazione.

Consideriamo questi indirizzi operativi importanti e vigileremo, come sempre, sulla attuazione degli stessi. Noi ci auguriamo che anche il Comune, che ha condiviso questa impostazione con il proprio documento approvato in Consiglio Comunale, agisca perché le scelte socio sanitarie dell'Ulss 12 vadano in questa direzione.

Piattaforma Ulss 12 Veneziana

CGIL CISL UIL di Venezia ribadiscono gli indirizzi e le principali linee sottoscritte il 15 luglio 2006 con il Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 12 nell'accordo quadro sulle politiche sociali, ed è su questa base che è stata elaborata la proposta unitaria per il confronto con la Direzione dell'Ulss 12.

È per questo che come CGIL CISL UIL consideriamo l'iniziativa sindacale nel territorio sulle politiche socio sanitarie, parte integrante e complementare dei confronti concertativi che stiamo svolgendo sui temi dello Sviluppo Locale e del Lavoro.

Gli obiettivi generali per la Sanità

Per la Sanità si tratta di perseguire l'obiettivo di un Servizio Sanitario pubblico e universalistico, assicurando uguaglianza nell'accesso e uniformità delle prestazioni.

A fronte di una domanda di salute in crescita, occorre razionalizzare l'esistente e incrementare le risorse, attribuendo al sistema socio sanitario la valenza di investimento produttivo anche come fattore di sviluppo economico e di qualità della vita.

Il Fondo Sanitario Nazionale deve essere progressivamente adeguato alla media della spesa europea e deve seguire i criteri distributivi della quota capitaria ponderata.

SEZIONE

In generale la spesa sanitaria va indirizzata a favorire processi di riorganizzazione dei servizi, individuando alcune priorità:

- risorse certe e sufficienti per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rivendicando allo Stato finanziamenti adeguati per rispondere ai bisogni del sistema sanitario;
- rilancio della cultura della prevenzione nella vita sociale, nel lavoro e nell'ambiente, con piani e programmi di intervento che coinvolgano le diverse istituzioni e rappresentanze e verificabili nel tempo. Si rende necessario per le politiche sanitarie l'utilizzo dell'analisi di genere, che oltre ad individuare le patologie preminenti e diversamente manifeste, che colpiscono le donne e gli uomini, individuano le risposte e le misure per ridurre i costi agendo in maniera incisiva ed efficace;
- riorganizzazione e qualificazione della rete ospedaliera pubblica e privata convenzionata, con particolare riferimento alla riduzione dei ricoveri impropri, al potenziamento delle attività di riabilitazione, alla realizzazione di posti letto di lungo degenza e lungo assistenza, alla programmazione degli Ospedali Distrettuali attuando il processo di Area Vasta in modo da creare servizi condivisi da più Ulss. Una logica di complementarietà diventa la chiave di svolta per realizzare il modello regionale sul territorio, che prevede un ospedale costitutivo della rete in grado di garantire, come mandato primario e distintivo, sia l'assistenza ospedaliera (per acuti e per eccellenze) che l'assistenza riabilitativa intensiva e quella di ospedali integrativi, che di norma, devono assicurare l'assistenza ai post-acuti e quella riabilitativa estensiva.
- In ambito provinciale, fermo restando il numero complessivo dei posti letto (pubblico/privato convenzionato), va ridefinita la rete ospedaliera sulla base della domanda rilevata dai dati epidemiologici, di genere, quelli territoriali, le peculiarità demografiche, secondo un principio di sussidiarietà orizzontale, in cui al privato convenzionato viene affidato un ruolo integrativo e non sostitutivo, accompagnato da una adeguata valorizzazione e promozione della solidarietà sociale organizzata espressa dalle associazioni, dalle persone e dalle famiglie in un quadro di sistema integrato.
- L'abbattimento dei tempi delle liste di attesa deve esser un obiettivo primario, dovranno intrecciarsi le capacità di programmazione e di gestione dei servizi attraverso l'applicazione delle classi di priorità, con la certezza per il cittadino della esigibilità delle prestazioni. Va perseguita controllando e qualificando l'offerta di prestazioni e operando con criteri di appropriatezza, che consentano di risparmiare sulle stesse e sulle terapie non efficaci e quindi non necessarie, anche attraverso

so il coinvolgimento dei medici di base, il controllo sul corretto esercizio della libera professione e puntando alla realizzazione di un centro unico di prenotazione a livello provinciale.

L'abbattimento dei tempi delle liste d'attesa devono allineare progressivamente i tempi di attesa delle prestazioni pubbliche a quelli dell'intramoenia. Soltanto quando si raggiungerà questo risultato, il ricorso alla libera professione sarà davvero il frutto di una scelta del cittadino e non una condizione mascherata.

- **Rilancio del ruolo dei Distretti Socio Sanitari** attraverso un piano straordinario di potenziamento della rete distrettuale, una razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi esistenti, che preveda l'adeguamento delle sedi e la dotazione del personale necessario. Diviene prioritario lo sviluppo delle strutture costituenti la rete di assistenza territoriale, quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), gli ospedali di comunità, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). La riorganizzazione dei servizi esistenti dovrà comprendere anche l'ADI (assistenza domiciliare integrata) prevedendo che la gestione e l'organizzazione dei servizi a carattere sociale di assistenza alla persona vengano gestiti in forma diretta dalle Aziende pubbliche di servizi alla persona (APSP).
- Particolare rilievo assume in questo contesto di sviluppo e potenziamento della rete territoriale **l'assistenza domiciliare integrata**, è necessario superare le frammentazioni delle competenze che creano problemi di comunicazione fra i diversi soggetti che devono intervenire.
- **La configurazione dei servizi Sanitari e Socio Sanitari, dovrà tenere conto dei flussi migratori e dei flussi turistici**, particolarmente rilevanti nel territorio. È questa una specificità del territorio che dovrà essere affrontata e risolta con il coinvolgimento di Enti e Categorie interessate.

Le proposte di CGIL CISL UIL per l'Azienda Ulss 12

Il fattore cronicità associato al fenomeno epocale dell'invecchiamento demografico generale, ma particolarmente significativo per la città di Venezia, rischia di mettere seriamente in criticità l'equilibrio della sostenibilità dell'assistenza socio sanitaria della Ulss 12 Veneziana. Ribadiamo pertanto il riconoscimento della specificità della Ulss 12 da parte della Regione Veneto.

Le proposte che presentiamo rispondono pertanto agli indirizzi e alle linee contenute in premessa e vengono presentate per avviare il confronto sindacale come già concordato nel protocollo di relazioni sindacali sot-

SEZIONE

toscritto il 3 dicembre 2007 tra Direzione Generale Ulss 12 e CGIL CISL UIL di Venezia, per rispondere alla dinamicità della domanda di servizi socio sanitari a fronte di una popolazione che cambia velocemente per effetto di dinamiche demografiche e dei flussi immigratori, ponendo nuovi problemi al sistema complessivo del welfare. A questi va ad aggiungersi la particolare propensione turistica dell'intero territorio e dei flussi di utenza non residenziale.

La riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Ulss 12

A seguito della realizzazione del nuovo Ospedale di Mestre e del processo di costituzione dell'Area Vasta, chiediamo una verifica sulle attività coinvolte nella dimensione provinciale e della nuova programmazione per l'assistenza sanitaria convenzionata privata, in particolare per Villa Salus, Policlinico San Marco, San Camillo e Carlo Steeb.

Per quanto riguarda l'avvio del nuovo Ospedale, fermo restando l'impegno al pieno coinvolgimento degli operatori e dei medici nella gestione del trasferimento e del futuro funzionamento, CGIL CISL UIL chiedono sia garantita periodicamente una specifica informazione sulla fase di avvio e gestione della struttura, e chiedono un impegno di Responsabilità Sociale dell'Azienda e dei portatori d'interesse (stakeholder).

È necessario, tra l'altro, affrontare le problematiche rispetto ai collegamenti dei trasporti pubblici e della viabilità per l'accesso al nuovo ospedale, per il trasporto sanitario nel centro storico, isole e Cavallino.

Si chiede altresì una specifica informazione sullo stato di attuazione del project financing per l'Ospedale di Venezia. Per l'area dell'ex Ospedale al Mare chiediamo di verificare l'attuazione dei contenuti dell'accordo sottoscritto dal Direttore Generale il 15.7.2003.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve essere completata con una forte struttura distrettuale. Chiediamo pertanto una verifica sulla assistenza territoriale erogata dai Distretti, la realizzazione delle UTAP e il potenziamento dell' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) arrivando ad estenderla in tempi concordati, sulle 24 ore 7 giorni su 7.

Si rende inoltre necessario ottimizzare tutte le risorse e in questa direzione va ripensata la guardia medica, un servizio che si è dimostrato essere spesso inadeguato alle esigenze dei cittadini.

La prevenzione e la sicurezza sul lavoro

Chiediamo di affrontare, per quanto di competenza dell'Ulss, la gravità

della situazione determinata dall'aumento delle malattie, infortuni e morti sul lavoro. È necessario approfondire il progetto di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione dello stesso SPISAL (Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro), aumentare in modo significativo l'attuale organico delle figure tecnico ispettive, costituire sinergie ed integrazioni con gli altri enti preposti, per avere una banca dati e per programmare progetti mirati come quelli che si stanno realizzando sull'edilizia e al porto.

Nella rilevazione dei dati epidemiologici e nella programmazione delle risposte occorre tener conto di un approccio di genere, molti studi infatti dimostrano quanto ancora oggi le donne risultino svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della salute, ciò evidenzia l'importanza di promuovere una consapevolezza sociale ed individuale sui fattori di rischio, per contrastarne le ricadute economiche.

Il superamento delle liste d'attesa

Proponiamo, fermo restando l'impegno sull'appropriatezza della domanda, di definire dei progetti finalizzati sulle principali emergenze, che distinguendo gli ambiti di attività istituzionale e di libera professione, nonché i diritti contrattuali, faccia emergere una effettiva volontà di valorizzare l'intervento pubblico. Proponiamo di sostenere il CUP a carattere provinciale, dando maggiore stabilità e professionalità al servizio con il superamento della esternalizzazione con il ricorso alle cooperative, semplificazione alle domande dei cittadini, allargando le modalità di prenotazione e di risposta per gli esami, valorizzando e responsabilizzando il ruolo del medico di base.

Occorre inoltre affrontare con uno sforzo straordinario il problema del rapporto tra potenzialità offerte dalla strumentazione tecnologica e la dotazione di risorse umane assegnate, con l'obiettivo di rientrare in un regime di programmazione ordinaria di ciò che oggi è gestito in via d'emergenza.

Integrazione Socio Sanitaria

Affidare ai Distretti l'organizzazione e la gestione integrata di tutto il sistema delle cure primarie, gli strumenti del governo dell'assistenza, configurare il distretto come una vera area-sistema, comprendente una serie di presidi e servizi finalizzati a dare risposte territoriali ai problemi di salute e di cura dei cittadini e piena integrazione tra le attività sanitarie e quelle di tipo sociale, deve divenire obiettivo primario dell'azione di governance, in cui un ruolo attivo viene esercitato anche dalla concerta-

SEZIONE

zione. È necessario migliorare il livello di integrazione dei servizi socio sanitari e condividiamo la scelta di assegnare al Distretto un ruolo centrale nel governo integrato dei servizi socio sanitari. Per questo proponiamo uno specifico approfondimento concertativo con la Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 12.

Il sistema degli appalti

I fenomeni di dumping sociale a cui continuiamo assistere attraverso il costante processo di esternalizzazione di funzioni "no core" che rispondono a logiche di economicità condivisibili, solo se avvengono con recuperi di efficienza e non sulla compressione di diritti e salari, come prevede il recente Memorandum della Pubblica Amministrazione.

È necessario ripensare al sistema delle regole sugli appalti introducendo meccanismi di responsabilità sociale d'impresa, di accreditamento e certificazione, assolutamente cogenti per le aziende, società e terzo settore che intervengono anche in forma indiretta, nel sistema sanitario, in cui gli indicatori di verifica siano collegati non solo alle prestazioni in termini qualitativi/quantitativi ma anche rispetto alle condizioni di qualificazione del lavoro.

La valorizzazione dei lavoratori e la contrattazione di sito

La valorizzazione della risorsa umana e professionale è altrettanto se non più importante della innovazione tecnologica.

A questo riguardo rispettando e riconoscendo il ruolo delle categorie nei diversi tavoli di contrattazione di secondo livello, proponiamo di sostenere un progetto di contrattazione di sito che superi le frammentazioni dei cicli organizzativi e il moltiplicarsi dei contratti.

Si ritengono strategiche le misure atte a migliorare il clima aziendale, attraverso l'attivazione di interventi nell'ambito della protezione della salute e della sicurezza sul lavoro, il rispetto delle pari opportunità nel reclutamento e nello sviluppo di carriera del personale, l'attenzione alle problematiche di conciliazione tra vita professionale e vita personale, anche attraverso i progetti finanziati previsti dalla Legge 53/2000 art.9 (67% donne), promozione di una comunicazione trasparente ed efficace tra management e personale.

Va attivato il Servizio delle professioni in staff al Direttore Generale.

Verbale di accordo tra Ulss 12 e la delegazione Sindacale CGIL CISL UIL di Venezia Mestre, 29 Aprile 2009

Il 29 aprile 2009 nella sede dell'Ulss 12 si sono incontrati la delegazione dell'Ulss 12 rappresentata dal Direttore Generale dott. Antonio Padoan, dal Direttore Amministrativo Dott.ssa Maria Alessandra Massei, dal Direttore Sanitario Dott. Salvatore Barra e dal Direttore Sociale Dott. Massimo Fusello e la delegazione sindacale CGIL CISL UIL rappresentata da Sergio Chiloiro, Salvatore Lihard della CGIL Confederale, Lino Gottardello e Mara Bollato della CISL confederale, Mauro Di Matteo della UIL Confederale e da, Francesco Menegazzi della UIL-FPL e Sergio Berti della CISL-FP.

L'incontro ha ulteriormente approfondito le problematiche rappresentate nella piattaforma sindacale ed in particolare i temi del ruolo provinciale dell'Ospedale dell'Angelo, dei servizi territoriali e del distretto.

Il confronto si è sviluppato sulla base di un documento proposto dall'Ulss sulle cui linee generali si è registrata una sostanziale condivisione e che fa parte integrante del presente accordo.

Pertanto, le parti hanno deciso di condividere le seguenti linee che saranno oggetto di specifici approfondimenti e proposte operative, partendo dal presupposto che si riaffermi il ruolo centrale della Sanità Pubblica.

Ruolo provinciale dell'Ospedale dell'Angelo

Il sistema pubblico dei servizi sanitari si configura sempre più per la specializzazione delle strutture e per il decentramento dell'erogazione di prestazioni, in particolare presso:

- a) **presidi ospedalieri**, quali strutture per patologie acute in cui i pazienti permangono solo per il tempo strettamente necessario a risolvere la fase critica della malattia;
- b) **servizi territoriali**, quali strutture dove iniziare e/o continuare il percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo di patologie non acute.

La DGRV 4449/06 impone, coerentemente con le linee di politica sanitaria in atto nella Comunità Europea, a tutte le Aziende sanitarie pubbliche e agli erogatori privati preaccreditati della Regione Veneto la riduzione del tasso di ospedalizzazione e della degenza media. Le unità operative di degenza hanno pertanto il compito di ricoverare secondo il principio della appropriatezza e di trasferire quindi l'erogazione di alcune prestazioni in un setting assistenziale a minore intensità, come il Day Service.

Inoltre, alcuni servizi ospedalieri, quali Radiologia, Riabilitazione e Medi-

SEZIONE

cina Nucleare, il cui compito precipuo è quello di garantire le prestazioni per i pazienti ricoverati, al fine di una degenza media conforme agli standard regionali e nazionali, hanno ridotto drasticamente le prestazioni per esterni, allungando di conseguenza le liste d'attesa.

Le parti concordano e ritengono prioritario ridurre i tempi di attesa sviluppando un riequilibrio delle prestazioni erogate a favore degli utenti esterni presso le strutture territoriali.

Al fine di riequilibrare le offerte istituzionale e privata convenzionata, tenuto conto della moderna strumentazione tecnologica e della professionalità e disponibilità di personale, le parti convengono di definire due percorsi distinti di offerta di servizi sanitari.

1. Le caratteristiche strutturali e la dotazione tecnologica dell'ospedale dell'Angelo sono tali da rendere evidente/urgente il potenziamento delle specialità di alta complessità (cardiochirurgia, neurochirurgia, emodinamica, UCIC, terapie intensive, ecc..) e così rispondere adeguatamente ai casi di alta complessità della popolazione di area vasta della provincia di Venezia.

Nell'attuale configurazione dei posti letto dell'ospedale dell'Angelo circa l'85% è per pazienti acuti.

Altri posti letto sono dedicati a specialità di medio-bassa intensità di cura, per pazienti con patologie post acute che presentano una degenza media elevata. In particolare, si indicano: la lungodegenza, la riabilitazione, ecc.. Il piano strategico prevede, per favorire il turn-over dei posti letto per acuti, il decentramento di tali attività presso altre strutture, che partecipano alla rete del sistema sanitario dell'Ulss in quanto collegate funzionalmente all'Ospedale dell'Angelo.

Le parti concordano che in tale direzione saranno approfondite in uno specifico incontro le scelte di integrazione/collaborazione, partendo da un'analisi delle risorse al fine di realizzare il progetto, all'interno delle indicazioni della Programmazione Regionale, con le altre Ulss della provincia e/o con le strutture private accreditate del territorio. Inoltre, necessitano di un approfondimento i progetti di utilizzo delle aree e dei posti letto, che per effetto del decentramento si rendono disponibili e per gli eventuali processi di mobilità del personale coinvolto.

2. Al fine di potenziare il ruolo dell'ospedale per i pazienti critici è necessaria l'appropriatezza erogativa intesa sia come appropriatezza clinica

(erogare le cure giuste al paziente giusto) sia come corretta sede di erogazione delle prestazioni (erogare le cure giuste al paziente giusto, nel posto giusto), soprattutto attraverso iniziative strutturali che integrino i processi ospedale-territorio, in particolare:

- **condivisione di linee guida sulla erogazione delle prestazioni** che garantiscano la continuità delle cure del paziente nei vari punti di erogazione dell'azienda;
- **presa in carico comune tra ospedale e territorio dell'erogazione delle prestazioni** (nel caso di assenza del medico SAI, questo deve essere coperto da un medico ospedaliero);
- **costante aggiornamento dei medici, degli infermieri professionali, sull'attività ospedaliera e territoriale;**
- **completa erogazione dell'attività considerata di primo livello nelle strutture territoriali** affinché l'Utenza acceda in ospedale solo per determinate specialità e per prestazioni di medio-alta complessità. A questo fine le parti sosterranno l'adesione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e specialisti (S.A.I.) a forme associative più significative.

Nell'arco del 2009 tale organizzazione va rivolta a sei specialità: radiologia, ORL, laboratorio, neurologia, odontostomatologia, oculistica, da trasferire nel territorio con un processo operative già in atto.

Il riposizionamento strategico dell'ospedale dell'Angelo comporta il trasferimento di alcune attività a livello territoriale con la contestuale mobilità del personale medico, tecnico ed infermieristico e l'investimento per l'acquisto di nuove tecnologie.

In questo contesto si assumerà come riferimento le funzioni e l'organizzazione distrettuale prevista anche nell'Atto Aziendale. Non si tratta quindi solamente di decentrare le attività non appropriate dall'ospedale al territorio, ma di investire strutturalmente nel Distretto.

A tale proposito è previsto anche l'accreditamento professionale, in particolare per il personale medico, che garantisca la sicurezza delle cure, l'aderenza a protocolli scientifici e la unificazione delle procedure.

In questo contesto saranno assicurati gli opportuni strumenti informatici per garantire la continuità assistenziale e l'accesso al fascicolo personale del paziente da ciascun punto di erogazione delle cure. In particolare, è prevista la visione della cartella clinica, i cartellini ambulatoriali unici tra ospedale e territorio, l'accesso al sistema di archiviazione delle immagini radiografiche RIS-PACS (usufruibile anche a livello territoriale), ecc... e strumenti normativi più flessibili tali da permettere al personale di svolgere l'attività su sedi diverse.

SEZIONE

Le parti concordano che questa impostazione viene finalizzata non solo a ridurre la inappropriatezza, ma anche ad aumentare l'offerta del servizio pubblico.

Quindi, sulla base di tali indicazioni saranno decisi i programmi operativi per la riallocazione qualitativa e quantitativa delle specialità individuate, nei distretti, del personale coinvolto, come del progetti di continuità assistenziale e di informatizzazione degli accessi, per permettere una maggiore flessibilità organizzativa al personale per svolgere l'attività su sedi diverse.

3. Il laboratorio di Analisi Cliniche Mediche operative presso l'ospedale dell'Angelo può incrementare notevolmente il volume di prestazioni attualmente offerte. Mentre il punto prelievi, originariamente previsto nel *project financing* presso l'Ospedale dell'Angelo, è opportuno collocarlo in zone ad alta intensità di popolazione residente e non, con maggior possibilità di accesso.

Pertanto si ritiene necessaria l'attivazione di uno o più centri prelievo nella zone di Mestre, mediante:

- l'individuazione di alcuni locali di almeno 150/200 mq in centro a Mestre o in zone strategiche del territorio Ulss, per aprire i Centri Prelievi di cui sopra, prevedendo anche l'apertura contestuale di sportelli al pubblico;
- la redazione di un progetto complessivo e di un *business plan* per la gestione totale dei Centri Prelievo/CUP dell'Ulss 12 per dare un servizio migliore, considerando anche un riequilibrio dell'offerta dei privati;
- una nuova politica delle tariffe (sconti, pagamenti, ecc..) delle prestazioni di laboratorio;
- l'ottimizzare i trasporti dei campioni biologici, con linea dedicata al Laboratorio Analisi, secondo protocolli e specifiche prestazionali.

Sarà pertanto concordata in uno specifico incontro la modalità di attivazione dei Centri Prelievi e il progetto di ampliamento delle attività del laboratori analisi.

4. Dall'analisi sui ricoveri e sui dati epidemiologici del Dipartimento di Prevenzione è emerso che la percentuale di pazienti con patologia oncologica nell'Ulss 12 è tra le più rilevanti della Regione Veneto. Pur garantendo un'offerta importante di assistenza domiciliare, sempre più pazienti oncologici in fase terminale sono ricoverati presso i reparti di lungodegenza, medicina e geriatria. Si intende potenziare

l'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici e incrementare l'offerta di posti letto di hospice.

Le parti confermano quanto già sottoscritto nell'accordo del 29 luglio 2008, di estendere l'ADI per 12 ore giornaliere per 5 giorni, rafforzando, se necessario, la dotazione organica, non escludendo, attraverso organizzazioni future, la copertura delle giornate del sabato e della domenica.

Le parti convengono sulla scelta di incremento dell'offerta di posti letto di hospice ed una contestuale destrutturazione dell'uso improprio dei ricoveri.

5. La strategia dell'Azienda, con il potenziamento della rete Ospedale-Territorio e gli obiettivi assegnati ai Dipartimenti, prevede l'incremento delle attività di cardiocirurgia, toraco-polmonare e neurochirurgia e la diminuzione della degenza media.

Il potenziamento della attività riabilitativa prevede:

1. la progettazione della rete riabilitativa ospedale/territorio con utilizzo del sistema informativo aziendale per la gestione del paziente ritenuto idoneo dopo la fase acuta al percorso riabilitativo, prioritari quelli cardio-polmonari;
 2. la formazione del personale riabilitativo dell'azienda e delle strutture private pre-accreditate;
 3. la predisposizione di protocolli per la continuità delle cure ai pazienti ritenuti idonei al percorso riabilitativo dell'ospedale al territorio.
6. Al fine di garantire ed ottimizzare le risorse richieste per l'attuazione dei punti precedenti saranno promossi incontri con la Regione Veneto e con il Comune di Venezia che, si auspica, favoriscano in maniera fattiva la realizzazione dei programmi elencati.

Conclusioni

Le parti si impegnano pertanto, a dare attuazione ad una fase stringente di confronto, su queste linee strategiche e a questa progettualità, che sarà accompagnata da precisi indicatori di obiettivo.

È convinzione comune che alla fine di questo processo, se sostenuto e condiviso con convinzione, si potrà ottenere, da una parte, un presidio ospedaliero rispondente alla sua funzione di riferimento per le alte specialità a livello provinciale, supportato da una rete ospedaliera pubblico/privato di secondo livello; dall'altra, da un territorio caratterizzato da distretti strutturati facilmente accessibili e coerenti con i bisogni epi-

SEZIONE

miologici, capaci di rispondere alle prime domande di salute e di benessere socio-sanitario dei cittadini.

Le parti si impegnano nel perseguire tali obiettivi a garantire un elevato livello di relazioni sindacali, improntate alla trasparenza, alla correttezza e alla condivisione, con particolare riferimento per gli aspetti e i cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e delle ricadute sul personale.

Si ritiene opportuna una verifica congiunta delle dotazioni organiche al fine dell'applicazione del presente accordo.

Le parti valuteranno anche l'ipotesi del reimpiego di lavoratori che, per effetto della crisi occupazionale, siano coinvolti in processi di mobilità o sospensione del lavoro.

Le parti si impegnano inoltre ad avviare **un confronto specifico sul potenziamento del Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro.**

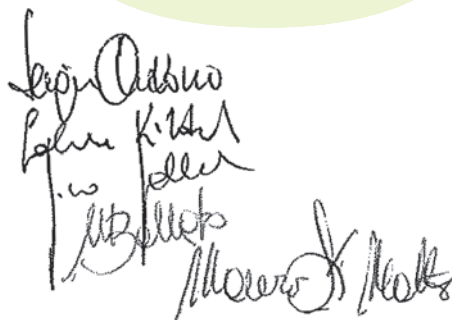
Le parti concordano di incontrarsi periodicamente per verificare l'applicazione ed eventualmente modificare le linee di intervento del presente accordo.

Il Direttore Generale Ulss 12 Veneziana



Mestre, 29 Aprile 2009

Organizzazioni Sindacali
CGIL CISL UIL di Venezia



Cittadinanza attiva e servizi di assistenza primaria

intervista alla presidente

Renza Barbon Galluppi

“La Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia è nata nel 2005, ed ha già prodotto numerosi documenti di analisi e proposta sui servizi sociosanitari della città.

In prospettiva la **presidente Renza Barbon Galluppi** auspica per la Consulta un ruolo alla pari che permetta un confronto costruttivo con il Comune e con l’Ulss 12 per promuovere la rivoluzione del sistema di welfare degli anni 2000: il ruolo attivo dei cittadini per l’implementazione di servizi di assistenza primaria”.

Qual è la sfida per il welfare degli anni 2000? Quale sistema può meglio rispondere ai bisogni della comunità?

Negli anni Settanta l’obiettivo era stilare provvedimenti capaci di migliorare lo stato di salute della popolazione e promuovere con esso le possibilità di sviluppo economico. Ma già dagli anni Novanta ha cominciato a farsi strada l’esigenza di una nuova configurazione dei sistemi sanitari, che risultavano troppo sbilanciati verso l’assi-

Per informazioni

Segreteria Consulta per la Salute
del Comune di Venezia

telefono 041 041 2747875-7881

consulta.salute@comune.venezia.it

SEZIONE

stenza ospedaliera ed eccessivamente focalizzati sull'assistenza specialistica e sulle tecnologie.

Oggi, negli anni 2000, l'Assistenza Primaria è una prospettiva fondamentale che mette al centro del sistema del welfare gli assistiti nella complessità dei loro bisogni: assistenza specialistica, ricovero ospedaliero, assistenza domiciliare, ma anche programmi di sanità pubblica e servizi sociali.

L'esperienza di questi anni recenti dimostra però che è necessario definire meglio i percorsi di comunicazione, collaborazione e continuità tra Assistenza Primaria ed Assistenza Ospedaliera all'interno del grande sistema di Sanità Pubblica.

La popolazione esprime bisogni differenti e complessi e risposte adeguate possono venire solo da *team* multiprofessionali in grado di promuovere realmente la salute ed attivare percorsi di prevenzione delle malattie.

Ad un anno e mezzo dall'entrata in funzione dell'ospedale dell'Angelo, qual è la situazione?

Già negli anni Settanta si parlava della costruzione del nuovo ospedale di Mestre. Da allora sono passati ben più di 35 anni e, come ho osservato, molte cose sono cambiate; il sistema socio sanitario si è trasformato. La costruzione del nuovo ospedale di Mestre è un evento importante per la città e per l'intera provincia, ma da subito molte sono anche le criticità evidenziate.

Il nuovo ospedale è un polo potenzialmente straordinario di interfaccia con i vari servizi territoriali (Distretti, residenze sanitarie, medici di famiglia, ecc.). Ma se

qualcosa non funziona nella integrazione dei servizi e delle prestazioni, se manca la presa in carico nel passaggio dall'ospedale al territorio e non si investe sulla continuità terapeutica ed assistenziale, è chiaro che tutto il sistema rischia di entrare in crisi con pesanti ripercussioni sulla tutela della salute dei cittadini.

Di sicuro con il passare del tempo e la fine della fase di rodaggio del nuovo ospedale, tali processi saranno favoriti, come tutti auspichiamo.

Ribadisco però che è tutto il sistema che ha necessità di essere ben "ri-organizzato": è necessario destinare più risorse per una maggiore integrazione tra ospedale e servizi del territorio: potenziamento dei Consultori, dei Distretti, ecc.

Appena inaugurato l'ospedale dell'Angelo, la Consulta per la Tutela della Salute – di cui fanno parte una novantina di associazioni dell'ambito socio sanitario – aveva evidenziato già delle criticità: il trasporto da e per il nuovo ospedale, l'esistenza solo di parcheggi a pagamento e la mancanza di accessi garantiti o facilitazioni di ingresso per i volontari che operano nel nosocomio mestrino.

Grazie al lavoro della Prima e Seconda Commissione d'ambito della Consulta, è stato avviato un monitoraggio sul tema specifico e cruciale dell'integrazione ospedale e territorio.

Ora, al fine di monitorare l'offerta e la qualità dei servizi erogati dall'ospedale dell'Angelo, la Consulta ha istituito un gruppo di lavoro interno. I risultati di questa attività verranno resi noti nel quaderno della Consulta per la Tutela della Salute, che sarà pubblicato ad inizio 2010.

Quali sono i bisogni emergenti? Quali sono i nodi critici che risultano già dal vostro monitoraggio?

Si registrano lunghe attese per accedere alle prestazioni ospedaliere di "Pronto Soccorso", in particolare per le persone disabili. A questo proposito si pensa all'avvio di una corsia preferenziale dedicata a tali soggetti. Riguardo al personale infermieristico, è stata rilevata una carenza che non permette il funzionamento al meglio di alcuni servizi dentro l'ospedale e sul territorio. Si potrebbe migliorare la situazione, in parte, riorganizzando i servizi di assistenza al malato ed, in parte, incrementando le nuove assunzioni anche per ricoprire i posti degli operatori che vanno in pensione.

Riguardo alle "dimissioni protette" è stato constatato un miglioramento per quelle adottate da alcune Unità Operative di degenza. Bisogna perseguire l'obiettivo di far adottare la procedura in maniera più estesa da tutti i reparti ospedalieri. Sono state riscontrate infatti carenze in generale ai danni della "continuità assistenziale" per i dimessi: viene denunciata la mancanza di una corretta "presa in carico" del malato in fase post-ricovero ospedaliero.

Riguardo alle apparecchiature per gli esami strumentali si è evidenziato un utilizzo inferiore alle potenzialità, sia in regime pubblico che privato (in libera professione intra-muraria): si pensa che un più efficace utilizzo potrebbe arrivare invece all'importante obiettivo di ridurre le liste di attesa.

E per quanto riguarda l'organizzazione della medicina sul territorio?

Sono state evidenziate delle criticità che si

trovano illustrate nella relazione per l'anno 2008 sull'attività della Consulta per la Tutela della Salute. Posso fare alcuni esempi.

Per quel che riguarda i posti di accoglienza a tempo indeterminato nelle Case di Riposo, si è evidenziato che sono in aumento le richieste e risultano molto lunghi i tempi per l'accesso alle strutture. Inoltre sono ancor oggi insufficienti - con un aggravamento del tempo di attesa - i posti complessivi per accoglienze non a tempo indeterminato, ma di lungo periodo, per persone anziane.

Poichè l'età media si è allungata, si evince una conseguente, necessaria, trasformazione dell'organizzazione delle risposte, possibile solo grazie ad una corretta programmazione socio-economica. A questo proposito alcuni interventi sono già stati realizzati - Centri Diurni a valenza socio-sanitaria per Anziani e per malati di Alzheimer sono stati potenziati - ma persiste una carenza di operatori per i servizi di assistenza domiciliare, i cui tempi di attesa per la fruizione del servizio sono, ad oggi, ancora lunghi.

Soprattutto per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare Integrata, è di ostacolo al buon funzionamento o ne impedisce l'utilizzo in molte situazioni, il venir meno della copertura infermieristica per gran parte del pomeriggio, la sera, la notte e le giornate festive. Inoltre sarebbe opportuno promuovere un approfondimento sulla preparazione delle "badanti", visto che operano prestando assistenza a persone anziane che vivono da sole.

Infine, ci tengo a ricordare che i Consultori sono servizi fondamentali per le donne e la famiglia, ma si riscontra, anche in que-

SEZIONE

3

sto settore, una carenza di personale infermieristico e non sempre adeguato sostegno alle attività svolte.

Che ruolo può giocare la Consulta nel confronto con il Comune e l'Ulss 12?

La Consulta, che è un organo nuovo nato nel 2005 all'interno dell'Amministrazione Comunale, ha dovuto fare un po' di rodaggio: prima ci si è concentrati sull'*empowerment* organizzativo tra tutte le associazioni che la costituiscono; poi si è avviato un percorso di *empowerment* sociale ed economico che le permetterà di sedere nei tavoli decisionali, a condizione però che amministratori e istituzioni siano pronti ad accettare la sua presenza come "organismo alla pari".

Dall'ospedale dell'Angelo al territorio, necessaria una nuova programmazione dei servizi

a cura di
Coordinamento cittadino
per la difesa della
sanità pubblica
nella Ulss 12

Il 3 Marzo 2008 il Consiglio Comunale di Venezia ha approvato, con un solo voto di astensione, un importante ordine del giorno intitolato "Sanità veneziana- stato e prospettive", in cui si ricorda che il Comune ha un ruolo fondamentale in materia di sanità e si invita il Sindaco e la Giunta a rappresentare nelle sedi di confronto e di concertazione con l'Azienda Ulss 12 alcune specifiche linee di indirizzo. Il Consiglio Comunale richiede all'Ulss 12 di condividere con il Comune di Venezia un progetto dettagliato sull'utilizzo funzionale degli spazi del nuovo Ospedale dell'Angelo in cui venga precisato quali prestazioni saranno garantite e quali, se previsto, verranno soppresse. L'Ordine del Giorno chiede anche di precisare quali specialità e quali prestazioni saranno trasferite al territorio e di prevedere l'implementazione di strutture di degenza per far fronte alla richiesta di ricovero per pazienti che non trovano risposta nei posti per acuti del nuovo ospedale. Ma il Consiglio Comunale invita anche l'Ulss 12 a condividere con il Comu-

SEZIONE

ne di Venezia, nel rispetto della trasparenza, gli atti che disciplinano specifici accordi con le strutture private convenzionate e le società di diritto privato gemmate, controllate e /o partecipate dall'azienda Ulss 12.

Il difficile confronto con i vertici dell'Ulss 12

Ad un anno e mezzo dall'avvio dell'ospedale dell'Angelo, il confronto con l'azienda Ulss 12 è sempre più difficile. La nuova struttura è stata realizzata in *project financing* con un contratto della durata di 28 anni, necessario per ammortizzare le spese per la costruzione di una grande struttura architettonica, avvenuto a tempo di record. Va rilevato però che la struttura dell'ospedale dell'Angelo appare rigida dal punto di vista della dislocazione degli spazi e delle caratteristiche edilizie. Questa rigidità, tra l'altro, è in contraddizione con la sempre più rapida evoluzione tecnica e tecnologica delle cure destinate a contrastare le malattie in fase acuta, evoluzione che, invece, esige la massima adattabilità e la massima flessibilità delle strutture, non solo murarie, destinate ad ospitarle.

Prescindendo dagli effetti di questo elemento strutturale che si manifesteranno solo negli anni e prescindendo anche dalle carenze che sono già emerse – ad esempio, ogni sfalcio dell'erba risulta costare 30.000 euro; la semplice pulitura della vetrata richiede l'impiego (tre volte l'anno) di specialisti (uomini ragno) fatti venire da Marsiglia - il bilancio di questo primo periodo di attività è preoccupante.

L'"area omogenea di ricovero" ed il mancato piano complessivo di riorganizzazione del lavoro

Non si tratta solo del "rodaggio difficile", diciamo così, delle nuove tecnologie: i muletti automatici per la biancheria che non funzionano o la distribuzione automatica dei farmaci che non decolla, o delle logistiche errate che impediscono il previsto rifornimento dei presidi biomedicali, o l'utilizzo notturno dell'eliporto.

Ciò che ci preme sottolineare infatti è l'impostazione che ha l'organizzazione del lavoro nei nuovi spazi dell'ospedale dell'Angelo.

Il nuovo ospedale infatti è organizzato per "area omogenea di ricovero": in un certo spazio predefinito, ad esempio, un piano, vengono raggruppati tutti i pazienti che afferiscono a un determinato gruppo di specialità superando la tradizionale ripartizione in aree di ricovero di diretta pertinenza delle diverse divisioni: Chirurgia, Otorinolaringoiatria, Urologia, ecc. Questa organizzazione per "Area omogenea di ricovero" comporta la necessità di rivedere le modalità operative di reparto, con una specifica formazione del personale.

Ma all'Angelo in questo primo anno e mezzo non si è operato con nuovi piani di riorganizzazione del lavoro. Ci si è limitati a trasferire nella nuova struttura, pensata e costruita per "area omogenea di ricovero", l'organizzazione dei reparti così com'era nel vecchio ospedale. Solo dopo un anno di attività, si stanno progettando le nuove modalità operative, senza però aver ancora attivato progetti di formazione per il personale e nello specifico senza una riorganizzazione del settore infermieristico.

Ciò ha aperto una crisi organizzativa e funzionale di grandi proporzioni, che sta sfociando in una grave sofferenza del personale a cui viene chiesto di lavorare in una situazione in cui la vecchia organizzazione, ereditata dall'ospedale Umberto Primo, ancora in vigore, non può funzionare nella nuova struttura: non sono state ancora perfezionate indicazioni e direttive concrete per gestire la transizione e per individuare il nuovo assetto operativo ottimale in rapporto alle caratteristiche nuove dell'ospedale dell'Angelo.

La fuga dei pazienti verso gli ospedali di altre Ulss

La nuova struttura dell'Angelo è stata pensata per trattare esclusivamente le patologie acute: ciò significa che dopo essere intervenuti su questi pazienti, è necessario trasferirli in altre sedi che prevedano la continuità delle cure in una fase post acuzie. Al momento la rete delle strutture d'appoggio non è ancora definita e ciò comporta dimissioni precoci: i pazienti vengono affidati spesso all'assistenza sul territorio che però fatica a soddisfare i loro bisogni complessi. Molti pazienti vanno in trasferta in altre Ulss, fino agli Ospedali di Mirano e di Dolo. Questo trend non è dovuto alla fase di avvio della nuova struttura, se così fosse nell'ultimo periodo si manifesterebbero segnali di inversione di tendenza che non ci sono, anzi i fenomeni di disaffezione si vanno consolidando.

I rischi del "project financing"

Preoccupa anche l'andamento del nuovo Laboratorio Analisi, che nonostante le fortissime capacità potenziali, fa lo stesso numero di prestazioni del vecchio Umberto I, ma, ovviamente, a costi unitari molto più alti. Lo dimostra l'andamento degli esami di "Radiodiagnostica" effettuati fuori dall'ospedale dell'Angelo per il 50 cento in più rispetto a quelli effettuati all'esterno quando funzionava il vecchio ospedale.

Finora il *project financing* non risulta compromesso, perché l'Ulss garantisce ai privati il pagamento di un numero minimo di prestazioni a prescindere dalla loro effettuazione. Ma è difficile dire se questo equilibrio

SEZIONE

reggerà negli anni a venire. Tutti questi elementi risultano assai difficili da correggere tanto più in una situazione in cui il personale dell'Ulss è caratterizzato da un numero troppo esiguo di infermieri professionali e di tecnici. Inoltre le correzioni che devono essere attuate per garantire alla popolazione del Comune di Venezia la stessa offerta ospedaliera del resto del Veneto sono sicuramente molto onerose in una situazione finanziaria dell'Ulss 12 già molto difficile.

I bilanci dell'Ulss 12 ed i costi di gestione del nuovo ospedale

L'Ulss 12 ha ricevuto nel 2008 un finanziamento regionale pari a 1784 euro pro capite per ciascuno dei 304.258 cittadini residenti nel territorio di sua competenza costituito dal Comune di Venezia, di Marcon, di Quarto d'Altino e di Cavallino Treponti.

Si tratta del finanziamento pro capite più alto tra quelli attribuiti alle Ulss venete. La media regionale è di 1492 euro, l'Ulss 13 che serve i 260.000 abitanti della Riviera del Brenta e del Miranese riceve 1342 euro pro capite. Vero è che i 100.000 abitanti dell'Ulss 12, che vivono nel centro storico di Venezia e nelle isole del suo Estuario, hanno bisogno di erogazioni superiori alla media regionale per avere la stessa qualità di servizi del resto della regione.

Va detto anche però che mentre tutti gli abitanti dell'Ulss 1 di Belluno vivono in aree con lo stesso tipo di problema di mobilità territoriale e non a caso ricevono 1777 euro pro capite, sono solo 100.000 gli abitanti dell'Ulss di Venezia in area "disagiata", ma il finanziamento più alto viene erogato invece per tutti gli abitanti dell'Ulss 12.

Eppure, malgrado questi finanziamenti, l'Ulss 12 accumula un disavanzo molto alto: nel 2008, pari a 46 milioni di euro (nonostante la vendita delle aree dell'ex Umberto I e Ospedale al Mare), il più alto tra tutte le Ulss del Veneto esclusa l'Ulss 20 di Verona. E nel 2009 il disavanzo si prospetta di molto superiore al 2008. Bisogna infine ricordare che gli Ospedali dell'Ulss 12 assorbono il 65 per cento delle risorse disponibili in deroga a precise disposizioni di legge.

La critica alle proposte del Direttore Generale per il rilancio dell'ospedale dell'Angelo

Il Direttore Generale dell'Ulss 12 nel febbraio 2009 ha presentato un progetto per migliorare il rendimento dell'ospedale dell'Angelo, concentrando nella nuova struttura le attività con più alta tariffa di rimborso da parte della Regione (Drg).

La proposta del Direttore Generale prevede che le Divisioni di Lungodegenza, Geriatria, Psichiatria e Riabilitazione, vengano collocate in altre sedi al di fuori dell'Ospedale all'Angelo, ignorando, tra l'altro la classificazione "sub intensiva" di Psichiatria e di Geriatria a norma del cosiddetto decreto Donat Cattin, tuttora vigente. A parte il fatto che non viene detto dove queste quattro divisioni potrebbero trovare una sede adeguata e comoda per i cittadini di Venezia che ne avranno bisogno, va detto che appare inefficace l'idea di poter in breve tempo fortemente aumentare il numero delle prestazioni di medio alta complessità (a cui corrisponde la più alta tariffa di rimborso da parte della Regione), perchè si tratta di prestazioni riferite a patologie che si manifestano con basse percentuali sul totale della popolazione e presuppongono, se non si programma un aumento consistente della "inappropriatezza", che l'Ospedale all' Angelo sia in grado di diventare polo di attrazione alternativo agli Ospedali di Treviso e di Padova.

Anche la proposta di istituire in vari punti di Mestre centri di prelievo per saturare le capacità operative del Laboratorio Analisi dell' Angelo appare inefficace in considerazione del fatto che i centri prelievo hanno bisogno, per funzionare, di personale infermieristico che non è nella disponibilità organica dell'Ulss. Ancora meno convincente appare la possibilità prevista dal Direttore Generale di spostare sul territorio alcune attività di Radiologia, Otorino, Neurologia, Odontostomatologia e Oculistica.

Ai Distretti finanziamenti inferiori a quanto previsto dalla legge

Come già accennato, le Attività Territoriali extraospedaliere assorbono solo il 30-35 per cento delle risorse a disposizione dell'Ulss 12. Mentre la Legge prescrive il seguente riparto:

- Attività Territoriali, 48 per cento
- Attività Ospedaliere, 47 per cento
- Servizi di Igiene, 5 per cento.

Per chiarire le implicazioni di questa situazione analizziamo il budget assegnato alla Ulss 12 il 30 ottobre 2007:

- Assistenza nei Distretti 267.413.000 milioni di euro pari al 52,67 per cento
- Assistenza ospedaliera 240.244.000 milioni di euro pari al 47,32 per cento.

Se dividiamo la quota di budget assegnata al Territorio per il numero di abitanti dell'Ulss 12 troviamo che la quota pro capite destinata a queste attività ammonta a 875,6 euro. Ad esempio il Distretto 2 (quello del Lido

SEZIONE

di Venezia), che ha 44.000 mila abitanti da servire, avrebbe dovuto avere a disposizione 38.500.000 euro. Ebbene nel periodo considerato il Distretto 2 ha utilizzato direttamente 7.611.655 euro e se si considera il costo dell'elisoccorso e del punto di primo intervento, la spesa sale a 13.502.622, comunque ben al di sotto della assegnazione teorica. D'altra parte il trattamento degli altri Distretti non è diverso e dimostra che la Direzione dell'Ulss non vuole puntare su queste strutture.

Interventi urgenti per salvare la sanità veneziana

A questo quadro caratterizzato da difficoltà strutturali si aggiunge la richiesta di ridurre le spese, avanzata nel marzo 2009 dal Presidente della Regione a tutte le Ulss.

Nel caso dell'Ulss 12 soddisfare la richiesta della Regione, comporta insormontabili difficoltà che si aggiungono al quadro di sintesi qui illustrato. L'obiettivo di costruire finalmente il nuovo ospedale di Mestre è stato raggiunto.

L'inserimento della nuova struttura nella rete dei servizi sociosanitari della regione e dell'area veneziana, in particolare, è un problema che deve essere affrontato e tempestivamente risolto. Se si vuole evitare il collasso finanziario e il degrado dei livelli dei servizi sanitari rivolti ai cittadini. Ciò richiede correzioni profonde nelle strategie e nella programmazione delle attività dell'Ulss 12. La svolta che è necessaria richiede, oltre a nuove soluzioni organizzative e tecniche nella organizzazione dei servizi, un profondo ripensamento dei meccanismi di rapporto tra pubblico e privato che sono stati messi in essere nel corso di questi anni, in particolare per quanto riguarda quelle che il Consiglio Comunale di Venezia ha chiamato "società gemmate dall'Ulss".

Il Coordinamento cittadino per la difesa della sanità pubblica nella Ulss 12

“Il Coordinamento dei cittadini per la *difesa della sanità pubblica dell’Ulss 12*” nasce alcuni anni fa, ne fanno parte persone con storie politiche, sociali e sindacali diversificate ed altre mosse da un’unica convinzione e certezza: quella che si è in presenza, ieri come oggi, di un lento e graduale peggioramento dei servizi sociosanitari gestiti dall’azienda Ulss. Tale situazione richiede un protagonismo diretto dei cittadini con analisi adeguate, progettualità e capacità di mobilitazione per frenare la deriva di depauperamento costante della qualità e della quantità delle prestazioni sociosanitarie.

La caparbia e le competenze in materia di politiche sanitarie da parte dei componenti del Coordinamento qualificano nel corso degli anni le proposte per un reale miglioramento delle strutture sociosanitarie a livello ospedaliero e a livello territoriale secondo i principi della prevenzione, diagnosi e cura. Il Coordinamento è impegnato nel contrastare alcune scelte degli amministratori locali ritenendole non valide e corrette. Ecco alcuni esempi significativi: la procedura dell’alienazione delle aree dell’ex Ospedale al Mare, il restauro tramite project financing del padiglione Jona, il trasferimento dei servizi distrettuali all’interno dell’ospedale San Camillo; la chiusura di Hospice per ammalati oncologici; l’indebolimento dei servizi distrettuali, l’esternalizzazione di servizi pubblici; il passaggio di alcune divisioni/reparti dall’Ospedale Civile di Venezia all’ospedale dell’Angelo, ecc.

Oggi il Coordinamento lavora su più fronti:

1. valorizzazione e protagonismo della Conferenza dei Sindaci della Ulss 12
2. la promozione dei servizi e delle professionalità del nuovo Ospedale per renderlo “competitivo” e “attraente”
3. l’estensione dei servizi e delle funzioni socio-sanitarie dei Distretti
4. il mantenimento dell’Ospedale Civile di Venezia
5. la valorizzazione dei servizi di medicina di base
6. il servizio domiciliare infermieristico/riabilitativo
7. la presa in carico di persone con malattie degenerative (ad es. diabete)
8. la continuità della cura tra ospedale e territorio
9. la riduzione delle liste di attesa e prevenzione
10. l’umanizzazione e centralità della persona al centro delle cure
11. l’integrazione socio-sanitaria.

**FOCUS
DELL'ORDINE
DEI MEDICI.**

*SALUTE
DI ANZIANI,
SOFFERENTI
PSICHICI
E DONNE*

“Dimissioni protette, riabilitazione e percorsi di cura integrati”

a cura di
Maurizio Scassola

Maurizio Scassola è medico di medicina generale e presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Venezia e coordinatore degli Ordini provinciali in Veneto.

I dati epidemiologici relativi all'Ulss 12 evidenziano che, rispetto alle altre Ulss del Veneto, vi è la più elevata prevalenza di anziani e che questi, inoltre, sono più poveri e più soli (vedi indici di vecchiaia e di dipendenza).

I cambiamenti sociali hanno comportato il passaggio da una famiglia patriarcale composta da più figli e nella quale il carico assistenziale veniva suddiviso tra più soggetti, struttura familiare ancora presente in parte nelle nostre campagne, ad una famiglia unicellulare composta da nuclei composti da un figlio o al massimo due che risiedono prevalentemente in città e che lavorano; in questo caso il carico assistenziale è concentrato in pochi soggetti e le risorse, specie quelle psicologiche, facilmente vanno ad esaurimento specie in presenza di anziani gravemente non autosufficienti e non raramente affetti da demenza con disturbi comportamentali.

È noto che sono proprio gli anziani, caratterizzati prevalentemente da patologie croni-

co - degenerative e da riacutizzazioni delle stesse, ad essere più frequentemente ospedalizzati e per un tempo maggiore rispetto ai giovani adulti; consumano più farmaci, necessitano molto frequentemente di risposte socio assistenziali complesse. In queste persone risulta molto labile il confine tra sociale e sanitario, confine più che altro dettato da ragioni di ripartizione di spesa da parte delle istituzioni piuttosto che da reali evidenze; anzi questa distinzione spesso non esiste nella realtà visto che sono aree strettamente connesse e, negli anziani, inscindibili. Una persona che per carenze assistenziali non beve e non mangia a sufficienza, non assume farmaci e non cammina, rapidamente andrà incontro rapidamente a disidratazione, malnutrizione e ad una sindrome da immobilizzazione con le conseguenti ricadute strettamente sanitarie, d'altro canto un problema acuto come ad esempio l'ipomobilità secondaria ad una frattura di femore comporterà da subito una impossibilità a muoversi e quindi a mangiare, idratarsi, assumere farmaci in modo autonomo; ognuna di queste condizioni identifica un anziano a rischio di perdita della propria autosufficienza.

Un nuovo panorama demografico e la qualità dell'assistenza

Il momento che stiamo vivendo non ha altri riscontri da quando è nato il genere umano; mai fino ad ora si è vissuto una cornice demografica come quella attuale; questo comporta che non esistono risposte precostituite. Solo una attenta analisi dei bisogni, può produrre progetti assistenziali mirati e soluzioni integrate (reti tra sociale, sanitario, associazionismo, portatori di interesse). Il tutto è preconditionato dalla fruibilità di solidi dati epidemiologici.

L'analisi dei bisogni non può eludere il fatto che le Istituzioni (Regione, Comuni e Aziende Ulss) devono adoperarsi per impiegare comuni strumenti, indicatori e revisione sistematica dei processi assistenziali.

I due cardini sui quali si regge il nostro sistema sono costituiti dall'ospedale e dal territorio. Le nostre necessità sono quelle di avere un ospedale che funzioni, che fornisca delle risposte alle urgenze e che copra in modo adeguato le attività di diagnosi, cura, riabilitazione non risolvibili a domicilio.

I percorsi di cura tra ospedale e territorio: il ruolo del Distretto

Nell'ambito dell'Ospedale la qualità assistenziale non è fondata sul numero dei posti, ma dal livello di umanizzazione, di accessibilità, di fruibilità e di sicurezza.

Oggi la vera differenza tra una buona sanità ed una mediocre sanità è rappresentato dalle attività territoriali e dai percorsi clinico assistenziali che

devono unire, in un percorso strategico, ospedale e territorio. Il Distretto è il punto di incontro fisico tra domanda ed offerta e Specialisti ospedalieri, Specialisti ambulatoriali, Pediatri di libera scelta, Medici di medicina generale e Operatori socio sanitari sono gli attori di questa integrazione. Sotto questa logica non è pensabile eludere il problema della autonomia gestionale ed amministrativa del Distretto specie quando al centro dei nostri interessi c'è il paziente anziano che rappresenta un modello peculiare di integrazione di interventi e di professionalità per il soddisfacimento di bisogni che sono i più vari e che molto frequentemente si associano nelle più diverse combinazioni, espresse e non.

Un approccio multidisciplinare e multiprofessionale per la presa in carico dei pazienti anziani

Precondizione essenziale è quindi il cambiamento culturale, organizzativo e amministrativo con il quale politici, amministratori e operatori devono affrontare i problemi di Salute della popolazione anziana.

Il secondo cambiamento è incardinato sulla logica dell'approccio multidisciplinare e multi professionale. Non possiamo più tollerare, in un sistema che deve porsi la centralità della valutazione globale della persona anziana, la parcellizzazione delle competenze per organi, apparati e singoli problemi.

Analizziamo alcuni problemi prioritari.

LE PRIORITÀ

Procedure appropriate di accesso in ospedale e di dimissione. Possono avvenire solo tramite la creazione di strumenti di comunicazione che identifichino preliminarmente i problemi ed i bisogni inserendoli in percorsi di cura che devono vedere coinvolti i soggetti identificati, di volta in volta, come strategici per la cura (lo specialista ospedaliero, lo specialista territoriale, il medico curante, il personale socio sanitario).

Dimissioni protette. Rimangono processi assistenziali ancora da perfezionare nella tempistica e nella omogeneità delle procedure delle dimissioni dai vari reparti; grandi passi in avanti sono stati fatti dopo la creazione dello SCOT (Servizio di Continuità Ospedale Territorio). Si avverte la carenza di un *Case manager* infermieristico ospedaliero; *case manager* che segua nella sua globalità le procedure di dimissioni ospedaliere di ogni paziente e, per quanto attiene al territorio, di un coordinamento più stretto tra l'Assistenza Sociale e i Medici di medicina generale. È fonda-

mentale, per l'appropriatezza delle dimissioni, che il rientro a domicilio venga preceduto da una attenta analisi delle necessità socio-assistenziali (assistenza sociale, assistenza infermieristica, accessi del medico di famiglia, ausili, ecc.) attraverso la presa di contatto diretta con il curante, lo specialista e gli altri servizi del territorio. È altresì evidente che scopriamo sempre più situazioni di fragilità che sfuggono anche alla cura del medico di medicina generale: persone sole, con problemi economici, psichici, di isolamento sociale. In questi casi l'insorgenza di una malattia fa esplodere drammaticamente questa solitudine: dobbiamo ricercare, con i Servizi, gli indicatori di disagio sociale che permettano di prevenire o di contenere questo fenomeno. La formazione ed il confronto interdisciplinare rimane lo strumento per la progettazione di interventi.

Chiari percorsi riabilitativi post ospedalieri. Rappresenta una delle note più dolenti per la scarsità di risorse strutturali, finanziarie e professionali. La riabilitazione rappresenta una delle grandi sfide del futuro. Le malattie cronico-degenerative e la riabilitazione post-acuzie sono attività complesse, impegnative dal punto di vista professionale, organizzativo e strutturale, ma sono anche la palestra attraverso la quale un Paese dimostra concretamente la propria giustizia e la propria solidarietà.

Creazioni di Aggregazioni Strutturali e Funzionali della Assistenza Primaria. Non ci interessano le sigle, le denominazioni ma i progetti. Rappresentano la capacità della programmazione e della integrazione delle competenze di Regione, Comuni ed Aziende Ulss; non solo per una assistenza 24 ore su 24 e per l'integrazione delle competenze, ma per offrire alla popolazione un vero punto della salute, un punto di ascolto per percorsi ottimizzati e per informazioni puntuali; luoghi in cui è possibile avere risposte rapide con l'ausilio di una diagnostica strumentale di primo livello, con l'offerta di informazioni rispetto a percorsi diagnostico-terapeutici e delle indicazioni per lo svolgimento di iter amministrativi per l'ottenimento di supporti socio-assistenziali.

Potenziamento delle Residenze Sanitarie Distrettuali. Si identificano con strutture a carattere sanitario che si collocano tra l'ospedale ed il territorio; consentono un monitoraggio clinico - terapeutico e riabilitativo di situazioni non ancora stabilizzate che non necessitano di ospedalizzazione ma che richiedono una assistenza temporanea non possibile a domicilio. Queste strutture permettono anche dimissioni protette e appropriate nella ricerca di riabilitazione e di tempi di ospedalizzazione più brevi. Nel

nostro territorio sono attualmente insufficienti ed andrebbero ulteriormente rilanciate con il contributo dei medici di medicina generale, dei riabilitatori, dei geriatri, del personale infermieristico e degli assistenti sociali; è questa rete che permette di accelerare il processo di reinserimento sociale e familiare della persona.

Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Dobbiamo puntare alla copertura assistenziale di tutta la settimana. In questo settore è particolarmente sentita la carenza di personale per l'assistenza infermieristica nella continuità assistenziale di pazienti complessi come gli anziani, i pazienti oncologici e i pazienti terminali.

Il trattamento della demenza. Un discorso a parte merita l'approccio al paziente con demenza, patologia questa che più di altre esaurisce rapidamente le risorse familiari e che rappresenta la maggior causa di istituzionalizzazione: la presa in carico deve essere globale con un complessivo potenziamento di tutte quelle risorse che aiutano la permanenza al proprio domicilio. Abbiamo bisogno di fare diagnosi tempestive e di avere a disposizione le cure più appropriate (ricordo che gli anticolinesterasici e gli antipsicotici atipici possono essere prescritti solo da specialisti Neurologi e Geriatri che operano all'interno delle Unità di Valutazione Alzheimer con specifici piani terapeutici nonché dagli Psichiatri). Appare evidente quanto importante risulti il legame operativo con i centri di Unità Valutativa Alzheimer presenti nel nostro territorio ed ancora poco conosciuti. Importante inoltre risulta il potenziamento dei Centri Diurni Alzheimer, che dovrebbero essere collegati con i Centri UVA, Centri Diurni che rappresentano una valida risposta ai fini di una stimolazione cognitiva, del mantenimento delle abilità residue e per il sollievo familiare. Potenziamento dei SAPA (Sezione Alta Protezione Alzheimer) per quelle persone che presentano disturbi comportamentali; per questi ultimi si avverte la necessità di velocizzare le procedure di ingresso specie per quanto riguarda le situazioni provenienti dal territorio. Tutte queste risposte integrate tra loro, coordinate e flessibili nel tempo danno ai familiari la sensazione di non essere più soli nella gestione di questa grave patologia invalidante ancora poco conosciuta nel suo evolversi e possono procrastinare, e a anche di molto, l'eventuale istituzionalizzazione.

Potenziamento del numero di posti nelle Case di Riposo. Risultano pochi (ne mancano ogni anno 250) rispetto alle esigenze attuali per motivi di ordine epidemiologico e sociale, come già descritto, e sono mal distribuiti tra

Venezia e Mestre. Spesso il mancato accesso a tali strutture obbliga i vari attori, per rispondere alle urgenze di molte situazioni, a ricercare inserimenti in altre strutture che dovrebbero rispondere al soddisfacimento di altri bisogni e questo comporta un decadimento a catena, in efficienza e qualità di cura, di tutte le diverse strutture esistenti. Ricordo a tal proposito che la programmazione dei posti nelle Case di Riposo è di competenza regionale.

Ricoveri di sollievo. Sono quei ricoveri che consentono alle famiglie, che gestiscono pazienti con demenza o affetti da non autosufficienza, di poter andare in vacanza oppure di assentarsi dalla cura del proprio familiare per un breve periodo di tempo per i più svariati motivi: ogni anno non vi è mai la certezza di poter contare su questa risorsa per 12 mesi; si assiste a proroghe ripetute, che non permettono una piena programmazione delle vite familiari. Risulterebbero molto utili ricoveri di un giorno o nel fine settimana, in modo da consentire una miglior tenuta della rete assistenziale familiare ed evitare l'esaurimento della stessa, consentendo il mantenimento a domicilio di una persona, specie anziana, per più lungo tempo possibile. È chiaro che ogni persona può usufruire di una o più delle soluzioni descritte. La risposta assistenziale è legata ai vari e complessi bisogni che possono essere presenti nelle più svariate combinazioni. Il luogo di integrazione di tutte queste risposte risulta ancora una volta il Distretto ed in particolare l'Unità di Valutazione Multi Dimensionale con la partecipazione del Curante, dell'Assistente Sociale, dell'Infermiere e dei vari Specialisti sempre nell'ottica di personalizzare le risposte e di migliorare la qualità della vita delle persone anziane; obiettivo non secondario è la diminuzione dei ricoveri.

Integrazione della rete informatica. Il potenziamento del territorio e il miglioramento della qualità di vita delle persone, specie se anziane, passa anche attraverso la condivisione di un unico linguaggio informatico (con accessi diversificati alle informazioni da parte dei vari soggetti che implementano il data base ciascuno per quanto di competenza) che unisca l'ospedale e le varie strutture territoriali. Così è anche possibile il dialogo e lo scambio di informazioni tra gli specialisti ospedalieri i Medici di medicina generale, gli specialisti del territorio, i Servizi sociali: questa rete permetterebbe l'ottimizzazione degli interventi e degli investimenti con l'abbattimento di prestazioni non condivise o di loro inutili duplicati. La conoscenza dell'esistente può generare un continuo flusso di dati di ordine sanitario, sociale, economico, premessa fondamentale per la programmazione efficace delle cure e per la sopravvivenza di un Sistema Solidale.

Il nuovo assetto organizzativo del Dipartimento di Salute Mentale nella Ulss 12

a cura di
Roberto Brocca

Roberto Brocca è laureato in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Psichiatria. Dirigente Medico di primo livello, membro del Consiglio di Dipartimento "Salute Mentale" dell'azienda Ulss 12 e referente di Formazione per la Psichiatria Territoriale del Dipartimento di Salute Mentale Ulss 12.

A giugno 2009 la Direzione della nostra Azienda Ulss ha approvato la delibera quadro per la riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici Territoriali della Terraferma secondo i criteri del "Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale" e della Legge 22 regionale in tema di "Accreditamento delle unità di offerta nell'ambito della salute mentale".

Tale provvedimento consente alla Psichiatria del territorio di Mestre di uscire da una condizione di "sofferenza" organizzativa, di carenza di risorse strutturali e da una non omogenea distribuzione delle stesse risorse. Le due Unità Operative erano disomogenee sia per quanto riguarda il bacino d'utenza sia per quanto riguarda la collocazione e il numero delle strutture: ne costituisce un esempio eloquente il reparto (SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) che è stato sotto la competenza di un'Unità Operativa, mentre il territorio nella sua maggior estensione (circa 150.00 abitanti) sotto la competenza di un'altra Unità Operativa.

Evidente che ne siano conseguite problematiche nella continuità delle cure e conflittualità fra dirigenti con ricadute sulla qualità dell'assistenza.

Al contrario, i Servizi Territoriali del Centro Storico hanno goduto sin dai "primi passi" della Legge 180 di una buona pianificazione dell'assistenza e della riabilitazione del paziente psichiatrico: le strutture quali CSM (Centro di Salute Mentale), SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), CTRP (Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta) sono state, alla chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, adeguate rispetto le esigenze dell'utenza, in particolare è stato posto il Centro di Salute Mentale come sede organizzativa delle cure ove l'intervento nell'ambiente naturale di vita del paziente ha costituito, e costituisce, lo strumento principale della presa in carico.

Quindi, possiamo finalmente assistere alla soluzione delle differenze fra le due realtà del Dipartimento secondo una progressiva uniformità nelle modalità di pianificazione delle cure sia fra Centro Storico e Terraferma sia nel contesto del territorio mestrino.

Nel dettaglio, le due Unità Operative della Terraferma potranno presto attingere a un eguale numero di posti letto nel reparto, così come si prevede una Comunità Riabilitativa Protetta per Unità Operativa e lo stesso vale per le Comunità Alloggio e, ovviamente, per i Centri di Salute Mentale.

Le linee guida per la cura e la riabilitazione del paziente grave

Parallelamente a quanto descritto si sono stabilite a livello dipartimentale le linee guida per la cura e la riabilitazione del paziente grave, all'insegna del principio del ricorso a processi di cura e continuità della cura, piuttosto che a una segmentazione degli interventi nelle diverse strutture costituenti il Dipartimento di Salute Mentale. Le aree di interesse sono state definite in: domiciliarità, acuzie, riabilitazione psicosociale, accreditamento delle strutture, integrazione sociosanitaria.

Si è posto l'accento sui concetti di continuità e processo delle cure.

La necessità di curare il malato nel suo contesto di vita

Al di là di quanto accade nel nostro Dipartimento di Salute Mentale, si assiste a livello nazionale, nei diversi Servizi Psichiatrici, ad una tendenza a demandare i vari momenti della cura e della riabilitazione alle diverse strutture costituenti i Servizi stessi: quindi le équipes operanti in ambulatori, centri diurni, comunità, reparti rischiano un isolamento del loro operare a scapito della continuità delle cure e ai danni di una buona costruzione dell'integrità del Sé del paziente.

Si evidenzia, inoltre, un forte ricorso alle CTRP (comunità territoriali ria-

bilitative protette) piuttosto che ad interventi territoriali, deviando dall'obiettivo della riforma psichiatrica, cioè curare il soggetto malato nel suo contesto di vita.

Al contrario, l'obiettivo di chi opera nella nostra realtà psichiatrica è quello di definire chi è responsabile dei progetti terapeutici del singolo paziente, identificarne i *caregivers* e mantenere una continuità nel processo di cura indipendentemente sia che esso sia esclusivamente sviluppato nel contesto territoriale, sia che sia articolato nel ricovero in reparto e/o in comunità.

Il valore degli interventi domiciliari

Nel definire le modalità operative di intervento per la cura del paziente psichiatrico si è definito, sempre in sede dipartimentale, che lo strumento privilegiato è costituito dalla domiciliarità. L'intervento domiciliare è assolutamente efficace nel raccogliere informazioni sul paziente grave e consente di integrare le due dimensioni del percorso esistenziale del soggetto affetto da patologia psichiatrica: l'una è costituita dalla storia personale, dall'anamnesi e della storia familiare; tre ambiti da cui si può evidenziare la genesi dell'ambiente interno, l'ambiente mentale; l'altra dimensione è definita dalle relazioni genitori-figlio, dal contesto ove il paziente e la sua famiglia vivono e dai loro contatti con l'ambiente esterno.

Non va dimenticato che la domiciliarità è un contesto ideale per dare ascolto e per mettere in atto interventi sulla quotidianità del soggetto malato, in sintesi si può definire l'intervento domiciliare come strumento di cura e come mezzo riabilitativo.

Il ruolo del Centro di Salute Mentale

La sede organizzativa della cura e della riabilitazione è il Centro di Salute Mentale (CSM), qui si definiscono i progetti per i pazienti presi in carico, cioè i pazienti con strutture psicotiche, quei pazienti che richiedono, oltre alla presenza dello psichiatra, il coinvolgimento degli altri operatori del CSM (infermieri, operatori sociosanitari, assistenti sociali, educatori). La pianificazione si realizza attraverso l'uso di uno strumento che per primi, fra i Servizi Psichiatrici del Veneto, abbiamo utilizzato secondo quanto previsto dalla già citata legge 22: il Progetto Personalizzato volto a definire, per ogni singolo paziente, quali interventi mettere in atto, quando procedere a verifiche sull'andamento del progetto, oltre a fornire scale per valutare le condizioni cliniche.

Dal CSM quindi, si articolano gli interventi domiciliari, si programma l'at-

tività ambulatoriale che può assumere connotazioni di semplici visite di controllo o di colloqui strutturati fino a sedute psicoterapeutiche in relazione alle diverse tipologie di gravità dei pazienti e del livello di progresso clinico raggiunto dai singoli pazienti.

Sempre dal CSM si tengono i contatti con i Medici di Medicina Generale: si raccolgono le segnalazioni, si collabora nelle procedure diagnostiche e terapeutiche per i pazienti in carico che richiedono visite mediche specialistiche, si comunica l'andamento clinico dei pazienti in cura. A riguardo si auspica che il CSM sia sede per verifiche in équipe aperte ai Medici di Medicina Generale così come agli operatori del Comune.

Infine dal CSM si coordinano i collegamenti con le altre strutture dipartimentali; con riferimento a quanto esposto in precedenza, lo psichiatra deve garantire, con la sua équipe, la continuità delle cure. Se vi è insorgenza di episodi di acuzie che non si possono contenere a domicilio o presso il CSM, si farà ricorso al ricovero in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura); durante il ricovero il paziente sarà valutato non solo da chi opera in reparto ma anche dal personale che ha in carico il paziente, i referenti del caso, che si confronteranno con i colleghi di reparto sull'andamento del ricovero.

Il ruolo di Centro Diurno, comunità protette e comunità alloggio

Le stesse dinamiche di confronto e comunicazione attuate dai referenti del caso, seppur in un arco di tempo prolungato rispetto al reparto e con differenze nelle modalità di interazione, si svolgono con gli operatori del Centro Diurno ove si attuano percorsi riabilitativi volti a valorizzare le potenzialità creative, relazionali e occupazionali dei nostri pazienti. Analoghe dinamiche di confronto e comunicazione, sempre tracciate su una trama definita da chi ha la responsabilità del caso, si realizzano nei confronti delle comunità protette e delle comunità alloggio. I pazienti ospitati in queste strutture necessitano di un distacco dall'ambiente genitoriale a favore di un processo maturativo e di acquisizione di autonomia. In dettaglio "durante questo percorso si stilano piani di trattamento riabilitativo individuali formulati e concordati con il paziente che si realizzano gradualmente con il sostegno e il monitoraggio da parte dell'operatore di riferimento.

Le azioni riabilitative si riferiscono a contesti il più possibile vicini alle situazioni che il paziente vive, prima attivate nelle sedi delle Unità Operative e poi provate nell'ambiente sociale".

L'invio nelle strutture residenziali, il monitoraggio del percorso riabilita-

tivo, le dimissioni, sono gestiti dallo psichiatra in collaborazione con i referenti del caso e non demandati esclusivamente alle équipe operanti nelle sedi comunitarie.

Il ruolo dello psichiatra

Per lo psichiatra ne deriva un lavoro molto impegnativo, non è pensabile che la cura della psicosi si possa limitare ad un mero lavoro ambulatoriale “fissando” appuntamenti, “aspettando” il paziente alle visite con cadenza mensile, “controllando” se il paziente assume o meno la terapia e se si valutandone gli effetti.

Si richiede, oltre alla lettura clinica, la capacità nel gestire l'équipe e le interazioni fra i diversi gruppi di lavoro, inoltre è fondamentale la capacità dello psichiatra di valorizzare le informazioni che si raccolgono dagli operatori.

Se infatti si parte dal principio che la conoscenza del paziente grave non può limitarsi a quanto fa rilevare l'osservazione clinica nel contesto ambulatoriale, la costruzione dell'oggettività della patologia del paziente in carico non può che realizzarsi grazie ai diversi elementi raccolti dagli operatori, e dallo psichiatra stesso, riguardo la storia della persona e le sue interazioni con l'ambiente.

Se il paziente in questione è entrato nella dimensione della cronicità si può allora parlare di vera e propria sfida per lo psichiatra. In questo caso infatti il disinvestimento da parte del medico specialista può essere un'evenienza frequente, se si pensa che la cronicità si associa a una tipologia di pazienti particolarmente difficili da trattare; con il rischio che dal disinvestimento di interesse si passi all'oblio, mentre per il personale infermieristico questo paziente, visto che gli operatori hanno contatti più frequenti e più carichi emotivamente, è sempre presente, quanto meno nella memoria del gruppo, ed è difficile accettare la deriva sociale e il peggioramento clinico cui va incontro. Ne può conseguire uno scollamento fra uno psichiatra “disinteressato” e parte del personale (forse) (talora) eccessivamente coinvolto.

Le attività di formazione

Passo successivo da approfondire è il tema della formazione che, sempre da quanto elaborato in sede dipartimentale, si articola nelle seguenti aree: acuzie, domiciliarità, riabilitazione, integrazione sociosanitaria.

Ci soffermiamo ancora sull'area della domiciliarità poiché si pensa possa essere di maggior interesse clinico per i colleghi della Medicina Generale e in quanto terreno di confronto fra diverse professionalità, mentre riser-

viamo ad altre occasioni l'approfondimento di tematiche di non minor interesse come l'area dell'integrazione sociosanitaria.

Nel progettare un iter formativo si è voluto primariamente dare voce alle esperienze cliniche e al confronto fra le diverse équipes del Dipartimento piuttosto che alla scelta di ricorrere a esposizioni di relatori esterni su specifici argomenti.

Le tematiche che si vogliono sviluppare per un buon lavoro sul territorio comprendono: la valorizzazione delle potenzialità delle visite domiciliari come momento terapeutico-riabilitativo, evitando di ridurle a interventi meramente assistenziali; la raccolta di informazioni e di elementi clinici dalla quotidianità del paziente e della sua famiglia; la capacità nel mantenere una progettazione e degli obiettivi nelle cure onde evitare derive nell'operare che possono determinare atteggiamenti di demotivazione e una conduzione routinaria del lavoro.

In conclusione occorre sottolineare che la programmazione deve costituire il tema su cui concentrare la maggior parte delle risorse formative: gli interventi sul territorio devono poter portare ad una socializzazione del disagio mentale in modo da interrompere il processo verso la cronicizzazione e ridurre gli invii in comunità e in SPDC.

Il ruolo dei Consultori nell'evoluzione dei bisogni di benessere delle donne

intervista ad
Alessandra Cecchetto

Alessandra Cecchetto, laureata in Medicina e Chirurgia, è specializzata in Ostetrica e Ginecologia. Nel 2006 ha conseguito il Master in Medicina delle migrazioni, delle emarginazioni e delle povertà. Ha lavorato come assistente presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi di Modena. Dal 1979 lavora come ginecologa presso i Consultori Familiari dell'Ulss 12.

I Consultori familiari sono nati trent'anni fa. Si festeggia dunque quest'anno il compleanno di un servizio socio sanitario rivolto alle donne ed alla famiglia e nato sull'onda della rivoluzione femminista degli anni Settanta. Ma come sono cambiate le donne in questi anni? E come sono cambiati i servizi?

I Consultori sono attivi a Venezia (al G.B. Giustinian, a Lido e Burano) e in Terraferma (a Marghera, Chirignago, Zelarino, in Viale S. Marco e via Dante; a Carpenedo e a Favaro). Ci lavorano équipe multidisciplinari formate da psicologhe/psicologi, medici ginecologhe/ginecologi, ostetriche, assistenti sociali, infermiere e assistenti sanitarie.

Le competenze sono molteplici: prevenzione dei tumori femminili, gravidanze, contraccezione, accertamenti per interruzione di gravidanza (secondo quanto previsto dalla legge 194), consulenze psicologiche individuali e di gruppo, colloqui per le adozioni familiari, educazione sessuale nelle scuole ecc.

All'interno dei Consultori alcuni progetti si rivolgono a specifiche categorie di utenti: adolescenti anche maschi, donne straniere, ecc.

*Dell'evoluzione di questi servizi strategici sul territorio abbiamo parlato con **Alessandra Cecchetto**, che da anni lavora come ginecologa nei Consultori di Venezia e della terraferma.*

Dottorssa Cecchetto, i Consultori sono servizi socio sanitari rivolti prevalentemente alle donne.

Trent'anni dopo la loro nascita, possiamo dire che si tratta di una scommessa ancora valida?

I Consultori sono nati a Venezia e in terraferma nel 1978, appena approvata la Legge regionale che li istituiva in Veneto, grazie all'impegno del Comune e dell'allora assessora alle Politiche Sociali Lia Finzi. Eravamo alle fine degli anni Settanta; le donne avevano dato inizio ad un percorso collettivo di consapevolezza sociale e politica e desideravano rinnovare anche il rapporto con il proprio corpo. Il vecchio sistema di pensiero cosiddetto "patriarcale" sembrava definitivamente messo in crisi, anche grazie a strumenti come il nuovo codice sul diritto di famiglia che dava alla donna piena autonomia sociale.

Trent'anni dopo molta strada è stata fatta, possiamo dire che oggi dal punto di vista medico la salute delle donne è tutelata, l'offerta di prestazioni sanitarie sul nostro territorio è di alto livello, ma certamente molte questioni restano aperte riguardo al paradigma di pensiero che colloca la donna in un ruolo secondario, subordinato al ruolo maschile.

Il sistema di cultura dominante tenta ancora di proporre, a tutti i livelli, un forte controllo del corpo della donna...

Ripeto: le donne hanno fatto conquiste eccezionali durante il Novecento, molti tabù sono stati sconfitti, ma ora vale la pena anche di indagare accuratamente manipolazioni più sofisticate del sistema di pensiero dominante che ancora punta ad uno stretto controllo del corpo della donna. Alcuni esempi? Le ragazze oggi chiedono la pillola per avere rapporti sessuali senza rischi di gravidanze indesiderate e questo ha sicuramente regalato una nuova autonomia alla donna.

Resta il fatto però che molti ragazzi rifiutano di usare il preservativo, anche se la loro compagna lo chiede, dimostrando di non voler dare un proprio contributo alla contraccezione e aumentando, in certi casi, il rischio di trasmissione di alcune malattie infettive.

Non solo, oggi spesso le ragazze sono spinte dai modelli dominanti ad avere il primo rapporto sessuale ad un'età sempre più precoce (anche 12 anni), con un atteggiamento che non sembra di autodeterminazione, ma piuttosto di sudditanza ad un input esterno. In questo senso, mi sento di dire che dobbiamo fare attenzione, come donne, a non guadagnare una libertà più apparente che sostanziale.

Ci sono resistenze pesantissime ad un profondo cambiamento dei rapporti uomo - donna, è un paradigma quasi ancestrale, che resiste ancor oggi, all'inizio del terzo millennio.

Tutto dipende da quanto le donne sappiano scegliere per se stesse percorsi di libertà e consapevolezza in grado di mutare defi-

nitivamente i rapporti sociali. Ritengo che ciò sia una conquista per tutti, per le donne e per gli uomini, perché i condizionamenti riducono la libertà e la consapevolezza di entrambe i sessi e della società nel suo insieme.

Le donne come vivono oggi la gravidanza? È ancora difficile coniugare figli e lavoro?

È assolutamente difficile per una donna coniugare figli e lavoro. Non sempre i compagni sono disponibili a dividere il carico di nuovi impegni che comporta l'arrivo di una creatura.

Alcune donne pensano ancora che la nascita del bambino debba comportare la rinuncia al lavoro o comunque un ridimensionamento delle proprie aspettative di autonomia lavorativa. Si sentono quasi in colpa a non pensare esclusivamente al bambino. Inoltre fin dalla gravidanza, ci troviamo di fronte ad un'organizzazione del lavoro rigida e penalizzante per le donne.

Nonostante le nostre leggi di tutela della maternità abbiano già molti anni e siano tra le più avanzate in Europa, è difficile per molti datori di lavoro predisporre il cambio di mansioni durante la gravidanza (se l'ambiente lavorativo non è più idoneo, ma a rischio per madre e nascituro) che permetta per esempio, alla donna di continuare a lavorare senza chiedere la maternità anticipata.

Senza parlare del vero e proprio mobbing che in alcuni casi viene perpetrato da capi e datori di lavoro fin da quando la donna annuncia la propria gravidanza o al momento del rientro, dopo la maternità. Si parla tanto di flessibilità, ma ce n'è molto poca all'interno dei luoghi di lavoro.

È ancora una volta una questione di paradigma culturale. Certamente molte conquiste sono state fatte, basta pensare ai congedi parentali anche per i papà, ma la crisi economica sta penalizzando in particolare il lavoro femminile e la capacità concreta di determinazione delle donne.

L'approccio nei Consultori è multidisciplinare, quanto è importante oggi poter contare su servizi che prendono in carico l'essere umano nella sua componente fisica e mentale?

L'approccio multidisciplinare è preziosissimo, perché permette di accogliere la persona nella sua globalità. Oggi ci sono avanguardie di pensiero, anche in medicina, che sottolineano l'impossibilità di separare il corpo dall'anima-mente. Spesso infatti la sofferenza e la patologia mettono in stretta relazione queste dimensioni che vanno affrontate insieme da tutta l'équipe (assistente sanitaria, psicologa, assistente sociale, ostetrica, ginecologa), in modo multidisciplinare.

I modelli dominanti spingono i giovani verso una sessualità di tipo consumistico, in cui la relazione umana e sentimentale resta sullo sfondo o addirittura svanisce; non solo, i modelli di bellezza imposti dalla società spesso favoriscono la comparsa di disturbi alimentari (anoressia, bulimia, ecc.) non solo nelle ragazze, ma anche nei ragazzi. Gli adolescenti si trovano ad avere genitori che preferiscono comportarsi come amici piuttosto che assumersi in pieno il ruolo, spesso scomodo, di educatori. In sostanza le ragazze ed i ragazzi di oggi hanno bisogno di punti di riferimento, di non sentirsi abbandonati a se stessi

in una società che in apparenza nulla vieta loro, ma che offre anche loro poche opportunità di vera crescita umana. I Consultori Giovani con i loro punti di ascolto nelle scuole ed il servizio di consulenza psicologica "Sosta in corsa", attivi da anni con personale specializzato, si rivolgono agli adolescenti, li prendono in carico come persone, considerando il loro concreto contesto di vita.

Al di fuori di ogni moralismo, il consumismo sessuale, oggi così diffuso, che conseguenze può avere sulla salute?

Ci tengo a precisare che non voglio fare alcuna considerazione moralistica. Piuttosto vorrei proporre una riflessione diversa che può iscriversi in quella che laicamente possiamo definire "etica della responsabilità".

In Consultorio da anni è attivo un progetto "Free women project" in collaborazione con il servizio "Città e prostituzione" del Comune di Venezia.

Grazie a questo progetto abbiamo controllato la salute di centinaia di prostitute che, contattate dagli operatori comunali, si sono presentate spontaneamente nei nostri ambulatori.

A parere di molti studiosi del fenomeno prostituzione, si tratta di un progetto all'avanguardia che punta a tutelare non solo la salute di queste donne, ma anche quella dei loro clienti e quella delle compagne di questi uomini (mogli, fidanzate, amanti, ecc.).

Rispetto alla prostituzione varrebbe davvero la pena che gli uomini si interrogassero sulla loro sessualità e sul consumismo sessuale, ma intanto le Istituzioni preposte alla tutela della salute pubblica (Sindaco e

Ulss) devono prendere provvedimenti adeguati. Questo progetto, che coinvolge servizi dell'Ulss 12 (Consultorio, Malattie Infettive ed Igiene pubblica) e Servizi Comunali, è una delle migliori soluzioni possibili.

Vorrei aggiungere un'altra riflessione: vi è stato negli ultimi anni un certo calo di attenzione sociale sulla trasmissione del virus HIV; l'utilizzo dei farmaci retrovirali permette certamente un prolungamento notevole della vita dei malati, ma non possiamo minimizzare il rischio e le conseguenze dell'essere sieropositivi o malati di Aids. Per questo occorre continuare anche la campagna di sensibilizzazione all'utilizzo del profilattico, a partire dai più giovani.

Visti i bisogni complessi che la società esprime, i Consultori sembrano servizi ad alta integrazione socio sanitaria in grado di offrire risposte di ottimo livello. I Consultori dunque rappresentano un modello da sostenere e promuovere?

Da alcuni mesi è in vigore una direttiva regionale che rende gratuite visite e consulenze nei Consultori.

Apparentemente un'ottima cosa, ma questa scelta regionale, togliendo i ticket, potrebbe associare a questi servizi, che hanno invece maturato competenze ed esperienze di alto livello, solo un "mancato introito". Non vorrei che tra qualche anno si dicesse che i Consultori sono solo una perdita economica per l'Ulss ed è meglio chiuderli...sarebbe un errore enorme! I Consultori possono giocare un ruolo cruciale nel sistema dei servizi sociosanitari del territorio: limitandoci agli aspetti più squisitamente sanitari, i Consultori resta-

no fondamentali per il controllo delle gravidanze fisiologiche, per la prevenzione dell'aborto in applicazione alla 194 (ad es. i nostri psicologi e assistenti sociali fanno colloqui approfonditi con tutte le donne che chiedono l'interruzione di gravidanza, perché la scelta sia consapevole e senza costrizioni esterne); per la prevenzione dei tumori femminili, dei disturbi della menopausa e delle malattie sessualmente trasmissibili; nonché per la tutela della salute delle donne straniere che possono accedere ai nostri servizi (ad es. in questo modo è stato ridotto il numero delle nascite premature tra le donne immigrate, con un enorme risparmio sociale ed economico per la collettività).

L'approccio multidisciplinare e la centralità della presa in carico della persona nella sua globalità di bisogni sono degli elementi che rendono i Consultori un modello di riferimento anche per gli altri servizi del territorio ed è fondamentale che la Regione e l'Ulss anziché pensare per motivi finanziari alla loro chiusura, ne potenzino sempre più l'inserimento nella rete degli altri servizi sanitari (dai Distretti all'Ospedale) e sociali.

FOCUS.
MALATI
ONCOLOGICI
TERMINALI

“Gli Hospice a Venezia ed in Veneto”

a cura di
Salvatore Lihard

del Coordinamento cittadini
per la difesa della sanità pubblica
dell'Ulss 12

“**D**a qualche tempo anche a Venezia si è iniziato a discutere di una particolare dimensione dell'assistenza sanitaria, quella delle cure palliative per malati oncologici terminali, a partire dalle strutture, gli "hospice" nate per ospitare in modo idoneo i pazienti nella fase finale della vita. Da alcuni anni sono attivi al Policlinico San Marco di Mestre 25 posti letto dedicati a questo tipo di cure, per un totale di circa 300 ricoveri all'anno.

La Regione ha però recentemente affermato che i posti letto al Policlinico San Marco non risponderebbero ai criteri necessari per essere riconosciuti come "hospice" – scrive **Salvatore Lihard, del Coordinamento cittadini per la difesa della sanità pubblica.** – Lasciando da parte ogni polemica, inopportuna, visto il tema così delicato, risulta però necessario aprire una riflessione approfondita sul tema dell'assistenza ai malati oncologici terminali, che coinvolga tutte le istituzioni: Ulss 12, Regione Veneto, Comune di Venezia, Municipalità, Consulta per la Tutela della Salute, associazioni

di volontariato, sindacati e comitati di cittadini. Le istituzioni infatti devono prendere atto che occorrono servizi socio sanitari di qualità a favore di persone nella fase terminale della vita; si ricorda, infatti, che anche nel veneziano la mortalità per patologie oncologiche è al secondo posto, dopo quella per malattie cardiovascolari.

Non sembra esserci, invece, al momento un progetto sinergico e concreto per attivare nell'immediato nuovi hospice, garantendo così a questi malati terminali il diritto di vivere sino all'ultimo istante con dignità e con la minore sofferenza possibile.

Cosa succederebbe se venissero chiusi i 25 posti letto oggi attivi al Policlinico san Marco? Quali altre strutture adeguate allo scopo esistono in città? Perché la Regione, nonostante la legislazione (puntuale, precisa, appropriata) in vigore a livello nazionale e regionale, ancora non ha ottemperato all'attivazione di sufficienti hospice (soprattutto quelli intraospedalieri) in tutto il territorio, compreso quello veneziano?

È possibile individuare migliori sistemi di assistenza, integrando l'aspetto ospedaliero della cura con quello della residenzialità (hospice) e della domiciliarità (oggi attiva grazie soprattutto alla professionalità dei volontari dell'associazione Avapo)?

Eppure i dati che qui di seguito vengono presentati dimostrano che le norme esistono, basta solo attuarle. Questa oggi è la vera sfida".

Le cure palliative sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati, affetti da patologie inguaribili, e delle loro famiglie, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza con una identificazione precoce ed un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale".

Anche il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2008, che ha definito i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, ha riconosciuto le Cure Palliative (in particolare agli articoli 23 e 31), indicandole come prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura "a favore di persone nella fase terminale della vita, affetti da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta".

Con le cure palliative si riconosce, dunque, il diritto di ogni persona a vivere sino all'ultimo istante con dignità e con la minore sofferenza possibile. Questo diritto non si afferma "spontaneamente, ma (e di questo si occupano gli interventi) solo se l'assistenza è organizzata, e se le programmazioni nazionale, regionale e locale dedicano attenzione adeguata e garantiscono risorse a questo scopo.

Malati terminali ed hospice

In Italia, ogni anno, circa 250.000 persone affrontano le fasi avanzate di una patologia non guaribile e muoiono, spesso, dopo inutili sofferenze; sono i cosiddetti "malati terminali". Il rapporto pubblicato nel 2008 sullo stato di salute del Paese e del Servizio Sanitario Nazionale evidenzia la gravità dovuta alla carenza di strutture per le cure palliative. Il rapporto 2007 sugli Hospice (fonte Ministero della Salute) segnala che l'offerta di posti letto copre meno del 45 per cento del fabbisogno programmato, con enormi differenze tra Regione e Regione.

In Italia il movimento Hospice si ispira al modello anglosassone e all'opera di Cecily Saunders, figura singolare di donna, che prima infermiera ed assistente sociale, e poi medico, compie studi sul dolore, e dimostra l'efficacia della terapia con oppiacei "by the clock", a determinati orari, e fonda il primo hospice nel 1967, il Saint Christopher Hospice, nei pressi di Londra. Le cure palliative dall'Inghilterra, si sono diffuse prima nei Paesi d'area anglosassone (Usa, Canada, Australia) e successivamente in Europa.

La legislazione italiana

In Italia, con il sostegno del mondo sanitario e del volontariato, progressivamente il tema diventa importante nella politica sanitaria a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998/2000: primo atto legislativo che individua la necessità di assicurare alle persone inguaribili, per le quali non esistono trattamenti risolutivi, un'assistenza finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi.

In attuazione del Piano, seguono numerosi provvedimenti attuativi, in primis la Legge n. 39/1999, che individua le risorse e dà incarico alle Regioni di elaborare i propri Piani e Programmi, affinché si realizzino appositi centri dedicati al ricovero e all'accoglienza degli ammalati in fase avanzata e terminale, prioritariamente degli ammalati di cancro. Il finanziamento complessivo (155.884.310 euro) è stato ripartito tra le regioni sulla base dei tassi regionali di mortalità per neoplasie. Al Veneto sono stati dati 15.709.422 di euro.

La legge n. 244 del 24 dic. 2007 (Finanziaria 2007) ha previsto, nell'ambito del programma di edilizia sanitaria (ex art.20), ulteriori 150 milioni di euro da poter utilizzare, oltre che per la creazione di nuove strutture residenziali di cure palliative/hospice, anche per l'acquisto di attrezzature e tecnologie finalizzate all'erogazione dell'assistenza domiciliare.

La Conferenza Stato Regione, il 25 marzo 2009 ha approvato la proposta per la realizzazione degli Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009.

Il documento approvato individua le linee guida per lo sviluppo di pro-

getti da parte delle Regioni, vincolando risorse, per la terapia del dolore e le cure palliative, pari a 100 milioni di euro. L'obiettivo è superare il deficit assistenziale e la disomogeneità a livello territoriale, sia a livello nazionale che da parte delle Regioni e delle Province.

Un progetto sperimentale prevede, per l'anno 2009, il coinvolgimento di quattro Regioni: Lazio, Emilia Romagna, Veneto e Sicilia (con il coordinamento dell'Emilia Romagna). Obiettivo: migliorare l'approccio al paziente con dolore acuto e cronico da parte di Medici di Medicina Generale e Pediatri. Per monitorare e valutare l'efficienza e l'efficacia delle reti, si istituisce un Osservatorio sulle cure palliative e sulla terapia del dolore per raccogliere ed analizzare specifiche informazioni sulle strutture esistenti, sulla loro organizzazione, sulle prestazioni erogate e sulla loro qualità.

SINTESI DEL QUADRO NORMATIVO REGIONALE

DGR (Deliberazione della Giunta Regionale) 5273/1998: assetto complessivo del sistema delle cure domiciliari, in particolare dell'assistenza domiciliare integrata, tenendo conto delle specifiche esigenze dei malati terminali.

DGR 2989/2000: linee di indirizzo regionale alle Aziende Sociosanitarie per l'organizzazione dei servizi assistenziali integrata ai pazienti in fase terminale specificando inoltre i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per gli *Hospice*.

Linee di indirizzo per l'assistenza al malato neoplastico grave ed in condizione di terminalità e per lo sviluppo delle cure palliative (ex DRG 2989/2000)

"Nella regione Veneto muoiono ogni anno per patologia neoplastica circa 13.000 persone. In base ai dati della letteratura e all'esperienza si può calcolare che il 70 per cento circa dei pazienti che muoiono per neoplasia abbia necessità di cure palliative, soprattutto nella fase terminale, con minor impegno per le patologie neoplastiche ad andamento acuto e le complicanze o emergenze mortali.

Per il 70/80 per cento dei malati suscettibili di cure palliative, è sufficiente, adeguata e preferibile un'assistenza domiciliare e ambulatoriale (integrata o specialistica).

Centro residenziale di cure palliative-Hospice

È una struttura dedicata a malati di cancro inguaribili in fase avanzata

che necessitano di protezione e assistenza continua sanitaria e/o sociale, temporanea o permanente.

Le principali funzioni dell'*hospice* sono:

- ricovero per pazienti per i quali non sussistano le condizioni necessarie all'assistenza domiciliare;
- ricovero come supporto alle famiglie per allievarle dalla cura del proprio congiunto;
- attività assistenziale in regime diurno;
- valutazione e monitoraggio delle cure palliative inefficaci in regime domiciliare.

La Società Italiana di Cure Palliative prevede 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La funzione di hospice può essere garantita attraverso:

- a) ***hospice extra-ospedaliero***, funzionalmente autonomo e fisicamente separato dalla struttura ospedaliera. Il tratto peculiare è costituito dalle piccole dimensioni (modulo di 10/20 posti letto), dal basso contenuto tecnologico e sanitario e dall'elevato contenuto umano con interventi di sostegno psicologico, relazionale e spirituale. Tali strutture dovranno di norma essere allocate all'interno di più complessive ed ampie strutture residenziali.
- b) ***hospice intra-ospedaliero***, collocato all'interno di una struttura ospedaliera e dotato di autonomia funzionale. Questo modello realizza una sintesi che consente la coesistenza di una assistenza sanitaria avanzata, specializzata nel trattamento dei sintomi che accompagnano la fase terminale di malattia, con un approccio alla sofferenza globale del paziente ricco di contenuti umani.

L'*hospice* in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 prevede i seguenti requisiti minimi:

- 1) requisiti minimi strutturali;
- 2) requisiti minimi tecnologici;
- 3) requisiti minimi organizzativi.

DGR 14 febbraio 2003 n.309: Documento di indirizzo e coordinamento alle Aziende socio sanitarie denominato "Contro il dolore" per l'attuazione delle linee-guida, approvate in sede di conferenza Stato-Regioni il 24 maggio 2001, per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore".

DGR 17 gennaio 2006 n.71: osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. (Si aggiorna la tariffa regionale per gli ospicue per adulti, pari a € 232 al giorno).

La competenza al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio degli *hospice* extra-ospedalieri è in capo al Dirigente regionale "Piani e Programmi Socio Sanitari" (previa attestazione delle Aziende Ulss dei requisiti minimi prescritti dalla DRG 2989/2000).

DGR 6 maggio 2008 n.1090: "Sviluppo dei programmi di lotta al dolore ai sensi delle deliberazioni giuntali n.309/2003 e n.71/2006: raccomandazioni per la valutazione e il trattamento del dolore; introduzione del dolore come parametro vitale; creazione della rete aziendale dei referenti del dolore".

DGR 17 giugno 2008 n. 1608: Approvazione del documento "Indicatori per le cure palliative". Istituzione del Sistema informativo regionale per le cure palliative.

DGR 17 giugno 2008 n.1609: Approvazione del documento "Tutela dei diritti dei malati inguaribili e a fine vita e dei malati con dolore".

DGR 4 novembre 2008: "Scheda per la valutazione di accessibilità all'*hospice*"

Legge Regionale 19 marzo 2009 n. 7: disposizioni per garantire cure palliative ai malati in stato di inguaribilità avanzata o a fine vita e per sostenere la lotta al dolore.

Hospice nel Veneto

Nella regione Veneto sono presenti 16 *hospice* distribuiti in tredici Ulss. Gli *hospice* dispongono di un totale di 144 posti letto autorizzati e 133 attivati.

In quattro Ulss gli *hospice* sono gestiti direttamente dal pubblico, in dieci Ulss la gestione è mista pubblico-privato.

Hospice in provincia di Venezia

Nella Ulss 10 (Veneto Orientale) è presente un *hospice* a Portogruaro con 10 posti letto autorizzati, di cui 8 attivati.

Nella Ulss 12 (Venezia, Mestre, Marcon, Quarto d'Altino, Ca' Savio-Cavalino) sono presenti due *hospice*:

- **Centro Nazaret - Opera S. Maria della Carità** (in via Castellana 69 a Mestre); anno di attivazione 2006 e gestione mista (Ulss 12 e Fondazione Ecclesiastica) e con 8 posti letto in 8 camere;

- **Casa S. Giovanni di Dio in Ospedale Fatebenefratelli** (in centro storico a Cannaregio); anno di attivazione 2006; tipo gestione: terzo settore (Ente Ecclesiastico); 8 posti letto;
- **Policlinico San Marco**, l'allegato C alla DRG 751 dell'11 marzo del 2005 (*Rete ospedaliera della Regione Veneto – Dotazioni di funzioni e posti letto strutture a gestione privata*) prevede 25 posti letto di *hospice* ospedaliero che di fatto sono a tutt'oggi attivi (nonostante la messa in discussione del riconoscimento funzionale da parte della Ulss 12).
L'*hospice*, che nasce negli anni '90, ha assistito circa 4.700 ammalati oncologici, con un risparmio da parte dell'Ulss 12 (dalla quale proviene l'88 per cento dei pazienti) di circa 800.000 euro all'anno.
Nel 2008 ci sono state 9.000 giornate di degenza. L'équipe multidisciplinare specializzata è composta da: 3 medici, uno psicologo, 11 infermieri, 6 operatori socio-sanitari, 2 ausiliari. L'*hospice* nasce per opera del dottor Lorenzo Menegaldo, morto nel gennaio scorso, che aveva dedicato gran parte della sua vita alla cura dei malati oncologici.

FOCUS.
*FARMACIE
COMUNALI.
STORIA DELLA
FARMACEUTICA
A VENEZIA*

L'impegno delle farmacie comunali per la promozione del benessere

a cura di
Efstathios Tsuropolis

Presidente di Ames Spa

Ames, l'Azienda Multiservizi Economici e Sociali del Comune di Venezia, che presiedo, oltre a gestire, le 14 farmacie dislocate sul territorio comunale più altre due farmacie site a Cavallino-Treporti ed a Marocco di Mogliano Veneto, dal 2006 gestisce anche i Servizi Territoriali, consistenti nel servizio di non docenza nell'ambito dell'area scolastico-educativa, nonché i servizi di ristorazione scolastica. Grazie a questa diversificazione dell'attività, Ames è, a tutti gli effetti, un'azienda multiservizi, che ha cambiato radicalmente le sue caratteristiche, passando dai circa 80 dipendenti impiegati nel 1998 (anno di costituzione) agli oltre 380 di oggi. In tal modo Ames è arrivata ad essere una delle più importanti aziende del Comune di Venezia, sviluppando nel 2008 quasi 31 milioni di Euro di valore di produzione.

Per informazioni

AMES Venezia - Azienda Multiservizi Economici e Sociali

sito web: www.amesvenezia.it

Va anzitutto sottolineato che le farmacie comunali Ames garantiscono una presenza efficace sul territorio, ponendosi come veri e propri presidi di sociosanitari dove, accanto alla tradizionale attività di distribuzione di farmaci, è possibile anche usufruire di una pluralità di servizi essenziali per i cittadini, alcuni dei quali all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

In altri termini le farmacie del circuito Ames sono un complesso centro di servizi per la salute, nel quale i cittadini possono usufruire di molteplici prestazioni che sono connesse alla cura, alla conoscenza di dati fisiologici, all'informazione sanitaria, all'accesso a servizi di natura bio-medica. Il tutto in linea con la normativa nazionale che assegna un ruolo di professionalità, qualità e garanzia alla Farmacia nel sistema salute.

Al riguardo va ricordato che Ames, grazie al continuo miglioramento della struttura organizzativa e del contenuto professionale messo a disposizione dei cittadini-utenti, affiancato dalla necessità di gestire l'azienda con efficienza operativa, garantendo redditività e investimenti di sviluppo, ha ottenuto, nel 2004, la certificazione di qualità Aziendale secondo le norme ISO 9001:2000.

L'evoluzione del ruolo delle farmacie

Le farmacie comunali sono una parte del sistema sanitario nazionale alle quali è affidata la funzione di erogare un servizio pubblico essenziale sul territorio a tutela della salute del cittadino.

Esse sono capillarmente presenti ed accessibili da parte di ciascuno in qualsiasi giorno dell'anno.

Le nostre sedici farmacie garantiscono una presenza efficace, ponendosi come veri e propri presidi socio sanitari nei quali, accanto alla tradizionale attività di distribuzione dei farmaci, è possibile anche usufruire di una pluralità di servizi importanti per i cittadini.

Non solo, nell'ultimo decennio, il cambiamento del concetto di salute da assenza di malattia a benessere psicofisico ha portato ad un'evoluzione del ruolo delle farmacie che, al di là della loro funzione tradizionale, sono diventate sempre più luoghi di educazione sanitaria, consiglio e prevenzione. La farmacia non è, né vuole essere, il luogo in cui si distribuiscono solamente i medicinali.

La diversificazione delle aspettative sanitarie e il moltiplicarsi di bisogni connessi non solo al recupero, ma anche al mantenimento della salute e al benessere generale della persona ha stimolato la nascita, in farmacia, di una vasta offerta di servizi socio sanitari che hanno come finalità la tutela e la promozione della salute.

Le iniziative per la promozione della salute

Sul fronte della promozione e del sostegno di iniziative dirette alla tutela della salute, dell'educazione sanitaria, della prevenzione delle malattie e dell'informazione vorrei rammentare il successo dell'ultima iniziativa del check up del farmaco promosso dalle farmacie comunali durante tutto il periodo estivo. Un progetto che ha consentito un reale avvicinamento del farmacista ai cittadini – soprattutto anziani – ed alle loro famiglie con l'obiettivo di garantire una corretta gestione dei medicinali tenuti nelle abitazioni, aumentarne la conoscenza, favorirne la giusta conservazione ed evitarne l'uso scorretto. Ancora, attenta alle esigenze della prevenzione, Ames, in occasione della Giornata mondiale del Diabete, offre alla propria clientela la misurazione gratuita della glicemia nelle nostre farmacie comunali.

I molteplici servizi offerti dalle farmacie Ames, la cui erogazione è guidata da una serie di principi fondamentali, sono ispirati alla professionalità ed alla competenza, nonché alla tutela ed assistenza del cittadino. Tali principi consistono nell'efficacia, efficienza, eguaglianza, cortesia, valutazione e miglioramento della qualità, diritto di scelta, trasparenza e riservatezza, tutela dell'utente e partecipazione del cittadino.

Principi fondamentali

La nostra azienda, in ogni modo, punta a:

- **eguaglianza**, in modo che ogni utente, italiano o straniero, giovane o anziano, ha la sua dignità e il diritto di essere informato in maniera semplice e comprensiva, anche in relazione al suo livello di cultura, su quanto concerne la sua esigenza di salute;
- **diritto di scelta** inteso come rispetto e garanzia della libertà del cittadino di approvvigionarsi del farmaco dove ritenga opportuno: i nostri farmacisti infatti sono sempre a disposizione per chiarimenti e consigli anche su prodotti acquistati in altre farmacie;
- **trasparenza e riservatezza** che rappresentano, insieme, lo sforzo dei nostri operatori di instaurare con il cittadino un rapporto di fiducia, al fine di fornire, in particolare nel caso dei farmaci di libera vendita, il prodotto più consono alle esigenze, al minor costo possibile, incentivando, ove possibile l'acquisto dei farmaci cosiddetti generici;
- **miglioramento della qualità** con la valutazione costante di tutti i nostri servizi, adottando metodologie comuni a tutte le Farmacie ed un sistema rapido ed efficiente di trasferimento delle innovazioni che sono state considerate positive. A tal riguardo ricordo che dallo scorso maggio, Ames ha avviato il servizio di sms in base a cui un breve messaggio

- avvisa sul proprio telefono l'utente della disponibilità di un medicinale precedentemente ordinato al farmacista;
- ed infine la **tutela del cittadino** che le farmacie comunali pongono al centro della loro attenzione in modo che la loro attività è improntata a soddisfare le esigenze ed aspettative dell'utente, non solo di salute, ma anche di benessere. Il tutto in linea con quelle che sono le attuali aspettative di vita in termini di durata e di qualità.

Obiettivi specifici

La Farmacia però non è solo il luogo in cui si distribuiscono i medicinali, rispetto alle attività tipiche, Ames ha individuato servizi aggiuntivi e di completamento nella sfera della salute, da fornire di concerto e in convenzione con le strutture sanitarie e le Associazioni.

Una serie di servizi finalizzati agli obiettivi di:

- favorire la prevenzione;
- soddisfare i bisogni della popolazione;
- cogliere le istanze di una società in evoluzione;
- e contribuire a formare nuove generazioni sempre più consapevoli dell'importanza di una corretta gestione del proprio corpo in armonia con la propria salute.

Servizi offerti

E così, nel corso degli ultimi anni, accanto alla dispensazione di farmaci si è aggiunta una vasta offerta di servizi come: esami ematochimici, test per la glicemia, noleggio di apparecchi elettromedicali, consulenze dietologiche e quant'altro.

Comunque, tra i servizi di maggior rilievo, è da ricordare le prenotazioni di esami e visite specialistiche. Le farmacie Ames sono collegate con il Cup (Centro Unico Prenotazioni) dell'Ulss 12. Il cittadino così può prenotare e pagare il ticket senza file né attese visite e prestazioni specialistiche durante l'orario di apertura delle farmacie.

L'Angolo della Salute

Inoltre ogni Farmacia Comunale Ames possiede uno spazio riservato – il cosiddetto Angolo della Salute - nel quale, in maniera esauriente e riservata, è possibile ottenere risposte alle crescenti problematiche relative al mantenimento della salute e del benessere psicofisico.

Un angolo nel quale, personale specializzato è disponibile a dedicare qualche minuto di attenzione in più alle esigenze degli utenti nel totale rispetto della privacy di ciascuno.

Presso tutte le farmacie Ames, inoltre, vengono distribuite agli utenti, schede informative e pubblicazioni sulle malattie più comuni, sull'igiene, sull'infanzia, sulla gestione dei pazienti affetti da particolari patologie, sull'accesso ai servizi e su quanto altro attiene alla sfera della salute.

La collaborazione con le farmacie pubbliche italiane

Benché dunque sia già presente una gamma articolata e diversificata di attività, il nostro obiettivo ora è allargare ulteriormente le nostre funzioni, offrendo maggiori servizi sanitari e sociali: per esempio medicazioni, terapie iniettive, assistenza infermieristica. Una serie di richieste che sono state formalizzate anche da A.S.SO.FARM., l'associazione che raggruppa le 1500 farmacie pubbliche italiane.

E proprio al fine di migliorare i servizi offerti, va ricordato che ormai da più di un anno, Ames offre in alcune farmacie l'apertura con orario continuato, fortemente voluto dalla nostra azienda e dall'Amministrazione Comunale di Venezia, collaborando sia con i medici di base per la realizzazione di una serie di attività dirette alla promozione della salute, sia con le farmacie private, per l'organizzazione dei turni di apertura e per iniziative condivise.

Progetti sociali come nell'isola di Sant'Erasmo

Le nostre farmacie inoltre hanno una marcata vocazione sociale. Lo dimostrano alcuni progetti portati a termine da Ames: nell'isola di Sant'Erasmo, dove non ci sono farmacie, Ames ha creato un punto sociale – uno dei pochi esistenti in Italia - in cui è possibile usufruire di servizi che si trovano normalmente nelle farmacie come misurazione della pressione arteriosa, elettrocardiografia, prenotazione di esami e di visite specialistiche con il servizio Cup, consulenze, ecc.

Le prospettive

La farmacia deve però modificare anche il suo aspetto, deve essere sempre di più un luogo di servizio, si devono recuperare soprattutto settori persi, garantire flessibilità di orario, adeguare la legislazione alla normativa europea, promuovere formazione e informazione. I livelli di qualità all'interno delle farmacie devono essere, a nostro avviso, una delle basi per assegnare le convenzioni.

Il compito che dobbiamo darci non è solo quello di acquistare bene e realizzare risparmi, ma anche e soprattutto quello di essere filtro nelle vendite e saper orientare al meglio il consumatore finale, spinto al consumo di farmaci da continue campagne di comunicazione. Tutto ciò perché il

cittadino è pieno di informazioni ma, al momento dell'acquisto, è più solo di quanto non si creda e per questo motivo gli abbiamo creato attorno tutta una griglia di servizi paralleli che tengono conto della cura e al benessere delle persone nel suo insieme soprattutto per le persone appartenenti a segmenti di popolazione tra i più deboli. Servizi alla persona intesi quindi, come rete di assistenza, integrata pienamente con il sistema sanitario nazionale, che dovrà essere la brand estensione delle farmacie pubbliche veneziane che, forti di una brillante tradizione solidaristica, si proiettano così nel futuro con vigore ed innovazione.

Venezia nella storia dell'arte farmaceutica e della medicina

a cura di
Renato Vecchiato

membro del consiglio dell'Ordine dei
Farmacisti di Venezia

La storia dell'Arte farmaceutica si perde nella notte dei tempi. Il processo storico e culturale in realtà non è semplice e molti sono gli elementi che lo preparano e lo determinano, per semplicità citeremo alcuni elementi più significativi. Nella documentazione bibliografica ritroviamo tre eventi susseguenti che segnano in modo determinante il corso della legislazione farmaceutica e la definizione della professione del farmacista che vogliamo citare:

- gli statuti di Arles (tra l'anno 1160 e 1202)
- le "Costituciones" di Federico II ordinanza del 1240
- "Statuta observanda a Medicis et Speziariis Inclitae Reipublicae Venetiae del 1258"

Riportiamo le prescrizioni che ci sembrano più significative dello statuto di Venezia:

"IV... non habeo societatem cum aliquo apotecario

"V Item quod nullus apotecarius audeat dare salarium alicui medico

“VII Item `statuimus quod nullus apotecarius habeat societatem cum aliquo messeta”(intermediario)

Precedentemente la professione del medico e dello speziale o erano riunite nella stessa persona o lo speziale era un umile artigiano alle dipendenze del medico, in tale connubio e interdipendenza il legislatore intravede elementi di incompatibilità e conflitto di interessi.

In tutti e tre gli statuti sopraccitati si sanciva la distinzione e separazione delle due professioni : il medico e lo speziale, da tale dicotomia dobbiamo far risalire la formazione dei Collegi degli Speziali con lo scopo di controllo dei propri associati e l'origine della professione di Farmacista.

Il traffico di droghe e spezie a Venezia era elevato per cui nacque la figura degli speziali di grosso, avevano stanza nella Ruga degli Speziali a Rialto, erano una categoria distinta dagli “Speziali da medesine” con capitoli distinti, non potevano esercitare la vendita al minuto.

Possiamo definire i sopra citati “Statuta..” della Repubblica di Venezia il primo statuto nella storia dell'Arte degli Speziali, che poneva lungimiranti e severi limiti per eliminare pericolosi possibili vincoli tra professionalità ed interessi ad essa estranei , pericolosi per la tutela della salute del cittadino: saranno presi ad esempio in tutta Europa.

Nei secoli successivi Venezia ha continuato a ricoprire un ruolo guida oltre che nell'arte, nel diritto, nella scienza, nella politica anche nella medicina.

La Teriaca polifarmaco della medicina greca a Venezia

Nella storia della medicina esiste un antico rimedio la Teriaca (il cui nome deriva dal vocabolo greco “therion”, usato per indicare la vipera o gli altri animali velenosi in genere), dotato di virtù magiche e capace di risolvere ogni tipo di male, di uso antichissimo prescritto ininterrottamente dai medici per 18 secoli. Attualmente è custodito nella Biblioteca Nazionale di Pargi un antico codice del X secolo, trascrizione di un'opera del medico di Pergamo Nicandro, nato a Kolophon composta intorno alla prima metà del secondo secolo A. C. dal nome *Theriaca* sugli antidoti ai veleni in generale. Tra i semplici elencati come utili per l'avvelenamento Nicandro enumera circa centoventicinque erbe utili contro il morso dei serpenti, di cui buona parte si ritroverà per secoli nelle farmacopee successive. In origine il suo uso principale era quello di combattere i veleni iniettati tramite il morso di “fiere velenose”. Mitridate re del Ponto ne faceva uso quotidiano per combattere la paura ossessiva di essere avvelenato.

Si tramanda che la ricetta per la sua preparazione sia stata ritrovata da

Pompeo nella cassetta di quel re e da qui il primitivo nome di "elettuario di Mitridate". Fu Andromaco il Vecchio, medico di Nerone, che perfezionò la ricetta, aggiungendo la carne di vipera, certo che il suo uso avrebbe aumentato le virtù dell'antidoto. Nasceva così la Theriaca Magna o Theriaca di Andromaco, perfezionata poi da Critone, medico di Traiano.

Con le invasioni barbariche decadde l'uso in Europa. Con le Crociate e l'aumento degli scambi commerciali con l'oriente soprattutto ad opera dei mercanti veneziani e genovesi si introdussero in Italia numerosi preparati medicamentosi, tra questi la Theriaca.

La migliore di tutte era però quella che si preparava a Venezia, dal momento che gli speciali della serenissima potevano utilizzare più facilmente le droghe provenienti dall'Oriente, la cui fragranza e rarità conferivano al preparato una qualità superiore.

La teriaca era il rimedio sovrano per un'infinità di malattie che spaziavano dalle coliche addominali alle febbri maligne, dall'emicrania all'insonnia, dall'angina ai morsi delle vipere e dei cani, dall'ipoacusia alla tosse. Veniva utilizzata per frenare la pazzia e per risvegliare gli appetiti sessuali, per ridare vigore ad un corpo indebolito, nonché per preservare dalla lebbra e dalla peste.

La preparazione della teriaca era un vero e proprio rito studiato nei minimi particolari e a Venezia veniva fatta "alla presenza del pubblico, dei signori dottori di Collegio, dei Periti dell'arte della spezieria e con l'intervento dei Ministri della Giustizia" (*da Musatti: Theriaca e il Mitridate*), esponendo al pubblico per tre giorni le varie sostanze, affinché si rendesse conto della genuinità e della bontà delle medesime. La sfarzosa cerimonia avveniva durante il mese di maggio, poiché alcuni componenti raggiungevano solo in quel periodo il perfetto stato di impiego ed anche perché gli influssi astrali di quel mese potevano dare facoltà speciali al rimedio.

Chi operava (i facchini), mescolando e tritutando al ritmo di una cantilena, era vestito "di giubba color bianchiccio brache rosse con scarpe gialle, e portava in testa un berretto celeste circondato di giallo e sormontato da una penna" (Tasini), al fine di mostrarsi meglio al pubblico che assisteva.

La composizione della Teriaca poteva variare dai 54 ai 70 elementi. Le droghe semplici quali il Pepe lungo, il Phù (valeriana), l'Oppio, il Cinnamomo (cannella), lo Zaffrano (zafferano), la Mirrha, l'Opobalsamo (Balsamo orientale) il Vino (Malvasia) venivano scelti con grande cura dagli speciali veneziani favoriti anche dal fatto che la Serenissima, in quei tempi, era la capitale del commercio con l'oriente e questo permise facilità nell'approvvigionarsi e nell'usare droghe orientali la cui fragranza e

rarietà conferivano al preparato una qualità superiore. Anche la carne di vipera, sapientemente preparata, era speciale. Le vipere venivano catturate sui Colli Euganei in un preciso periodo dell'anno e non dovevano essere di sesso maschile o gravide.

Altro componente fondamentale era l'Oppio, che doveva provenire rigorosamente da Tebe, in quanto di qualità superiore rispetto a quello Turco.

Solo alcune farmacie avevano l'autorizzazione di preparare la Theriaca e si potevano fregiare del titolo di "triacante", la più antica fu "Spetiaria allo Struzzo" in Venezia, una delle più famose era "Alla Testa d'Oro" ai piedi del Ponte di Rialto. In Campo S. Stefano davanti alla farmacia si possono notare sul selciato anche attualmente le impronte rotonde destinate ai mortai per la preparazione.

Tra la fine del XVI e l'inizio del XVII secolo anche l'Ospedale Maggiore di Milano inviò a Venezia, ad apprendere l'arte preparatoria della Teriaca, il suo maestro speziere G.B. Cucchi il quale divenne, poi, il primo a produrla e a diffonderla in Milano dando un discreto utile all'Ospedale.

L'arte preparatoria e la teriaca veneziana richiamarono maestri di spezieria da tutte le parti dell'Italia e di questo se ne ha testimonianza nella storia degli "spedali più famosi".

In un antico documento amministrativo del monastero di Camaldoli si può leggere, in una nota, quanto fu speso dallo speziere per acquistare della triaca "in su la fiera di Vinegia" mentre in una ricetta del XVIII secolo, sempre conservata nella spezieria del monastero, si legge che la triaca usata dai monaci era preparata secondo la scuola veneta.

Venezia seppe stabilire quasi un monopolio sia nella preparazione che nella esportazione in Italia e in Europa, la Theriaca ebbe una grandissima diffusione fino alla fine del Settecento.

Con il trascorrere dei secoli l'interesse per questo polifarmaco scomparve, e nonostante non lo si utilizzasse più, a fine Ottocento lo si trovava ancora iscritto in farmacopee di numerosi paesi, compreso il nostro, tanto che fino al 1850 lo si preparava ancora a Venezia e a Napoli venne prodotto fino al 1906.

VENEZIA TRA IL 1400 ED IL 1500 DIFFONDE LA MEDICINA E LA BOTANICA FARMACEUTICA DELLA CULTURA ELLENICA IN ITALIA E IN EUROPA

Alla fine del XV° secolo Venezia con i suoi 100 mila abitanti era diventata probabilmente la maggiore città industriale d'Europa : aveva industrie del cuoio, del sapone, dell'oreficeria, dei tessuti, del vetro, della stampa.

Dalla Germania arriva in Italia la nuova tecnica di stampa a caratteri mobili messa a punto da Guttemberg. Finalmente nel 1469 arrivano a Venezia i fratelli **Giovanni e Vindelino da Spira**, città della Renania, probabilmente attirati dalla fama di prosperità goduta in quel tempo dalla capitale veneta, e aprono una stamperia a caratteri mobili. Attorno al 1500 la città di Venezia aveva già 151 stamperie fino ad arrivare successivamente fino a 200, superando così in numero tutte le altre stamperie d'Italia. Dal 1481 al 1501 furono stampati oltre 2 milioni di libri, per cui alla fine del secolo circa il 50% dei titoli editi in tutta Italia erano usciti dalle stamperie veneziane.

Gli editori erano anche umanisti che, ammirati della cultura greca, miravano a riscoprirne le conoscenze in tutti i rami del sapere: filosofia, lettere, architettura, musica, medicina etc. Venezia è centro di attrazione per intellettuali, umanisti, e per liberi pensatori.

Sono oggetto di interesse e divulgazione anche manoscritti ed opere riguardanti la medicina, tra queste ci pare significativo soffermarci sulle seguenti pubblicazioni: **Tabulae anatomicae sex (Venezia 1538)** del **Vesalio** e del **"De materia medica"** di **Dioscoride**.

Andrea Vesalio fiammingo Laureatosi a Padova nel 1537, viene incaricato per un quinquennio a insegnare anatomia e a praticare sezioni cadaveriche. In Venezia nel

1538 trova la sede idonea per pubblicare le **"Tabulae anatomicae sex "**, ampi fogli volanti costituiti da schematici disegni e da concise didascalie, inizia la sua personale produzione anatomica didattico-scientifica , perfetta sintesi di rigore scientifico e bellezza artistica, inizia un modo nuovo dello studio dell'anatomia, vengono superate dannose credenze del passato, inizia un nuovo modo di fare scienza., inizia un nuovo modo di perseguire e diffondere la scienza medica.

Venezia attrae studiosi in tutte le discipline letterarie e scientifiche, interessati alla traduzione e pubblicazione di opere del passato.

Manuzio, insigne umanista, viene a Venezia e con la sua stamperia traduce e pubblica una grande mole di importanti opere della civiltà greco-romana, tra queste nel 1499 pubblica in greco e senza illustrazioni il testo di medicina del **"De materia medica"** del medico **Dioscoride**, accendendo l'interesse di molti studiosi del settore della medicina.

Dioscoride merita un particolare ricordo: visse probabilmente nel I° sec. d.C., sembra che fosse originario della Cilicia , può considerarsi come il più grande farmacognosta dell'antichità. La sua classica opera **"peri ules iatrikes (De materia medica)"**, tratta dei diversi medicinali tolti dal regno vegetale, animale e minerale, ed è un valido strumento di identificazione delle piante sia per i raccoglitori che per i preparatori, libere quasi sempre da credenze superstiziose.

L'opera di **Dioscoride** fino a quasi tutto il sec. XVI fu quasi la Bibbia dei farmacolo-

gi, la più importante fonte per la conoscenza delle piante medicinali. Ci venne tramandata da molti codici, talora con molte alterazioni.

I codici sono stati punto di riferimento per la cultura medica in tutto il medio Evo , opere mirabili dal punto di vista grafico, tuttavia l'esiguo numero di copie limitava pesantemente la diffusione delle cognizioni contenute e l'applicazione degli insegnamenti medici in esse contenuti.

A Venezia l'enorme sviluppo della stampa pone in atto una svolta nella diffusione della cultura con un nuovo spirito : si ritorna al passato per costruire la scienza del futuro, la rinascita culturale avviata dopo l'anno 1000 trova un nuovo potente veicolo di espansione.

Alla sopra citata traduzione del Manuzio ne seguono altre di autori che non citiamo, per soffermarci sull'autore più importante **Andrea Mattioli** : di origine senese arriva a Venezia con il padre, si laurea in medicina a Padova e svolge la propria attività alle dipendenze dei Vescovi di Trento per vari anni, poi si trasferisce a Gorizia.

Ritorna a Venezia per curare la versione del "De materia medica" del Dioscoride , che sarà stampato in più di 60 edizioni, e tradotto in quasi tutte le lingue europee in varie lingue.

Il Mattioli dunque umanista di indiscusso valore, ebbe il pregio di volgarizzare questa scienza e di renderla accessibile a erbolai e buona parte di speziali, e che fino allora fondava le proprie conoscenze su di una esperienza fin troppo rudimentale derivata dalla consultazione di rozzi erbari medievali. Venuto a conoscenza dei manoscritti dell'opera di Dioscoride ritiene fon-

damentale curare una edizione vicina a quella originale priva di tutte le aggiunte e deformazioni che si erano accumulate nel tempo, con le varie traduzioni fatte nel corso dei secoli.

Le sue edizioni da Venezia si diffondono in Europa, le conoscenze prima di allora soltanto di pochi diventano patrimonio di tutti. Ancora oggi è possibile trovare con facilità nei negozi di antiquariato stampe che facevano parte dei testi originari stampati a Venezia

Fu così che la botanica farmaceutica divenne una vera e propria scienza, vivace e dinamica, oggetto di continue verifiche e accese discussioni tra i vari scienziati; una scienza che ben presto venne supportata dagli orti botanici che via stavano sorgendo in tutta Italia.

A tal riguardo ancora una volta Venezia assume un ruolo primario nello sviluppo delle conoscenze mediche: nel 1545 un decreto del senato della Repubblica di Venezia approva la costituzione dell'**Orto botanico di Padova**, oggi riconosciuto come il più antico orto botanico universitario ancora esistente al mondo.

