

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

**ASSISTENZA
PRIMARIA,
WELFARE
DI COMUNITÀ,
CENTRALITÀ
DELLA PERSONA.
PROSPETTIVE
DI SVILUPPO
DEI SERVIZI
SOCIO SANITARI
A VENEZIA**

QUADERNO DELLA
CONSULTA PER LA TUTELA
DELLA SALUTE N. 5/2010

a cura di
Nicoletta Benatelli





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

Dr. **Maurizio Calligaro**, Direttore
Dr. **Angelo Furian**, Responsabile Posizione Organizzativa
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 Rescaglio**, collaboratrici amministrative

COMITATO DI REDAZIONE DEL QUADERNO
Renza Galluppi Barbon, presidente della Consulta
Mario Novarini, vice presidente della Consulta
Antonio Candiello, **Domenico Casagrande** ed **Olmo Tarantino**, membri esperti della Consulta
Leda Cossu, **Salvatore Gravili**, **Giampaolo Lavezzo** e **Gabriella Penso Spicciati**, membri della Consulta

Quaderno n. 5/2010

a cura di
Nicoletta Benatelli
giornalista professionista e consulente di strategie e prodotti di comunicazione, ha curato la realizzazione del Quaderno della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia n. 5/2010, il forum e la revisione redazionale di tutti i testi qui pubblicati

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

Per informazioni

Segreteria Consulta per la Salute del Comune di Venezia
telefono 041 2747875-7881
E-Mail: consulta.salute@comune.venezia.it

**ASSISTENZA
PRIMARIA,
WELFARE
DI COMUNITÀ,
CENTRALITÀ
DELLA PERSONA.
PROSPETTIVE
DI SVILUPPO
DEI SERVIZI
SOCIO SANITARI
A VENEZIA**

QUADERNO DELLA
CONSULTA PER LA TUTELA
DELLA SALUTE N. 5/2010

a cura di
Nicoletta Benatelli

Sommario

9 Introduzione di **Maurizio Calligaro**
Capo di Gabinetto del Sindaco di Venezia

11 PRIMA SEZIONE

LA CONSULTA, IL PROGETTO E LE ATTIVITÀ

12 La storia

Come e perché una Consulta per la salute a Venezia
di **Mario Novarini**, *vice presidente della Consulta*

18 La testimonianza

Così nacque la Consulta
di **Paola Miatello Petrovich**, *presidente Terza Commissione Consiliare*

21 Il resoconto

Le attività realizzate dalla Consulta
di **Renza Barbon Galluppi**, *presidente della Consulta*

34 L'Ufficio Programmazione Sanitaria

L'Ufficio di Segreteria a supporto della Consulta
di **Nicoletta Codato**, *Segreteria della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia*

37 SECONDA SEZIONE

INIZIATIVE E COMPITI DEL COMUNE DI VENEZIA

38 Servizio Programmazione Sanitaria

Impostazioni metodologiche e sviluppo delle attività
a cura di **Angelo Furian**, *responsabile del Servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia*

47 Forum con l'assessore alle Politiche Sociali

Sandro Simionato: *"Il Comune di Venezia deve rilanciare con forza il proprio ruolo nei rapporti con l'Ulss 12"*

51 TERZA SEZIONE

EVOLUZIONE E PROSPETTIVE DEL SISTEMA DI WELFARE

52 Lo scenario nazionale

"Assistenza primaria". Criticità e potenzialità alla luce di una definizione del ruolo dei Distretti
a cura di **Maria Concetta Mazzeo**, *Coordinatrice e Responsabile Relazioni Esterne GISAP*

- 58 **Lo scenario locale**
La gestione dei servizi socio sanitari a Venezia tra delega e integrazione
*a cura di **Sandro Del Todesco Frisone**, direttore del Dipartimento del Welfare del Comune di Venezia*
-
- 67 **QUARTA SEZIONE**
INDAGINE TRA LE ASSOCIAZIONI SUI BISOGNI EMERGENTI
- 68 **La ricerca**
Rete per l'umanizzazione, rete di prossimità". Una inchiesta sui bisogni di salute
*a cura di **Anthony Candiello ed Olmo Tarantino**, membri esperti della Consulta*
-
- 87 **QUINTA SEZIONE**
SERVIZI SOCIO SANITARI E CURA DELLA PERSONA
- 88 **Focus**
Nella sanità veneziana, quale integrazione tra ospedale e territorio?
*di **Salvatore Gravili**, membro della Consulta*
- 94 **Focus**
Consultori, da trent'anni a Venezia. Quale futuro?
*di **Antonella Debora Turchetto**, membro della Consulta*
-
- 99 **SESTA SEZIONE**
LE ANALISI DEGLI ESPERTI DELLA CONSULTA. QUALE SALUTE A VENEZIA?
- 100 **La sfida istituzionale**
Assistenza primaria e welfare di comunità. Gli elementi cruciali del sistema socio sanitario
*a cura di **Domenico Casagrande**, membro esperto della Consulta*
- 114 **La sfida etica**
Qualità e umanizzazione. Un binomio inscindibile per la cura della persona
*a cura di **Olmo Tarantino**, membro esperto della Consulta*
- 135 **La sfida politica**
Inquinamento e danni alla salute. Un cambiamento è urgente nel nostro modello di vita
*a cura di **Anthony Candiello**, membro esperto della Consulta*
-
- 153 **ALLEGATI**
- 153 **Elenco delle associazioni della Consulta per la Tutela della Salute**
- 160 **Elenco membri del Coordinamento della Consulta per la Tutela della Salute**

Introduzione

a cura di

Maurizio Calligaro

*Capo di Gabinetto
del Sindaco di Venezia*

Il "Quaderno della Consulta" conclude idealmente un'insieme di attività di documentazione che ha visto l'uscita di altre quattro pubblicazioni riguardanti la situazione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio veneziano e le problematiche che nello stesso esistono per assicurare una effettiva tutela della salute.

Quest'ultima pubblicazione rappresenta un grande sforzo compiuto dalla Consulta, tramite il Comitato di redazione del Quaderno, per descrivere al meglio il lavoro di questi anni. E ciò viene fatto in modo non formale, non come semplice cronaca. In questo Quaderno vengono affrontati temi precisi, sostenendo punti di vista autonomi, avanzando proposte che saranno sicuramente utili non solo per la prossima Amministrazione Comunale, ma per ridisegnare altresì un ruolo ancor più incisivo della Consulta.

E di un organismo come la Consulta vi è un reale bisogno, perché reale è la necessità per ogni Amministrazione Comunale di avere un punto di riferimento che rappresenti le "Associazioni", nel senso più largo di questo termine, che nel territorio operano sui temi della salute.

Da tale necessità nasce un duplice impegno, che può essere in qualche modo indicato a chi dovrà occuparsi nei prossimi cinque anni della "Programmazione Sanitaria" comunale:
garantire alla Consulta la possibilità di incidere, per tempo, nella elaborazione delle proposte e delle posizioni del Comune in materia di salute nel territorio, molto di più e meglio di quanto non si sia saputo fare in questa tornata amministrativa;
richiedere, d'altra parte, alla Consulta uno sforzo per agire come organismo di sintesi delle posizioni delle diverse Associazioni e di proposta unitaria all'Amministrazione, in modo che la partecipazione ai lavori della Consulta stessa rappresentino un valore aggiunto, rispetto al già impegnativo lavoro quotidiano svolto, e quindi uno stimolo ad essere sempre presenti, più di quanto non lo siano state in questi anni.

SEZIONE

**LA CONSULTA,
IL PROGETTO
E LE ATTIVITÀ**



Come e perché una Consulta per la Salute a Venezia

di
Mario Novarini
vice presidente della Consulta

Mario Novarini, è Vice Presidente della Consulta, Presidente del "Comitato Cittadino per la difesa e lo sviluppo dell'Ospedale Civile di Venezia e della sanità del veneziano" e Vice Presidente del "Centro per i Diritti del Malato" di Venezia.

La riflessione che la domanda ci induce a compiere è di per sé semplice e pressoché intuitiva; eppure dobbiamo ripercorrere almeno le situazioni vissute negli importanti anni del post-riforma sanitaria 1998-2002, e poco più oltre, per comprendere la diffusa preoccupazione e il persistente disagio per la constatazione che la "nuova" sanità pubblica veneziana è tuttora ben lungi dall'essere appagante dei bisogni di salute dell'intera cittadinanza, sia che essa risieda sia che comunque si trovi quotidianamente ad operare entro il complesso territorio veneziano. Sono sentimenti di paura che restano purtroppo ancora attuali, talché – a prescindere dagli obiettivamente limitati risultati ottenuti nel quinquennio di vita e di attività della "Consulta per la tutela della salute" - l'intuizione e le esigenze che furono a monte della forte richiesta a suo tempo avanzata alla nostra Amministrazione Comunale per dotarsi con tutta urgenza di uno "strumento" di contrapposizione (o, se vogliamo, di contrappeso) al pervasivo e fortemente autocratico autoritarismo organizzativo e

SEZIONE

funzionale di quel nuovo sistema sanitario che fu il Sistema Sanitario Nazionale voluto dal Decreto Legislativo 502/92, imposto dall'allora Ministro della Sanità De Lorenzo, appaiono ancora assolutamente attuali e valide.

In questo sforzo - che, come detto, ci obbliga a ripercorrere, per comprendere il significato di una Consulta per la difesa della salute a Venezia, il complesso percorso, contraddistinto anche da errori e da utopistici idealismi, della sanità pubblica italiana, dalla legge di riforma 833 del 1978 fino ai più recenti interventi demolitori regionali, per motivi in gran parte di natura finanziaria epperaltro costantemente privi oltre ogni ragionevole limite di una sufficiente attenzione per i concreti bisogni dei cittadini - non possiamo nemmeno esimerci dal ricordare e considerare, come fu autorevolmente affermato negli anni eroici (1980-82) dell'atteso e necessario avvio di una riforma della sanità pubblica del Paese, i motivi di preoccupazione (anche per aspetti economici) del pesante critico periodo del sistema mutualistico-ospedaliero ante-riforma come quelli, mai venuti meno, dell'immediato dopo-riforma (che vide la istituzione delle U.L.S.S. comunali della prima versione) e quelli stessi dell'oggi, in cui è imperante l'aziendalizzazione dei vari segmenti operativi di un Servizio Sanitario regionalizzato, che privilegia senza adeguati limiti e valutazioni gli aspetti finanziari e la privatizzazione della sanità: a tutto scapito dei diritti dei cittadini.

Una Consulta contro i "disvalori"

Il motivo primo pertanto, che alimentò l'iniziativa di chiedere in Venezia una "Consulta per la Salute" inserita nell'organigramma comunale, fu - nel disorganico, mutante e contraddittorio contesto riformatore, già brevemente rappresentato - la preoccupazione per i "disvalori" (la ricerca generalizzata del profitto *tout court*; la rapida distorsione del concetto della funzione data alla sanità privata di "integrazione" del servizio pubblico; ecc.) che, ponendo pure una doverosa attenzione all'alta definizione di salute, pur di tenore scolastico e generale, affermata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sempre più si andavano affermando nel mondo reale della sanità, della sua organizzazione regionale e locale: di quella pubblica certamente, ma anche di quella privata, la cui abnorme crescita non poteva, in chi sapeva e doveva guardare con un minimo di acutezza al futuro, non creare perplessità e timori di varia natura. Oggi sempre più evidenti e preoccupanti.

La lenta corrosione del diritto alla salute dei cittadini

In definitiva si stava iniziando la corrosione - dopo un troppo lungo periodo di disattenta gestazione politica (ma non solo) del complesso ed eco-

nomicamente devastante “fenomeno sanità” – del principio costituzionalmente garantito del diritto di ogni cittadino alla “tutela della salute”. Trattavasi invece di avere una sufficiente capacità tecnico-organizzativa, ma anche etico-politica di realistica proiezione dello sbocco a cui avrebbe portato quel piano inclinato verso il quale aveva iniziato a scivolare la sanità pubblica; nè la situazione, *ad evidentiam* altamente a rischio, poteva purtroppo avere spiegazione solo nella struttura del sistema assistenziale bensì, da un verso, nell'emergente cultura egoisticamente soggettivistica degli uomini della politica (ai vari livelli e ruoli), della gestione e delle stesse professionalità coinvolte, e, d'altro verso, nelle sempre più profonde e motivate ragioni umane di natura esistenziale: quelle ragioni stesse che, come noto, stanno oggi finalmente portando gli U.S.A. (ove 45 milioni di cittadini sono stati, fino al 2009, senza la riforma Obama, privi di una minimale tutela sanitaria e ospedaliera) ad un sistema sanitario pubblico alquanto ravvicinato al “welfare” di tipo europeo (o, se vogliamo, canadese). Meraviglia comunque, mi sia consentito di dire, come una diffusa indifferenza per tali bisogni (di natura anche esistenziale, appunto) - che coinvolgono cioè il diritto alla vita di ogni essere umano – appaia sempre presente e in parte subdolamente latente, con una tendenziale grave propensione a crescere. E tale considerazione conforta sulle scelte e sulle pressioni che nella nostra Venezia abbiamo operato oltre dieci anni orsono. Forse – sia detto per inciso - ciò che parzialmente attenua le conseguenze delle crescenti carenze, riduzioni d'offerta di servizi sanitari ed autentici disservizi (che il cittadino, come tutti sanno, giornalmente denuncia) sono - per fortuna di tutti, ma soprattutto per chi è più debole per età, per gravi disabilità o anche per censo (una quota, questa, in costante aumento) - l'avanzare protettivo delle tecnologie ed un crescente spirito volontaristico di solidarietà sociale.

La situazione nel 2000, all'indomani della riforma che trasformò le Unità Locali Sanitarie in aziende

Eravamo dunque nell' anno 2000, all'indomani del varo della riforma-ter che trasformò le ULSS in Aziende (il D. Lgs. 229/99), quando - a fronte di iniziative di drastica soppressione di servizi e di prestazioni sanitarie da parte della “Azienda U.L.S.S.. 12 - veneziana” cominciarono a crescere nella popolazione quelle preoccupazioni e quel disagio che, in particolare nel territorio veneziano, era generato non tanto da una comprensibile ed evidente esigenza di riduzione di presidi e di centri operativi sanitario-ospedalieri (Venezia e Mestre avevano nel 1980 una abnorme dotazione di ben 4.843 posti-letto pubblici, pari al 12,31 per mille abitanti!), quanto

SEZIONE

da una nemmeno troppo dissimulata assoluta assenza di una minimale progettualità del non semplice ma graduale processo riorganizzativo assistenziale e ospedaliera: che avrebbe dovuto rappresentare comunque la garanzia per il mantenimento del diritto alla tutela della salute, invece sempre più compromesso da interventi demolitori, anche ultronei rispetto alla stessa Programmazione Sanitaria regionale.

A titolo di significativo esempio si può rammentare che, mentre la programmazione regionale di cui alla delibera n° 740/99 della Giunta Regionale (a ciò delegata dal Consiglio della Regione stessa) disponeva che l'Ospedale al Mare del Lido avrebbe dovuto essere trasformato – oltre al Punto di Pronto Intervento e ad altre attività ambulatoriali di interesse della popolazione lidense - in "ospedale a indirizzo medico-riabilitativo", la Direzione Generale della ULSS operò da un verso ignorando tale prescrizione e d'altro verso sopprimendo reparti e riducendo prestazioni, in gran parte trasferite di fatto alle Unità Operative dell' Ospedale Civile di Venezia, già di per sé in difficoltà operative per vari (ma spesso non condivisibili) motivi.

“La sanità veneziana navigava a vista”

La situazione sanitaria veneziana appariva dunque abbandonata a sé stessa e forieran– in termini di garanzia alla salute - di pericolose e incontrollabili evoluzioni minimalistiche. Si diceva all'epoca che “la sanità veneziana navigava a vista”, e sempre più prepotente correva l'ossessiva voce – che trovava condivisione in ambienti solitamente ben informati, che andavano anche oltre la città di Venezia – di una probabile futura dismissione dello stesso Ospedale Civile veneziano, l'unico presidio ospedaliero della città insulare, che avrebbe dovuto ridursi a poliambulatorio per le esigenze dei veneziani e dei suoi numerosissimi turisti oltre che di supporto al nuovo Ospedale di Mestre, per la cui costruzione – più volte dibattuta e rinviata, a prescindere dalle esigenze di quella porzione di città che già contava già 200.000 abitanti - si stava fortunatamente formando all'epoca una precisa volontà politica.

Le mobilitazioni cittadine dell'epoca

In questo contesto generale e cittadino – succintamente descritto – si mosse allora, anche con azioni di massa, soprattutto la popolazione del Lido e delle isole, che percepiva con grande preoccupazione l'inadeguatezza della presenza e degli interventi dell'Amministrazione Comunale per fronteggiare e per guidare il processo riformatore della sanità veneziana e delle isole: che mai avrebbe potuto essere un processo semplicemente demolitorio (cioè privo di adeguate soluzioni alternative) di quel-

le strutture sanitarie e ospedaliere necessarie ad una popolazione di oltre 100.000 residenti e di una media di altri 30-40 mila fra turisti, lavoratori pendolari, studenti, ecc.: una massa di soggetti già allora in costante e... "promettente" crescita.

La costituzione del Comitato cittadino per la difesa e lo sviluppo dell'ospedale civile di Venezia e della sanità nel veneziano

La costituzione, di fatto verso la fine del 1999 ed in via statutaria nei primi mesi del 2000, del "Comitato Cittadino per la difesa e lo sviluppo dell'Ospedale Civile di Venezia e della sanità del veneziano" – tuttora presente e costruttivamente operante nella Città – consentì finalmente l'avvio di una intensa riflessione sulla difficile situazione della sanità pubblica veneziana, che esso traspose nel suo "regolamento" e quindi nella sua dichiarata "mission".

Nacque in tali circostanze – dopo ripetuti incontri e colloqui a livello sia comunale che regionale e con il doveroso coinvolgimento delle alte gerarchie della stessa ULSS 12, nel corso dei quali vennero espresse le esigenze della cittadinanza veneziana in termini di strutture e di prestazioni sanitarie a fronte di un inevitabile processo di razionale riorganizzazione della sanità pubblica di Venezia, città bipolare dalle caratteristiche assolutamente peculiari – l'idea di proporre al Sindaco dell'epoca Paolo Costa ed a vari membri dello stesso Consiglio Comunale la costituzione di una "Consulta per la sanità e i servizi sociali", in applicazione delle norme dello Statuto comunale in materia; e ciò consegnando al Comune una precisa bozza di regolamento.

Con tale proposta, il Comitato si riproponeva in effetti di affiancare al Sindaco, alla Giunta, all'Assessore agli affari sanitari e sociali ed a quant'altri di necessità dell'Amministrazione Comunale una forte équipe di "esperti" nelle varie discipline sanitarie, in particolare medici, con il compito specifico "di fornire ogni contributo di ricerca, studio, professionale e culturale di natura organizzativa, giuridico-amministrativa, logistica, funzionale e tecnica...nella materia sanitaria e socio-assistenziale ed in particolare del diritto dei cittadini alla tutela della salute...".

Era l'agosto del 2001; e si trattò di una proposta che – grazie al fondamentale, convinto e pervicace supporto di alcuni consiglieri comunali, particolarmente sensibili alle complesse problematiche della situazione sanitaria della città - venne recepita nella sua sostanza dal Sindaco, dalla competente Commissione Consigliare e in via definitiva dal Consiglio Comunale, che infine addivenne, con il costante e pressante "supporto" del Comitato, all'adozione della delibera n. 171 del 3-4 novembre 2003, successivamente di necessità modificata con delibera n. 131 dell'11 ottobre 2004.

SEZIONE

La nascita della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia

Nacque così la "Consulta per la Tutela della Salute", che il Consiglio Comunale di Venezia – riconoscendo con perspicacia l'esigenza e l'opportunità di dotarsi anche di uno straordinario organo diffuso di "ascolto" dei bisogni di salute dei cittadini, espresso dalla voce dei suoi rappresentanti sparsi nel vasto e diversificato territorio di mare e di terra della Città - volle essere rappresentativo non solo di un qualificato ma contenuto gruppo di "esperti" – era questa la proposta originaria del Comitato Cittadino - bensì anche e soprattutto delle rappresentanze di "ciascun ente, senza fine di lucro, associazione (iscritta all'Albo del Comune o all'Albo Regionale) e organizzazione che ha competenza o interesse prioritario sulle materie inerenti la salute il cui atto costitutivo sia coerente con le finalità indicate dall'art. 2 dello Statuto del Comune di Venezia e che sia rappresentativo dei cittadini utenti dei servizi".

La Consulta iniziò la sua attività – sulla base di un "Regolamento", di cui è stato peraltro avviato di recente l'iter per un suo adeguamento ad esigenze di maggior funzionalità, efficacia e snellezza operativa, evidenziate e condivise da tutti i suoi organi – in data 17 dicembre 2004 con la nomina del suo primo Presidente; da allora - essendo stata rinnovata nel 2005, a norma di regolamento, dopo l'avvenuta elezione del nuovo Sindaco Cacciari e del nuovo Consiglio Comunale della Città per il quinquennio 2005-2010 – la Consulta ha operato ininterrottamente, cercando di interpretare e di trasmettere agli organi comunali competenti i molteplici epperaltro non sempre soddisfatti bisogni di salute della popolazione.

La Consulta, uno strumento straordinario di ascolto e conoscenza

Possiamo comunque affermare – non senza soddisfazione e speranza - che il Comune di Venezia si è saputo dotare di uno straordinario strumento di ascolto e di conoscenza, oltre che di proposta e consultivo: che, ove adeguatamente stimolato e utilizzato, gli può consentire di poter governare dall'alto – sia nell'ambito della "Conferenza dei Sindaci" sia anche "ex se" entro i suoi confini territoriali , ed al di sopra delle pastoie della pura "gestione", la cui responsabilità, come noto, spetta al Direttore Generale della U.L.S.S. – la complessa "machina" della sanità ospedaliera e territoriale dell'intera città: e che rappresenta un "valore" alto e preziosissimo dei suoi cittadini, coinvolgendo quel loro bene primario che è la vita.

Così nacque la Consulta

di
Paola Miatello Petrovich
presidente Terza Commissione
Consiliare

La Consulta per la Tutela della Salute nacque, durante l'amministrazione Costa (2000-2005), in un momento di grave sconcerto e preoccupazione per le sorti della sanità veneziana. Preoccupati perché ogni giorno si doveva prendere atto della chiusura di qualche struttura o servizio, con l'evidente volontà di ridimensionamento anche di quel monumento della storia della medicina che è ed è stato l'Ospedale S. Giovanni e Paolo. E questo senza che ci fosse alcun intervento compensativo sul territorio.

Il metodo usato allora? A foglia di carciofo: si svuotava la struttura sanitaria di servizi e professionalità fino al punto che si poteva dire che era del tutto inutile conservarla.

Si era ormai arrivati, dopo la chiusura dell'ospedale G. B. Giustinian, anche alla chiusura dell'ospedale al Lido. L'ospedale Umberto I a Mestre sembrava incapace di svilupparsi soprattutto se paragonato ai grandi poli di Padova e Treviso.

Ma quel che è peggio comitati ed associa-

SEZIONE

zioni nati in difesa delle varie strutture ospedaliere sembravano non avere un interlocutore istituzionale con cui dialogare efficacemente e delineare scenari futuri.

In questa situazione l'unico punto di riferimento era il Sindaco, l'unico baluardo di fronte ad una Ulss che giustificava la sua azione di chiusura di diverse strutture sulla base delle difficoltà finanziarie e dei numeri delle prestazioni.

Fu allora che il Sindaco Paolo Costa chiese che si realizzasse il nuovo ospedale di Mestre, un punto di pronto intervento per il Lido e l'elisoccorso per garantire un minimo di sicurezza. In cambio l'impegno del Comune di Venezia era di valorizzare i beni dimessi dell'Ulss, la cui vendita avrebbe potuto fruttare molto.

La proposta di Mario Novarini

Fu in quegli anni che Mario Novarini, presidente del Comitato per la tutela dell'ospedale civile di Venezia, espresse la necessità di creare un organismo di consulenza per il Sindaco.

Le persone di buona volontà attive nelle varie associazioni, e spesso esse stesse coinvolte in situazioni drammatiche, non si conoscevano fra loro, non facevano massa critica, erano distrattamente ascoltate dalle istituzioni e talvolta strumentalizzate.

Dalla lettura dello statuto e del regolamento comunale ci rendemmo conto che se si voleva dare un volto e una forza a quel popolo di volontari sul territorio, l'unica via istituzionale possibile era la proposta al Consiglio comunale di costituire una Consulta. Nacque così la Consulta per la Tutela della Salute.

Il via lo diede proprio Mario Novarini, presentandomi un primo schema di regolamento per la Consulta. Credo che, senza quello schema, la Consulta non sarebbe mai nata. Mario mi aveva dato uno strumento per iniziare un confronto e un dibattito durato quasi due anni all'interno dell'Amministrazione. C'era grande timore e perplessità per la nascita di un organismo che avrebbe potuto contestare non solo l'Ulss, ma anche i servizi del Comune.

Infine, con il contributo di Bruno Centanini allora presidente della Terza Commissione Consiliare, Mara Rumiz, allora presidente del Consiglio Comunale e di Sandro Del Todesco, direttore dell'Assessorato Politiche Sociali, il testo di fondazione della Consulta venne portato in Consiglio Comunale ed approvato all'unanimità.

Il percorso della Consulta

L'avvio della Consulta è stato difficile, perché fare democrazia vera e non finta, che nasca dalle reali forze in gioco senza strumentalizzazioni di parte, è un'impresa ardua. Entrano in gioco aspettative e riconoscimenti, dinamiche ed ambizioni personali, capacità e storie personali che ogni componente delle decine di associazioni che compongono la Consulta, porta con sé.

Alla fine comunque la Consulta è riuscita ad ottenere l'autonomia che si era proposto. E stanno qui la forza e la debolezza di questo organismo, che anche in questi cinque anni di legislatura Cacciari, sono andate emergendo.

La sfida è nel difficile percorso di presa di coscienza della propria forza ed autonomia, senza subalternità.

Perché così l'ha voluta il Consiglio Comunale.

Le attività realizzate dalla Consulta per la Tutela della Salute

di

Renza Barbon Galluppi

presidente della Consulta

Su volontà dei componenti del Coordinamento della Consulta per la Tutela della Salute, è stato elaborato questo numero Quaderno in cui cerchiamo di raccontare che cosa è la Consulta per la Tutela della Salute e qual è il suo ruolo, quale è stata l'attività svolta, quali sono state le difficoltà in cui si è operato, quali i risultati e gli obiettivi raggiunti e quali le criticità riscontrate.

La Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia si è insediata a Cà Faretto il 17 dicembre 2004 ed ha completato l'elezione dei suoi organi il 10 febbraio 2005. Ha finito il suo mandato con la conclusione dell'Amministrazione guidata dal Sindaco Paolo Costa. Tuttavia, su volontà del successivo sindaco Massimo Cacciari ha proseguito la sua attività quale Organo Consultivo, Propositivo e di Supporto all'Amministrazione Comunale e alla Conferenza dei Sindaci.

È importante infatti ricordare che il mandato della Consulta ha la stessa durata di cinque anni del mandato amministrativo,

ed è coincidente con quello dell'Amministrazione Comunale.

All'inizio della Consulta per la Tutela della Salute facevano parte 53 organizzazioni rappresentative delle più eterogenee realtà locali attive ed interessate al tema della salute dei cittadini.

L'attuale Consulta per la Tutela della Salute, insediata nel maggio del 2006, conta al suo interno 86 organizzazioni. Un incremento del 62,5% a conferma che, sebbene l'attività della Consulta precedente fosse stata di breve durata, era stata efficace ed aveva suscitato l'interesse delle organizzazioni operanti sul tema della Salute.

Tema identificato nel più suo ampio significato: quello definito dall'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità - come: *"Non solo assenza di malattia, ma stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale"*.

Non basta quindi curare ma anche prevenire, informare, sensibilizzare, promuovere comportamenti sani e orientati al benessere. Inoltre, in riferimento agli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione, è importante promuovere la tutela della salute. Ecco perché il Consiglio Comunale, con delibera n. 131 dell'11.10.04, ha istituito la Consulta definendo il suo ruolo specificatamente per la Tutela della Salute.

I compiti della Consulta

La "Consulta per la Tutela della Salute" è stata istituita quale organo consultivo e propositivo per quanto riguarda le materie sanitarie, sociosanitarie e sociali e a rilevanza sanitaria (ai sensi del Decreto Legislativo 229/99, dalla L.R. 11/2001 e dal D.P.C.M 14.2.01) di interesse della cittadinanza veneziana. L'art. 2 del regolamento specifica le finalità della Consulta:

- incentivare la più ampia e reale partecipazione delle cittadine e dei cittadini ai temi della salute;
- essere luogo di confronto e di collaborazione tra associazioni, enti, gruppi e cittadine/i per sviluppare la capacità di comprendere il valore della salute come bene comune, focalizzando l'attenzione su studio, approfondimento e documentazione in materia di sanità sia territoriale che ospedaliera, rispetto a cui proporre soluzioni all'Amministrazione Comunale;
- facilitare la comunicazione e il coordinamento tra le realtà che a vario titolo si occupano delle problematiche della salute;
- collaborare con il Sindaco - quale Autorità Sanitaria cittadina -, con la Giunta, con la competente Commissione Consigliare, con il Consiglio Comunale, con i Comitati dei Sindaci/Presidenti di Municipalità/Quartiere di Distretto Sociosanitario, con proposte e iniziative atte a promuovere l'interesse, la ricerca e il confronto sui programmi di intervento nel campo della tutela della salute;

SEZIONE

- esprimere pareri preventivi su piani, programmi, regolamenti inerenti le problematiche della salute e ogni altro parere che fosse richiesto dall'Amministrazione Comunale nell'ambito delle finalità della Consulta.

Gli organi della Consulta

Gli organi vengono eletti dai componenti della Consulta per la tutela della Salute e sono:

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

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

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

La collaborazione tra istituzioni e cittadini

Di fatto, però, in questi anni, anche se prevista, non vi è stata una diretta "partecipazione" delle figure istituzionali ai lavori della Consulta.

È importante ricordare però che la scommessa di un più stretta cooperazione tra cittadini e istituzioni è sostenuta anche nel trattato di Maastricht del 1992 che rilancia il principio di sussidiarietà con il cittadino al centro dei sistemi della Pubblica Amministrazione.

Oggi la scommessa è una maggior efficacia ed equità dei sistemi basati sulla "Primary Health Care" cioè sulle cure primarie. Nel passaggio dal sistema di Welfare state a quello di Welfare community, il ruolo dei cittadini e delle associazioni è fondamentale.

Il cambiamento di sistema in Italia

Welfare state	Welfare community
centralistico	federale
settoriale	integrato
burocratico	aziendalizzato
monopolistico	sussidiario
deficitario	sostenibile

Anche a livello locale infatti le sfide sono la presa in carico e la continuità assistenziale centrate sulla persona e non sui singoli episodi di trattamento, l'offerta tempestiva in risposta ai bisogni concreti con un alto livello di integrazione tra servizi. Un sistema di welfare in progress che include anche il coinvolgimento attivo dell'assistito e della sua famiglia. Tutto ciò ha richiesto e richiede un "cambiamento culturale" anche del cittadino "attivo" che deve essere pronto ad una vera partecipazione ai tavoli decisionali quale portatore di interessi.

Da qui si comprende il titolo che si è voluto dare all'iniziativa promossa a fine 2009 dalla Consulta per la Tutela della Salute: "Da utenza passiva alle proposte programmatiche per la nuova Amministrazione Comunale veneziana", un momento di riflessione del quale riportiamo alcuni esiti anche nelle pagine di questo Quaderno.

L'empowerment come strumento strategico

Nel sistema di Welfare community lo strumento strategico è l'empowerment del cittadino quale mezzo e fine per la promozione della salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO-World Health Organization) con:

- la dichiarazione di Alma Ata (1978)
- la Carta di Ottawa (1986)
- la dichiarazione di Jakarta (1998)
- la Carta di Bangkok (2005)

ha affermato a più riprese che l'azione di comunità e l'empowerment sono pre-requisiti per la salute

Tali principi trovano riscontro anche nell'attuale "Programmazione di azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-2013)", in cui la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali, costituiscono i valori su cui si fonda la strategia comunitaria.

L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita.

I vari tipi di empowerment

Tre sono i livelli di empowerment:

1. Empowerment psicologico:

- convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita
- capacità di comprendere il proprio ambiente socio-politico

SEZIONE

- partecipazione ad attività collettive mirate ad influenzare l'ambiente socio-politico
2. Empowerment organizzativo:
 - include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione dei membri e migliorano l'efficacia dell'organizzazione nel raggiungere i propri scopi
 3. Empowerment di comunità:
 - azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità della vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità
 - realizzazione della "comunità competente" in cui i cittadini hanno le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita".

L'empowerment è dunque una vera partnership tra organizzazioni per un'azione sociale e politica avente l'obiettivo di fornire alle persone le competenze per operare scelte responsabili e partecipare attivamente alla soluzione dei problemi collettivi.

Il ruolo della Consulta sollecitato dal Sindaco Massimo Cacciari

Ho voluto soffermarmi su questo importante argomento per affermare che anche la Consulta per la Tutela della Salute è riuscita a passare in questi sei anni, da un empowerment organizzativo delle singole associazioni/organizzazioni, all'empowerment di comunità, inteso come passaggio obbligato ed ora è pronta a risponder a quanto sostenuto dal Sindaco Massimo Cacciari nel corso dell'assemblea del 27 febbraio 2008, da lui presieduta.

Il Sindaco aveva allora affermato che " *L'Amministrazione ritiene importante il lavoro svolto dalle Associazioni e dalla Consulta e che la loro partecipazione è importante*" e che *L'Amministrazione Comunale si attende che la Consulta per la Tutela della Salute svolga quel ruolo di osservatore, propositore, monitoraggio, controllo [e non "controllismo"], verifica di funzionamento dei servizi [...]*".

"Inoltre, ricordo – ha continuato il Sindaco - che le Associazioni della Consulta hanno il compito di:

- *segnalare se il territorio, il distretto, i poliambulatori sono in grado di offrire le risposte e se questi presentano eventuali carenze;*
- *fare proposte precise circa i servizi di trasporto malati, la rispondenza del sistema di viabilità;*
- *essere il luogo di elaborazione e costruzione di relazioni umane fra le Associazioni, al di là del problema specifico, al fine di creare un tessuto sociale e una rete di interrelazioni."*

La complessità della gestione interna tra associazioni e i rapporti con le istituzioni

Sicuramente in questi anni la Consulta per la Tutela della Salute ha sofferto il peso di una "burocrazia" che imbriglia il suo lavoro che deve essere invece snello e dinamico.

Questo è dipeso da vari motivi e tra questi anche dalle troppe interpretazioni che si è voluto dare continuamente al suo "regolamento".

La Consulta presenta molti problemi di gestione interna a cui si associano anche i complessi rapporti con l'istituzione comunale.

Sono 86 le associazioni afferenti alla Consulta per la Tutela della Salute. Un numero complessivo impressionante, una massa di grande significato che ancora stenta però a diventare critica.

Tuttavia è rilevante come nello spazio lasciato dalla sussidiarietà come ordine di competenze nella società, come motivazione all'agire del singolo in quanto parte di un gruppo, nascono nuovi progetti associativi in risposta al relativo vuoto lasciato dallo Stato.

Ma è vero anche, per contro, che in questo crescente numero di organizzazioni sta la debolezza intrinseca dell'associazionismo italiano che risulta anche eccessivamente frammentato e quindi rischia di essere inefficace.

Ora però i tempi di una svolta per un'attività di maggiore coesione all'interno della Consulta, sembrano ormai maturi. L'auspicio è che aumenti la consapevolezza delle associazioni di poter essere davvero massa critica solo riunendo le forze, guardando positivamente ad un coordinamento globale, puntando più su ciò che accomuna e non su ciò che divide, abbattendo anche tutti gli steccati ideologici eretti in questi anni.

Anche in questa azione si potranno riconoscere gli alti valori di servizio e di responsabilità che le associazioni hanno nei confronti di tutte le persone che rappresentano.

Molte associazioni, in questi anni, hanno dimostrato continuità, nonché professionalità, altre non hanno compreso ancora che solo individuando una referente specifico possono di fatto restare a far parte della Consulta per la Tutela della Salute.

LE ATTIVITÀ

La Consulta presenta un proprio autonomo capitolo di spesa all'interno del bilancio comunale.

La Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia si è insediata dal Sindaco nel Municipio di Cà Farsetti il 16 maggio 2006.

SEZIONE

L'Assemblea legalmente costituita, formata da 87 associazioni rappresentative delle più eterogenee realtà locali attive ed interessate al tema della salute dei cittadini, ha avviato la procedura di elezione dei suoi organi, la quale si è conclusa il 23 novembre.

Fin dall'inizio, è stato richiesto ufficialmente di poter partecipare alle riunioni della Terza Commissione Consigliare. Ciò ha permesso la partecipazione continua, l'espressione e il confronto di opinioni, l'esposizione di sollecitazioni e la produzione di Rapporti su documenti inerenti gli ordini del giorno. Si è cercato di predisporre le riunioni del Coordinamento e delle quattro Commissioni d'Ambito, in modo da poter garantire al meglio la presenza alle sedute della Commissione Consigliare stessa.

Le Commissioni d'ambito

Di seguito vengono indicate le quattro Commissioni d'ambito:

- **Commissione d'ambito: "ospedale e territorio nella continuità della cura alla persona"** prevenzione/ cura/ assistenza/ riabilitazione. La Commissione è presieduta dal dottor **Federico Cesaro**, della Federazione italiana Medici di Medicina generale, ed è coadiuvato dal dottor **Vincenzo Leoci**, medico geriatria.

Le associazioni che hanno aderito a questa commissione: n. 33.

- **Commissione d'ambito: "il Piano di Zona" – analisi dei bisogni, verifica dell'attuazione, monitoraggio delle attività (indicatori), revisione.**

La Commissione è presieduta da **Sandro Cicogna**, dell'associazione Auser, ed è coadiuvato dalla dottoressa **Gabriella Penso**, dell'Associazione Afasici.

Le associazioni che hanno aderito a questa commissione: n. 25.

- **Commissione d'ambito: "promozione della salute, ambiente e vivibilità della città.**

La Commissione è presieduta dal dottor **Marco Faedda**, dell'Associazione "Cittadini contro il rischio chimico", ed è coadiuvato dalla dottoressa **Paola Miana**, dell'Ordine Nazionale Biologi.

Le associazioni che hanno aderito a questa commissione: n. 23.

- **Commissione d'ambito: "salute mentale".**

La Commissione è presieduta dalla dottoressa **Anna Poma**, del Forum Veneto per la Salute Mentale, ed è coadiuvata da **Attilio Baldan**, dell'associazione "Lo Specchio".

Le associazioni che hanno aderito a questa commissione: n. 10.

In particolare nel corso del 2006, nelle quattro Commissioni d'Ambito, si è avviato l'esame del documento redatto dall'Ufficio per la Programma-

zione Sanitaria del Comune, dal titolo " I servizi sanitari del Comune di Venezia. Elementi di valutazione e proposte", al fine di redigere un "documento unitario" con proposte di integrazione e di modifica, consegnato poi nel mese di gennaio 2007 come da richiesta. Sempre nel 2006 sono stati avviati anche i rapporti con le Municipalità.

La "mission"

Anche per la Consulta per la Tutela della Salute, così per tutte le associazioni è importante ogni tanto soffermarsi sulla "mission". Per la Consulta per la Tutela della salute, la missione è ben descritto nell'art. 2 del Regolamento della Consulta.

Le 4 Commissioni della Consulta per la tutela della salute svolgono, ciascuna nel proprio ambito, le funzioni previste dall'articolo 2 del Regolamento.

Il Coordinamento indirizza e coordina l'attività delle quattro Commissioni. Nel corso del 2007, il Coordinamento si è riunito almeno 1 volta al mese, mentre le Commissioni d'ambito si sono riunite con maggiore o minore frequenza, a seconda delle diverse esigenze. Le Assemblee sono state 3: una delle quali è risultata nulla per mancanza del numero legale dei partecipanti.

Nel corso del 2007, su richiesta del Sindaco, sono state elaborate alcune valutazioni sul Documento redatto dall'ufficio della Programmazione Sanitaria dal titolo " I SERVIZI SANITARI NEL COMUNE DI VENEZIA".

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

Le osservazioni sono state in gran parte recepite dal Consiglio Comunale e sono state trattate nella riunione della Conferenza dei Sindaci di luglio 2009.

Incontri di formazione ed informazione

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento si è valutata l'opportunità di promuovere incontri di Informazione, Formazione ed Elaborazione culturale sia sul moderno concetto di salute e sulle tematiche ad esso correlate, sia sulla legislazione che regola il nostro sistema di welfare locale. Ciò non solo per un arricchimento culturale dei singoli, ma soprattutto come valido supporto al lavoro svolto nelle quattro Commissioni d'Ambito.

Il tutto conglobato in un unico "Progetto culturale" che, prendendo avvio dall'esame del Progetto della Regione Veneto per l'umanizzazione dei ser-

SEZIONE

vizi sociosanitari, ritenuto condivisibile per i suoi contenuti, si svilupperà successivamente lungo il filone “umanizzazione, tutela della salute, legislazione che regola il welfare locale e relativi strumenti operativi”.

L’Assemblea del 14 marzo 2007, quale organo sovrano, ha deliberato favorevolmente sull’organizzazione di quattro incontri nella sede dell’ex Centro Civico di Carpenedo-Bissuola,, in collaborazione anche con l’Ufficio di Piano.

Inoltre è stato organizzato il Convegno dal tema “**La sfida dell’umanizzazione per la promozione e la tutela della salute**”, che si è svolto il 19 maggio 2007 presso la sede della “Telecom Italia Future Centre” di Campo San Salvador di Venezia.

Il parere sui Piani di Zona

Un parere importante è stato espresso sui Piani di Zona 2007-2009, su richiesta pervenuta dalla Direzione Politiche Sociali. Grazie al lavoro di discernimento compiuto dalle Commissioni d’ambito, il coordinamento ha approfondito ed ha espresso il proprio parere sui temi della salute, sul nuovo ospedale do Mestre, sui Distretti sociosanitari, sull’Hospice del Policlinico “S. Marco” di Mestre. I documenti prodotti sono stati inoltrati alle Istituzione, e fatti conoscere anche attraverso comunicati stampa.

La commissione d’ambito, che si occupa specificamente di questo settore, ha avuto ripetuti incontri con i vertici dell’Amministrazione Comunale al fine di pianificare una strategia capace di affrontare l’emergenza e le criticità evidenziate per il tema della “Salute Mentale”.

Sempre nel 2007 l’amministrazione comunale ha dedicato alla Consulta per la Tutela della Salute una pagina web del sito del Comune di Venezia dove poter pubblicare testi e documenti.

Allargamento delle competenze delle Commissioni d’ambito

Su proposta del Coordinamento, durante l’Assemblea del 28 giugno 2007 è stato ratificata la nota relativa alla precisazione delle competenze e delle attività delle Commissioni d’ambito. Il documento aveva per titolo: “Integrazioni alle competenze e alle attività delle vigenti commissioni d’ambito per quanto riguarda i Piani di Zona. con le seguenti funzioni di natura preparatoria, da trasmettere, anche su sua richiesta, alla Commissione Seconda competente.”

Gli ambiti di competenza sono stati assegnati come segue:

- Alla Prima commissione sono stati assegnati gli ambiti anziani e immigrati, età adulta.
- Alla Seconda commissione sono stati assegnati disabili, famiglia età evo-

- lutiva, minori immigrati (anche in ambito scolastico) consultori familiari.
- Alla Terza Commissione è stata assegnata l'individuazione della promozione della salute negli obiettivi e nelle azioni del Piano di Zona in relazione all'ambiente e alla città.
 - Alla Quarta Commissione sono stati assegnati gli ambiti salute mentale e dipendenze.

Alla seconda commissione, inoltre, spetta il compito non solo di rilevare i bisogni, ma anche di raccogliere le osservazioni e le criticità, di farsi promotrice di attività di formazione, di creare un raccordo continuo con le altre Commissioni d'ambito e con il Coordinamento. Quest'ultimo è deputato all'assunzione di decisioni, elaborazione di documenti e trasmissione degli stessi all'esterno della Consulta.

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

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

Il progetto "Marghera, ambiente e salute"

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

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

Una nuova metodologia di lavoro

È stato elaborato un documento onde permettere al Coordinamento della Consulta per la Tutela della Salute di operare con una metodologia di lavoro più organica.

I punti affrontati sono stati i seguenti:

1. I rapporti con il Sindaco, i Presidenti di Municipalità, altre Autorità

SEZIONE

2. Le votazioni e le decisioni (pareri, delibere, relazioni di studio, ecc.) - Le "deleghe"
3. Le convocazioni e gli Ordini del Giorno
4. La direzione dei lavori e le verbalizzazioni – I pareri, le proposte e gli studi
5. La rappresentanza della "Consulta" nelle sedi istituzionali ed esterne
6. La surroga dei "Coordinatori" e dei "vicari" delle Commissioni d'Ambito in caso di cessazione degli eletti.

Revisione dell'attuale Regolamento ed incontri con i vertici dell'Amministrazione Comunale

È stato necessario apportare queste modifiche, poiché il vigente "Regolamento" della Consulta per la Tutela della Salute presenta alcune carenze e contraddizioni che rendono problematica, disorganica e conseguentemente lenta l'attività del Coordinamento, delle Commissioni d'Ambito, di eventuali Gruppi di Lavoro straordinari e temporanei, e della stessa Assemblea. Il Sindaco stesso ha da tempo sollecitato una profonda revisione di questo documento per un funzionamento più spedito della Consulta. Tale revisione del Regolamento è stata ora avviata.

A seguito degli avvicendamenti direzionali delle figure apicali, sia politiche che tecniche, il Coordinamento e le Commissioni d'Ambito hanno voluto incontrare, durante il 2008, sia il nuovo assessore Sandro Simionato sia il nuovo Direttore dello stesso Assessorato, Luigi Gislou. Ad entrambi sono state illustrate le funzioni della Consulta e presentate le proposte per la soluzione delle diverse problematiche ed istanze.

Nel mese di gennaio 2008 si è avuto un analogo incontro con la neo Presidente della terza Commissione Consiliare del Comune, Paola Miatello Petrovich che ha sostituito il dimissionario presidente Danilo Corrà.

Su segnalazione trasmessa da alcuni genitori circa l'applicazione di test di osservazione ai bambini dei nidi di Venezia, è stata tempestivamente avviata dalla Consulta un'istruttoria che, anche con il prezioso supporto dei genitori dei bambini e di esperti, si è conclusa con l'esposizione di attente valutazioni e di precise richieste al competente Assessore Anna Maria Miraglia e al Presidente della Municipalità di Venezia Enzo Castelli, pervenendo infine, come assicurato in tali incontri, al superamento di una delicata situazione di impasse.

La Commissione competente sul tema "Continuità delle cure dall'ospedale al territorio"

La prima Commissione d'ambito, che opera nell'ambito del tema "continuità delle cure nel passaggio dall'Ospedale al Territorio", nel corso dei

diversi incontri ha analizzato le criticità riportate nel "Documento sulla sanità Veneziana", approvato dal Consiglio Comunale nella seduta del 3 marzo 2008 quale "indirizzo" al Sindaco. L'apporto delle Associazioni intervenute in Commissione, è stato sostanziale e, dunque, estremamente importante, nel verificare e discernere se le scelte politiche e quelle operative della "Azienda Ulss 12" siano veramente rispondenti ai bisogni reali della cittadinanza: compito che l'ordinamento attribuisce appunto – tramite la "Conferenza dei Sindaci" – alle Amministrazioni Comunali per quanto attiene al relativo territorio.

La Commissione competente sul tema età evolutiva e disabilità

La seconda Commissione, il cui ambito riguarda i problemi dell'età evolutiva e della disabilità, nel corso del 2008 ha focalizzato il proprio lavoro sia nell'evidenziare le criticità riscontrate nei due settori, sia nell'affrontare i numerosi problemi sociosanitari del territorio ed in particolare nel fornire elementi di rilievo per l'elaborazione del "Piano di Zona".

La Commissione, ritenendo i Distretti sociosanitari territoriali indispensabili per dare un'adeguata risposta ai reali bisogni di salute della cittadinanza, ha sottolineato costantemente l'urgenza che se ne sviluppino tutte le potenzialità con adeguate risorse finanziarie, strutturali e professionali.

La Commissione competente sull'ambiente e la salute

La terza Commissione, il cui ambito riguarda sostanzialmente "l'ambiente e la salute", nel corso del 2008 ha ideato e portato avanti il progetto denominato "PortoMarghera e Ambiente", avente l'obiettivo di realizzare una idonea formazione/informazione dei cittadini sul delicato tema "Rispetto dell'ambiente ed educazione alla salute". Questo progetto, riproposto all'avvio del nuovo anno scolastico, prosegue l'attività formativa/informativa a favore degli studenti delle Scuole Medie Superiori di Mestre e di Venezia.

Commissione competente sulla salute mentale

La Commissione d'Ambito "Salute mentale e Tossicodipendenze", onde poter procedere con maggior cognizione di causa e speditezza nella valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi – essendo questo precipuo compito della Consulta, previsto dal Regolamento – ha più volte ribadito l'importanza di ritenere indispensabile il venire in possesso dei seguenti documenti:

SEZIONE

- il progetto di riqualificazione dei Servizi
- la Scheda di "presa in carico" e la Scheda di Valutazione delle strutture
- gli aggiornamenti sull'intesa con il Comune per interventi sul fronte del lavoro, dell'abitazione, della socialità.

Tra i lavori messi in programma per l'anno 2009 è stato istituito un gruppo di lavoro per il monitoraggio dell'organizzazione e del funzionamento del nuovo ospedale pubblico di Mestre al fine di individuare e prendere in esame la strutturazione e le criticità di tutto il "sistema ospedaliero" della nostra Ulss 12 (Ospedale dell'Angelo di Mestre; Ospedale Civile di Venezia; Monoblocco del Lido di Venezia; Case di Cura e Ospedali accreditati e convenzionati di Venezia e della Terraferma della Ulss 12).

Collaborazione con Terza Commissione Consigliare e proposte alla Quinta Commissione Regionale

Nel gennaio 2009 è stata avviata una collaborazione con la Terza Commissione Consigliare che è andata sempre più consolidandosi. Di grande rilievo la definizione comune di alcuni emendamenti presentati alla Quinta Commissione Regionale sulla proposta di legge regionale della "non autosufficienza" con diverse audizioni.

Da aprile 2009 un gruppo ristretto formato da alcuni componenti del Coordinamento ha lavorato per realizzare l'iniziativa da "Utenza Passiva alle proposte programmatiche per la nuova Amministrazione Comunale veneziana".

Appello rivolto alle associazioni per una partecipazione fattiva

Consentitemi ora di concludere questa ampia relazione rivolgendo alle varie associazioni che non partecipano - o che partecipano con insufficiente assiduità - alle attività della Consulta. A questi colleghi invio un caldo appello per sollecitare la loro fattiva collaborazione, costituita dalla loro competenza ed esperienza, di cui sentiamo la mancanza, anche all'interno dei lavori delle Commissioni d'Ambito di naturale appartenenza. La Consulta intende infatti essere anche la loro voce, come l'ha voluta il Consiglio Comunale allorché l'ha istituita, come "voce" della cittadinanza nel campo dell'assistenza ospedaliera, territoriale e dei servizi sociosanitari. La loro presenza non viene richiesta soltanto per evitare che manchi - come è talvolta avvenuto - il numero legale dei suoi organismi (paralizzandone in tal caso l'attività) ma soprattutto perché la presenza di tutti può fornire informazioni e proposte che rappresentano la preziosa linfa vitale del nostro volontariato.

L'Ufficio di Segreteria a supporto della Consulta

di

Nicoletta Codato

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

La normativa (in particolare il decreto leg.vo 502/1992) ha introdotto forme di partecipazione e democratizzazione nella gestione della salute pubblica, riconoscendo la consultazione delle organizzazioni di volontariato e di cittadini impegnati nella tutela dei diritti.

Possiamo riscontrare nella nostra realtà veneziana la realizzazione della partecipazione democratica nella gestione della salute e sanità pubblica sia nell'articolazione della Conferenza dei Sindaci e dei Comitato dei Sindaci di Distretto (organismo in cui partecipano i rappresentanti dell'Azienda sanitaria e dei comuni o Municipalità competenti, incaricati di definire le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, di esaminare i bilanci, di contribuire alla definizione dei piani programmatici), sia nelle organizzazioni di volontariato, nelle associazioni di cittadini competenti le quali pur non partecipando direttamente ai processi decisionali possono incidere sulle scelte dell'Azienda Ulss indirettamente, attraverso la presenza, le

osservazioni, le segnalazioni, le proposte che possono avanzare ai comuni, all'Azienda sanitaria, alla Conferenza dei Sindaci.

La Consulta per la Tutela della Salute rappresenta certamente la voce delle associazioni e dei cittadini che a vario titolo, sono inseriti nel tessuto sociale e della comunità e che hanno "competenza e interesse prioritario sulle materie inerenti la salute" (come recita il regolamento istitutivo della consulta). L'Amministrazione Comunale ha voluto investire sulla Consulta e garantirle l'esercizio della partecipazione ai processi decisionali anche attraverso l'assegnazione di una specifica segreteria con compiti di collaborazione con la Presidente, di tenuta degli atti, di redazione dei verbali e di supporto tecnico e amministrativo alla presidente, al coordinamento e alle commissioni d'ambito.

La Consulta della Salute ha quindi potuto funzionare anche grazie alla certezza dello svolgimento dell'attività amministrativa (reperimento sedi, verbalizzazione riunioni, copia atti...), al supporto organizzativo e all'approfondimento tecnico fornito.

Il ruolo della Segreteria

La segreteria ha raccolto e collegato tra loro i diversi momenti partecipativi finalizzati al miglioramento dei processi decisionali, ha collaborato nel garantire il collegamento tra la Consulta e gli organismi istituzionali (il Sindaco, la Commissione Consiliare, la Conferenza dei Sindaci).

La stabilità di una struttura di segreteria, dotata di personale, mezzi informatici e risorse finanziarie, ha permesso alla stessa Consulta l'organizzazione di incontri e riunioni rivolti ai medici, agli infermieri, alle associazioni, alle cooperative, alle municipalità, la distribuzione capillare di documenti, la programmazione di seminari e giornate di studio e confronto.

Le attività della Consulta stimolo all'Amministrazione Comunale

L'attività della Consulta di questi ultimi cinque anni ha prodotto elaborazione di idee, formulazione di pareri e ha costituito sicuramente un valore aggiunto per l'ente locale che ha potuto avvalersi della voce e del sentire delle associazioni che certamente vivono e sono inserite nella quotidianità e nel tessuto sociale e per questo sono portatrici di idee, rilevatrici di bisogni e promotrici di proposte.

In tal senso si può affermare che si è dato spazio e forma alla democratizzazione nella gestione della salute e che la partecipazione delle associazioni, di gruppi organizzati e di cittadini competenti sono stati di stimolo, propositori e interpreti delle esigenze del territorio.



SEZIONE

**INIZIATIVE
E COMPITI
DEL COMUNE
DI VENEZIA**

Impostazioni metodologiche e sviluppo delle attività

a cura di

Angelo Furian

responsabile del Servizio
Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia

Anzitutto una Premessa, con lo scopo di collocare su base normativa le attività della pubblica amministrazione nell'ambito della sanità pubblica e fugare critiche di ingerenza indebita su presunte competenze esclusive altrui. E allora ecco il D.lgs 502 e successive modifiche, che introduce, mediante uno specifico articolo dedicato ai diritti dei cittadini (art.14), il concetto di 'democrazia' nella organizzazione e gestione della sanità pubblica; ed ha un senso preciso tale concetto, quello di 'contenere' entro limiti ragionevoli il peso di un'organizzazione aziendale della sanità; e non solo, ma anche quello di voler introdurre anche nella nostra 'cultura' un concetto relativamente nuovo, e cioè che, a livelli diversi, la salute deve dipendere anche dal peso che intende avere Chi partecipa alle scelte che si rendono necessarie.

Quindi, esclusi i processi decisionali strettamente clinici che spettano per legge a chi ne è titolato per comprovata professionalità e responsabilità di fronte alla salute e alle attese di guarigione della per-

Per informazioni

Ufficio Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia

telefono 041 2747870-7871-7873-7874-7875-7881

indirizzo email:

programmazione sanitaria@comune.venezia.it

SEZIONE



sona malata, la sanità pubblica conta su livelli diversi di partecipazione.

Un primo ed essenziale livello democratico gestionale, è riconosciuto nel citato Decreto ai noti Organismi pubblici che sono legittimati su basi elettive a rappresentare il godimento del diritto alla cura dei cittadini; detti organismi devono partecipare in maniera diretta ed effettiva a i processi decisionali e godono di una strutturazione organizzativa pubblica ben precisa: la Conferenza dei Sindaci dell'azienda sanitaria e i Comitati dei Sindaci dei Distretti socio sanitari; sono incaricati di compiti e azioni precise relative a bilanci da esaminare e approvare, all'organizzazione di servizi da considerare in funzione del bisogno di assistenza, alle valutazioni e proposte sui Piani Socio sanitari regionali e circa l'operato dei direttori delle aziende e dei distretti.

Tale partecipazione è riconosciuta ai comuni dal citato Decreto e rafforza il compito di questi ultimi alla 'programmazione, alla valutazione, alla verifica e controllo' dei processi di attuazione di servizi da parte di un organismo di per sé non partecipativo come appunto è una Direzione di tipo 'Aziendale'; come dire che nonostante tutto, la salute è comunque un fatto pubblico, non aziendale.

Il ruolo dei Comuni

*I Comuni quindi svolgono per competenza, se ne hanno gli strumenti, un ruolo decisivo di democrazia in ambito sanitario; si osservi: **'se ne hanno gli strumenti'** di analisi, controllo e proposte. Si configura così l'istituzione di un 'ufficio 'tecnico' capace di supportare i singoli sindaci e la Conferenza dei sindaci a livello aziendale e i Comitati di Distretto a livello territoriale, nei compiti di conoscenza, di programmazione, analisi, ricerca, osservazione e ... controllo.*

*Sempre il citato Decreto prevede un secondo livello partecipativo, quello riconosciuto alle *Associazioni di cittadini 'competenti'* le quali non partecipano direttamente ai processi decisionali *ma possono incidere sulle scelte metodologiche aziendali indirettamente*, e cioè sulla base della loro capacità di essere presenti in maniera determinante nei servizi e di gestire attività indispensabili all'interno delle strutture sanitarie e socio sanitarie.*

Questo secondo livello di democrazia è meno strutturato nella normativa nazionale, ma a livello regionale e locale è stato potenziato con l'attivazione e istituzione di 'Consulte' cittadine per lo sviluppo della salute. Queste godono del diritto legittimo di 'condividere' con le Conferenze comunali e, a livello 'aziendale' hanno il diritto di essere almeno 'ascoltate' per le segnalazioni e valutazioni.

Scendendo la scala democratica delle problematiche sanitarie, il D.lgs estende il concetto di 'partecipazione democratica' anche *al singolo cittadino* che, accanto al diritto alla cura e alla prevenzione, gode del diritto di essere 'informato', di essere coinvolto e sensibilizzato sui doveri che anche lui ha circa la sua salute personale e collettiva, nell'assumerne comportamenti adeguati alla sua personale salute e a quella collettiva; con il diritto quindi di sapere, conoscere ed essere aiutato ad azioni favorevoli alla salute con gli stili di vita, l'alimentazione, l'utilizzo del territorio, delle risorse, della salute emotiva e mentale, ecc.

La Programmazione Sanitaria

La Programmazione Sanitaria, strutturata come Servizio Tecnico per il supporto alle Conferenze locali, alle Associazioni e ai gruppi di cittadini, **ha impostato sui tre livelli partecipativi le sue attività e impegnato in esse tutte le risorse disponibili:**

- 1° quello della **fornitura di dati e strumenti** di analisi dei fatti epidemiologici, del funzionamento dei servizi, del ruolo pubblico di tutte le professioni sanitarie presenti nel territorio
- 2° sostegno al ruolo delle **associazioni di cittadini competenti**
- 3° produzione di **informazioni e offerta di formazione ai cittadini** mediante un lavoro 'partecipatp' con i Professionisti della salute.

LE ATTIVITÀ

Fattori di rischio e ricerca epidemiologica

Collaborazione con il dipartimento di prevenzione aziendale, i vari 'registri' pubblici di epidemiologia, la direzione comunale dell'ambiente ecc., sulla **ricerca epidemiologica** su base statistica, con l'obiettivo di: **conoscere** la presenza e diffusione di malattie nel territorio, con individuazione delle possibili correlazioni con le principali cause; impostazione della ricerca degli effetti che sulla salute hanno i noti 'fattori ambientali' quali l'industria, il traffico di auto, il trasporto in genere comprese le grandi navi, gli elettrodotti, l'irraggiamento elettrico ecc., e di costituire una **banca dati** per proseguire il '**dialogo sui fattori di rischio**' con la popolazione, con i professionisti, con l'azienda.

È stata realizzata in tal modo la 'banca dati' necessaria per fare le prime riflessioni, da parte delle 'conferenze', sullo stato di salute della città; basata sui dati riferiti agli anni trascorsi; ma l'amministrazione comunale

SEZIONE



aveva anche la necessità di conoscere in maniera dinamica, attuale e non solo retroattiva, la situazione di bisogno sanitario. Tale esigenza aveva due scopi precisi: anzitutto chiedere all'azienda più *adeguati servizi sanitari*, ma anche di promuovere *azioni preventive* in due direzioni, direttamente *sanitarie* e *'civili'* cioè azioni normative relative al traffico, all'ambiente ecc. Per non procedere per stereotipi ma soprattutto nella necessità di sapere oggettivamente su tematiche estremamente funzionali sul bisogno attuale di salute, sul processo di nascita e sviluppo di una malattia che caratterizza una classe di età, una professione, una parte di territorio ecc., il dato statistico retroattivo presenta all'Amministrazione tutti i suoi limiti di scarsa efficacia in tale ambito: bisognava procedere al

Il progetto CO.ME.FA.RE

Superamento del dato proveniente dalla inferenza statistica; si sviluppa in tal modo il progetto di ricerca epidemiologica dinamica valorizzando e aggregando tra loro i medici di famiglia, quelli che sono presenti nel territorio e sono i più vicini alle persone, e perciò possono essere in grado di 'sentire il polso' sanitario quotidiano delle persone, curare e raccogliere i dati reali e attuali della presenza e sviluppo di malattie nei diversi strati sociali, classi di età, professioni, ambiti territoriali; l'acronimo "Co.Me.Fa.Re" sintetizza il progetto di **collaborazione tra Comune e medici** di famiglia in rete. La presente ricerca non abbandona la vecchia epidemiologia ma si confronta con essa in quello che del passato si interessa con il presente nella nostra città.

Si costituisce in tal modo una nuova 'banca dati' attraverso un campione di medici di tutto il territorio, volontariamente impegnati in tal progetto, con un numero di assistiti statisticamente rappresentativo di tutta la città, significativo per un confronto con altri dati sanitari, con presente e passato.

Il Progetto si sviluppa, nel 2009, con la ricerca su: mortalità, neoplasie, indicatori di attività, pazienti in trattamento anticoagulante orale, pazienti con invalidità totale; Il servizio ha elaborato i dati e in relazione a mortalità e neoplasie, ha prodotto due report che sono state sottoposte al parere del servizio statistica del Comune del Venezia al fine di verificarne la confrontabilità con altre fonti ed altre elaborazioni, quali il Servizio Epidemiologico Regionale. Questo tipo di estrazioni dei dati e relative elaborazioni hanno consentito un audit interno, una verifica sull'omogeneità di raccolta e di inserimento dei dati.

I dati ed elaborazioni, che presto verranno presentati, servono quale aggiornamento conoscitivo della realtà cittadina del sindaco quale autorità sanitaria, della Conferenza dei sindaci dell'ulss 12 nel ruolo di media-

zione e di espressione di parere sui servizi e l'attività sanitaria dell'azienda; ed infine rendono possibile la necessaria ri-qualificazione delle azioni previste nel Piano di Zona dei servizi socio sanitari.

Promozione del modello di medicina associata

Ulteriore elemento derivante dal Progetto consiste nell'istituzione di un modello di **'medicina associata'** tra medici di base nelle diverse municipalità, sviluppato sulle esigenze sanitarie del nostro territorio; gruppi di medici che condividono insieme l'attività diagnostica, preventiva, terapeutica, informativa nell'arco della giornata a disposizione dei loro pazienti in strutture messe a disposizione dalla pubblica amministrazione, la quale promuove il loro aggiornamento, il confronto metodologico e professionale e che raccogliere i dati sanitari delle persone che hanno firmato il 'consenso informato'. Il modello nostrano di medicina associata attua il passaggio da una **"medicina di attesa"** dove il medico viene chiamato a rispondere al bisogno espresso dal paziente a una **"medicina di iniziativa"** e di **"opportunità"** in cui il medico intraprende azioni di prevenzione collettiva ed individuale, di educazione sanitaria nei riguardi di un paziente che si rivolge a lui per altri motivi. Nel corso di quest'anno e attraverso i progetti summenzionati si è consolidato il rapporto con le medicine di gruppo del territorio e come nel caso del progetto melanoma sono state coinvolte delle MG dove erano presenti anche medici che attualmente non aderiscono al progetto.

Altri medici di base, facenti parte del Progetto, lavorano con analoga organizzazione della medicina 'associata' pur non essendo operanti nella stessa struttura ma nel loro ambulatorio perché collegati tra loro 'in rete' con i dati sanitari, diagnostici, le informazioni e le discussioni sui metodi di intervento. Lo sviluppo di tale metodologia ha contribuito anche a rinnovare nella popolazione la stima e fiducia del paziente nella professione medica non più prevalentemente burocratica ma prevalentemente diagnostica, terapeutica e di 'riferimento' e accompagnamento del paziente nei complicati accessi al medico specialista del distretto, al reparto ospedaliero, alle analisi cliniche e alla prosecuzione della cura. Anche l'amministrazione acquisisce un valore aggiunto da tale ruolo rinnovato dalla collaborazione del medico di base nella comprensione delle dinamiche organizzative e gestionali in essere all'interno dell'azienda sanitaria.

Il progetto Melanoma e le iniziative nelle Municipalità

Azioni aggregate di prevenzione tra medici ed altre professioni sanitarie; prendiamo ad esempio uno dei vari progetti, il **Progetto Melanoma**.

SEZIONE



In questo progetto ai medici di famiglia è stato chiesto di individuare un campione di assistiti a cui proporre una visita dermatologica gratuita (selezione mirata dei pazienti in base al fototipo). Le visite sono state effettuate gratuitamente da uno specialista dermatologo ANT con l'ausilio di un videodermatoscopio. Il medico di famiglia assisteva alle visite dello specialista, poteva porre domande e arricchire il proprio bagaglio di competenze attraverso una formazione sul campo. Le visite venivano effettuate negli studi della medicina di gruppo

Con il progetto svolto nei territori di Mestre, Carpando, Chirignago, Zelarino e Marghera, sono state effettuate negli ultimi tre anni oltre 500 visite alla popolazione e realizzata una vera prevenzione con le medicine di gruppo coinvolte.

Altre azioni sinergiche a carattere preventivo, informativo e formativo sono organizzate dalla Programmazione sanitaria, con scadenza mensile, presso le **sedi di alcune Municipalità**, con finalità di trasmettere conoscenze, informazioni, pareri con più professioni sanitarie: *farmacista, medico, specialista, psicologo, dietista ecc.*; di promuovere il dibattito tra popolazione (sempre più numerosa) e l'esperto chiamato in causa a seconda degli argomenti trattati. Da inchieste e questionari, questi incontri conseguono lo scopo di un miglioramento degli 'stili di vita'.

Analogamente, alcune Associazioni organizzano col Servizio un piano di sostegno psicologico aggregando persone diverse su specifici bisogni di sicurezza, di riabilitazione psico-fisica, di elaborazione dei vissuti emotivi, dando informazioni e scambiando utili informazioni tra persone traumatizzate da particolari eventi accidentali, del lavoro, della strada, di interventi sanitari, di famigliari gravemente malati o comunque da situazioni traumatiche.

Con altre Associazioni si è preferito affrontare le tematiche sanitarie coinvolgendo da due anni classi studentesche delle scuole superiori con curricula tecnico-scientifici, sulle tematiche ambientali; mediante lezioni frontali, questionari, dialoghi aperti sul sito con esperti e la produzione di 'corti' formativi e informativi.

La ricerca sugli stili di vita degli adolescenti nella Municipalità Lido Pellestrina

L'adolescenza delinea il passaggio dall'infanzia all'età adulta e rappresenta una fascia d'età particolarmente interessante per chi lavora nell'ambito della salute in quanto in questo periodo si pongono le basi per quella che sarà la salute e lo stile di vita futuro.

A Lido Pellestrina abbiamo intervistato 430 ragazzi con un'età compresa

tra i 12 e i 18 anni e abbiamo indagato attraverso 49 domande su Aree importanti, quali: Il tempo libero, le relazioni, gli atteggiamenti e le opinioni; la scuola e il lavoro; gli stili di vita legati a sport e attività fisica, abitudini alimentari, consumo di alcol, tabacco, sostanze; la salute percepita e il benessere psicofisico.

I dati, dopo l'elaborazione, sono stati restituiti e discussi con i ragazzi e sono stati avviati dei focus e dei gruppi di discussione per verificare direttamente con loro, se si riconoscevano nei risultati emersi; successivamente si è organizzato un pomeriggio di dibattito e presenti i medici di famiglia, i servizi socio educativi della Municipalità, i servizi sociali, il SERD, il distretto socio sanitario, il consultorio familiare e il consultorio giovani e alcune associazioni del territorio una presentazione dei risultati e una descrizione dei servizi dedicati agli adolescenti. Sull'intervento è stato prodotto un CD con i questionari, le elaborazioni e i risultati; il CD è stato distribuito ai famigliari e alla scuola con lo scopo di sostenere il dialogo che si è aperto con i loro giovani.

La ricerca sugli stili di vita degli adolescenti della Municipalità di Chirignago Zelarino

In questo caso il progetto, conclusosi quest'anno, è stato triennale: gli stessi ragazzi sono stati intervistati in terza media, in prima superiore e in seconda superiore. Nel corso del 2010 sarà realizzato un cd contenente la pubblicazione dei dati emersi. Il progetto è di particolare interesse in quanto "fotografa" un momento delicato nella vita di un ragazzo: il passaggio dalle medie alle superiori; un periodo di prova comportante momenti critici (di "crisi", appunto) intesi sia come cambiamento e difficoltà, sia come opportunità e crescita.

La promozione della salute nell'adolescenza

Con il presupposto che *sul disagio adolescenziale si può intervenire, e lo si può fare prima che esso si manifesti* con i noti effetti sulla personalità e che, comunque, si renda indispensabile dotare l'adolescente, alle prese con i primi problemi a carattere emotivo e di autostima, di strumenti adeguati a riflettere e saper prevedere gli effetti che deriveranno su di sé come conseguenza delle sue azioni, quando si troverà ad affrontare il rapporto con i coetanei, gli adulti della sua famiglia, della scuola e del quartiere o altre situazioni complesse e nuove. Con questo presupposto sono state coinvolte in una sperimentazione condotta con la supervisione sul metodo dalla facoltà di psicologia dell'università, due scuole medie, di terraferma ed insulare; sono stati individuati gli studenti di alcune sezioni, i

SEZIONE



loro genitori e gli insegnanti delle rispettive classi per l'approfondimento di alcune tematiche di vita reale individuate dall'O.M.S. e presentate sotto il titolo di 'Life Skills' o esercizio delle abilità necessarie per saper affrontare la vita nelle situazioni abitualmente di difficile gestione.

I tre gruppi sperimentali: gruppo classe di ragazzi (senza gli insegnanti), i genitori e gli insegnanti, hanno affrontato su schede con metodologia di tipo 'gioco di ruolo' le situazioni entrando in un gioco interattivo di risposte a domande di nuove risposte adattive a seconda dell'evolvere della situazione presentata, sviluppando una mappa mentale della previsione di possibili effetti a seconda delle azioni intraprese.

Il 'gioco' sulla propria salute ha coinvolto ed entusiasmato i ragazzi che hanno scoperto di avere una capacità non ancora conosciuta o esercitata della loro intelligenza emotiva, e gli adulti che hanno scoperto, come dissero, di avere una possibilità di conoscere e interagire con i loro figli e se stessi nelle situazioni problematiche.

Abbiamo presentato e affrontato la discussione critica dell'intervento con i Comuni della 'Rete Italiana delle Città Sane', soprattutto le azioni svolte, gli obiettivi e soprattutto i criteri di validazione dell'esperienza. Come noto dalla stampa, la 'Rete Città Sane' ha decretato al progetto di Venezia il riconoscimento del migliore progetto di promozione della salute.

Violenza intra-familiare

Uno stile di vita correlato con la salute e di cui poco si conosce: **Violenza intra-familiare** con la partecipazione dei medici di famiglia e l'associazione 'Lidodonna'; questi hanno partecipato alla progettazione e alla stesura del *questionario sulle forma di violenza femminile (violenza fisica, psicologica, sessuale, economica)*. I questionari sono stati distribuiti negli ambulatori dei medici e nei Consultori Familiari e sono stati compilati da donne maggiorenti.

Sono stati validati 741 questionari e i risultati della ricerca sono stati pubblicati in un cd.

I risultati sono stati presentati alla cittadinanza, con il Centro Donna del Comune di Venezia a metà novembre scorso.

Il progetto alimentazione ed esercizio funzioni mentali per persone adulte ed anziane

L'autonomia è un obiettivo importante nell'età adulta, in specie nell'età avanzata quando l'attività fisica e mentale diminuiscono; serve minor cibo e maggiore esercizio delle funzioni superiori.

Con le Associazioni, i Gruppi anziani e sportivi, sono attivati incontri di

discussione e approfondimento sulla prevenzione e cura della salute sotto il profilo medico;

gli aspetti della vita dell'anziano dal punto di vista del benessere psico fisico e mantenimento dell'autonomia, sono tenuti in essere dalle associazioni che il più possibile e con varie strategie mantengono attiva la vita di relazione delle persone. L'associazionismo tra anziani è l'occasione per conferenze, dibattiti, esperienze in campo alimentare; infatti le medicine di gruppo e le municipalità si avvalgono della disponibilità di una dietista presente al loro interno per incontri periodici sulle abitudini alimentari, per una corretta prevenzione al deterioramento fisico e alla sedentarietà. Sotto il profilo del mantenimento 'attivo' delle funzioni mentali (ragionamento induttivo e deduttivo, capacità di esposizione, relazione ecc.) e soprattutto delle funzioni mnemoniche, la Programmazione sanitaria ha predisposto con l'Ente Parchi comunale un 'percorso vita' di 10 cartelli all'interno del Parco di San Giuliano contenenti una serie concatenata di esercizi delle funzioni superiori e della memoria, correlata con gli stili di vita soprattutto alimentare; un gruppo di persone, specializzate in materia, guida i percorsi che possono essere fatti da soli o in gruppo, proponendo, con un libro guida, esercizi e l'autovalutazione dei risultati ottenuti.

Il lavoro come opportunità terapeutica

Sono state impegnate risorse presso il SIL - servizio di inserimento lavorativo dell'az. ulss 12 - per una integrazione del trattamento farmacologico con quello dell'esercizio di abilità della coscienza attiva quali relazionali, manuali, lavorative, sociali, il trovarsi con altre persone, in orari rigorosamente da rispettare, per lavorare, collaborare, inventare, usare testa e manualità intenzionale e creatività per esprimersi attivamente e ri-valorizzare la propria capacità e utilità sociale ed economica ed integrarsi con il mondo della vita reale con la certezza di una salute mentale riconquistata, prendendo la strada della vita quotidiana come integrazione terapeutica.

**Sandro Simionato:
Il Comune di Venezia
deve rilanciare con forza il
proprio ruolo nei rapporti
con l'Ulss 12**

“Il Comune di Venezia nell'ultimo anno ha portato ad un confronto diretto, all'interno della Conferenza dei Sindaci, il direttore generale dell'Ulss 12, Antonio Padoan, e il sindaco Massimo Cacciari – **spiega l'assessore alle Politiche Sociali, Sandro Simionato.** - Ma il lavoro fatto va anche al di là: con i tecnici del Comune di Venezia abbiamo promosso degli incontri preparatori a varie sessioni della Conferenza dei Sindaci, a cui ho partecipato anch'io insieme al Capo di Gabinetto del Sindaco, Maurizio Calligaro. L'obiettivo? Migliorare il rapporto tra Comune di Venezia e Ulss 12. Lamentiamo infatti una scarsa trasparenza negli atti e nella decisioni dei vertici dell'Ulss 12, con ricadute pesanti sull'attuazione di una programmazione comune per i servizi socio sanitari”.

L'assessore Sandro Simionato insieme al direttore dell'Assessorato alle Politiche, Partecipative e dell'Accoglienza, **Luigi Gislone**, ha partecipato ad un forum con **Domenico Casagrande** e **Leda Cossu**, membri della Consulta per la Tutela

della Salute, che lo hanno intervistato in rappresentanza dell'organismo comunale che raccoglie una novantina di associazioni socio sanitarie.

Assessore, cosa pensa di alcune dichiarazioni del direttore generale dell'Ulss 12, Antonio Padoan, che definiscono il nuovo ospedale dell'Angelo una "fabbrica di prestazioni sanitarie"?

Il ruolo dell'ospedale non è forse quello di produrre salute? E come valuta l'andamento di bilancio dell'Ulss 12, che pare in crisi per i costi dei servizi che necessariamente devono rifinanziare le imprese che hanno sostenuto il *project financing*?

Simionato: "La scommessa era realizzare un ospedale nuovo ed efficiente, in grado di rispondere alle acuzie con interventi mirati, ma la sfida comprendeva anche, e soprattutto, una politica di servizi socio sanitari sul territorio con una presa in carico complessiva dei bisogni delle persone. L'esito del nuovo ospedale non è totalmente adeguato al progetto originario. Occorre anche precisare con chiarezza che la responsabilità di gestione del nuovo ospedale è a carico della Direzione Generale dell'Ulss 12, che è chiamata a risponderne. Sicuramente c'è il rischio di non riuscire a reggere il patto finanziario stabilito con il *project financing* che ha coinvolto nella costruzione dell'ospedale dell'Angelo anche una cordata di imprese private che nell'area hanno attivato servizi accessori (negozi, agenzie, servizi vari, ecc.).

I costi complessivi di gestione sembrano più alti degli introiti, ma non possiamo

paragonare l'ospedale ad una fabbrica, neanche come paradosso, stiamo parlando di servizi fondamentali a tutela della salute dei cittadini.

C'è una certa difficoltà, da parte dell'Ulss 12, a rispondere in modo uniforme alle esigenze dei cittadini della terraferma, del centro storico e delle isole. Si registrano anche difficoltà organizzative al Pronto Soccorso dell'ospedale dell'Angelo. I medici di medicina generale sono preoccupati per le dimissioni a volte troppo rapide dall'ospedale per pazienti che necessitano di una presa in carico sul territorio rispetto alla quale non c'è ancora una organizzazione strutturata".

Qual è il compito del sindaco che per legge è il massimo responsabile della salute pubblica?

Simionato: "La questione è esattamente questa: il Sindaco è la massima autorità che deve occuparsi per legge della tutela della salute pubblica. La salute è un concetto complesso ed ampio, diverso dalla gestione dei servizi sanitari che compete all'Ulss.

Il compito del Comune è quello della programmazione, della raccolta dati, dell'attuazione di tutte le sinergie necessarie per la realizzazione della integrazione socio sanitaria, che è l'unico percorso possibile per rispondere ai bisogni reali dei cittadini. In questi anni il Comune di Venezia ha voluto tenere un atteggiamento costruttivo con i vertici dell'Ulss 12, ma non possiamo nascondere che siamo trovati, e ci troviamo, spesso in difficoltà.

Un confronto approfondito e sistematico è assolutamente mancato. L'Ulss 12 ha sem-

SEZIONE



pre affermato di non dover rendere conto a nessun altro ente della gestione della sanità veneziana, ma non è così. Non riusciamo nemmeno a visionare i bilanci, non conosciamo strategie e progetti dell'Ulss 12 e quindi ci troviamo in una situazione di *impasse*, malgrado abbiamo sempre cercato di dimostrare la massima disponibilità al dialogo.

Al Comune spettano infatti l'analisi dei bisogni, l'attivazione degli interventi soprattutto per gli aspetti sociali, la programmazione.

All'Ulss compete l'organizzazione del sistema sanitario. Nessuno ha mai pensato di invadere il campo dell'Ulss 12, ma nessuno può pensare che il Comune di Venezia rinunci ad esercitare il proprio ruolo”.

A questo proposito qual è il compito della Conferenza dei Sindaci? Si tratta di un organismo di grande importanza per l'elaborazione di strategie integrate ed efficaci...

Simionato: “La Conferenza dei Sindaci è un organismo composto dai sindaci del territorio su cui si estende l'Ulss 12 veneziana, a cui partecipano ovviamente anche rappresentanti dei vertici dell'Ulss stessa.

La Conferenza dei Sindaci è proprio il luogo dello scambio delle informazioni e dei dati, nonché del confronto e dell'elaborazione di strategie e percorsi integrati tra Comuni ed Ulss. La Conferenza si occupa anche dei Piani di settore che riguardano: servizi per l'infanzia, l'adolescenza, la famiglia, servizi domiciliari, nonché servizi per disabili e non autosufficienti.

Come ho già detto, in questi anni però il confronto tra Comune di Venezia ed Ulss

12 è stato difficile e non per colpa dell'Amministrazione comunale.

Il 10 luglio scorso si è tenuta una importante sessione della Conferenza che ha visto anche la partecipazione del direttore generale dell'Ulss 12, Antonio Padoan, e del sindaco Massimo Cacciari.

Il Comune di Venezia, attraverso il sindaco Cacciari, ha rivolto all'Ulss 12 richieste di informazione dettagliata rispetto a vari aspetti del sistema socio sanitario, ne cito solo alcuni: liste di attesa per esami strumentali; funzionamento dell'ospedale dell'Angelo e dell'ospedale civile di Venezia; organizzazione dell'assistenza sul territorio e servizi territoriali; Residenze sanitarie distrettuali; hospice oncologici; assistenza domiciliare integrata; Distretti e Consultori Familiari; trasporto ammalati.

Resta comunque difficile per il Comune di Venezia ottenere risposte da parte dell'Ulss 12, non abbiamo dati importanti per poter attivare una programmazione necessaria soprattutto in un momento, come questo, di scarsità di risorse economiche.

Basterebbe aprire un confronto concreto per capire quali percorsi sono davvero praticabili per soddisfare al meglio le esigenze dei cittadini, con minori costi e maggiore efficacia ed efficienza.

Nello specifico ritengo di grande rilevanza anche altri organismi come i Comitati dei Sindaci di Distretto che vanno resi pienamente operativi.

Vanno valorizzati tutti gli strumenti istituzionali che ci sono.

I servizi socio sanitari devono essere studiati e ripensati all'interno della Conferenza dei Sindaci, nei termini previsti dalla legge. Nel 2010, ci sarà da mettere in moto

i nuovi Piani di Zona e occorre pensare a renderli partecipati da addetti ai lavori e non.

Ma siamo ancora lontani da una proficua collaborazione, basti pensare che il Comune di Venezia non conosce l'elenco di tutte le delibere prodotte dall'Ulss 12.

Ma noi non abbassiamo la guardia, ci sono molti problemi da monitorare: l'estensione del servizio di assistenza domiciliare integrata, i servizi di salute mentale sul territorio, i consultori familiari, l'assistenza ai malati oncologici terminali, ecc.

Queste sono frontiere delicatissime e ce ne sono ovviamente anche molte altre, su cui il Comune di Venezia non impone nulla all'Ulss 12, ma chiede semplicemente di essere informato sulle strategie e gli interventi che verranno messi in pratica, per poter collaborare ad una sempre maggior tutela della salute dei cittadini”.

SEZIONE

**EVOLUZIONE E
PROSPETTIVE
DEL SISTEMA
DI WELFARE**

3

Assistenza primaria. Criticità e potenzialità alla luce di una definizione del ruolo dei Distretti

a cura di

Maria Concetta Mazzeo

Coordinatrice e Responsabile Relazioni
Esterne GISAP

Maria Concetta Mazzeo dirigente medico alla ASL ROMA E; Docente di organizzazione e gestione dei servizi territoriali presso Corsi di Perfezionamento della Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; Coordinatrice e Responsabile Relazioni Esterne GISAP (Gruppo Indipendente per lo Studio della Assistenza Primaria).

In Italia, evidenze di demografia ed epidemiologia delle patologie croniche permettono di considerare ormai indifferibile la necessità di una effettiva realizzazione della integrazione socio-sanitaria quale concreta espressione dell'Assistenza Primaria; in particolare risulta improcrastinabile lavorare per la definizione del ruolo dei Distretti quale sede più appropriata per la sua attuazione, sia in relazione al ruolo che potenzialmente potrebbe essere attribuito a questo scopo al terzo settore, ma anche esaminando le criticità che attualmente limitano significativamente tale realizzazione.

Conviene a questo riguardo ricordare che la definizione di Assistenza Primaria a livello internazionale costituisce la corretta traduzione del termine anglosassone "Primary Health Care", data dall'OMS nella famosa Conferenza di Alma Ata del 1978, quando si riconobbe il ruolo strategico rispetto al raggiungimento della "Salute per tutti nell'anno 2000", un traguardo di ambizioni e di speranze considerato fonda-

SEZIONE

mentale dall'OMS a sostegno dell'equità e del diritto alla tutela alla salute per tutti gli abitanti del mondo.

Con questa denominazione si identifica a livello nazionale quella che attualmente viene definita come assistenza distrettuale o territoriale e che invece va opportunamente tradotta come Assistenza Primaria, (benché in molti documenti venga definita come cure primarie), sia per una impropria traduzione dall'inglese del termine "care" con il termine cure, sia perché si preferisce dare ad una visione complessiva, olistica, assistenziale un ruolo più allargato e più appropriato di quello semplicemente medicalizzante, implicito nel termine "cura".

L'integrazione socio-sanitaria come effettiva realizzazione della Assistenza Primaria

La realizzazione della integrazione socio-sanitaria rappresenta un traguardo particolarmente significativo ma anche estremamente critico, in generale in tutti i Paesi, anche con diversi sistemi sanitari, ma soprattutto nell'ambito di un sistema sanitario cosiddetto di Welfare Social System come quello italiano.

L'integrazione socio-sanitaria comprende una serie di interventi assistenziali che coinvolgono unitariamente settori diversi ma al contempo profondamente integrati nelle ricadute operative con il sistema sanitario, destinati a fasce di cittadini in condizioni di disagio psico-fisico e quindi particolarmente bisognose che questi interventi siano tempestivamente erogati nei modi, nei tempi e nelle sedi appropriate.

Diversi studi e documenti internazionali e nazionali, tra cui il Libro Verde sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva", sottolineano come l'integrazione socio-sanitaria risulterà sempre più necessaria alla luce sia delle crescenti difficoltà incontrate dai Paesi in termini di sostenibilità economica dei relativi sistemi sanitari, sia di un aumento importante e sempre più significativo della speranza di vita, e quindi ad un aumento del tasso di dipendenza della popolazione, della percentuale di persone anziane, ultra-anziane e disabili.

Realizzazione della integrazione socio-sanitaria: dove? Il ruolo del Distretto

Emerge con evidenza la necessità di rendere coerenti il ruolo del Distretto con la piena e fattiva realizzazione degli obiettivi di Assistenza Primaria, in particolare della integrazione socio-sanitaria.

In effetti, benché la programmazione sanitaria affidi al Distretto tutte le attività riferibili alla integrazione socio-sanitaria, è necessario sottolinea-

re che in realtà, anche in presenza di una ricca normativa che ha negli anni cercato di definirne funzioni, ruolo ed obiettivi, il Distretto si è sviluppato spesso come una somma di diversi servizi non comunicanti.

Già lo stesso Piano Sanitario 1994/96, il primo in Italia, ha dato un'identità organizzativa al distretto definendolo come "un'articolazione organizzativo-funzionale della ASL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione...".

Le successive riforme, ed in particolare il D.Lgs 229/99, che ha rappresentato una svolta per la sanità del territorio, hanno attribuito al Distretto l'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi ad esso preposti.

Nonostante un programma di grande valore sanitario e sociale, il Distretto è riuscito a realizzare molto parzialmente, e con vistose differenze tra le diverse Regioni, i suoi obiettivi. In particolare, rispetto alla realizzazione della integrazione socio-sanitaria, le criticità sono principalmente legate alla difficoltà di definire l'assetto istituzionale dei rapporti tra Aziende Sanitarie e Comuni, titolari degli interventi sociali.

Tra i nodi irrisolti, emerge in modo specifico la limitata autonomia decisionale e di gestione dei finanziamenti attribuiti al Distretto, nonché la mancata chiarezza rispetto alla formazione del responsabile di tale struttura complessa.

In particolare, alla luce del ruolo che tale figura professionale è chiamata a svolgere, si evidenzia la necessità di una formazione specifica e l'acquisizione di competenze appropriate necessarie ad istaurare e a sviluppare i rapporti di committenza con attori vari e dalle professionalità differenti (medici di medicina generale, liberi professionisti, terzo settore).

Rispetto all'attribuzione finanziaria non sempre chiara ed adeguata, si sottolinea come prioritaria l'esigenza di giungere ad un Distretto quale vero centro decisionale di responsabilità e di costo, tale da divenire un "committente capillare sapiente", cioè che conosce a fondo i bisogni della popolazione del territorio di propria competenza.

Integrazione socio-sanitaria: interazione tra diversi attori

La crescita e progressiva differenziazione e specializzazione della domanda di servizi di utilità sociale, unitamente alla crisi finanziaria dei sistemi di *welfare*, hanno aperto spazi crescenti per lo sviluppo di forme non profit orientate alla produzione di servizi di utilità.

Infatti, attualmente, il terzo settore rappresenta un ambito di emergente

SEZIONE

e significativo peso rispetto alla realizzabilità piena, efficace ed efficiente di obiettivi di Assistenza Primaria e di integrazione socio-sanitaria, in cui i punti di forza sono la capillarità territoriale, la formazione ad hoc e la motivazione degli operatori, specificamente orientata da una sensibilità di interesse verso settori particolari; queste valenze danno un impulso determinante al terzo settore nell'andare incontro alle spesso non sufficienti risposte offerte dall'ambito pubblico e privato, specie per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

Vari documenti di politica sanitaria, e tra questi in particolare il PSN 2006-2008 e, da ultimo, il Libro Bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva", riconoscono e promuovono il ruolo innovatore svolto nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali dal terzo settore.

Tra le diverse forme organizzative riferibili al settore non profit, le cooperative rappresentano una realtà sempre più interessante, specie per l'Assistenza Primaria, e negli ultimi anni hanno sviluppato una notevole esperienza nell'ambito della gestione dei servizi socio-sanitari nonché nella organizzazione, fornitura e gestione dei fattori di produzione.

In particolare, le cooperative sociali ricoprono un ruolo rilevante nell'ambito dei servizi di tipo socio-assistenziale, attraverso l'erogazione di assistenza infermieristica di base, così come di assistenza domiciliare o riabilitativa, rivolgendosi dunque principalmente a categorie di assistiti caratterizzate da una condizione di svantaggio sociale.

Il rapporto tra Distretto e attori del terzo settore diviene dunque una occasione di necessaria cooperazione e sinergia. Il distretto non può più prescindere dunque dall'interfacersi con strumenti adeguati di dialogo con il terzo settore, che dovrà da parte sua farsi parte attiva per avviare un processo di accreditamento sia delle attività che degli operatori, che preveda necessariamente la definizione da parte dei vari attori coinvolti la definizione di regole chiare e precise.

Integrazione socio-sanitaria per realizzare quali obiettivi?

Tra le molteplici possibilità di assistenza integrata socio-sanitaria è necessario sottolineare le problematiche legate all'assistenza domiciliare integrata e all'assistenza residenziale che costituiscono in qualche modo gli esempi di offerta più elementare di assistenza integrata socio-sanitaria. In particolare, va messa in risalto la povertà di offerta di queste modalità assistenziali rispetto agli altri Paesi europei, evidenziando, ad esempio, come nel corso del 2006 siano state dedicate mediamente a ciascun paziente assistito in ADI circa 24 ore di assistenza, erogata in gran parte

da personale infermieristico. Rispetto alla assistenza residenziale è possibile sottolineare invece che, sebbene questa sia dedicata prioritariamente agli anziani, in realtà nel 2005 sono stati assistiti presso le Residenze Sanitarie solo 2 anziani su 100.

Possibili sviluppi del modello di integrazione socio-sanitaria

Partendo dalla valutazione complessiva della realtà di attuazione della integrazione socio-sanitaria in Italia e dall'esame delle peculiari problematiche e criticità, è possibile proporre alcune fondamentali auspicabili linee di evoluzione e sviluppo, in termini di interventi operativi e, soprattutto, di programmazione di politica sanitaria.

Come già sottolineato, una particolare complessità nella realizzazione della integrazione socio-sanitaria è riconducibile alla necessità di coordinare comportamenti e azioni che fanno riferimento a organizzazioni, figure assistenziali e addirittura sistemi assistenziali differenti.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria, richiede un cambiamento di prospettiva rilevante nell'azione organizzativa, con un focus organizzativo che si sposta da strutture gerarchiche e funzioni organizzative a processi (a valenza sociale, clinica e riabilitativa) incentrati sulla persona assistita, che quindi hanno natura trasversale e si sviluppano mediante il coinvolgimento di una molteplicità di soggetti altamente specializzati.

Nel ribadire la estrema delicatezza della tematica, appare significativo ricordare quanto argomentato dal Prof Americo Cicchetti nel testo "La progettazione organizzativa" (Cicchetti A., 2004, Franco Angeli, Milano), "... È opportuno che i professionisti sanitari e sociali coinvolti si concentrino sui valori di assistito, sistema, finanziamento pubblico...per orientare la motivazione al soddisfacimento di vaste aree di bisogno. ... la fonte della regolazione organizzativa...è l'interazione tra gli attori organizzativi (professionisti)", pertanto l'approccio istituzionale e manageriale, che si riferiscono rispettivamente alle leggi ed ai criteri di efficienza ed economicità

"non sono sufficienti in un settore complesso come la Assistenza Primaria", ed in essa della assistenza socio-sanitaria in particolare.

Alcune raccomandazioni

È necessario ed urgente che sistemi istituzionali, organizzativi, e di finanziamento sappiano individuare strumenti capaci di realizzare un effettivo coordinamento per garantire alle persone che necessitano assistenza l'offerta di servizi efficaci ed efficienti, evitando duplicazioni, inefficienze o vuoti e carenze del sistema.

SEZIONE

Sarà poi di strategica importanza una riflessione attenta ed approfondita, di carattere multidisciplinare, sulla necessità di offrire a tutti i professionisti e agli operatori a vario titolo coinvolti nella realizzazione di obiettivi di integrazione socio-sanitaria, una formazione integrata.

Entrambi i passaggi sopra descritti, la strutturazione di rapporti fra operatori e professionisti del settore, nonché la formazione integrata ad essi dedicata, potranno consentire finalmente la formulazione condivisa di linee guida operative specifiche per le prestazioni socio-sanitarie.

In conclusione così come sottolineato anche nel Libro Verde sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" rispetto al modello di integrazione socio-sanitaria, ed in particolare riferendosi alle politiche per le persone anziane, per promuovere una vera integrazione socio-sanitaria si renderà necessario lavorare, operativamente e sulla formazione dei vari operatori, allo scopo di favorire:

- l'integrazione delle politiche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali);
- l'integrazione tra i soggetti istituzionali (Regione, ULSS, Comuni) e con i soggetti sociali;
- l'integrazione operativa tra servizi (sanitari, socio-sanitari, e sociali);
- l'alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati.

La gestione dei servizi socio sanitari a Venezia tra delega e integrazione

a cura di

**Sandro Del Todesco
Frisone**

Direttore del Dipartimento del Welfare del Comune di Venezia

Vorrei cercare di raccontare il lungo percorso della storia dei servizi sociali e socio sanitari della Città. Richiama innanzitutto la legge di riforma sanitaria, la 833 del 1978 e le esperienze del nostro territorio, dai consorzi socio sanitari all'Unità Locale Socio Sanitaria strumento operativo dei comuni, dapprima unica, poi suddivisa tra Venezia e Terraferma, poi di nuovo unica con Marcon, Quarto d'Altino e Cavallino Treporti.

Uno dei principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, oltre all'universalità del servizio, all'uguaglianza dei cittadini rispetto ai bisogni di salute, alla globalità di erogazione delle prestazioni alle persone e alla collettività e alla solidarietà fiscale, era la democrazia nella scelta strategica e nella gestione operativa dei servizi.

Fino alla riforma del 1992-93 il controllo democratico sulla gestione del Servizio Sanitario Nazionale veniva garantito attraverso la nomina da parte dei Comuni degli amministratori delle ULSS, i componenti delle Assemblee e da queste i Comitati di Gestione.

SEZIONE

Attualmente la responsabilità democratica del Servizio Sanitario si fonda sul principio per cui i direttori generali delle aziende sanitarie rispondono del proprio operato al Presidente della Giunta Regionale che ha il potere di nominarli, così come di rimuoverli dall'incarico. Alla Conferenza dei Sindaci è richiesta l'espressione di una valutazione non vincolante sul loro operato.

Potremmo discutere ampiamente sulla complessa relazione tra i diversi livelli di governo (nazionale, regionale, locale) oppure sugli effetti talora indesiderati della scelta di porre la gestione delle Ulss sotto un controllo di natura democratica legati all'eccessiva ingerenza della parte politica, fenomeno peraltro sempre presente in misura diversa fino ai giorni nostri anche con le Ulss aziende della Regione.

Mi limito a richiamare che con la riforma degli anni 1992-93 è iniziato il processo di crescente autonomia attribuita alle Regioni, proseguito con il D. Lgs. 229 del 1999 e di seguito con i provvedimenti approvati tra il 2000 e il 2001 e in particolare il D. Lgs. 56 del 2000 sul federalismo fiscale e il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 relativo alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza, e cioè le prestazioni che il Servizio Sanitario si impegna a garantire ai cittadini in modo uniforme sull'intero territorio nazionale e con esse l'ammontare della spesa che lo Stato si impegna ad assicurare attraverso la fiscalità generale.

Se facciamo un parallelismo con i servizi sociali e con le previsioni della Legge 328, pure del 2000, si sarebbero dovuti definire anche i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ma questo obiettivo è rimasto a livello di enunciato, tanto è vero che mentre le risorse del fondo nazionale per le politiche sociali vengono ad essere diminuite di anno in anno e di conseguenza quelle regionali, il sistema locale è sempre più sulle spalle dei Comuni ai quali spetta individuare le garanzie da assicurare ai cittadini e le opportunità cui accedere anche attraverso una compartecipazione alla spesa.

La scelta del Comune di Venezia per l'integrazione sociosanitaria

In questo scenario, il Comune di Venezia ha scelto fin dai tempi della Riforma Sanitaria e della istituzione delle Ulss, con le due esse di sanitario e sociale, di puntare all'integrazione socio sanitaria, declinata nelle dimensioni istituzionale, gestionale e professionale.

Un obiettivo sempre perseguito, a partire degli aspetti culturali e di modello e dalla necessità di operare in forma integrata per ottenere risultati più

efficaci nella valorizzazione delle diverse competenze, in considerazione della centralità della persona e della unitarietà delle risposte ai bisogni.

La questione delle deleghe e l'analisi della normativa

Il tema delle deleghe è oggetto da anni, e anche ai giorni nostri, di confronto e in taluni casi anche di contenzioso tra il Comune, l'Azienda e la Regione, a fronte del fatto che il Comune di Venezia non ha mai delegato alla Ulss la gestione di alcuni servizi. Vediamo di ricostruire questo tema attraverso una ricognizione normativa e un'analisi del contesto.

La presunta obbligatorietà della delega viene fatta risalire alla Legge regionale 55 del 1982 che in realtà all'art.5 disciplina le funzioni relative ai servizi socio sanitari e socio assistenziali esercitati dai Comuni e dalle Ulss, attribuendo a queste ultime la gestione obbligatoria delle seguenti funzioni:

- prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
- prevenzione, assistenza, recupero, informazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- attività consultoriali familiari.

Sono di competenza dei Comuni le funzioni socio assistenziali relative ad ogni servizio socio assistenziale di interesse sociale, esercitato sia in forma residenziale che semiresidenziale, aperto o domiciliare, compresa l'erogazione di interventi economici complementari.

All'epoca le Ulss, come detto, sono strumenti operativi dei Comuni. Di deleghe, intese come opportunità, si parla solo con il D. Lgs 502 del 1992 modificato con D. Lgs 229 del 1999 che, ridefinita la natura giuridica e la struttura organizzativa delle Ulss, all'art.3 prevede la possibilità da parte dell'Unità Sanitaria Locale, di gestire attività o servizi socio assistenziali su delega dei singoli Enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli del personale, e con specifica contabilizzazione.

In particolare il Decreto 502/92 per quanto riguarda l'integrazione socio sanitaria distingue all'articolo 3 septies, tre fattispecie.

Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale assicurate dalle Ulss sono le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento degli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei Comuni, invece, sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione, condizionanti lo stato di salute.

SEZIONE

Le prestazioni ad elevata integrazione socio sanitaria infine sono quelle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e sociale. Sono assicurate dalle Ulss e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Anche la normativa regionale successiva si limita a promuovere l'incentivazione delle deleghe. Si richiama la Legge regionale 56 del 1994 e la legge regionale 5 del 1996 che all'art.4 comma 1 individua, tra le modalità gestionali, alternativamente la delega alle Ulss o l'accordo di programma. Infine, la Legge regionale 11 del 2001 definisce servizi sociali tutte le attività aventi contenuto sociale, socio assistenziale e socio educativo di cui al D. Lgs 112/98 e art.22 della Legge 328/2000, nonchè le prestazioni socio sanitarie di cui all'art. 3 septies del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione socio sanitaria la Giunta Regionale promuove la delega da parte dei Comuni alle Ulss delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, nonchè della gestione dei servizi sociali.

Per quanto riguarda le Ulss, queste assicurano la gestione dei servizi sociali in relazione alle deleghe conferite dagli Enti Locali. Assicurano le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, mentre le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono assicurate dalle Ulss se delegate dai Comuni.

La Legge Regionale 11/2001, art. 133 istituisce il Fondo sociale regionale che contiene, tra l'altro, le risorse necessarie al sostegno e promozione dei servizi sociali svolti dai Comuni in forma associata o delegati alle Ulss nell'ambito della programmazione regionale e delle disposizioni previste dai piani di zona.

La delega alle Ulss da parte dei Comuni non è obbligatoria

In tutto questo arco di tempo, quindi, 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.

Già da allora, quindi, la delega è solo promossa, benchè dall'origine, tanto il Comune, d'intesa con la Regione, quanto la Ulss, allora strumento operativo proprio dei Comuni, garantissero secondo accordi annuali le rispettive funzioni, anche quelle individuate come obbligatorie in capo alle Ulss. Vero è che la Legge regionale 11 del 2001 all'art.112 aveva previsto che la Regione avrebbe disciplinato entro un anno la materia, ivi compresa l'individuazione delle funzioni da ripartire tra Enti locali e Unità locali socio sanitarie e che fino all'entrata in vigore di detta disciplina, che però non avrebbe visto mai la luce, le Ulss continuassero, allo scopo di garantire la

continuità all'erogazione dei servizi sociali, a svolgere le funzioni concernenti i servizi sociali e l'integrazione socio sanitaria, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente, e quindi anche la legge 55/82 articolo 5. Non dimentichiamo che la Regione da quel momento si è divaricata tra disegni di legge diversi di piano sanitario, piano dei servizi alla persona, piano socio sanitario, non determinando mai le condizioni per una pianificazione organica e globale e affidandosi, nel socio sanitario, solo allo strumento dei piani settoriali, governati di fatto attraverso le Ulss. E qui, ripeto, parliamo di un organismo già strumentale dei Comuni, la Ulss, che ad un certo punto non è stato più strumentale, se non della Regione, e pertanto tale previsione normativa non poteva comportare alcuna forma di obbligatorietà nel delegare la competenza ad altro Ente senza l'espressa volontà del Comune. Se non nel caso, a termini di diritto, in cui il Comune fosse libero, ma sappiamo che non è così, di nominare e revocare i delegati e di intervenire nella gestione con competenze concorrenti e sovraordinate.

Da qui, infatti, le diverse scelte: nella stragrande maggioranza dei casi, di Comuni medio piccoli che hanno delegato le funzioni alle rispettive Aziende Ulss per convenienza, opportunità e, in primis, carenza di risorse e, di fatto, con una significativa cessione di sovranità.

Pur essendo divenute le Ulss Aziende della Regione la situazione pertanto non si è modificata, venendosi ad ammettere nei fatti sia la delega che l'accordo di programma e avviandosi un percorso volto all'attribuzione degli oneri per la gestione dei servizi secondo competenza indipendentemente dal soggetto gestore. Delega quindi non come vincolo, ma come opportunità.

Con la stessa definizione dei livelli essenziali di assistenza e in particolare con la DGR 2227 del 2002, la Regione è ancora più esplicita nel definire solamente la ripartizione degli oneri per la gestione degli stessi.

Il Piano di Zona approvato nel 2001

Per quanto riguarda il territorio dell'Ulss 12 poi, il modello dell'integrazione socio sanitaria è stato confermato a chiare lettere fin dal primo Piano di Zona approvato nel 2001 e alla cui elaborazione hanno provveduto unitariamente i gruppi di lavoro tra i Comuni e l'Azienda e in cui lo strumento dell'accordo di programma è parte essenziale.

La posizione del Comune di Venezia

Questa situazione che qualcuno definisce anomala dato che, come già rilevato, la generalità dei Comuni del Veneto hanno delegato alle rispet-

SEZIONE

tive Aziende Ulss è oggetto a cadenza periodica di offensive diplomatiche da parte del Direttore Generale della nostra Ulss.

Le tesi che sostiene, oltre alla presunta obbligatorietà violata, sono quelle della perdita economica per l'Azienda dovuta ai mancati o sottodimensionati trasferimenti regionali, oltre che ad una duplicazione dell'apparato amministrativo per la gestione dei servizi e, quindi, della maggiore spesa sostenuta.

A queste osservazioni l'Amministrazione Comunale ha coerentemente risposto in più occasioni. Ricordando innanzitutto che le assegnazioni regionali alle Aziende Ulss per la gestione dei servizi sociali avvengono sulla base di parametri oggettivi, cioè oltre alla popolazione residente, i servizi e il numero degli utenti dei servizi, il numero degli operatori equivalenti, vale a dire la struttura amministrativa ritenuta adeguata rispetto ai servizi erogati.

Il lamentato minore introito di risorse regionali potrebbe essere pertanto giustificato solo da un sovradimensionamento della struttura amministrativa rispetto alle effettive necessità.

Peraltro vale la pena sottolineare che esistono due fattispecie di servizi, una per la quale l'imputazione di costi è definita dai LEA, l'altra che a norma del D. Lgs. 502/92 art.3 in caso di delega alle Aziende Ulss, è a totale carico dei Comuni.

Un capitolo da esaminare resta comunque quello relativo alle spese per l'apparato della Direzione dei Servizi Sociali dell'Ulss i cui costi di produzione registrano un notevole impegno di spesa, probabilmente superiore agli effettivi benefici riportati e che ha visto i Comuni trasferire nel tempo all'Azienda ULSS per tale voce risorse maggiori rispetto ai servizi effettivamente ricavati.

A fronte di tale situazione appare preferibile valorizzare il più possibile la gestione associata tra comuni. Non solo dei servizi che sono oggetto di protocolli, convenzioni e accordi di programma con l'Azienda, che di per sé escludono ogni possibilità di duplicazione di interventi, ma anche di attività amministrative.

Le proposte della Conferenza dei Sindaci del 2006

E qui la Conferenza dei Sindaci aveva iniziato una interessante sperimentazione nel corso del 2006 che sarebbe utile riprendere in considerazione, un accordo di cooperazione per l'esercizio associato finalizzato allo svolgimento coordinato di funzioni sia di carattere tecnico che amministrativo, in particolare nelle aree dei minori, degli adulti e dei disabili.

Esperienze, queste, che anche ai fini delle diverse progettualità su fondi

regionali, stanno producendo risultati significativi nell'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza e dell'immigrazione.

E per la gestione associata delle funzioni la Regione mette a disposizione incentivi così come per la promozione delle deleghe. E non è vero che il sistema veneziano sia in perdita, tanto dal punto di vista economico che per la qualità delle scelte compiute in questi anni. Il tema delle deleghe oggi quindi non può dirsi che superato.

Perfino la Regione nel 2004 aveva promosso una sorta di commissione di indagine per affrontare le problematiche che di fatto scaturivano da una difformità interpretativa in ambito veneziano delle norme regionali.

L'esito di tale verifica è stato in realtà che si sarebbero potute individuare, nelle situazioni particolari e a fronte della richiesta degli Enti interessati, sperimentazioni gestionali atte a promuovere rapporti istituzionali più rispondenti alle esigenze del territorio.

Non se ne fece più nulla, anche in carenza di indirizzi regionali in sede di pianificazione, ma la linea seguita dal Comune di Venezia non è stata in alcun modo delegittimata.

E poi gli interventi comunali si svolgono in uno scenario che non può essere circoscritto alla sola dimensione sanitaria o socio sanitaria, come dimostrano le politiche portate avanti dal Comune, ad esempio, nel campo della disabilità o del contrasto alle dipendenze.

Il contesto più ampio delle politiche di welfare

Le politiche sanitarie e socio sanitarie devono quindi essere iscritte nel ben più ampio contesto delle politiche di welfare ovvero di politiche sociali che rendano protagoniste e responsabilizzino le realtà locali, che si esplicitano nelle politiche dell'abitare e della mobilità e dell'accessibilità, del tempo libero, della formazione e dell'istruzione, dell'ambiente come luogo delle relazioni sociali e della vita quotidiana.

Un'integrazione che nel Comune di Venezia ha trovato una dimensione organizzativa con la costituzione del Dipartimento del Welfare, nel quale le diverse competenze vengono ricondotte, sia a livello politico istituzionale che strutturale, funzionale ed organizzativo, ad un coordinamento unitario di indirizzi e interventi.

La differenza tra delega ed integrazione socio sanitaria

Credo sia opportuno sottolineare, a questo punto, che delega e integrazione socio sanitaria non sono la stessa cosa. L'integrazione socio sanitaria, infatti, può essere perseguita e realizzata senza delegare, cioè senza attribuire in toto ad un altro soggetto, in questo caso l'Azienda Ulss, competenze e funzioni.

SEZIONE

Delega non è sinonimo di integrazione perché il soggetto in questi termini delegato può non garantire l'esercizio integrato delle funzioni. Tanto più quando, come nel nostro caso, materie come la disabilità hanno contenuti prevalentemente sociali.

È difficile, in effetti, pensare alle Aziende Ulss come soggetti gestori delle politiche di tutela dei diritti di cittadinanza, delle politiche di inclusione, delle politiche volte al riconoscimento e alla restituzione di contrattualità alle persone.

Ed è ancora più difficile se si considera, a fronte dell'evoluzione dell'attuale scenario, che la definizione delle nuove linee guida per la predisposizione dei piani di zona, in corso di esame e discussione presso gli uffici regionali, prevede che anche l'attività sociale *tout court*, non solo quella socio sanitaria, rientri nella cornice o, non piuttosto, nella gabbia Regione-Ulss.

Tanto è vero che l'organo di governo politico del piano è costituito dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci e dalla Direzione Generale dell'Azienda Ulss che si avvale a questo fine del Direttore dei Servizi Sociali che a sua volta presiede il gruppo di coordinamento tecnico costituito dai referenti dei tavoli tematici e dai componenti dell'Ufficio di Piano; che il Piano è sottoposto al visto di congruità della Regione e che pertanto l'Azienda Ulss si troverebbe in posizione sovraordinata rispetto alle autonomie locali, anche laddove le autonomie locali abbiano stabilito di non delegare alcuna funzione,

In sostanza, se oggi dovesse tornare di attualità il tema deleghe sì, deleghe no, si può affermare che la questione ormai è quantomeno antistorica e ben altri e più urgenti sono i temi, legati al mantenimento e allo sviluppo complessivo dei servizi del nostro territorio, e a quale debba essere il welfare del futuro, a partire dalla titolarità dell'Ente Locale.

La necessità di ridefinire i patti tra Comune di Venezia ed azienda Ulss 12

Certo, vanno ridefiniti i patti con l'Azienda Ulss in ambito socio sanitario su funzioni, compiti e oneri rispettivi e reciproci ma appare problematico immaginare un sociale (inteso come sistema di welfare) che non veda esercitate dai Comuni le proprie funzioni in modo autonomo e secondo il livello proprio di responsabilità e di sovranità.

Certo, si deve tener presente in generale che i Comuni sono sottoposti a progressive limitazioni di contrattualità nei confronti delle Ulss per esplicite disposizioni della Regione, visto, ad esempio, che i fondi regionali anche quando sono titolari i comuni, vengono attribuiti alle Ulss, vedi i vari piani

locali o, peggio ancora, il Disegno di Legge sulla non autosufficienza in cui l'Ente locale è visto solo come soggetto che concorre alla spesa. Certo, i Comuni sono chiamati a sfide sempre più importanti, a fronte della crisi economica e della carenza di risorse. È importante per questo che il modello di welfare possa contare su risorse consolidate, sulla base di livelli essenziali di prestazioni e di diritti esigibili, e che il Comune mantenga un ruolo di regia, di programmazione di uno scenario al cui interno siano contenute le politiche sanitarie e socio sanitarie, ma non solo, in grado di garantire una governance tra tutti i soggetti che concorrano a definire il benessere della collettività.

SEZIONE

4

**INDAGINE
TRA LE
ASSOCIAZIONI
SUI BISOGNI
EMERGENTI**

“Rete per l’umanizzazione, rete di prossimità. Una inchiesta sui *bisogni di salute*”

a cura di

Anthony Candiello

e **Olmo Tarantino**

membri esperti della Consulta

Con la Riforma Sanitaria del 1978 (legge 833 del 23/12/78) l’attenzione ai problemi della salute non è più una questione riservata agli “addetti ai lavori”, ma viene riconosciuta come una questione di interesse dell’intera comunità, della quale si richiede la partecipazione attiva.

La “socializzazione” del problema della salute e della malattia, la dilatazione delle strutture e dei servizi, le finalità preventivo-educative e non soltanto diagnostico-curative implicite nel concetto di **tutela della salute**, fanno della questione salute una componente “normale” della vita delle persone, per cui è necessario rendere consapevoli i cittadini e, dunque, responsabili della propria e altrui salute. In una parola i cittadini da “consumatori passivi” dei servizi sanitari, devono divenire “attori corresponsabili” del bene comunitario che è la “salute”, intesa non più come semplice assenza di malattia, ma come **“una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico della persona, dinamicamente integrato nel proprio ambiente naturale e sociale”**.

SEZIONE

D'altra parte anche ad un sommario esame della situazione sociale e ambientale ci si accorge che, se si vogliono ottenere risultati nella medicina preventiva, nel suo momento territoriale, è necessario fare appello alla corresponsabilità dei cittadini e dare spazio alla loro partecipazione. Peraltro il termine "socializzazione" che caratterizza il modello di riforma sanitaria italiana sarebbe parola vuota se non volesse dire partecipazione sociale in senso attivo e non soltanto in senso beneficiario e consumistico.

Con la partecipazione attiva dei cittadini, giorno dopo giorno, iniziativa dopo iniziativa, si costruisce un "ponte" di comunicazione fra i cittadini e le istituzioni sui temi della salute. In questa prospettiva preziosa è l'opera di mediazione delle associazioni, quali corpi intermedi dello Stato e volontari nella società pluralista al fine di trasmettere impulsi e valori, dando altresì a ciascun uomo la possibilità di essere informato e di esprimersi e impegnandolo quindi in una responsabilità comune.

Compiti della Consulta e raccomandazioni del Sindaco

Questi concetti sono stati bene espressi dal Sindaco di Venezia allorché è stata insediata la Consulta per la Tutela della Salute che tra i vari compiti, previsti dal suo Regolamento, annovera:

Incentivare la più ampia e reale partecipazione dei cittadini intorno ai temi della salute:

- Individuare i bisogni di salute del territorio e proporre soluzioni all'Autorità comunale competente;
- Sviluppare la capacità di comprendere il valore della salute come bene comune: conoscenza, educazione alla salute, rendere consapevoli le coscienze;
- Facilitare la comunicazione ed il coordinamento tra le realtà che a vario titolo si occupano di problematiche della salute.

Per quanto riguarda il compito di **"individuare i bisogni di salute del territorio"**, il Sindaco, rivolgendosi alle associazioni, è stato estremamente esplicito: *"dovete essere delle antenne, dei sensori nel territorio per captare, rilevare i bisogni di salute, poiché l'Amministrazione non può essere onnipresente"*.

Una indagine conoscitiva tra le associazioni per meglio conoscere i bisogni

Da qui è nata l'idea di un'indagine conoscitiva sui bisogni per una migliore qualità di vita e di salute, attuata attraverso una verifica della

reale corrispondenza, per qualità e quantità dei servizi per la “tutela della salute” del territorio del Comune di Venezia, rispetto ai bisogni di salute e alla aspettative della gente.

Funzionali a tale indagine sono le “**schede di lavoro**” consegnate nell’autunno 2009 a tutte le associazioni – sia a quelle di servizio che a quelle di volontariato - partecipanti alla Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia.

Ogni associazione, prendendo in esame specificatamente l’area di proprio interesse, ed in base all’esperienza maturata nell’assistere i propri associati, potrà esprimere la propria valutazione sull’efficienza e sull’efficacia dei servizi erogati nel territorio di sua conoscenza, le criticità, i miglioramenti proposti (qualità), i servizi mancanti (quantità), le proposte per il futuro affinché i servizi siano sempre più aderenti ai bisogni del cittadino, soprattutto di quelli non in piena salute. In una parola le associazioni vengono invitate ad essere “voce di chi non ha voce”.

Per agevolare le associazioni nella risposta alla “**griglia di domande**” preordinate, in ciascuna “**scheda di lavoro**” sono state riportate alcune informazioni di riferimento. E, poiché alcune problematiche riguardano più aree tra loro interconnesse, le associazioni che lo vorranno potranno compilare più di una scheda, onde più compiutamente esprimere le proprie osservazioni e le proprie proposte.

Le analisi, le proposte, le criticità puntualmente riscontrate e riportate nelle risposte finora pervenute, oltre a confermare la validità dell’iniziativa, ci hanno indotto a qualche ulteriore precisazione nelle schede di riferimento, ed a prolungare fino a maggio 2010 la consegna dei dati, onde poi completarne l’elaborazione entro il mese di giugno 2010.

Per una rete di assistenza che sia umana

Significativo il titolo che si è voluto dare all’indagine conoscitiva: “**Rete per l’umanizzazione o rete di prossimità**”. Con tale connotazione si è voluto sottolineare che oggi si potranno ottenere risultati sinergici efficaci nell’affrontare i bisogni di assistenza del cittadino se si uniranno in qualche modo le forze – facendo “sistema” come ha più volte raccomandato il Sindaco -, in fattiva collaborazione tra l’Ente pubblico che deve sostenere la famiglia, l’unità della famiglia e la dignità del cittadino-persona in tutti i momenti e le circostanze di vita, soprattutto in quelli più difficili come nella malattia, nella disabilità, nel disagio.

Una “**rete di prossimità**” fatta non solo di associazioni, ma anche di persone, famiglie, piccole comunità, imprese profittevoli e non, volontariato, cooperative, che alimenta il senso di responsabilità civile, la fiducia e

SEZIONE

la solidarietà reciproca. Sono questi i luoghi in cui la dinamica delle relazioni aiuta ciascuna persona a crescere e a maturare coscienza di sé e delle proprie potenzialità. (*)

Si è voluto altresì sottolineare la qualità dell'assistenza che deve essere **umana e umanizzante** nel prendersi cura della persona nella sua globalità psico-fisica, relazionale, sociale e spirituale secondo dei principi che vengono presentati come modello specifico di riferimento per ogni singola scheda. Le coordinate di quest'ultime furono proposte con il Convegno "**La sfida dell'umanizzazione per la promozione e la tutela della salute**" - programmato dalla Consulta e svolto il 19 maggio 2007 - da cui è scaturito l'invito a *riscoprire il senso più vero e l'esigenza più impegnativa della centralità dell'uomo, ogni volta che si parla di salute e di sofferenza.* (**)

Maggiore umanità per vincere la solitudine esistenziale

Parlare di "**centralità dell'essere umano**" significa **attenzione ai suoi bisogni fondamentali** tra i quali emergono il **bisogno di sicurezza, di appartenenza e di affetto, di autorealizzazione**, implicitamente presenti, quasi in "filigrana", nelle schede di riferimento per ogni singola area.

Un tipico esempio di questi bisogni emergenti lo si riscontra nella "**solitudine esistenziale**", generata da una idea di libertà assoluta, svincolata da ogni legame, identificata nella possibilità di attuare qualunque scelta purché ipotizzabile. Ciò ha condotto le persone a sperimentare la vertigine di una "solitudine esistenziale" sempre più isolante. Alla incapacità di aderire alla realtà è conseguita una maggiore fragilità esistenziale e morale. Un individuo isolato e inerme di fronte alla realtà è l'esito ultimo di un certo nichilismo moderno, che può sfociare, talora, nel suicidio.

Le società intermedie, quali sono le associazioni e tutte le altre forme di "cittadinanza attiva", costituiscono un antidoto a questa deriva, collaborando con le istituzioni alla realizzazione di una "**rete per l'umanizzazione o rete di prossimità**", che incarna un principio sociale in grado di originare un **Welfare comunitario**.

Le schede di lavoro fornite alle associazioni

Sono state così prese in esame otto aree, e cioè l'area **minori, giovani, anziani, salute mentale, disabilità, disagio sociale, immigrazione, ambiente**. Principio guida unitario di riferimento per tutte le "schede di lavoro" è stato il concetto di salute già rammentato: "**la salute è una condizione di armonico equilibrio fisico e psichico della persona, dinamicamente integrato nel proprio ambiente naturale e sociale**"

Mentre le prime sette schede fanno riferimento ai vari ambienti sociali di vita secondo l'età delle persone e lo stato di salute, l'ottava scheda fa riferimento all'ambiente naturale, all'ambiente ecologico.

In Italia lentamente matura una sensibilità individuale e collettiva per la salvaguardia dell'ambiente dall'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, dei mari. Tuttavia molta strada deve essere ancora percorsa se si vogliamo rendere le città meno inquinate (smog da emissione di fumi industriali, da riscaldamento delle abitazioni, da autoveicoli circolanti, da onde elettromagnetiche, ecc.) e più vivibili, soprattutto per i riflessi negativi sulla salute. (***)

Ma per ambiente ecologico non si deve intendere soltanto l'aria che respiriamo, le piante che sono necessarie e il verde che deve rimanere nelle città, i cibi che mangiamo e le acque che consumiamo e beviamo, ma anche il clima psicologico, il clima culturale e morale: l'inquinamento può ledere il bene della persona più profondamente sul piano dei mezzi di comunicazione che nell'eventuale scarico di un mefitico collettore di liquami.

L'educazione alla responsabilità

È su questo terreno che ci si accorge come non sia possibile fare a meno di una **responsabilità** e di una **educazione alla responsabilità**, non solo del singolo, ma della comunità intera, non solo sul piano sociale e volontaristico, ma anche sul piano politico e della legislazione.

L'educazione alla responsabilità e alla salute rientrano in quell' **"emergenza educativa"** di cui da tempo voci autorevolissime ne sollecitano adeguati interventi risolutivi. Le varie agenzie educative, tra le quali le associazioni, non possono sottrarsi a questo ineludibile impegno nell'interesse di tutti e di ciascuno.

Nelle **sintesi** per ciascuna area delle "schede di lavoro" (minori, giovani, anziani, ecc.) verranno espressamente citate, quale bell'esempio di partecipazione responsabile, di "cittadinanza attiva" che vuole fare "sistema", le associazioni che avranno intelligentemente collaborato per ogni singola area.

(*) (**) Alcuni concetti riguardanti l'**Umanizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali** e la **"rete per l'umanizzazione o rete di prossimità"** sono riportati nella sesta sezione di questo Quaderno nel documento **"Qualità e umanizzazione: un binomio inscindibile per la cura della persona"** a cura del dott. Olmo Tarantino.

(***) Si veda in proposito la relazione del dott. Anthony Candiello: **"Inquinamento e danni alla salute. Un cambiamento è urgente nel nostro modello di vita"**, riportata nella sesta sezione di questo Quaderno.

SEZIONE

ANALISI DELLE SCHEDE

SCHEDA DI LAVORO N. 1: MINORI

L'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) ha proclamato il 2009 "**Anno internazionale del fanciullo**". Prendendo spunto e analizzando la "**Dichiarazione dei diritti del fanciullo**", votata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 febbraio 1959, dovrebbe emergere quali politiche socio-sanitarie vogliamo adottare nel nostro territorio in favore dei bambini e degli adolescenti.

Dal documento risulta che l'orientamento di fondo delle istituzioni ed associazioni dovrebbe essere quello di accompagnare i bambini e gli adolescenti nel proprio percorso evolutivo, in modo sussidiario rispetto alle famiglie. In un'ottica di lavoro di comunità, perseguendo obiettivi di tipo educativo, promozionale, preventivo, di sostegno alla partecipazione ed ai diritti con particolare attenzione alla:

- Centralità del bambino portatore di un'identità e consapevolezza di sé, fonte di diritti, membro di una famiglia e quindi di una cultura di provenienza;
- Il bambino va posto nella condizione di soggetto attivo con diritto alla "conoscenza" e alla "creatività", per favorirne l'integrazione relativamente all'età, ceto sociale, sesso ed etnia;
- Centralità della famiglia attraverso una relazione significativa per permettere la sua partecipazione attiva al progetto educativo.

I **principi** che sostengono le politiche dei servizi erogati alla prima infanzia dovrebbero essere i seguenti:

- I servizi all'infanzia devono essere servizi educativi e sociali di interesse pubblico;
- Per i bambini, i servizi devono essere luogo di formazione, di socializzazione e di stimolo alle loro potenzialità cognitive, affettive, individuali e sociali nella prospettiva del loro benessere e del loro armonico sviluppo;
- Per le famiglie, i servizi devono essere di supporto per rispondere ai loro bisogni sociali, per affiancarle nei loro compiti educativi e per facilitare l'accesso delle donne al lavoro, in un quadro di pari opportunità per entrambi i genitori;
- Con la partecipazione delle famiglie si deve realizzare la gestione di comunità: attraverso la promozione di iniziative che le coinvolgono

nella progettazione educativa e concorrono ad elaborare nuove linee di sviluppo dei servizi.

Verifica: dalla mappa dei servizi pubblici, convenzionati e non convenzionati per l'infanzia nel nostro territorio e dal loro funzionamento, in base alle informazioni raccolte dalle famiglie e dalle associazioni, essi corrispondono e assolvono efficacemente ai compiti loro assegnati? Quali i punti di forza? Quali le criticità? Di quali servizi nuovi le famiglie necessiterebbero?

SCHEDA DI LAVORO N. 2: GIOVANI

L'orientamento di fondo che dovrebbe sostenere le politiche rivolte ai giovani, in un'ottica di crescita della persona, dovrebbe essere il seguente:

- Contribuire al miglioramento della *qualità* della vita dei giovani e delle loro famiglie;
- Promuovere azioni di sensibilizzazione nei confronti delle tematiche dei maltrattamenti e dell'abuso dei bambini e degli adolescenti e gestire interventi di protezione/tutela;
- Sostegno ed accompagnamento nel far fronte ai propri compiti evolutivi;
- Lavorare in rete con gli adulti che a vario titolo si occupano di giovani, svolgendo la funzione di connettori sociali e di facilitatori dell'incontro tra le generazioni.

I **principi** che dovrebbero ispirare e sostenere le politiche dei servizi erogati a favore dei giovani dovrebbero essere i seguenti:

- Centralità e dignità della persona e della famiglia;
- Giustizia sociale, solidarietà e fraternità;
- Centralità della relazione educativa;
- Promozione integrale della persona, del valore della vita, dei valori condivisi (pace, rispetto della vita, interesse all'altro, solidarietà) e del senso etico dell'esistenza;
- Aiuto all'esplicitazione e all'elaborazione della domanda di educazione, spesso inespressa o espressa in forma implicita dai giovani;
- Co-educazione (ci si educa insieme);
- Orientamento alle scelte, ai valori, alla progettualità;
- Sostegno ed accompagnamento nel far fronte ai propri compiti evolutivi.

SEZIONE

Verifica: dalle informazioni raccolte attraverso famiglie ed associazioni nel nostro territorio quali servizi esistono per i giovani che si ispirano ai principi sopra enumerati? Esistono servizi di eccellenza e quali? Quali le criticità? Quali miglioramenti proporre?

La verifica comporta anche la risposta ai seguenti quattro interrogativi: si svolgono

- Attività di formazione con gli adulti, incontri genitori/figli e laboratori nelle scuole?
- Attività educativa territoriale rivolta a: 1) giovani appartenenti a nuclei familiari multiproblematici? 2) alla prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili attraverso i consultori? 3) viene impartita un'educazione alla salute, in particolare un'educazione sessuale?
- Interventi di prevenzione del disagio e laboratori nelle scuole e con le famiglie?
- Attività di prevenzione dell'uso delle sostanze psico-attive nelle scuole, nel territorio, nei locali pubblici, onde evitare le dipendenze?

SCHEMA DI LAVORO N. 3: ANZIANI

Le azioni svolte per la popolazione anziana residente sul territorio dovrebbero avere come obiettivo il miglioramento della *qualità* di vita degli anziani, a cui sono rivolti servizi di animazione e di assistenza di base, svolti sia al loro domicilio che in strutture residenziali e simiresidenziali.

Il settore della terza età come viene curato nel nostro territorio?

Lo stile ed il pensiero fondanti la gran parte delle attività delle istituzioni, cooperative, associazioni dovrebbero essere ispirati alle idee:

- Dell'invecchiamento come processo naturale, e non come elemento di diversità o di malattia, che si sviluppa in modo differenziato secondo i contesti sociali, culturali e familiari nei quali esso avviene;
- Del sostegno alla domiciliarità, in quanto si ritiene che il rimanere più a lungo possibile in famiglia e all'interno della propria casa rappresenti, per l'anziano, la condizione più appropriata per il rispetto della sua dignità, delle sue abitudini e del suo vissuto, in qualsiasi condizione esso si trovi di autosufficienza o non autosufficienza, di autonomia fisica e cognitiva e di disabilità psicologica, fisica e mentale. Inoltre, facendo leva sul radicamento nel territorio, si deve cercare di promuovere il benessere sociale e la vita relazionale tra i cittadini, stimolando e orga-

- nizzando la partecipazione e la responsabilità dei singoli e dei gruppi;
- Della centralità della famiglia e del lavoro con la famiglia;
 - Della collaborazione con i vari soggetti della rete dei servizi sociali ed istituzionali della comunità locale, per costruire e fortificare il sostegno alla persona e alla famiglia.

Verifica: dalle informazioni raccolte attraverso famiglie ed associazioni quanto è stato fatto per realizzare queste idee nel nostro territorio? Esistono servizi di eccellenza? Quali le criticità? Quali le proposte da raccomandare alle istituzioni?

SCHEDA DI LAVORO N. 4: SALUTE MENTALE

L'azione da svolgere in area "salute mentale" dovrebbe rispondere all'obiettivo di accrescere nella comunità locale le opportunità di emancipazione e di recupero di cittadinanza per le persone con disagio psichico e per i loro familiari.

Questa crescita di opportunità dovrebbe avvenire sviluppando una "rete di interventi" tra di loro integrati, sinergici e complementari, in modo da offrire risposte diversificate, personalizzate, flessibili e dinamiche. Così i servizi risulterebbero strutturati in "filiera", come risposta integrata ai diversi problemi delle persone e alla loro evoluzione, con interventi riabilitativi psichiatrici che vanno dalla residenzialità protetta all'autonomia, dalla semi-residenzialità all'inserimento lavorativo, dalle attività di tempo libero allo sviluppo di rete sociale.

Nell'ottica dell'impresa sociale di comunità, tale rete integrata di interventi dovrebbe favorire e promuovere l'emancipazione e l'evoluzione delle persona: l'articolazione in sequenza di più segmenti di percorsi socio-riabilitativi integrati (residenzialità, semi-residenzialità, formazione al lavoro, sviluppo di reti sociali) offrendo la possibilità di progettare e realizzare effettivi percorsi mirati alla completa emancipazione ed autonomia del soggetto, fino alla sua fuoriuscita dal circuito dei Servizi.

I **valori** ed i **principi** di riferimento nelle politiche di promozione della salute mentale e negli intervento socio-riabilitativi e di inclusione sociale delle persone con disagio psichico, sono i seguenti:

- **centralità della persona:** mettere al centro la persona intesa nella sua globalità e non ridotta alla sola parte "malata", promuovendone i diritti e restituendole potere al fine di essere parte attiva della collet-

SEZIONE

tività; la persona (cittadino, utente, familiare, operatore) è soggetto attivo del proprio percorso evolutivo e non soggetto passivo di interventi; gli utenti vengono coinvolti e resi protagonisti nel loro percorso riabilitativo.

- **Appartenenza alla città:** vivere la città come luogo da cui nessuno è escluso ed in cui tutti vengono chiamati a partecipare. Le associazioni e le cooperative che se ne occupano appartengono alla città ed agiscono affinché ognuno sia considerato parte di essa.
- **Salute mentale:** promuovere salute mentale come patrimonio dell'intera collettività, che non si limita agli interventi psichiatrici (cura e riabilitazione), ma comprende azioni di promozione culturale e sensibilizzazione;
- **Cambiamento:** agire il cambiamento, a livello individuale e sociale, come percorso in cui le persone diventano soggetti attivi della propria emancipazione, come mutamento delle aspettative, della cultura e delle regole del contesto, atto al reinserimento delle persone con piene opportunità e diritti.
- **Cultura dell'accoglienza:** sviluppare cultura della diversità intesa come risorse da includere e non come limiti da escludere.
- **Cittadinanza attiva:** sviluppare l'impresa sociale cooperativa come esperienza di partecipazione attiva dei cittadini nella costruzione di risposte ai loro bisogni sociali, aggregare a questo scopo molteplici portatori di interessi intorno all'obiettivo della promozione della salute mentale (operatori professionali, utenti, familiari, cittadini, istituzioni, imprese).

Verifica: le nostre realtà istituzionali, associative, cooperative si ispirano a questi valori ed a questi principi? È possibile una mappa dell'esistente per il recupero della salute mentale (servizi residenziali, semiresidenziali, di prossimità, associazioni, cooperative)? Quale il loro funzionamento? Quali le criticità? Cosa migliorare? Cosa dovrebbero fare le istituzioni?

Gli obiettivi generali dei "programmi riabilitativi individualizzati" dovrebbero essere i seguenti:

- Promozione del protagonismo sociale della persona in ogni percorso di vita.
- **Servizi per il miglioramento della salute mentale:** si ricerca, laddove è possibile, il coinvolgimento della singola persona nel suo programma riabilitativo individuale e, nell'ambito degli interventi relativi alla salute mentale, il coinvolgimento ha come obiettivo quello di aumentare la

consapevolezza individuale relativa al proprio disturbo ed acquisire competenze per aumentare la propria capacità di gestirlo.

- **Recupero e sviluppo di abilità sociali:** per abilità sociali si intendono tutte le abilità necessarie ad avere scambi significativi con il contesto di riferimento in cui le persone vivono. Sono abilità che consentono ad ogni persona di avere scambi relazionali con altri, fare acquisti, partecipare ad attività di gruppo, gestire il proprio denaro, consentono cioè la costruzione di una identità sociale che permette al soggetto di condividere con altri esperienze ed attività.
- **Acquisizione di autonomie personali:** le autonomie personali sono le capacità della persona di prendersi cura di sé, dei propri oggetti e del proprio spazio di vita, di prepararsi il cibo e di collaborare alle attività domestiche. Le attività assistenziali e socio-riabilitative sono orientate a consentire al soggetto di rendersi maggiormente autonomo nel percorso di emancipazione di sé.

Verifica: i “programmi riabilitativi” dei nostri servizi sono *individuali*? si propongono di raggiungere questi obiettivi? Quali servizi del ns. territorio perseguono meglio il raggiungimento di questi obiettivi? Quali servizi presentano forti criticità? Cosa proporre alle istituzioni?

SCHEDA DI LAVORO N. 5: DISAGIO SOCIALE

Occuparsi del disagio delle persone adulte significa intervenire su quella fascia di popolazione che va dai 18 ai 64 anni e che presenta vari tipi di problematiche che rendono difficile l'integrazione socio-lavorativa. Non si tratta, quindi, di persone portatrici di patologie psichiche certificate o di disabilità psicofisica, quanto piuttosto di adulti socialmente svantaggiati per le cause più differenti, e che solitamente presentano alcune delle seguenti caratteristiche:

- Periodi di carcerazione più o meno lunghi;
- Esperienze di tossicodipendenza o alcol dipendenza;
- Assenza dei diritti minimi di cittadinanza (stranieri irregolari);
- Un ambito relazionale di forte disagio, di esclusione o autoesclusione;
- Scarse o nulle competenze tecniche lavorative, comunque poco spendibili sul mercato;
- Incapacità a svolgere le funzioni minime genitoriali, in caso di presenza di minori.

SEZIONE

Per tutti, il lavoro degli operatori dovrebbe riguardare il *piano dell'identità* nei suoi tre aspetti: affettiva, sociale e lavorativa. In questo senso è fondamentale lavorare con la persona differenziando l'intervento a seconda dei "luoghi" in cui si trova: l'ambito residenziale si concentra sulla dimensione affettiva con incursioni nella sfera sociale. L'ambito di inserimento lavorativo in ambiente protetto fornisce ulteriori strumenti di osservazione e di acquisizione di consapevolezza sulle abilità e sulle aree di miglioramento di ciascuno. Per semplificare, si possono distinguere tre macroaree di intervento differenziato, che tuttavia sono spesso intrecciate tra loro nei casi che si presentano.

- **Carcere:** Chi vive una lunga istituzionalizzazione ha spesso difficoltà a leggere la realtà esterna, per cui a un forte desiderio di riscatto fa da contrasto una scarsa capacità di assumersi le responsabilità della vita, dovuta a carenza di risorse, a paura, a isolamento. Sul piano sociale spesso viene vissuta la frustrazione del ruolo importante che si aveva nell'ambiente criminale rispetto al ruolo attuale di emarginazione. La popolazione detenuta ha bassissimo livello culturale e spesso nessuna esperienza lavorativa precedente alla carcerazione.
- **Tossicodipendenza:** Nella fase di reinserimento della persona ex tossicodipendente il primo momento critico è l'abbandono della vita comunitaria, che ha contribuito a ristabilire un equilibrio (a volte precario) nell'identità complessiva dell'individuo. È importante che la fase post-comunità sia ancora tutelata, sia nell'ambito relazionale che in quello lavorativo, per favorire l'acquisizione di strumenti nuovi.
- **Nuove povertà:** Il segnale che la persona sta lentamente degradando può venire dalla perdita del lavoro e/o di forti legami affettivi. La caratteristica principale delle cosiddette "nuove povertà" è proprio il riconoscimento sociale pubblico, che porta persone assolutamente integrate a mettere in atto meccanismi di autoesclusione. In molti casi il disagio sociale è accompagnato dallo sviluppo di una patologia psichiatrica non evidenziata in precedenza. Non avendo lunghi percorsi nei servizi sociali, è molto difficile creare alleanza sia in ambito relazionale che lavorativo

Verifica: Come si opera in quest'area da parte dei servizi? Attraverso quali attività? Svolte da chi? Come è strutturato l'intervento degli operatori? Come intervengono le associazioni? Quali le criticità? Cosa proporre alle istituzioni?

SCHEDA DI LAVORO N. 6: DISABILITÀ

La classificazione ICDH (*International Classification of Disabilities and Handicaps*) del 1980 dell'**Organizzazione mondiale della sanità** (OMS) distingueva tra:

- **menomazione** intesa come perdita a carico di funzioni fisiche o psichiche, e rappresenta l'estensione di uno stato patologico. Se tale disfunzione è congenita si parla di **minorazione**;
- **disabilità**, ovvero qualsiasi limitazione della capacità di agire, naturale conseguenza ad uno stato di minorazione/menomazione;
- **handicap**, svantaggio vissuto da una persona a seguito di disabilità o minorazione/ /menomazione.

A cura dell'O.M.S. una nuova classificazione è subentrata all'ICDH il 21 maggio 2001 quale nuovo standard di classificazione dello stato di malattia e di salute.

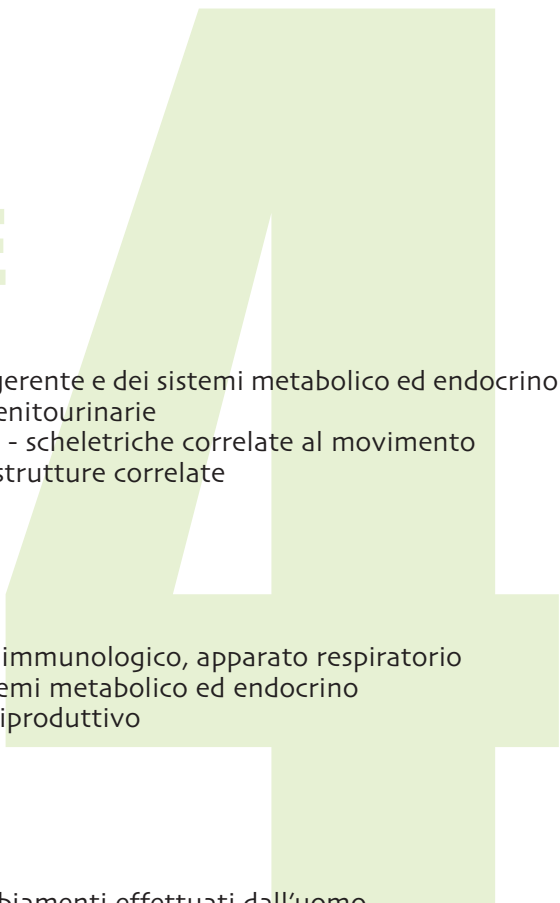
La nuova classificazione, detta ICF (*International Classification of Functioning*) o *Classificazione dello stato di salute*, definisce lo stato di salute delle persone piuttosto che le limitazioni, dichiarando che l'individuo "sano" si identifica come "individuo in stato di benessere psicofisico" ribaltando, di fatto la concezione di stato di salute. Introduce inoltre una classificazione dei fattori ambientali.

Il concetto di disabilità cambia e secondo la nuova classificazione (approvata da quasi tutte le nazioni afferenti all'ONU) e diventa un **termine ombrello** che identifica le difficoltà di funzionamento della persona sia a livello personale che nella partecipazione sociale. In questa classificazione i fattori biomedici e patologici non sono gli unici presi in considerazione, ma si considera anche l'interazione sociale: l'approccio, così, diventa multiprospettico: biologico, personale, sociale. La stessa terminologia usata è indice di questo cambiamento di prospettiva, in quanto ai termini di menomazione, disabilità ed handicap (che attestavano un approccio essenzialmente medicalista) si sostituiscono i termini di Strutture Corporee, Attività e Partecipazione. Di fatto lo standard diventa più complesso, in quanto si considerano anche i fattori sociali, e non più solo quelli organici.

Funzioni corporee

1. Funzioni mentali
2. Funzioni sensoriali e dolore
3. Funzioni della voce e dell'eloquio
4. Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, respiratorio

SEZIONE



5. Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino
6. Funzioni riproduttive e genitourinarie
7. Funzioni neuro - muscolo - scheletriche correlate al movimento
8. Funzioni cutanee e delle strutture correlate

Strutture corporee

1. Sistema nervoso
2. Visione e udito
3. Comunicazione verbale
4. Sistemi cardiovascolare e immunologico, apparato respiratorio
5. Apparato digerente e sistemi metabolico ed endocrino
6. Sistemi genitourinario e riproduttivo
7. Movimento
8. Cute e strutture correlate

Fattori ambientali

1. Prodotti e tecnologia
2. Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo
3. Relazione e sostegno sociale
4. Atteggiamenti
5. Sistemi, servizi e politiche

Attività e partecipazione

1. Apprendimento ed applicazione delle conoscenze
2. Compiti e richieste generali
3. Comunicazione
4. Mobilità
5. Cura della propria persona
6. Vita domestica
7. Interazione e relazioni personali
8. Aree di vita principali
9. Vita sociale, civile e di comunità

L'azione da svolgere in area "disabilità", molto vasta e differenziata, dovrebbe rispondere all'obiettivo di accrescere nella comunità locale le opportunità di emancipazione e di recupero di cittadinanza per le persone con diversi tipi di disabilità e per i loro familiari.

Questa crescita di opportunità dovrebbe avvenire sviluppando una "rete di interventi" tra di loro integrati, sinergici e complementari, in modo da offrire risposte diversificate, personalizzate, flessibili e dinamiche. Così i

servizi risulterebbero strutturati in “filiera”, come risposta integrata ai diversi problemi delle persone e alla loro evoluzione, seguendo progetti riabilitativi personalizzati ed un programma attuativo e di verifica del progetto, elaborato in collaborazione con la famiglia.

In quest’area è importante lavorare con le scuole (nidi, elementari, medie inferiori, medie superiori), offrendo servizi di appoggio scolastico ed interventi educativo-assistenziali per l’integrazione scolastica ed extra-scolastica di minori diversamente abili, con l’obiettivo di facilitare l’autonomia e garantire condizioni di pari opportunità con gli altri bambini e ragazzi.

È inoltre importante occuparsi dell’integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro.

Le diverse specializzazioni delle cooperative devono permettere di offrire diverse opportunità: le attività richiedono abilità differenti e, in questo modo, è possibile rispondere a più tipi di disagio. Il lavoro inoltre dà alle persone inserite la possibilità di acquisire nuove competenze che aprono a molti, o dovrebbero aprire (siamo in piena crisi economico-finanziaria) le porte del mondo del lavoro non protetto.

Nel nostro territorio vi sono parecchie associazioni, cooperative che si occupano di persone con disabilità.

I **valori** ed i **principi** di riferimento nelle politiche di promozione della salute e negli interventi socio-riabilitativi e di inclusione sociale delle persone con disabilità, in linea generale sono i seguenti:

1. **centralità della persona**: mettere al centro la persona intesa nella sua globalità e non ridotta alla sola parte “malata”, promuovendone i diritti e restituendole potere al fine di essere parte attiva della collettività; la persona (cittadino, utente, familiare, operatore) è soggetto attivo del proprio percorso evolutivo e non soggetto passivo di interventi; gli utenti vengono coinvolti e resi protagonisti nel loro percorso riabilitativo.
2. **Appartenenza alla città**: vivere la città come luogo da cui nessuno è escluso ed in cui tutti vengono chiamati a partecipare. Le associazioni e le cooperative che se ne occupano appartengono alla città ed agiscono affinché ognuno sia considerato parte di essa.
3. **Cambiamento**: agire il cambiamento, a livello individuale e sociale, come percorso in cui le persone diventano soggetti attivi della propria emancipazione, come mutamento delle aspettative, della cultura e delle regole del contesto, atto al reinserimento delle persone con piene opportunità e diritti.

SEZIONE

4. **Cultura dell'accoglienza:** sviluppare cultura della diversità intesa come risorse da includere e non come limiti da escludere.
5. **Cittadinanza attiva:** sviluppare l'impresa sociale cooperativa come esperienza di partecipazione attiva dei cittadini nella costruzione di risposte ai loro bisogni sociali, aggregare a questo scopo molteplici portatori di interessi intorno all'obiettivo della promozione della salute (operatori professionali, utenti, familiari, cittadini, istituzioni, imprese).

Verifica:

- Le realtà istituzionali, cooperative, associative si ispirano ai valori e ai principi esposti in questa "scheda di lavoro"?
- nel nostro territorio i servizi, le associazioni, le cooperative cosa chiedono alle istituzioni per poter migliorare la *qualità* del servizio e ottenere migliori risultati?

SCHEMA DI LAVORO N. 7: IMMIGRAZIONE

Quest'area sta acquistando sempre maggiore importanza, data la necessità di offrire risposte ai bisogni del nostro territorio che vede un trend in crescita della immigrazione

Esistono diverse tipologie di servizi. In particolare sportelli informativi per immigrati.

I servizi, grazie al lavoro di mediatori/mediatrici culturali, permettono di incontrare ogni anno migliaia di cittadini stranieri, ma anche cittadini italiani che hanno relazioni di tipo familiare, amicale o lavorativo con persone immigrate nel nostro territorio.

Scopo principale degli sportelli informativi è quello di favorire l'inserimento nel tessuto sociale e la conquista dell'autonomia, attraverso l'informazione e l'accompagnamento, in rete con i servizi del territorio.

Negli sportelli informativi la mediazione culturale è offerta o dovrebbe essere offerta in lingua italiana, francese, inglese, araba, albanese, romena (altre lingue su richiesta).

Verifica: con l'entrata in vigore della recente legge sulla "sicurezza", quali nuove problematiche si aprono? Che cosa proporre alle istituzioni? Come venire incontro ai bisogni degli immigrati?

SCHEDA DI LAVORO N. 8: AMBIENTE

L'area veneziana ospita un sito di produzioni **chimiche ed industriali** tra i maggiori e **più impattanti in Europa**, affiancato da una consistente densità di impianti di **produzione di energia elettrica** da combustibili, con il loro carico emissivo. Le produzioni industriali sono inoltre affiancate da grandi **flussi di traffico** multimodale: le **navi** che transitano nella laguna veneziana sono **grandi ed inquinanti**, per via del combustibile ad alto tenore di zolfo; un numero elevatissimo di **mezzi pesanti** (oltre che leggeri) attraversano quotidianamente la tangenziale di Mestre. **Volumi** immessi, **numerosità** delle sorgenti, **ampiezza** dello spettro di inquinanti, **eredità** pregresse depositate nei suoli e nelle acque, impatto di trasporti e **logistica** sono tali da indicare come **sostanzialmente unico** il "caso" veneziano.

La violenza dell'impatto ambientale perpetrato in decenni di sistematica immissione di ogni forma di inquinanti in tutte le matrici ambientali si è peraltro manifestata in uno degli ecosistemi **più fragili e meno in grado** di contenere le dispersioni degli inquinanti, quello lagunare. La criticità del sistema è infatti **ulteriormente amplificata** dalle caratteristiche geomorfologiche, tra le quali citiamo:

- a) il peculiare sistema lagunare di interconnessioni idriche sotterranee che rende praticamente **impossibile il contenimento** della diffusione degli inquinanti via *suoli, acqua e sedimenti*, che spesso entrano a contaminare le catene alimentari
- b) la specifica conformazione chiusa della pianura padana, che **impedisce** il rimescolamento e la diluizione degli inquinanti immessi in aria e rende tale territorio **tra i più inquinati del pianeta** e mette a dura prova i polmoni dei cittadini veneziani.

La **combinazione dei due fattori** impone quindi una particolare attenzione agli effetti di questo fenomeno sulla nostra **salute**.

Le **politiche** rivolte ad un atteggiamento più efficace volto a **contenere l'impatto sull'ambiente** ed a **ridurre gli effetti potenziali sulla salute dei cittadini veneziani** dovrebbero intervenire come segue:

- **finanziare** studi e ricerche di ordine **epidemiologico** (per *misurare* gli effetti sulla salute dei fattori ambientali ed assimilabili) e di ordine **tossicologico** (per *attestare scientificamente* la correlazione tra fattori ambientali e patologie);
- **sostenere** percorsi di studio ed analisi basati sulla **prevenzione**, più che sulla cura "ex post", di patologie di cui è nota la relazione causa-effetto con fattori ambientali nocivi che possiamo almeno in parte controllare;

SEZIONE

- intervenire a **riduzione** delle quantità e delle qualità delle **immissioni inquinanti** di origine **antropica industriale ed urbana**, favorendo l'evoluzione verso **processi più avanzati** a minore impatto ambientale e sanitario;
- migliorare le **condizioni lavorative** presenti in alcuni comparti dove i lavoratori sono tuttora soggetti ancora a notevoli **rischi** sanitari per esposizione diretta agli inquinanti;
- favorire una crescita culturale per una più diffusa **sensibilità ambientale** ed una **maggiore consapevolezza** sulle conseguenze dannose di alcuni aspetti ambientali diretti (come le emissioni ed i rifiuti) ed indiretti (come le contaminazioni alimentari);
- promuovere **stili di vita** più salubri, riducendo cofattori di rischio come i comportamenti a rischio auto-lesivi (fumo, alcool, disordini alimentari, sedentarietà).

I **principi** che dovrebbero ispirare e sostenere le politiche dei servizi erogati a contenimento del rischio sanitario di origine ambientale **diretta** (per contatto, respirazione, ingestione accidentale) o **indiretta** (per contaminazioni della catena alimentare) dovrebbero essere i seguenti:

- sviluppo (realmente) **sostenibile**;
- coscienza della necessità di lasciare un'**eredità accettabile** alle future generazioni (un territorio che sia ancora utilizzabile, che non sia inquinato, etc);
- **contabilizzazione** del **danno** ambientale e correlato danno sanitario nei processi economici – introduzione delle valutazioni ambientali nelle stime di convenienza industriali;
- rispetto della salute **della popolazione prossima** ai luoghi di produzione (impatto sanitario di produzioni d'area – cfr. polveri sottili, inquinanti, epidemiologia);
- rispetto della salute presente e futura di tutta la popolazione umana (impatto globale, cfr. effetto serra, cfc, contaminazioni diffuse, etc);
- rispetto della salute **dei lavoratori** (malattie professionali - igienistica);
- rispetto della **propria** salute (stili di vita – comportamenti a rischio);
- maturazione nei cittadini di una **consapevolezza autonoma** in merito a **fattori di rischio sanitari "diretti"** di origine ambientale;
- maturazione nei cittadini di una **consapevolezza autonoma** in merito a **fattori di rischio sanitari "indiretti"** connessi a trattamenti industriali dei cibi e nelle catene produttive alimentari.

Verifica: dalle informazioni raccolte attraverso famiglie ed associa-

zioni nel nostro territorio quali servizi esistono che si ispirano ai principi sopra enumerati? Esistono servizi di eccellenza e quali? Quali le criticità? Quali miglioramenti proporre?

La verifica comporta anche la risposta ai seguenti interrogativi:

- Attività di formazione sugli strumenti di **analisi epidemiologica** (analisi statistiche, comprensione delle indagini, visione di dati recenti), **analisi tossicologica** (relazioni scientificamente attestate causa-effetto tra fattori ambientali/alimentari ed effetti sanitari, ed introduzione alla **medicina preventiva**)?
- Attività educativa territoriale rivolta a:
 1. **lavoratori** (tutela, prevenzione del rischio, consapevolezza)?
 2. **famiglie** (cibo, conservazione, preparazione; comportamenti ed eco-sostenibilità)?
 3. **scuole** (stili di vita, comportamenti a rischio, eco sostenibilità)?
 4. **gestori** di strutture pubbliche e/o private (fattori di rischio ambientale per la salute, strumenti e processi per la riduzione dell'impatto e per un miglioramento della sostenibilità complessiva delle strutture gestite)?

**SERVIZI
SOCIO SANITARI
E CURA
DELLA PERSONA**

SEZIONE

5

Nella sanità veneziana, quale integrazione tra ospedale e territorio?

di
Salvatore Gravili

Presidente Lega Navale per la Lotta contro i Tumori Venezia e Componente della Consulta del Comune di Venezia per la Tutela alla Salute

Si dà quasi per certo che presto verrà di nuovo introdotto, sganciato dal Welfare, il Ministero della Sanità e viene anche precisato che tutte le decisioni sulla ripartizione dei fondi economici che verranno distribuiti alle Regioni, saranno controllate dal Ministero dell'Economia.

Il Ministero dell'Economia avrà inoltre ingerenza sull'organizzazione dei servizi sanitari, sul ridimensionamento dei posti letto (lo standard nazionale attuale si attesta sui 160 posti letto per 1000 abitanti), sulla riduzione del numero di ricoveri ordinari in strutture accreditate e anche sul numero di prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale. Un appello verrà indirizzato alle Aziende Sanitarie per attuare una oculata gestione delle risorse economiche, che saranno sempre più limitate.

La Regione Veneto, per far funzionare al meglio le proprie Aziende Sanitarie e per evitare di compromettere i servizi da erogare ai cittadini, ha provveduto recentemente, attingendo risorse dal proprio bilancio senza nulla chiedere allo Stato, ad

SEZIONE

estinguere i deficit accumulati nel corso del 2008, ripromettendosi però di sorvegliare in futuro con maggiore rigore alcune Ulss "spendaccione" che non hanno saputo effettuare procedure per il contenimento della spesa, ridurre sprechi e impegnarsi consapevolmente a salvaguardare la qualità e competitività delle prestazioni.

Questo costante e sempre più incalzante richiamo agli aspetti gestionali del Servizio Sanitario, lascia spazio però ad una riflessione di carattere generale, sulla valutazione e sull'efficacia pratica del tipo di modello di Sanità che oggi viene erogato, incentrato com'è principalmente sull' Ospedale di eccellenza, indirizzato ormai alle cure specialistiche per acuti.

Come noto, il Piano Sanitario Nazionale indica come l'Assistenza Primaria sia la più vicina e la più accessibile ai bisogni capillari dei cittadini, ma purtroppo questa assistenza costituita da servizi territoriali non viene adeguatamente sostenuta dal punto di vista economico-finanziario, anche se potrebbe costituire uno strumento efficace.

Il valore dell'Assistenza Primaria

Per Assistenza Sanitaria Primaria si intende un complesso di prestazioni sanitarie in ambulatori o a domicilio, dirette al trattamento di patologie ad andamento cronico o che comunque non necessitano però di interventi clinico-tecnologici particolarmente complessi.

Questo ormai indifferibile rinnovamento strategico operativo del Servizio Sanitario Nazionale è dettato e sollecitato in larga misura anche dal crescente aumento della speranza di vita, da persone cioè che, benché abbiano avuto a volte anche un certo numero di interventi chirurgici o clinici, non sono tuttavia necessariamente malati, ma sono in fase di cronicità e convivono con lo stato di malattia, avanzando una crescente domanda di assistenza sociosanitaria.

Novità del panorama sociale ed allungamento della vita grazie alla prevenzione

Inoltre sono da prendere in considerazione per la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, le modifiche socioeconomiche in atto nel nostro paese. La domanda di salute è notevolmente cresciuta anche per una certa cultura del cittadino che valuta la necessità di conservare uno stato di benessere, sollecitato dalla informazione del progresso tecnico-scientifico della medicina di oggi, che favorisce la precocità della diagnosi, ma genera anche aumento di costi: campagne di screening di gruppi di popolazione a rischio rispetto alcune malattie, partecipazione alle vaccinazio-

ni di massa, attività di prevenzione soprattutto erogata dalle associazioni di volontariato.

Sono molte infatti le associazioni che aiutano i cittadini ad individuare eventuali fattori di rischio, suggerendo stili di vita individuali utili per la salvaguardia della salute; da non scordare anche le migliorate condizioni igienico sanitarie delle abitazioni e delle persone stesse, che con ore di lavoro concentrate in un determinato tempo, dedicano più tempo libero a interessi sportivi o culturali.

Tutto questo cambiamento ha indubbiamente generato una innovazione sociosanitaria riservando quindi il ricovero ospedaliero solo alle patologie acute cardiovascolari, polmonari, gastrointestinali, infettive, di geriatria ed altre, e riservando al territorio un ruolo di vigilanza e garanzia delle cure primarie.

L'integrazione tra ospedale e territorio fatica a decollare

Non pare quindi azzardato sostenere che questa profonda trasformazione in atto del Servizio Sanitario Nazionale, obbliga a prendere in considerazione un percorso che abbia anche effetti di contenimento di costi ed in grado di attivare quella cooperazione ed integrazione sociosanitaria tra l'Assistenza Ospedaliera, classificata di secondo livello, e l'attività di Assistenza del Territorio, valutata di primo livello.

Al momento la realizzazione di questo cambiamento con una maggiore integrazione tra ospedale e territorio pone qualche difficoltà a concretizzarsi completamente, nelle varie aziende sanitarie e anche nella nostra Ulss 12, che presenta anche una tipologia territoriale più complessa delle altre: terraferma, centro storico ed estuario.

Il ruolo della Consulta

Nel 2004 il Comune di Venezia, per esercitare un ruolo assistenziale più responsabile nei confronti dei propri cittadini, costituì la Consulta per la Tutela della Salute del Comune, organo consultivo, propositivo e di supporto anche della conferenza dei Sindaci, costituita da 86 diverse associazioni i cui delegati (ordinati in quattro commissioni d'ambito) sono esperti conoscitori delle realtà locali. Da allora i membri della Consulta si adoperano per approfondire gli aspetti sanitari in maniera tale da evidenziare e dare risposte ai bisogni dei cittadini, condividendo l'opportuna esigenza di realizzare la continuità assistenziale dell'Ospedale con l'Assistenza Primaria Territoriale, sollecitando ad interagire fra di loro i medici di famiglia con la realtà distrettuale.

SEZIONE

Difficoltà di ascolto da parte delle istituzioni e della Ulss 12

Le potenzialità della Consulta sono talvolta sottovalutate dalle istituzioni locali, anzi c'è una certa difficoltà di ascolto, mentre va ricordato che proprio questo organismo potrebbe rappresentare una componente vitale per contribuire ad una visione d'insieme dei servizi sociosanitari, in grado di analizzare e dare risposte concrete ai bisogni capillari di quelle persone ancora in condizioni di vita confortevoli o di quelle non autosufficienti.

Purtroppo dispiace confermare che si registra una certa distanza proprio da parte dell'Ulss 12, che così rischia di perdere elementi fondamentali per approfondire ed elaborare strategie che consentano di operare al meglio utilizzando anche le esperienze che le varie associazioni hanno acquisito col tempo. Le Consulta potrebbe essere per l'Ulss 12 un ulteriore valore aggiunto e potrebbe contribuire a fornire una serie di interventi sociosanitari molto specifici per un territorio abbastanza variegato e che presenta particolari criticità.

Sarebbe opportuno quindi trovare un modo di dare ascolto ai cittadini senza che affidino alla stampa le loro osservazioni.

Le preoccupazioni dei cittadini

I cittadini sono abbastanza preoccupati per le notizie riportate dai media sulla carenza di personale medico, infermieristico e tecnico, che fa allungare le liste di attesa di varie prestazioni ambulatoriali e fa indurre a dimissioni rapide dall'ospedale con ricadute poi sul territorio che si trova gravato da un maggiore bisogno di assistenza.

Eppure, sempre dalla stampa locale, viene testimoniato dai cittadini intervistati, anche l'elogio delle capacità professionali dei vari livelli di operatori sanitari e viene segnalata una particolare soddisfazione per la gentile accoglienza agli sportelli dei vari uffici.

Criticità ed eccellenze della sanità veneziana

Il Pronto Soccorso dell'Angelo è spesso al centro delle cronache per le lunghe attese, anche se va segnalato che recentemente è stata comunicata una modifica per frenare la presenza dei "codici bianchi" nell'astanteria, creando un'area di osservazione nella Unità Operativa di Medicina Generale, per pazienti provenienti appunto dal Pronto soccorso che, dopo una prima assistenza tecnico-sanitaria, vengono affidati alle cure specialistiche di altre unità operative.

Viene anche segnalato un notevole spostamento di alcune prestazioni chirurgiche in attività diurna, cioè in Day Surgery, questo è non solo

significativo di una migliore performance professionale degli operatori, ma anche della volontà di realizzare una organizzazione più efficiente da parte dell'azienda.

Mancano purtroppo informazioni sull'ammontare dei costi fissi dell'Ospedale dell'Angelo, sulle attività gestionali dei Distretti, sul tasso di utilizzazione delle sale operatorie, sul numero di interventi chirurgici preventivati.

Si registrano, secondo la stampa, fughe della popolazione per ricoveri e prestazioni ambulatoriali verso altre strutture convenzionate o Ospedali di Ulss limitrofe.

L'opinione pubblica si chiede se l'Ospedale dell'Angelo sta "rendendo" per quanto riguarda le aspettative degli investitori privati.

La richiesta di dialogo costruttivo con l'Ulss 12

Su questi elementi sarebbe importante che l'Ulss 12 aprisse il dialogo con il Comune di Venezia e con la Consulta, permettendo così che siano rese note ai cittadini le strategie di sostegno alla sanità locale, favorendo in questo modo un rapporto di fiducia con l'ospedale ed i servizi sanitari.

L'ospedale civile in centro storico

Per quel che riguarda l'Ospedale Civile di Venezia, il clima all'interno è quello tipico di una attesa di progressiva ma lenta riduzione dei servizi: è evidente dunque, come in un contesto del genere, si faccia qualche difficoltà a progettare sanità a medio e lungo termine.

I progetti di ristrutturazione sono in ritardo per il Padiglione Jona, il Padiglione Gaggia e così per altri progetti.

Rimane anche dubbio l'utilizzo delle magnifiche e prestigiose sale- biblioteche di San Marco e San Domenico, luoghi di partecipazione nel passato di importanti congressi internazionali, ormai sostituite dal più pratico e più facilmente raggiungibile padiglione "Giovanni Rama" dell'Ospedale dell'Angelo.

Venezia è una città abitata sempre più da anziani che si aspettano particolare assistenza, soprattutto territoriale, e presenta quindi dei bisogni specifici che meritano di essere soddisfatti.

Va dato merito alla grande capacità degli infermieri distrettuali, alla dedizione dei medici di medicina generale, alle associazioni di volontariato che fanno salti mortali per contribuire al sistema dell'assistenza sanitaria. Ormai da decenni si continuano ad invocare, invano, sedi di lunga degenza e di residenzialità in centro storico.

In conclusione, di fronte alla necessità di gestire al meglio le risorse eco-

SEZIONE

nomiche sempre più scarse e di fronte all'ennesima razionalizzazione di posti letto e ridimensionamento degli ospedali accreditati, per fronteggiare l'esigenza di domanda di salute della società odierna, ripetiamo ancora una volta che è molto importante che venga dato credito anche alle associazioni della Consulta, disponibili a collaborare per un progetto di integrazione dell'assistenza tra ospedale e territorio che costituisca la base dell'Assistenza Primaria Territoriale.

‘Consultori, da trent’anni a Venezia. Quale futuro?’

di
**Antonella Debora
Turchetto**
Ginecologa e Psicoterapeuta

Antonella Debora Turchetto è Laureata in Medicina e Chirurgia, Specialista in Ginecologia e Ostetricia, Psicoterapeuta. Lavora nel Consultorio Familiare di Marghera dal 1978. Responsabile nazionale Area Adolescenti Associazione Ginecologi Territoriali. Consigliere Nazionale SIPGO (Società Italiana Psicomatica in Ginecologia e ostetricia) e SIGIA (Società italiana Ginecologia Infanzia e Adolescenza)

Nell'autunno del 1978 un manipolo di audaci si ritrovò invitato nell'ufficio di Lia Finzi, allora assessora alle Politiche Sociali del Comune di Venezia per iniziare insieme l'avventura dei Consultori Familiari. La legge istitutiva nazionale N.405/75 cominciava ad essere applicata, seppure sporadicamente, in tutta Italia e il Comune di Venezia si pose come soggetto attivo e aprì i primi Consultori Comunali, sia in terraferma che in centro storico.

Fu uno sforzo considerevole per l'Amministrazione, sia dal punto di vista economico che politico. L'assessora ci tutelò fattivamente finanziando la nostra formazione con professionisti eccellenti, che nel tempo sono diventati dei veri "nomi" del know how nel campo dei Servizi Socio Sanitari. Citerò per tutti Willy Pasini, che ci ebbe entusiasti frequentatori dei suoi master in sessuologia a Milano e a Ginevra.

SEZIONE

Per me, giovane specializzanda in Ginecologia, spesso di turno in sala operatoria e completamente a digiuno delle competenze professionali indispensabili per un lavoro consultoriale, questo investimento formativo ha fatto la differenza ed ora, dopo 30 anni di lavoro nello stesso Consultorio Familiare di Marghera, ancora l'utenza ed io stessa ne traiamo giovamento. Non deve sembrare una anomalia che uno specialista in Ginecologia e Ostetricia frequenti con entusiasmo corsi per il lavoro di gruppo e corsi di formazione sul counselling al singolo e alla coppia nel campo dei disturbi sessuali. È proprio questa formazione iniziale alla presa in carico della persona nel suo complesso che mi ha portato poi anche a diventare psicoterapeuta.

L'équipe multidisciplinare fu, per quei tempi, la scelta vincente del legislatore e del servizio dedicati alla persona "in toto". Il cosiddetto approccio olistico rimane una parola vuota, se non si investe in formazione e training.

Il valore della équipe multidisciplinare

Le difficoltà reali che ostacolano all'interno delle équipes il "tutti insieme appassionatamente" sono principalmente di tipo psicologico e quindi il tipo di formazione e supervisione indispensabile deve avere degli obiettivi che riguardino "il saper essere".

Se vogliamo banalizzare con una metafora etologica il problema del processo di costituzione dell'équipe, si tratta di riuscire a trasformare un gruppo di ratti chiusi che rischiano di sbranarsi nella stessa gabbia, in un gruppo ben coordinato di lupi che cacciano insieme.

In pratica la capacità di un gruppo di lavoro che voglia funzionare in maniera "autogestita e democratica" dipende direttamente dalla capacità che ciascun componente ha di controllare le proprie invidie e le proprie difficoltà nei rapporti di potere.

Molto più facile lasciare ideali e ideologie e accordarsi per condividere solo un limitatissimo spazio di lavoro incentrato sul compito, ovvero demandare tutta l'organizzazione del lavoro ad un dirigente super partes, ma il lavoro nei servizi socio sanitari non trova l'eccellenza con queste modalità.

Le motivazioni vengono meno progressivamente e il *burn out* causato dal troppo lavoro, magari spersonalizzato e burocratizzato, allontana, se non nei fatti, sicuramente nel cuore, l'operatore dal suo lavoro nei servizi.

La questione della formazione degli operatori

Non è facile rimpolpare con forze nuove i le équipes che lavorano nei Consultori Familiari, da un lato per il ben noto motivo di scarsa disponi-

bilità finanziaria della Ulss che non permette nuove assunzioni sia in ospedale che nel territorio, dall'altro c'è il problema che un professionista che debba operare efficacemente nella "mission" del Consultorio Familiare, non si improvvisa.

Il problema della formazione degli operatori è quindi centrale per il futuro dei Consultori Familiari, che rischiano di diventare nel tempo "lettere morta" nello spirito e nelle competenze.

La Regione Veneto, secondo la legge regionale, era tenuta ad istituire dei corsi di formazione per Operatori di Consultori Familiari che avrebbero dovuto costituire titolo "abilitante" all'accesso al lavoro proprio in questi servizi.

In questi corsi residenziali il Consultorio veniva presentato nelle sue peculiari caratteristiche di struttura sociosanitaria e tra queste veniva illustrata la metodologia di lavoro che prevede la multidisciplinarietà e l'integrazione dell'équipe.

Partecipai al secondo corso residenziale sui colli padovani nel 1978. Negli anni seguenti dei corsi obbligatori della Regione Veneto non si sentì più parlare e il personale approdò ai Consultori più o meno motivato, più o meno sospinto dalla necessità di trovare comunque un lavoro e, per i ginecologi, la possibilità di lavorare senza che ci fossero interferenze con le guardie e i turni in clinica Ginecologica.

Nell'ultimo decennio scarsi investimenti sulla formazione

A lungo è stata ignorata la necessità della formazione specifica per gli operatori consultoriali, che invece per più di un decennio sono stati "mandati allo sbaraglio" sul territorio, senza strumenti o training, se non quelli strettamente relativi alla propria professionalità.

Poi, lentamente, le Ulss più illuminate, o meglio, quelle in cui comunque era stata maturata competenza ed esperienza specifica del lavoro Consultoriale e della sua qualità, cominciarono a promuovere al proprio interno la formazione e l'aggiornamento.

L'esperienza di alcuni operatori della prima ondata è stata esportata in altre regioni dagli operatori in veste di consulenti o di relatori ai congressi.

Personalmente il problema della trasmissione delle competenze relative al lavoro in Consultorio ha sempre costituito una componente importante della mia attività, ed ho sempre proposto alle aziende per cui lavoravo dei percorsi formativi con metodologia esperienziale (attivazioni e role play) congruenti con obiettivi riguardanti "il saper essere".

Già una dozzina di anni fa, sia al Sud che al Nord, questo tipo di formazione veniva accolto con entusiasmo, quale che fosse la professione del

SEZIONE

componente del gruppo. E, alle verifiche nel tempo, questo tipo di didattica sembra confermare la sua efficacia.

Si potrebbe fare di più in questo senso anche qui da noi, per far sì che gli operatori conoscano meglio se stessi e conoscano meglio il lavoro degli altri componenti del gruppo, prima di operare con l'utenza in un servizio così complesso e delicato.

E se ripartissimo dalla "mission"?

Mi domando però se viene prima l'uovo o la gallina: mi domando cioè se non si faccia più un certo tipo di formazione perchè si è persa la "mission" del lavoro integrato in équipe, o questa prassi e questo o ideale si sono persi proprio perchè non è stata più fatta formazione in questo senso.

Ancor oggi ci sono nei Consultori dei ginecologi poco interessati alle possibilità di aiuto per i propri utenti derivanti da un lavoro psicoterapico in gruppo o grazie a consulenze anche brevi.

E' così che talvolta non si riesce a provvedere correttamente all'accompagnamento/invio dell'utente all'utilizzo di altre risorse utili a disposizione. D'altra parte basterebbe acquisire e far circolare al meglio qualche informazione in più per far perdere meno tempo all'utente ed ottenere obiettivi ancora più efficaci.

Ma forse si è un po' persa di vista la "mission", è difficile che i servizi socio-sanitari possano agire con "buon senso", è poco frequente il piacere di un lavoro ben fatto e condiviso.

D'altra parte non ci sono più stati **interventi formativi** in questo senso da più di un decennio a questa parte e così la **caratteristica essenziale dell'offerta consultoriale rischia di perdersi.**

Alla fine, credete che la gente non se ne accorga?

SEZIONE

**LE ANALISI
DEGLI ESPERTI
DELLA
CONSULTA.
QUALE SALUTE
A VENEZIA?**

6

Assistenza primaria e welfare di comunità. Gli elementi cruciali del sistema socio sanitario

a cura di

Domenico Casagrande

medico ed esperto designato dalla Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia

Nel mese di ottobre del 2003 fu istituita da parte del Comune di Venezia la prima Consulta per la tutela della salute: organo consultivo e propositivo riguardante problematiche sanitarie, sociali e socio sanitarie col fine di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi, preposti alla promozione e mantenimento della salute dei cittadini del Comune di Venezia.

Un organismo così composito e vasto avrebbe dovuto rappresentare una ricchezza, forse unica nella nostra realtà nazionale, per permettere una lettura approfondita dei bisogni sanitari e socio assistenziali della popolazione al fine di una programmazione sociale e sociosanitaria adeguata.

Gli organi rappresentativi della Consulta a tutti i livelli, evidenziano un diffuso malcontento, in quanto, a fronte di un lavoro di analisi ed approfondimento notevole sia per qualità che per quantità, non registrano un adeguato ascolto ed una adeguata attenzione.

Personalmente condivido queste perplessità, cercherò quindi di riuscire ad interpre-

SEZIONE

tarle e renderle esplicite nel modo più obiettivo possibile, anche se la mancanza di un confronto costruttivo e sereno con la Ulss 12, in questi anni, induce in merito una certa difficoltà.

ALCUNI PROBLEMI DI INTERESSE GENERALE

Prima di approfondire la situazione locale penso sia utile ricordare alcuni aspetti generali che hanno influito anche in ambito locale.

La legge 833 ha subito variazioni nel corso degli anni con notevoli conseguenze sull'organizzazione dei servizi, spesso contraddittorie. Non intendo certamente fare un esame approfondito e circostanziato, ma solamente evidenziare alcuni aspetti utili a conferire una maggiore comprensione delle difficoltà cui ho accennato.

Premetto di condividere l'opinione di coloro che indicano il Veneto come una delle regioni che ha correttamente interpretato lo spirito della riforma sanitaria con un soddisfacente livello di attuazione e di qualità dei servizi, tuttavia recentemente un certo pericolo di reflusso esiste derivante, a mio parere, da interpretazioni di leggi e regolamenti non sempre condivisi e da giudizi sui servizi eccessivamente autoreferenziali.

Voglio qui sottolineare, sul piano generale, tre momenti dell'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) come si è venuta a configurare a seguito di vari interventi normativi dal dicembre 1978, anno di promulgazione della Legge 833 di Riforma Sanitaria, ad oggi.

- **La regionalizzazione** è di per sé fattore importante in quanto dovrebbe garantire una maggiore sensibilità e vicinanza ai bisogni della gente e contemporaneamente una maggiore governabilità dei servizi.
- **L'aziendalizzazione** conferisce alle Unità Socio Sanitarie Locali personalità giuridica, autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile e gestionale oltre che tecnica.

L'aziendalizzazione trova la sua giustificazione fondamentale nel conferimento di una maggiore possibilità di manovra gestionale alle ULSS al fine del contenimento della spesa, per la produzione di beni e servizi, attraverso una razionalizzazione delle risorse umane e finanziarie, con caratteri di efficienza ed efficacia, adeguando la gestione del servizio pubblico ad una logica aziendale di tipo privato, che deve tenere in equilibrio il criterio costi/benefici.

- **Il rapporto ospedale-territorio** conferisce pari importanza ai due ambiti e stretta interrelazione per la continuità di un comune progetto terapeutico sociosanitario, di chi deve usufruire dei servizi.

Tali modifiche hanno in parte inciso, non sempre positivamente sulla filosofia della riforma sanitaria.

La regionalizzazione. La regionalizzazione, come si è andata configurando dopo le indicazioni legislative successive alla L.833, ha praticamente ridotto il ruolo del Comune ad una compartecipazione di vigilanza e controllo delle ULSS, attraverso la Conferenza dei Sindaci. Questo fatto ha contribuito a mettere in secondo piano il ruolo del Sindaco come difensore della salute dei cittadini del territorio governato e come portatore delle loro esigenze e dei loro bisogni.

Il decreto legislativo 229/99, che ha normato l'attuale organizzazione del SSN, prevede forme di partecipazione delle autonomie locali alla formulazione dei Piani Sanitari Regionali (PSR), ma tale indicazione non dà sufficiente spazio ad una fattiva compartecipazione programmatica dei Comuni, come dimostrato anche dalla ormai lunga diatriba che coinvolge il Comune di Venezia e la Ulss 12 in riferimento all'erogazione di servizi sociosanitari¹.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, definito "patto di solidarietà per la salute", nella parte introduttiva richiama la necessità di potenziare il ruolo del Comune pur escludendolo da funzioni e responsabilità dirette sulla gestione del SSN, e sottolinea la stretta sinergia necessaria alla gestione del bene pubblico della salute che deve coinvolgere vari attori: i cittadini, le istituzioni, i produttori di beni e servizi a carattere sanitario, il volontariato ecc. e che deve riconoscere il principio della solidarietà.

Il PSN tuttavia, alla luce dei cambiamenti politici e giuridici, non è più uno strumento che stabilisce tempi e metodi di raggiungimento degli obiettivi, in quanto sono di competenza delle regioni, si configura quindi come documento di indirizzo e di linea culturale.

Inoltre la legge 328/2000 e il successivo Piano Nazionale sull'Assistenza (PNA), che come il PSN si basavano sul patto di solidarietà sociale e voleva mettere in atto una solidarietà di condivisione di responsabilità comprendente Enti locali, sindacati, comunità locali, famiglie, aggregazioni di utenti e di famiglie, fondazioni, ONLUS, IPAB, volontariato, Enti di promozione sociale e soggetti privati, non ha mai trovato una sua applicazione.

¹ Vedi l'intervento di Sandro Del Todesco al Seminario della Consulta Tutela della Salute. Mestre 7.11.2009.

SEZIONE

L'aziendalizzazione. L'aziendalizzazione delle Ulss, ha introdotto un modello aziendalistico, sottoposto a leggi di mercato tipico del privato, in un servizio pubblico. Non sfugge l'importanza di coniugare una politica di spesa con una politica delle entrate e quindi di sottoporre la strategia degli interventi ad un vincolo economico/finanziario, specialmente in un periodo economicamente critico come l'attuale, tuttavia non si possono non tenere in considerazione i pericoli che possono ingenerarsi per una pedissequa applicazione di regolamentazioni del privato nel pubblico.

Le perplessità riguardano principalmente quattro ordini di fattori:

1. la notevole articolazione della pubblica amministrazione;
2. la complessità dei processi indotti da interessi plurimi;
3. la peculiarità del processo produttivo, trattandosi di servizi indirizzati alla collettività;
4. le diverse regole cui un servizio pubblico deve sottostare e che deve tutelare, fra cui in prima istanza la democrazia e la trasparenza.

Stranamente poi a differenza di una azienda privata si registra l'assenza di un consiglio di amministrazione, come contrappeso al potere e alle decisioni di un Amministratore Delegato o di un Direttore Generale.

L'autonomia di gestione rischia di trasformarsi in una autocrazia di un bene che dovrebbe essere bene pubblico e condiviso.

Tutto ciò mette in discussione uno dei principi della legge 833, secondo cui l'Unità Sanitaria Locale, costituita dall'insieme dei presidi, servizi ed uffici che fanno fronte alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini in ambito territoriale, rappresenta la struttura operativa dei Comuni. La centralità dell'utente, senza rappresentanza e quindi possibilità di partecipazione, rischia di essere una pratica difficile da perseguire. D'altra parte la definizione odierna di ASL con la scomparsa di un S, ed è la S del sociale, mette di per sé in discussione l'integrazione socio-sanitaria.

Obiettivo prioritario della riforma sanitaria era la promozione della salute, stimolando l'alleanza fra le diverse componenti sociali ed economiche della comunità, cercando di coniugare lo sviluppo economico con lo sviluppo sociale, anche il PSN 1998-2000 e il PSA, attraverso un patto di solidarietà coi cittadini, ribadivano la necessità di un rinnovamento del Welfare, passando da una concezione di Welfare State ad un più moderno ed adeguato concetto di Welfare Community.

Impressione diffusa è che sia stato in parte disatteso, quanto sostenuto al tempo della presentazione della Riforma *ter*, dalla Ministra Bindi, secondo cui si trattava di "*completare, precisare, rettificare, non stravolgere*" la legge 833².

² "Ragioni e obiettivi della delega": Prosp. Soc. San. n. 22/1997, p. 2.

La causa va indicata nella conseguenza del ruolo fondamentale di indirizzo assunto dallo stato e soprattutto dalle regioni, con il sostanziale indebolimento del ruolo dei comuni dalla autonomia delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), che spesso dimenticano i bisogni dei cittadini per rispondere ad un preponderante criterio economico-finanziario.

Il rapporto tra ospedale e territorio. Complesso si presenta anche il rapporto ospedale-territorio per due contemporanei ordini di fattori uno organizzativo e l'altro culturale.

La legge 833 non prevede più la centralità dell'assistenza ospedaliera, L'ospedale diviene struttura della Ulss, e già con la legge 132/68 aveva subito anche una modificazione organizzativa sostanziale con il superamento della vecchia divisione in reparti, secondo una logica dipartimentale.

Il territorio acquisisce maggiore importanza con l'inserimento di una nuova struttura: il Distretto Socio Sanitario (DSS) come raccordo fra il medico di base e l'ospedale, come erogatore di servizi di primo livello e sede della realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

I DSS rappresentano l'espressione più periferica dei servizi secondo la logica di incontrare i bisogni socio sanitari del cittadino nel suo ambiente. Il DSS trova il suo assetto definitivo solo nella Riforma *ter*.

Tuttavia nell'immaginario collettivo l'ospedale è ancora al centro delle aspettative dell'utente-malato che si sente più protetto col ricovero in ospedale. Tale vissuto è ancora più difficile da combattere anche come conseguenza delle inadempienze legate alla carente organizzazione territoriale. Il cittadino ha molta difficoltà ad accettare la diminuzione dei posti letto in ospedale o la chiusura dell'ospedale vicino a casa perché vive sulla propria pelle una reale diminuzione di servizi a causa del fatto che i Dipartimenti Ospedalieri spesso sono solo sulla carta, i DSS sono inadempienti o scarsamente efficienti per carenza di risorse e la continuità assistenziale non esiste.

A livello generale quindi si ha un quadro spesso contraddittorio, complesso, di non facile valutazione che mostra diversità di interpretazione delle indicazioni legislative nei diversi territori, molto spesso confinanti e nello stesso territorio fra diversi servizi e le diverse competenze.

Questa prima riflessione mi induce a non fare un bilancio sulla efficacia/efficienza dei servizi gestiti dalla Ulss 12, ma indicare problemi indotti da questi anni di frequentazione, come esperto della consulta della salute.

Si tratta di dubbi e timori che a mio avviso non vanno sottovalutati, in quanto condivisi da rappresentanti di associazioni di vario tipo, che si occupano di problemi sociosanitari ed assistenziali e che raccolgono le

SEZIONE

impressioni di un vasto gruppo di popolazione. A tutti è noto quale importanza assuma la fiducia nei servizi da parte degli utenti nel campo sociosanitario e specialmente se pubblici.

PERPLESSITÀ LEGATE ALL'APERTURA DELL'OSPEDALE DELL'ANGELO

Questa riflessione non vuole innescare a sterili polemiche, pertanto, per superare l'attuale incomprendimento penso utile fare riferimento a documenti ufficiali frutto della collaborazione fra Ufficio della programmazione del Comune e Consulta, documenti noti alla Ulss 12.

Faccio riferimento al documento "Servizi Sanitari nel Comune di Venezia" del 2005, al Quaderno della Consulta per la Tutela della Salute n. 2 del 2008 e alla Conferenza dei Sindaci del 10 luglio 2009.

Non voglio qui ripercorrere le osservazioni e le richieste contenute in questi rapporti anche perché altri ne tratteranno nel presente volume³.

L'organizzazione della Ulss e l'erogazione dei servizi che gestisce hanno certamente subito modifiche dopo l'apertura dell'Ospedale dell'Angelo, ma sono ancora attuali i dubbi sulle criticità espresse nei primi due documenti menzionati e ribaditi dal Sindaco di Venezia nella conferenza citata e, anche se non è maturo il tempo per una completa analisi, lo è per tentarla comunque e per qualche necessaria delucidazione.

Nel suo intervento su una rivista della CGIL⁴, il dott. Giancarlo Ruscitti, Segretario regionale della Sanità, sembrava avere accolto la maggior parte delle osservazioni formulate nei documenti nominati, ma è parere diffuso che a tutt'oggi solo alcune hanno trovato realizzazione o sono in via di attuazione, ma per la maggior parte dei cittadini non sono soddisfacenti. Per le prime mi riferisco alla innovazione tecnologica, alla ottimizzazione delle risorse, ad una delibera che riguarderebbe la riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

Le strutture sanitarie a Venezia ed il centro storico. Le domande inevase riguardano il destino della struttura ospedaliera di Venezia, il distretto del Lido, quale sarà la definitiva sede e il destino dei distretti in generale. Può darsi che queste preoccupazioni siano assurde o inesistenti perché

³ In particolare il dott. S. Gravili col suo articolo sull'ospedale dell'Angelo e servizi sul territorio e il dott. O. Tarantino sull'analisi dei bisogni sociosanitari emergenti.

⁴ La matita rossa, presentato al convegno della Camera del Lavoro Metropolitana di Venezia, il 22 febbraio 2008.

tutto invece è già previsto e programmato, ma questo pone il problema di una programmazione non partecipata e comunque non comunicata e quindi non possibile di condivisione.

Una delle perplessità più diffuse riguarda il rapporto **bacino d'utenza/numero dei posti letto**.

Al 31.10.2005 i posti letto dell'Umberto I° erano 637⁵ oggi all'Ospedale dell'Angelo sono complessivamente 640⁶, ma il riferimento al bacino d'utenza è superiore a quello dell'Umberto I°, infatti il nuovo ospedale assumerà un ruolo importante nell'area vasta a livello provinciale, per cui il bacino d'utenza sarà di poco superiore agli 800.000 abitanti.

Necessita poi tenere in dovuta considerazione il problema del Centro Storico(CS); secondo gli ultimi dati la popolazione si attesterebbe sui 60.025 abitanti, in preoccupante diminuzione e con caratteristiche di un notevole invecchiamento ma, secondo il consorzio di ricerca COSES⁷, il numero di abitanti su cui calibrare i servizi, ammonterebbe a 150.000 considerando gli studenti e i turisti.

Certamente va condiviso l'orgoglio di avere un ospedale a livello europeo dotato di tecnologie avanzate, organizzato in dipartimenti che dopo un primo momento di diminuzione di prestazioni e ricoveri sembra prendere quota e già "sta dando una risposta a livello provinciale"⁸. Tuttavia qualche perplessità rimane.

L'assistenza alle patologie croniche. L'ospedale dell'Angelo è organizzato giustamente per dare risposta all'acuzie con una alta tecnologia, ma un ospedale per acuti oggi non è in grado di soddisfare il numero crescente di persone con patologie croniche che richiedono un prolungato periodo di cure e di non autosufficienti o di persone che richiedono interventi riabilitativi.

La popolazione del Comune di Venezia ha il 26.26% di popolazione anziana ben superiore al 19% nazionale e un indice di vecchiaia di 223,13 a fronte di un indice di vecchiaia nazionale di 138,9.

L'ospedale dell'Angelo corrisponde certamente, da un punto di vista strutturale, tecnologico e culturale, ai moderni criteri per un uso appropriato di posti letto per acuti, è certamente qualificato per i servizi di

⁵ "I Servizi Sanitari nel Comune di Venezia. Elementi di Valutazione e Proposte" Documento del Gabinetto del Sindaco - Comune di Venezia - App. Tab. 2.

⁶ Intervista ad O. Lamanna in La matita rossa. Op. Cit. p. 16.

⁷ Dati rilevati da "Il Gazzettino" del 14.11.2009 Cronaca di Venia p. III.

⁸ Dichiarazione del Direttore Sanitario della ULSS dott. Barra in "Il Gazzettino" del 6.11.2009 Cronaca di Venezia III.

SEZIONE

emergenza e, da quanto risulterebbe dalle pubbliche dichiarazioni del dott. Barra, anche le prestazioni ambulatoriali e a ciclo diurno risultano soddisfacenti. Qualche dubbio invece esiste a livello culturale in riferimento alla capacità di adeguarsi al modello organizzativo dipartimentale a cui anche strutturalmente si è ispirato l'ospedale.

Ben più sostanziali e difficilmente opinabili seppure possibili di soluzioni anche se non semplici, mi sembrano altre. Tuttavia in questo seppur breve periodo, in vari momenti la Consulta ha rilevato alcune criticità che in qualche caso hanno anche ottenuto risposta, anche se parziale.

Tuttavia un ospedale per acuti non può vivere in un vuoto assistenziale, *"è necessario prevedere un'organizzazione territoriale ben articolata, ambulatoriale, domiciliare, residenziale, che si faccia carico di risolvere a livello della comunità la grande maggioranza dei ricoveri assistenziali dei cittadini: dalla prevenzione alla long-term care"*⁹.

La centralità dei servizi territoriali. Questo significa che un buon servizio ospedaliero deve essere sostenuto da servizi territoriali efficienti ed efficaci, che assicurino continuità terapeutica, dimissioni protette e chiari percorsi riabilitativi postospedalieri.

L'ospedale moderno è una componente importante di un complesso sistema di servizi, efficace, centrato sul paziente, tempestivo che deve entrare in stretta collaborazione con la medicina del territorio.

Il territorio va inteso in senso ampio in cui il DSS rappresenta un punto di incontro fra domanda e offerta e di percorsi clinico assistenziali che dal territorio afferiscono all'ospedale e viceversa.

Tali procedure si rendono ancor più necessarie se consideriamo che la popolazione del Comune di Venezia si caratterizza per essere composta da un numero di anziani superiore alla media nazionale e regionale e per la presenza di patologie a rischio, quale ad esempio il diabete e patologie legate a manifestazioni neoplastiche.

Certamente si può dire che queste cose sono ben note oltre che ovvie, ma riteniamo opportuno ribadire che anche l'ovvietà per essere tale rischia di non essere messa in atto. Tale preoccupazione mi viene anche sollecitata da alcuni articoli di giornale della stampa locale¹⁰.

Gli articoli sembrano avere lo scopo di tranquillizzare la gente sia nei confronti dell'efficienza del nuovo ospedale che nei confronti dei servizi territoriale, condivido invece con gli altri membri della Consulta dubbi e preoccupazioni.

⁹ E. Guzzanti: "L'ospedale del futuro: origini, evoluzione, prospettive" in Rec. Prog. in Med. 97,11,2006 p. 596.

¹⁰ "Il Gazzettino" del 6.11.2009 Cronaca di Venezia p. II-III.

Negli articoli si parla degli obiettivi da raggiungere nel corso del 2010, di esami del sangue più rapidi, di incremento dell'assistenza domiciliare, di refertazioni in rete, si parla di un ospedale che "incomincia a dare i suoi frutti", di una attività più sicura ed in costante aumento. Tutto questo non può che fare piacere in quanto gli obiettivi di un ospedale integrato col territorio sembrano in via di realizzazione.

Contenimento dei costi e possibili ricadute sui servizi. Tuttavia motivi di preoccupazione hanno la loro motivazione. Il *project financing*, come afferma la Direttrice Amministrativa dott.ssa Alessandra Massei, ha un costo che incide e impone una razionalizzazione: manutenzione, pulizie degli ambienti, servizi igienici concorrono all'aumento della spesa e il budget a disposizione è sempre lo stesso.

La razionalizzazione quindi deve avvenire a scapito di qualche servizio. Certamente un uso condiviso delle strumentazioni da parte dei medici potrebbe rappresentare un contenimento della spesa che riduce gli sprechi, ma non pensiamo sia un risparmio significativo, più importante mi sembrano le indicazioni contenute negli stessi articoli.

Poiché in ospedale si vogliono mantenere tutti servizi presenti e si vogliono dare più servizi nel territorio con le stesse risorse finanziarie ed umane, la riduzione sarà a carico della spesa farmaceutica e dei trasporti. Queste notizie destano una certa preoccupazione, una città, con alta percentuale di anziani, occorre certamente di interventi farmacologici superiori rispetto ad una popolazione che presenta un maggior equilibrio fra anziani e giovani adulti; si deve inoltre tenere in debito conto che la città per un terzo ha vie d'acqua e, trattandosi spesso di persone che non possono usufruire di mezzi propri, i trasporti assumono particolare importanza; inoltre l'aumento dei servizi con lo stesso personale, che risulta essere sottoparametrato, non sembra di facile attuazione.

Penso che si debba prendere in seria considerazione lo scadimento dei servizi e lo sfruttamento del personale.

Inoltre non vedo in questa programmazione a breve termine il potenziamento di tutti quei servizi territoriale che sarebbero necessari.

La scommessa dell'Assistenza Primaria. La conferenza Stato-Regioni nel 2004 ha individuato nelle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)¹¹ un tipo di organizzazione importante nei DSS, al fine della ero-

¹¹ Le UTAP sono raggruppamenti di medici convenzionati ed altre professioni sanitarie integrati coi DSS, in grado di erogare prestazioni nel territorio di riferimento.

SEZIONE

gazione di servizi sociosanitari, ora le UTAP, presenti in altre ULSS, non risultano essere attivate. D'altra parte non abbiamo notizia di una programmazione a più largo respiro che preveda potenziamento degli interventi riabilitativi, dei posti letto nelle Case di Riposo, delle Residenze Sanitarie Distrettuali, dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), dei Centri Diurni per Alzheimer e così via.

Alcune critiche al Centro Protonico. Difficile pensare alla centralità della persona quando si pensa ancora alla realizzazione di un Centro Protonico a tempi brevi usando il *project financing* e che "dovrà mantenere l'equilibrio instaurato tra architettura e paesaggio"¹².

Il Centro Protonico ha certamente una sua importante funzione in riferimento alle patologie neoplastiche, avrà risonanza certamente nazionale o addirittura europea, si aggiungerà alla Banca degli Occhi, per i trapianti di cornea e per la produzione di cellule staminali corneali, che rifornisce tutta Europa. Di tutto questo dobbiamo essere orgogliosi, ma mi sorgono dubbi e preoccupazioni quando si viene a sapere che la Ulss 12 in anni recenti non avrebbe fornito al Registro Tumori del Veneto i dati di incidenza del cancro nel nostro territorio. Buona prassi riattivata solo nel 2009. Inoltre, pur in presenza di difficoltà di bilancio, si impegnano risorse a scapito dell'implementazione di servizi utili alla popolazione di riferimento.

Utile credo sia costituire centri di responsabilità per le diverse unità organizzative che rispondano dei risultati raggiunti e delle risorse utilizzate, centri di costo che consentono la valutazione di efficacia ed efficienza oltre che stabilire indicatori di qualità per valutare accessibilità al servizio, adeguatezza, appropriatezza e soprattutto soddisfacimento dei bisogni. Forse parte di questi strumenti sono già in atto e forse non da oggi, ma rimangono occultati, non resi pubblici al pari delle dichiarazioni propagandistiche.

Maggiore attenzione ai bisogni concreti. Soprattutto il soddisfacimento dei bisogni penso sia un problema importante che venga poco considerato oppure considerato con una angolazione diversa dal comune percepimento, e mi riferisco in tal senso alla Consulta che rappresenta un pezzo importante del mondo del volontariato e del privato sociale.

Dalla stampa locale rileviamo una protesta del Sindaco di Cavallino-Tre-

¹² Così si esprime il dott. Antonio Padoan in "salute@veneziana" p. 2. Rivista di presentazione al Convegno: LA PERSONA AL CENTRO DELL'INNOVAZIONE IN SANITÀ - Ospedale dell'Angelo Venezia Mestre - 22-23-24 ottobre 2009.

porti che, in riferimento al trasferimento del servizio del 118 dall'Ulss 12 alla Ulss10, lamentava la mancata informazione della Ulss 12 e riteneva "irrispettoso avere saputo solo da un altro Ente una decisione assunta dalla Ulss 12 riguardante il Comune"¹³ che concorre al funzionamento del servizio.

Questo episodio non è isolato nel percorso di questa Ulss ed è alla luce di questi comportamenti che parlare di centralità della persona in relazione alla innovazione tecnologica mi fa pensare che è più importante esportare tecniche avanzate e *know how invidiabile.....che potrebbe avere riflessi positivi anche dal punto di vista economico*¹⁴ piuttosto che soddisfare bisogni socio sanitari della popolazione da servire.

Questa impostazione dei servizi induce ulteriori perplessità in quanto non sembra un uso della tecnologia al servizio dell'utente, ma piuttosto l'utente che deve uniformarsi alle esigenze della tecnica: il cliente deve adattarsi all'offerta, anche se questa non soddisfa le sue necessità, così da manifestare bisogni indotti.

Il rischio che si corre è di ricadere in una pratica medicalizzante che prende in cura la malattia e non si fa carico del malato nella sua globalità e nella sua complessità, la centralità risulta allora un eufemismo.

Non mi addentrerò su quanto questo incida sull'umanizzazione dei servizi, sul rapporto di fiducia con l'utente, del problema della responsabilizzazione del paziente nel processo terapeutico, certamente si tratta di argomenti importanti nell'ambito del rapporto struttura curante/curato, ma questo tema sarà specificamente trattato, in questo stesso volume dal dott. Tarantino.

La realizzazione della "mission". Tale divaricazione di giudizio fra Ulss e Consulta potrebbe anche essere frutto della non conoscenza della programmazione, che fissa l'organizzazione dei servizi a regime e che corrisponda ad un criterio di massima risposta ai bisogni dell'utenza, anche in riferimento al minimo costo; penso ad una programmazione almeno triennale, ma meglio quinquennale che comunque non faccia scadere il prodotto/servizio in nome del costo che tenga in giusta considerazione anche la qualità.

Pur con le varie modificazioni *la mission della riforma rimane la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione, secondo priorità stabilite sulla base dei valori e delle aspettative degli assistiti e sulla base delle*

¹³ Dichiarazione di Enrico Vanin su "Il Gazzettino" del 6.11.2009 Cronaca Estuario Cavallino Treporti p.XI.

¹⁴ Vedi nota 12.

SEZIONE

risorse economiche disponibili.

Questo comporta una corretta correlazione fra domanda ed offerta che tenga conto di una corretta valutazione ed una obiettiva condizione di scelte.

Perché questo si realizzi due condizioni dovrebbero essere soddisfatte:

1. tenere nella debita considerazione che la discrezionalità medica è così vasta nel definire i bisogni del paziente-consumatore che spesso e volentieri ne orienta la domanda (per divergenze di valutazione fra radiologi, per due anni, si è ritardata la pratica della mammografia nella vecchia Ulss 16) ingenerando una domanda indotta;
2. una sufficiente e corretta informazione.

Questi due fattori ingenerano un obiettivo condizionamento del paziente-consumatore che incide sulla capacità di scelta.

La non socializzazione della programmazione pone un problema importante, perché incide fundamentalmente sul rapporto Ulss/Comune/Cittadino, ma ancora più seriamente perché mette in discussione un problema di non poco conto come la partecipazione del Comune alla programmazione sociosanitaria.

IL RAPPORTO DELLA CONSULTA PER LA DIFESA DELLA SALUTE CON ULSS 12

In questo stesso articolo ho segnalato due aspetti e cioè la diatriba fra Comune e Ulss sulle competenze riferite all'integrazione sociosanitaria e il rischio che la ULSS si trasformi in ASL con la perdita di una S che è la S del sociale.

La diminuita contrattualità dei comuni nei confronti delle Ulss di per sé rappresenta un pericolo in questo senso, ma il rischio può tradursi in realtà quando la programmazione sanitaria diviene un fatto esclusivamente tecnico e non è il frutto di una compartecipazione e di una condivisione. Fondamentale per ridurre i pericoli di una aziendalizzazione autoreferenziale e paternalistica e per il rafforzamento delle capacità decisionali degli utenti importante è il superamento della asimmetria dell'informazione e la socializzazione dei saperi.

Il coinvolgimento dei cittadini. Un sistema che coinvolge i cittadini, in un comune processo di mantenimento della salute e di coprotagonista delle proprie cure, essendone responsabilizzato, è, oltre che essenziale per il miglioramento della salute della popolazione, anche produttore di risparmio della spesa sanitaria.

Un moderno sistema sanitario deve sapere promuovere la collaborazione di diversi livelli di responsabilità capace di garantire livelli di assistenza uniformi, deve quindi impegnare una pluralità di soggetti avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione necessari per una governance della salute.

La *governance* è un governo allargato alla partecipazione di più soggetti, per una programmazione partecipata e condivisa nel rispetto dei reciproci ruoli.

L'innovazione tecnologica, lo sviluppo delle conoscenze scientifiche, le moderne forme di organizzazione dell'assistenza si trovano a doversi confrontare con mutamenti sociali e dinamiche demografiche in continuo movimento. Si deve pertanto registrare un mutamento anche dei bisogni di salute dei cittadini che, se non ben letti, interpretati e non soddisfatti, non solo incidono sulla salute, ma incidono anche negativamente sulla spesa sanitaria

Fattori essenziali per un sistema efficace ed efficiente. In questo quadro assumono importanza fattori compositi.

Certamente la valorizzazione di competenze e disponibilità professionali ed umane degli operatori della sanità rappresentano uno strumento essenziale per l'efficacia degli interventi, per un corretto uso delle strumentazioni sempre più costose e sofisticate, ma anche per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Altrettanta importanza assume la maturazione di una coscienza civile per la promozione della salute da parte dei cittadini che non può prescindere da una personale responsabilizzazione diretta e consapevole del proprio benessere psico-fisico e sociale.

Fattori non sanitari giocano inoltre un ruolo non indifferente riguardo il mantenimento della salute o addirittura nel favorire processi morbosi, specialmente negli individui a rischio, si tratta di fattori economici e sociali che sfuggono al controllo del singolo individuo, che pertanto mettono in gioco altre istituzioni che non hanno una diretta competenza sanitaria, ma che non possono essere escluse da momenti programmatici e promozionali.

Ne risulta l'importanza del coinvolgimento degli utenti per una presa di coscienza consapevole del proprio stato di bisogno sia di salute che di interventi sanitari per rinforzarne l'autonomia decisionale ed una interazione positiva coi servizi, riducendone l'insoddisfazione e la protesta a volta immotivata. Contemporaneamente è importante il coinvolgimento e la responsabilizzazione, non solo di tutti gli enti interessati ed in primis i Comuni, ma anche del volontariato e di tutti i produttori di beni e servi-

SEZIONE

zi profit e no-profit. In questo modo si valorizza il principio della sussidiarietà, in modo da operare a livello di rete, in cui tutti i soggetti collaborano e interagiscono tra loro.

Rete di solidarietà e welfare community. L'importanza della costituzione di questa rete ha il doppio scopo di coinvolgere in un progetto condiviso l'utente che non è più solo oggetto di un progetto salute-malattia, ma ne diventa coprotagonista e conferisce reale significato alla centralità dell'utente.

Certamente che governare o comunque partecipare al governo di una rete di solidarietà in modo efficiente risulta più difficoltoso dell'adottare una modalità gerarchico burocratica, tuttavia penso sia importante passare dallo Stato sociale alla comunità solidale in modo da garantire una maggiore partecipazione della società civile, secondo i valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune.

Come illustrato dal dott. Sandro del Todesco¹⁵ il Comune di Venezia ha costituito, il Dipartimento del Welfare *"nel quale le diverse competenze vengono ricondotte, sia a livello politico istituzionale che strutturale, funzionale ed organizzativo, ad un coordinamento unitario di indirizzi ed interventi"*; il Comune inoltre si avvale di diverse consulte fra le quali la Consulta per la Tutela della Salute. Indubbiamente il Comune di Venezia rappresenta un caso esemplare in campo nazionale per l'organizzazione nei confronti delle problematiche sociali, Contemporaneamente la ULSS 12 veneziana vanta il migliore ospedale europeo nonché altri istituti di eccellenza e tecnici validi, una stretta collaborazione fra Comune e Azienda Sanitaria potrebbe rappresentare un esempio di realizzazione di *Welfare Community* e Venezia divenire la città della salute.

Vogliamo perdere questa possibilità e percorrere la via della separatezza e del sequestro dei saperi?

Ai cittadini interessa avere cure adeguate al bisogno e la difesa della salute, non hanno interesse che *"l'Ospedale di Mestre sia una grande Industria"*¹⁶, ma vogliono agenzie e servizi che producano salute.

¹⁵ Intervento cit. nota 1 p. 6.

¹⁶ Intervista al D.G. dott. Antonio Padoan: "Il Gazzettino" 22.11.2009 p. IX.

Qualità e umanizzazione. Un binomio inscindibile per la cura della persona

a cura di

Olmo Tarantino

medico ed esperto designato dalla
Consulta per la Tutela della Salute del
Comune di Venezia

Nella nostra società è giustamente molto viva la domanda e l'attesa di **qualità** nei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali. Viene posta, in fondo, una domanda di **umanizzazione**: che soprattutto nei servizi di accoglienza, di degenza, di informazione sia data la giusta importanza alla correttezza del rapporto umano. Anche , e soprattutto agli operatori sanitari (medici, infermieri), ai volontari che visitano i malati in ospedale e a domicilio è chiesto un supplemento di sensibilità e di paziente attenzione alle persone.

SEZIONE

L'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA

La medicina negli ultimi cinquant'anni, a livello diagnostico-terapeutico, è progredita maggiormente che nei precedenti venti secoli, sconfiggendo gravi patologie, aumentando e perfezionando l'area chirurgica, offrendo efficaci risposte nei settori della traumatologia, del pronto soccorso in situazioni di emergenza – urgenza e della riabilitazione, beneficiando delle conquiste della bioingegneria genetica e del contributo delle neuroscienze.

Anche se rimangono irrisolte gravi patologie, il mondo occidentale possiede oggi le tecniche sanitarie migliori della sua storia oltre che una sanità estesa nelle prestazioni a tutta la popolazione, una discreta autonomia del paziente e, in molti casi, anche una adeguata struttura alberghiera.

Ma, pur trovandoci in una situazione favorevole, ***spesso siamo insoddisfatti perché l'evolversi delle scienze mediche e delle conoscenze scientifiche non sono state accompagnate da un analogo sviluppo delle evidenze etiche ed umane.*** Infatti, la medicina e, di conseguenza, gli operatori sanitari si sono sempre più allontanati dai bisogni dell'uomo, svuotando le professioni socio-sanitarie dagli ideali filantropici vanto della medicina di Ippocrate.

Molti ambiti curano unicamente la patologia, disinteressandosi o assegnando importanza irrilevante alla dimensione umana e psicologica della persona del malato.

Spesso, non si è compreso che non esiste unicamente la malattia ma il malato, non il caso clinico ma l'uomo- persona; il corpo, inoltre, è considerato una sfera separata dalla persona e, di conseguenza, l'attenzione è rivolta solo all'organo non funzionante.

Da qui l'accusa di "inumanità delle cure" che si verifica allorché vi è la ***violazione dei diritti umani e il mancato soddisfacimento dei bisogni umani fondamentali del malato.***

L'impressione diffusa ai nostri giorni è che le azioni compiute nella sanità sembrano talora conseguire fini e scopi diversi da quelli istituzionali, ovvero suoi propri specifici, cioè ***l'attenzione alla persona umana nella sua globalità.***

Quando la persona malata è assimilata al cliente di un servizio

Prova ne sia che da quando si è passati alla aziendalizzazione dei grandi ospedali e delle Unità Sanitarie Locali, il malato in ospedale non è più il paziente, provato dalla malattia e dal dolore, quanto il *cliente, l'utente*

dell'azienda a cui ricorre. I bisogni dei pazienti vengono identificati in bisogni di prestazioni; le prestazioni, poi, hanno valore economico e dalla somma delle prestazioni deriva il ricavo dell'ospedale. In sostanza l'ammalato che arriva in ospedale è un fruitore di prestazioni e le attività sanitarie sono trasformate in attività produttive, per cui ad ogni ricovero deve corrispondere un valore economico secondo un modello chiamato D.R.G. (sigla anglosassone che tradotta in italiano significa "classificazione delle tariffe per gruppi omogenei di diagnosi").

L'espedito quindi di far quadrare i bilanci di queste aziende è la creazione dei D.R.G. con conseguente induzione da parte della Regione e/o dello Stato di una forte mentalità di produzione, facendo rispettare i freddi parametri di cura con un determinato numero di giorni di degenza per ogni tipologia di malattia. Da tutto ciò spesso consegue una precoce deospedalizzazione dei pazienti.

I ricoveri sono più brevi anche per incrementare il turn-over delle degenze in vista di più ricoveri e quindi più prestazioni e ricavi; inoltre la possibilità di attrarre pazienti al di fuori del proprio bacino di utenza porta ad incrementare le prestazioni.

La "vocazione economica" degli ospedali

Questa nuova "vocazione economica" degli ospedali, se da un lato porta a ridurre determinate spese inutili di degenza protratta e non necessaria, dall'altro il rientro del malato nel proprio domicilio diventa conflittuale quando questo non è stabilizzato nella sua malattia e inoltre mancano i supporti di assistenza domiciliare integrata. Dunque assistiamo ad un vero e proprio conflitto tra aspetti economici e principi etici per:

- dimissioni precoci (a volte inappropriate)
- potenziamento di alcuni settori della medicina più redditizi sulla base dall'attuale sistema di rimborso delle prestazioni con conseguente ridimensionamento di altri;
- tendenza alla riduzione del personale medico, infermieristico e tecnico;
- ottimizzazione in funzione dell'efficienza, talora a discapito di qualità e di efficacia;
- attenzione sempre più marcata alle prestazioni che al prendersi cura.

In questo nuovo quadro della sanità si comprende bene perché per un malato cronico, affetto da più patologie, trovare un'adeguata assistenza è sempre più difficile. Questi malati – che di norma sono persone anziane – vengono considerati dei pesi dai sistemi di prestazioni e produttività di cui sopra.

SEZIONE

La difficile gestione dei malati cronici

La gestione di malati anziani cronici, non autosufficienti, oncologici, in fase terminale, psichiatrici, portatori di disabilità invalidanti e gravi, il malato privo di mezzi e, infine, gli immigrati post-traumatici e post-ictus, è difficilmente gestibile dalle sole famiglie, che spesso non ricevono dallo Stato un adeguato aiuto economico.

A tutto ciò bisogna aggiungere che i parenti lavorano tutti, vivono in abitazioni non idonee e in genere hanno meno attitudine alla disponibilità. Le famiglie sono sempre più mononucleari – con un futuro non roseo in termini di assistenza da parte dei figli verso i genitori – disgregate dal divorzio e minate dalla instabilità della coppia. La società modificata nei suoi valori presenta una scarsa accettazione della sofferenza, le strutture ospedaliere per necessità di liberare i posti letto guarda più al cliente acuto che non a quello cronico.

Quando si parla di “**disumanizzazione**” negli ospedali o più in generale nella sanità, significa parlare di comportamenti che tendono a negare la persona nella sua globalità e il suo valore, che tendono a farla diventare *cosa* (corpo), su cui si fanno le *cose* (le prestazioni).

LA QUALITÀ NEI SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI

Oggi in tutti i contesti e a tutti i livelli, si parla con insistenza di *qualità* : qualità della vita, qualità del lavoro, qualità del servizio, qualità del prodotto, qualità totale, miglioramento continuo della qualità, verifica e revisione della qualità. E' questa una metodologia che tocca molteplici aspetti ed è la chiave del successo in molti settori, anche in quello sanitario.

Nel caso della sanità per *qualità* si deve intendere “*il grado con cui i servizi sanitari incrementano la probabilità per i singoli individui e per una popolazione di ottenere i risultati sanitari desiderati, coerenti con lo stato attuale delle conoscenze professionali.*”

L'alta specializzazione è diversa dall'eccellenza

Spesso si confonde l'alta specializzazione con l'eccellenza, ma si tratta di due cose diverse. L'*alta specializzazione* è un sistema basato anche sulla tecnologia, l'*eccellenza* è legata invece al talento di un medico, di una equipe, di un reparto. Si tratta in questo secondo caso di un di più che si guadagna sul campo, grazie alla competenza e all'efficacia delle cure. L'“eccellenza,” dunque, riguarda, ancora una volta, la **qualità delle risorse umane**. E, come vedremo, poiché tra le risorse umane vanno annoverati

anche tutti i partecipanti che contribuiscono a costituire una “**rete per l’umanizzazione o rete di prossimità**” nel territorio, dipende anche dalle loro doti di mente e di cuore il rendere di qualità “eccellente” il loro servizio in aiuto di chi è nel bisogno.

Diverse visioni della qualità dei servizi

Da queste precisazioni si evince che la qualità riguarda l’organizzazione di un servizio, oltre l’attività dell’operatore. E la finalità è: **la soddisfazione del cliente.**

Oggi nei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali vi è **la mancanza di identificazione del concetto di qualità tra operatori e pazienti.**

In ospedale, l’operatore sanitario, utilizzando tutte le risorse che le scienze mettono a disposizione, percepisce la qualità prevalentemente da un punto di vista tecnico, mentre il paziente la chiede rivendicando, oltre l’accettazione dei suoi valori in quanto *persona* e della sua autonomia, anche un buon aspetto relazionale e un soddisfacente confort alberghiero.

Il personale di un albergo, di un negozio, di una compagnia aerea ..., nella maggioranza dei casi, presta la massima attenzione al cliente e al suo concetto di qualità mediante un approccio educato, una sensibilità nel percepire i suoi desideri e i suoi valori. In ospedale questo avviene poche volte, ritenendo che il malato debba adattarsi ai ritmi della struttura complessa e non questa ai desideri del cliente-paziente. Un esempio emblematico è l’assurdo orario del pranzo e della cena vigente in parecchi Enti.

La mancanza di convergenza sui parametri qualità, la poca attenzione ai bisogni e ai desideri del sofferente dimostrano che il paziente, in vari casi, non è percepito come “il cliente” o meglio “il datore di lavoro” cui offrire il massimo.

La metodologia della Qualità Totale

Le metodologie che fanno riferimento alla Qualità Totale sono presenti, da decenni, nel contesto lavorativo giapponese che deve all’applicazione di queste la rinascita economico-industriale del dopo-guerra e la posizione di leadership in molti ambiti del mercato mondiale.

Proprio le leggi 502/92 e 517/93, che hanno trasformato radicalmente il nostro sistema sanitario, hanno previsto sistemi di verifica e di revisione della qualità, dalla medicina di base al ricovero ospedaliero e a tutti gli ambiti della prevenzione, cura e riabilitazione

La **qualità** nel settore sanitario deve procedere parallelamente con l’uma-

SEZIONE

nizzazione per evitare che l'attuale impostazione aziendalistica tradisca, nuovamente, il malato. E' impensabile una struttura sanitaria senza umanità, sarebbe come una religione senza fede, un matrimonio senza amore, una civiltà senza "compassione".

SIGNIFICATO DI "UMANIZZAZIONE"

Quando si parla di "*umanizzazione*", ci si riferisce ad **un processo inteso a rendere una realtà degna della persona umana, rispettosa e coerente con i valori che essa sente come peculiari e inalienabili.**

Il riferimento di tale definizione al mondo della sanità apre ad un orizzonte ampio e pluridimensionale che comprende i seguenti settori:

- il rapporto di dialogo e corresponsabilità tra personale sanitario e pazienti;
- la formazione del personale sanitario, che necessita di una più accentuata dimensione umanistica;
- l'architettura dei luoghi di assistenza fatta a misura umana;
- l'amministrazione della sanità, spesso troppo burocratizzata e politicizzata;
- la presenza dei sindacati, cui si domanda attenzione non solo ai diritti dei lavoratori, ma anche a quella dei malati e dei loro familiari;
- l'area dei diritti dei pazienti (tribunale dei malati)
- il settore occupato dai problemi etici, che va dall'esame delle scoperte biomediche, allo studio delle malattie ancora resistenti (tumori e malattie genetiche) e alla prevenzione in generale, compresa quella per prevenire i disastri ecologici e gli incidenti sul lavoro (morti bianche), ecc.

Se la vastità dei temi legati all'umanizzazione del "mondo sanitario", va tenuta presente, è bene però rilevare che il **centro dell'attenzione è costituito dalla dignità della persona del malato e dalle relazioni tra pazienti e personale.** E' a tale livello, infatti, che si avverte la minaccia a valori fondamentali, come i seguenti:

- la centralità del malato;
- la partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico (consenso informato);
- la presenza di relazioni autentiche (non funzionali) in uno spirito di uguaglianza;
- il rispetto della persona degli operatori socio-sanitari

La centralità del malato

Tale valore esige, da un lato, che tutta la dinamica organizzativa dei servizi debba proporsi come obiettivo l'uomo o la donna che soffrono, nel corpo e nello spirito, le più svariate conseguenze dell'infermità e, dall'altro, che il malato sia considerato nella totalità del suo essere bio-socio-psico-spirituale.

Un servizio sanitario non dovrebbe essere concepito per far fronte ad un "bisogno", ma piuttosto per rispondere ad una persona per la quale, in un determinato momento della vita, un "bisogno" assume un'importanza relativamente maggiore. Di fronte ad un servizio, infatti, sta sempre una *persona*, non un "bisogno".

La separazione tra la persona e le sue necessità, fino a dare artificialmente vita al "bisogno" in forma quasi indipendente dalla persona che ne è portatrice, pone certamente in pericolo l'integrità del malato

Il rispetto di questo valore comporta anche la lotta alla marginalizzazione di alcune categorie di malati come i morenti, i diversamente abili, i malati mentali.

Il "*prendersi cura*" è diverso dal "*curare*" ! Il "curare" è legato ad una concezione di medicina in cui prevale il lato biologico e l'ammalato è considerato come un oggetto; il "prendersi cura" fa riferimento ad una concezione globale del paziente in cui sono prese in considerazione anche le componenti psicologiche, spirituali e sociali dell'uomo inteso come *persona*. Il paziente che in ospedale soffre fisicamente per la malattia e per le ansie che questa gli procura, o che agonizza e muore, necessita al suo fianco di operatori preparati a curarlo efficacemente, ma anche idonei ad esprimergli *solidarietà umana, comprensione e pietà*.

Umanizzare significa restituire all'ospedale il suo significato originale, per cui tutto deve ruotare attorno alla persona e alle sue necessità. Il paziente è la stella polare che dà la direzione, la rotta, il senso da seguire. E' un capovolgimento completo, una novità considerevole nell'approccio: finora gli ospedali ed i servizi sanitari nel territorio sono stati progettati e hanno funzionato in base alle esigenze degli operatori: medici in primo luogo, ma anche infermieri, tecnici, gestori, burocrati, economisti, spesso con un modesto senso del servizio e del dovere e alto senso del proprio ruolo e dei propri diritti.

L'**umanizzazione** riguarda tutti gli aspetti e tutte le fasi dell'assistenza e della cura; dal ricovero alla dimissione (situazione alberghiera, prestazioni sanitarie, qualità della vita del degente, aspetti relazionali, facilitazione nella continuità delle cure).

SEZIONE

La partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico

Essa comporta una distribuzione più adeguata del sapere e del potere tra personale e ammalato in modo che quest'ultimo possa passare da una docile passività ad una presa di responsabilità nei confronti della propria malattia e delle conseguenze che essa provoca.

La **persona**, nel nostro caso il malato, per la filosofia dell'umanizzazione, è il principale interlocutore, un soggetto responsabile e non soltanto un passivo fruitore di servizi al quale è tolta ogni autonomia. In questo contesto rientra l'obbligo del "consenso informato" e, prima ancora, di una adeguata comunicazione umana e umanizzante.

La **comunicazione** è uno strumento fondamentale del rapporto medico-malato; questo, a sua volta, è l'aspetto caratterizzante di ogni medicina efficace. L'atto medico può esprimere varia profondità di conoscenze, può condensare un bagaglio più o meno ricco di esperienza, può possedere un diverso contenuto tecnologico, ma se esso non è calato nella intimità sofferente, del malato, se non è preceduto e sostenuto da una condivisione profonda, perde in partenza una parte essenziale della sua capacità terapeutica. La condivisione si realizza attraverso un contatto umano, spirituale e anche verbale, di cui la comunicazione è il tramite indispensabile.

Comunicare è, prima di tutto, ascoltare la voce di chi è nel bisogno, mettersi in atteggiamento di disponibilità interiore, di apertura d'animo, di capacità di empatizzare con lui.

L'ascolto è arte difficile: non è solo un gesto fisico, ma capacità di capire e di "accogliere" l'altro così com'è e non come vorremmo che fosse.

Tutto ciò è possibile allorché si è stabilito un rapporto di reciproca fiducia. In sua assenza il rapporto diadico medico-paziente si trasforma in un triangolo, un angolo del quale è occupato da quello che i sociologi definiscono "l'altro", essendo considerato il medico soltanto un "prestatore d'opera" al pari di tanti altri.

L'altro sono i mass media, l'industria della salute, le associazioni dei cittadini, le risorse economiche, le scelte aziendali, la magistratura, Internet, i contratti e le convenzioni e le medicine alternative, che incombono e condizionano, direttamente o indirettamente, quel rapporto tra due persone.

Il rispetto della persona degli operatori

Il mondo della sanità si trasforma in un ambiente disumano per il personale quando quest'ultimo è costretto a sopportare modalità di lavoro che

offendono la sua dignità, obbligandolo a comportamenti che eviterebbe volentieri o che sono contrari al suo modo di concepire l'assistenza ai malati. In alcune situazioni, che fanno appello alla coscienza individuale, va rispettata "l'obiezione di coscienza".

Fondamento etico dell'umanizzazione

Si può quindi concludere che *il fondamento etico dell'umanizzazione è costituito dal riconoscimento della dignità della persona umana in tutti e in ciascuno, nel paziente, nel medico, nell'infermiere, e nell'amministrativo.*

L'espressione "*dignità della persona umana*" non vuole dire nulla se non significa che, per legge naturale, la persona umana ha il diritto di essere rispettata, è soggetto di diritto e possiede dei diritti. Vi sono cose dovute all'uomo per il fatto stesso che è uomo.

Tutto ciò non è sentimentalismo, ma è il *sentimento* che va posto accanto all'intelligenza e alla volontà nell'esercizio dell'arte sanitaria.

IL PROCESSO DELL'UMANIZZAZIONE

L'**umanizzazione** non è un'operazione di facciata, ma uno stile di comportamento che coinvolge gli operatori socio-sanitari, i responsabili politico-amministrativi, le Associazioni dei malati e dei loro famigliari, le organizzazioni di volontariato, tutte le forme di rappresentanza sociale che nascono e crescono nel territorio, e tutti i cittadini che sentono il dovere civico di dare il loro contributo

Coinvolge i politici nell'individuare strategie rispondenti sia ai bisogni di salute che di cura dei cittadini.

Coinvolge gli amministratori nell'impostare corretti modelli organizzativo-gestionali, superando logiche burocratiche, rifuggendo da risposte preconfezionate e da prestazioni standardizzate, provvedendo ad una equa distribuzione delle risorse anche per creare condizioni logistiche adeguate.

Coinvolge le figure apicali facendosi carico della fatica psicologico-relazionale che investe ogni professione di aiuto alla persona, assicurando adeguate gratificazioni ed incentivi, non solo economici, ma anche orientati ad una crescita professionale ed umana. Infatti, **un clima umanizzato può nascere solo da operatori che si sentano essi stessi valorizzati e rispettati.**

Coinvolge i volontari, che con la loro presenza non solo ribadiscono il

SEZIONE

diritto-dovere alla giustizia, ma manifestano un "più" di umanità come risposta a quel bisogno di "qualcosa di più", presente nel sofferente. Vivere e diffondere la cultura e lo stile dell'umanizzazione per il volontario sono impegni prioritari che si concretizzano mediante la testimonianza e il servizio offerto con grande disponibilità gratuita.

Quando tutti capiscono che l'attività e la presenza del volontario sono determinate unicamente dalla solidarietà disinteressata, dalla gratuità, solo allora questi diventa credibile, agevolato nel suo servizio e agente di umanizzazione.

Con la sua capacità di previsione di soluzioni innovative e forza di cambiamento il volontariato è chiamato, dunque, a produrre cultura, cioè affermare valori fondamentali, promuovere nuovi atteggiamenti mentali, nuovi modelli di comportamento, prima ancora che produrre servizi **Coinvolge tutti i cittadini** che intendano trasformarsi da "consumatori passivi" dei servizi sanitari in "attori corresponsabili e partecipi" di un bene che è comunitario, quello della salute. (legge 833/78).

Anche ad un esame sommario della situazione ambientale e sociale ci si accorge che, se si vogliono ottenere risultati nella medicina preventiva, nel suo momento territoriale, è necessario fare appello alla corresponsabilità dei cittadini e dare spazio alla loro partecipazione. Peraltro il termine *socializzazione* che caratterizza il modello di riforma sanitaria italiana sarebbe una parola vuota se non volesse dire partecipazione sociale in senso attivo e non soltanto in senso beneficiario e consumistico.

L'UMANIZZAZIONE NELLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

L'umanizzazione è la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e confort per percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino.

La risposta alla sfida dell'Umanizzazione della sanità sia negli ospedali che nei distretti socio-sanitari, nelle case dei malati, degli anziani non autosufficienti, dei diversamente abili, non può essere che uno sforzo collettivo per trovare vie nuove, agganciandole ad una concezione della vita capace di ispirare relazioni personali autentiche e di piegare l'opera delle Istituzioni nel senso di un più grande rispetto dell'uomo.

Riumanizzare la medicina significa pertanto lottare per riconfermare una moralità basata sulla dignità della persona.

Oggi occorre ricollocare il malato al centro dell'attenzione dell'orga-

nizzazione della sanità, prendere consapevolezza che il vero protagonista, la ragione d'essere di tutta la struttura è lui, la persona malata.

Per ottenere questo cambiamento è essenziale adottare una **politica per l'umanizzazione** come primo passo per orientare l'organizzazione della sanità verso la **centralità della persona umana**, prendendo in considerazione le sue componenti fisica, mentale, emotiva e spirituale, e individuando strategie adeguate.

Ricordiamo che la **salute** è l'unico diritto che la Costituzione qualifica espressamente come fondamentale. È questo un altro aspetto della centralità della persona.

L'adeguamento ai bisogni dei cittadini

Con il Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992, è stato introdotto il **principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti.**

All'art. 14, lo stesso Decreto preordina allo scopo uno specifico sistema di indicatori (poi approvati con il Decreto Ministeriale del 15.10.1996) *per la valutazione delle dimensioni del servizio riguardanti l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'attività di prevenzione delle malattie.*

Si tratta di una grande assunzione di responsabilità e cui deve corrispondere una crescente responsabilizzazione degli operatori socio-sanitari e degli stessi cittadini utenti, che diventano "registri" delle prestazioni loro destinate o del processo di cura attivato nei loro confronti .

La Regione del Veneto da tempo ha avviato uno studio sul tema dell'**umanizzazione**, mettendo a confronto le esperienze realizzate fino ad oggi nelle varie realtà socio-sanitarie regionali, prima tappa di un cammino teso ad orientare l'intero sistema sanitario regionale verso la **centralità della persona umana.**

Convergenza ed interazione

Due parole chiave improntano l'orientamento strategico regionale:

- la **convergenza**, quale tratto di unione tra i diversi sistemi di gestione delle Aziende Ulss del Veneto, e quindi dei vari servizi socio-sanitari regionali.
- la **interazione** non solo tra le Aziende Ulss e Ospedaliere del Veneto, ma anche con le **Associazioni, le Organizzazioni di volontariato e con tutte le forme di rappresentanza che nascono e crescono nel territorio regionale, onde, tra l'altro, collaborare alla costruzione di una "rete per l'umanizzazione" nel territorio.**

SEZIONE

Sono queste le premesse affinché sia posta in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie nel territorio. **Solo così si potrà realizzare quella continuità assistenziale, dall'ospedale al proprio domicilio, che rende effettivo il diritto alla salute del cittadino.**

Farsi carico della persona nella sua globalità

In questa prospettiva, *“umanizzazione” significa curare la persona nella sua globalità all'interno di un contesto di sempre maggior frazionamento e specializzazioni.*

Oggi il territorio è presidiato da istituzioni sparse, e separate dal punto di vista organizzativo: medici generali, pediatri di libera scelta, guardia medica, medicina dell'emergenza, centri d'igiene mentale, servizi pubblici di prevenzione, specialisti ambulatoriali, servizi infermieristici territoriali, medicina dei servizi, servizi di assistenza sociale, case di cura private, residenze sanitarie assistite, laboratori e studi radiologici privati, volontariato.

Questa situazione, ricca di opportunità in sé, rende tuttavia difficile l'assistenza di un cittadino che, dimesso precocemente, necessita d'assistenza domiciliare integrata, monitoraggio clinico e strumentale dell'evoluzione della malattia, controllo dell'efficacia delle cure, ed eventuali cure e controlli specialistici ambulatoriali programmati. Ne consegue che il cittadino non riesce a trovare nelle strutture pubbliche o private del territorio, neppure coordinate funzionalmente tra di loro, la soluzione ai suoi problemi.

Si avverte così la improrogabile necessità di istituire *team*, composti da medici ospedalieri e del territorio, e dalle altre professioni sanitarie e non sanitarie (informatici ed economisti), deputati a progettare “per obiettivi”, insieme alle Direzioni Aziendali, una gestione della malattia integrato ospedale/territorio dei percorsi clinico-assistenziali delle patologie croniche più rilevanti, e l'assunzione da parte di ognuno della responsabilità che corrispondono al suo ruolo riconosciuto, a competenze prevedibili, e a soluzioni che tengano conto della realtà fattuale.

La gestione della malattia non è prerogativa di questo o quel settore e comparto, o di questa o di quella disciplina, ma è la cultura di un “sistema” di gestione integrata, complessiva, della malattia alla quale devono potere e volere contribuire tutti i settori e i comparti, le discipline specialistiche dedicate ed altre professioni. Il tutto contribuisce alla realizzazione dell'*assistenza domiciliare* intesa come complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di supporto psico-sociale realizzate al

domicilio del paziente o dell'anziano. *Integrata* quando vengono fornite contemporaneamente, se necessario, prestazioni proprie del comparto sanitario e del comparto sociale.

I SERVIZI SOCIALI

La legge 380 dell'11.8.2000, all'art. 19, ha individuato nel Piano di Zona (PdZ) lo strumento strategico per la programmazione e la progettazione dei servizi e degli interventi sociali a livello locale. Il PdZ è l'occasione offerta alle comunità locali per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo e va visto e realizzato come "piano regolatore del funzionamento dei servizi sociali alle persone."

In base alla legge 380/2000 si sarebbero dovuti definire anche i livelli essenziali delle prestazioni sociali, ma questo obiettivo è rimasto a livello di enunciato, tanto è vero che mentre le risorse del fondo nazionale per le politiche sociali vengono ad essere diminuite di anno in anno e di conseguenza quelle regionali, il sistema locale è sempre più sulle spalle dei Comuni ai quali spetta individuare le garanzie da assicurare ai cittadini e le opportunità cui accedere anche attraverso una compartecipazione alla spesa.

L'impegno che le Amministrazioni Comunali stanno sempre più profondendo nell'attività di supporto alle famiglie con anziani o disabili-ammalati in casa, integrata o meno, è frutto della capacità di leggere le esigenze del territorio e della necessità di affrontare le problematiche scaturite dal mutarsi del quadro sociale e dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Le esigenze che ne derivano sono molteplici: supporto nell'attività domestica, assistenza generica o specificatamente socio-sanitaria, aiuto per gli spostamenti, integrazione al reddito, ricerca di soluzioni abitative adeguate, sorveglianza o meglio reperibilità per urgenze, attività di animazione e sostegno-supporto morale, interventi di reinserimento nel contesto domiciliare, programmi di riabilitazione e di gestione della cronicità, e molteplici altre cose ancora.

Si tratta di una mole di interventi che l'Amministrazione Comunale non può e non potrebbe affrontare da sola. Non può farlo per mancanza di adeguate risorse, per l'inadeguatezza degli strumenti giuridici ed organizzativi con cui può muoversi (burocrazia, mancanza di flessibilità, molteplicità delle professionalità implicate), per l'intrecciarsi di ambiti di intervento coinvolgenti più Istituzioni, per il desolante risultato di una carenza di programmazione e di progettazione sulle dinamiche sociali,

SEZIONE

per la carenza generalizzata di soluzioni innovative e di capacità di coinvolgimento dei cittadini al problema complessivo.

C'è una consapevolezza diffusa tra i cittadini della rilevanza del problema assistenziale, ma al contempo c'è una generalizzata tentazione di estraniarsi dal problema e di deresponsabilizzarsi, alla luce delle naturali e, peraltro, legittime esigenze personali e delle innegabili problematiche individuali

Sviluppare reali politiche di prossimità e di solidarietà

La situazione sarebbe ingestibile se non ci trovassimo in presenza del concreto e diffuso supporto ai singoli casi, gestito dalle famiglie, da gruppi organizzati o, talvolta, dai medesimi soggetti interessati. Si tratta naturalmente di *reti informali*, non collegate e scarsamente strutturate, che gestendo localmente delle risorse limitate e, per lo più soltanto umane, possono garantire una assistenza minimale ma essenziale.

Tale rete è costituita proprio dai familiari, dai vicini di casa e dal contesto amicale, dalla figura delle badanti o, comunque, dalle collaboratrici domestiche, dalle associazioni di volontariato, dalla parrocchia e da altre aggregazioni spontanee. Questa rete, adeguatamente supportata e coordinata, è normalmente in grado di gestire efficacemente l'ordinario e, pur mantenendo una caratteristica di precarietà e spesso di sporadicità, di soddisfare alcune esigenze minimali dei soggetti.

Diversa è la situazione quando subentrano seri problemi di salute o di autonomia personale. In tal caso la rete informale di assistenza è messa in crisi e la situazione deve essere affrontata attraverso una molteplicità di interventi che prevedono una ***integrazione di tipo socio-sanitario ed assistenziale***

Il contenimento dei costi penalizza i servizi

I tagli al sistema sanitario, che si stanno rendendo necessari in questa congiuntura politico-amministrativa, stanno proprio andando a penalizzare quelle aree di assistenza che prevedono l'integrazione tra interventi socio-sanitari ed assistenziali, ovvero il settore della psichiatria, delle tossicodipendenze, della risposta ai problemi degli anziani e dei disabili.

Anche la mancanza di incentivi al **sostegno della spesa delle famiglie per l'assistenza e per i bisogni sociali**, ha indebolito la possibilità di queste per gestire e risolvere direttamente le proprie situazioni.

La mancanza di incentivi consistenti ha finora impedito la crescita del settore dei servizi alla persona, la sua trasparenza e la creazione di regole certe capaci di tutelare la qualità degli interventi e la correttezza dei rapporti di lavoro.

La qualità dei servizi è fondamentale

Da parte loro, le Amministrazioni Comunali corrono il rischio di attivare dei servizi tenendo conto soprattutto degli aspetti economici più che della *qualità* delle prestazioni erogate, cercando di gestire le emergenze e le situazioni di grave precarietà, senza riuscire ad incidere realmente sulle dinamiche sociali causa del problema (vedi **Politiche di sostegno alla famiglia, Politiche di lotta alla disabilità, Programmi di medicina preventiva**, ecc.), a valutare correttamente la reale priorità delle molteplici richieste (vedi **Indagini conoscitive sulle situazioni locali, Rapporti con gli organismi di rappresentanza e con i gruppi di interesse**, ecc) ed a valorizzare la rete informale di assistenza sul territorio.

Una politica sociale efficace ed adeguata alle esigenze del territorio trova i suoi limiti maggiori nelle risorse che le singole Amministrazioni Comunali riescono a mettere a disposizione per organizzare e gestire i progetti di intervento. Queste risorse devono essere reperite soprattutto attraverso le entrate proprie dell'Ente a causa di una riduzione consistente delle risorse specifiche concesse dallo Stato e di una politica regionale piuttosto centralista nella gestione delle risorse per il settore.

Si tratta, comunque, di risorse solitamente non proporzionate alle esigenze del territorio e che, quindi, vanno utilizzate in modo competente ed adeguatamente finalizzate.

LA "RETE PER L'UMANIZZAZIONE O RETE DI PROSSIMITÀ"

Come sancito dalla Legge di Riforma Sanitaria n. 833 del 1978, che fa eco alla Costituzione italiana, e come ormai è a tutti noto, la tutela della salute spetta di *diritto* al singolo cittadino ed è *interesse* della comunità .

Allorché ciascuno di noi si trova di fronte alla malattia, come primo impatto prova una sensazione di sgomento, se non di paura. Le reazioni personali successive dipendono dai valori, dalla fede, dalle risorse che ciascuno possiede e, ultimamente, anche dalle risorse economiche a sua disposizione per poter affrontare la situazione.

Sicuramente la malattia rappresenta una realtà che non possiamo affrontare da soli. Per cui l'essere curati in caso di malattia, oltre ad essere un diritto dell'individuo ed interesse della comunità, sancito per legge, rappresenta un momento privilegiato di incontro, di relazione. Subentra la necessità non solo di essere informati, curati, assistiti, ma anche di essere accompagnati in tutto ciò che può conseguire ad essa.

SEZIONE

L'approccio complessivo alla malattia ha come importantissima conseguenza la necessità di instaurare la relazione con gli altri e, dunque, con la società.

Importanza della relazione umana nel tempo della malattia

Dovendo fare i conti con le scarse risorse economiche, con la burocrazia, con tutta una serie di problematiche, oggi la sanità accosta il malato con estrema pragmaticità, per cui piuttosto che curare la persona nella sua globalità viene curata la malattia. Nascondendo dietro alla tecnologia, molto spesso dietro a problemi di tipo organizzativo il mancato "prendersi cura" integralmente della persona attraverso la relazione interpersonale.

Ciò dimostra come il problema dell'**umanizzazione nella gestione dei servizi socio-sanitari, e sociali** non dipende soltanto da carenza di risorse o dalla mancata soluzione di problemi organizzativi, ma è un **problema di ordine culturale**. Che coinvolge non solo la sanità, il mondo della salute, ma la società tutta intera. Pertanto l'**umanizzazione** auspicata non riguarda soltanto un modo di entrare in relazione, del "prendersi cura" da parte della sanità, del mondo della salute, **ma riguarda anche tutti i cittadini, le comunità.**

L'impellente necessità di cambiamento, di un **approccio culturale umano e umanizzante** è reso ancor più manifesto ai nostri giorni dalla mentalità egoistica e distorta creata dalla cultura dominante nella nostra società, dove l'aspirazione suprema è il proprio tornaconto ed il proprio benessere individuale ed esclusivo come se questo fosse l'unico scopo della vita, negando attenzione all'altro soprattutto quando è in situazione di bisogno. Ne consegue tra l'altro l'occultamento della morte, il disagio con cui vengono affrontate la disabilità, e le diversità.

E' giocoforza che l'elaborazione di tale cambiamento culturale debba nascere e svilupparsi in seno alle comunità, curando al suo interno la relazione, il formarsi di una "rete per l'umanizzazione o rete di prossimità, intesa come connessione interumana, come rapporto vivo interpersonale" nel territorio dove la gente vive e lavora.

L'elaborazione culturale non può essere delegata alla televisione o all'informatica. Sono sicuramente validi strumenti di supporto, *ma non sono in grado di creare connessioni interumane, la relazione appunto come rapporto vivo interpersonale.*

La situazione delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie

L'elevato numero di persone disabili, in particolare di anziani non solo della terza, ma anche della quarta età, rende difficile la gestione della vita quotidiana per molte famiglie.

I costi che gravano su chi assiste in modo continuativo un malato sono molti: si limita la vita relazionale sociale, si vive un elevato livello di stress; si subiscono vari svantaggi fisici (notti insonni, tensione emotiva, stanchezza ed anche stati di malattia, ...). In termini tecnici tali svantaggi prendono il nome di **carico assistenziale** che andrebbe valutato secondo alcuni criteri fondamentali: il carico di lavoro che comprende i carichi del compito assistenziale e i carichi socio-emotivi; le risorse che comprendono le strategie adottate da chi assiste per far fronte alle difficoltà, le caratteristiche di personalità, la salute, le disponibilità economiche; la crisi di declino: vissuto emotivo che accompagna chi cura persone in particolari condizioni cliniche e riguardano la consapevolezza del declino e della morte, la loro imprevedibilità, la mancanza di tempo, la relazione con l'assistito, la famiglia e il restringersi della libertà di scelta.

Con carichi di tale entità la richiesta di aiuto diventa pressante perché la presenza, in famiglia, di una persona non autosufficiente comporta la revisione completa di tutti i ritmi interni ed esterni della famiglia stessa. C'è bisogno di poter avere, nell'arco della giornata, qualche momento di sollievo dall'impegno di assistenza attraverso la possibilità, offerta all'anziano, di frequentare centri diurni, partecipare ad attività di animazione o ricreative e culturali organizzate. Per questo si richiede la creazione o il potenziamento di attività volte ad una migliore gestione del tempo libero, anche avviando un servizio di trasporto per coloro che non sono in grado di recarsi autonomamente per trascorrere un po' di tempo in compagnia.

Le richieste delle famiglie, legate alle singole situazioni concrete, variano da caso a caso e vanno dalla distribuzione di pasti a domicilio all'assistenza domiciliare post-degenza ai non autosufficienti, alla necessità di interventi preventivi, curativi e riabilitativi per contrastare l'insorgenza o l'aggravamento dei processi infettivi, debilitanti o letali ai quali l'anziano può essere soggetto, ma spesso ci si trova di fronte all'inadeguatezza delle risposte, soprattutto tenendo presente che le esigenze della persona sono di tipo relazionale, affettivo, socio-assistenziale, sanitario, economico e di rispetto della sua identità, compreso il vissuto religioso e culturale.

La "rete per l'umanizzazione o rete di prossimità"

Appare indispensabile ritrovare una solidarietà comunitaria che crei senso di appartenenza e condizioni di vicinanza. Solo la *solidarietà* tra persone che abitano in uno stesso luogo, una forma di *responsabilità condivisa* potrà consentire la costruzione di forme nuove di comunità. E non si tratta di creare comunità ideali, autarchiche o svincolate dal contesto,

SEZIONE

ma di rinforzare e potenziare tutti gli elementi comunitari che questa società continua a portare al suo interno, sapendo che solo procedendo in questa direzione si potrà ricreare una realtà umana e sociale vivibile; anche per gli anziani.

È necessaria un'interazione fra la comunità locale e persone bisognose d'aiuto: il prendersene cura è una dimensione naturale della vita, il riceverla offre sicurezza in momenti delicati dell'esistenza.

Se, in linea di massima, si tengono presenti la persone destinatarie dei servizi, si può considerare anche il percorso inverso, cioè che gli stessi fruitori dei servizi possono divenire protagonisti di iniziative di *welfare* e di attività volontarie.

Occorre l'organizzazione di una rete atta a collegare le diverse unità operative, i diversi servizi ed Enti, per sviluppare processi, formulare scelte strategiche in rapporto alle dinamiche dei bisogni, una rete composta da più entità organizzate, ciascuna dotata di una propria autonomia.

Non è necessaria la creazione di servizi nuovi, ciò che deve caratterizzare la "rete" sono le connessioni esistenti tra le varie unità, legami che consentono di aumentare i vantaggi della propria attività e di ridurne i rischi. Nelle configurazioni a rete le competenze dei servizi non sono rigide, ogni servizio può allargare o restringere la propria competenza a seconda della situazione particolare; nel rispondere alle esigenze dell'anziano un Ente potrà andare ad intersecare gli spazi di altri servizi ma, nello stesso tempo, dovrà lasciare intersecare il proprio da altre unità assistenziali. Il nuovo sistema che ne deriva è un'organizzazione flessibile che permette di rispondere in maniera adeguata alle esigenze sempre più differenziate in relazione alla complessità dell'attuale società.

Condizione indispensabile per l'esistenza della "rete" è la presenza di obiettivi comuni a tutti i servizi. Deve esistere un obiettivo generale, valido per tutti gli Enti formanti la rete: l'obiettivo primario è la salute della persona, alla cui tutela concorrono in pari misura la famiglia, i servizi domiciliari, il volontariato, i servizi sociali e sanitari. Tutti i servizi concorrono, senza alcuna priorità gerarchica, al raggiungimento di tale obiettivo, nessun servizio può considerarsi responsabile esclusivo della salute, anche se il peso delle varie dimensioni, di cui la salute si compone, non è costante né uniforme.

A questo punto è chiaro che la funzione della **formazione degli operatori** a qualunque titolo impegnati, cioè sia tecnici sia volontari, non potrà limitarsi soltanto alla trasmissione di conoscenze tecniche o culturali, ma dovrà sviluppare la capacità di gestire situazioni costantemente nuove, incrementando le attitudini alla valutazione critica, promuovendo doti di

adattabilità socio-relazionale, prima ancora che professionale e lavorativa. Solo così la formazione promuoverà la riflessione e l'interiorizzazione di una conoscenza di cui si possa fare uso sempre e dovunque: ne deriva che tale percorso formativo privilegia il momento creativo ed innovativo dell'operatore, prepara soggetti autonomi, capaci di sviluppare le proprie ed altrui potenzialità, esperti nella dimensione relazionale.

La relazione come stile di vita

L'importanza della **relazione umana nel tempo della malattia** non è soltanto un fatto culturale, un abito mentale, ma deve estrinsecarsi in uno stile di vita umano e umanizzante nei rapporti interpersonali,

Va altresì messo in evidenza il rapporto tra salute e stili di vita sia per quanto riguarda la prevenzione delle malattie, sia per quanto riguarda il nostro atteggiamento nei confronti dell'handicap, dei disagi, dei diversi, degli immigrati, sia per quanto riguarda il nostro comportamento circa la guida spericolata al volante, l'uso e abuso di sostanze alimentari, di alcol, di droghe stupefacenti.

Tutto ciò riguarda non solo il singolo cittadino, ma anche l'intera comunità in quanto è suo interesse il bene di tutti e di ciascuno, come tra l'altro prescrive la già citata Legge di Riforma Sanitaria del 1978.

La partecipazione della comunità nel determinare le scelte politiche della salute e nel mondo della salute

La comunità locale non può considerarsi e atteggiarsi come soggetto passivo per quanto concerne il mondo della salute e le politiche della salute, ma **deve assumere un ruolo attivo** nel determinarne le scelte attraverso la partecipazione espressa dal volontariato, dalle Associazioni dei malati e dei loro familiari, dal Tribunale dei malati, dalle Consulte, dai gruppi di lavoro, da tutte le realtà che devono e vogliono confrontarsi con il mondo della salute.

In seno alla comunità oggi giorno è indispensabile la costituzione di una **"rete per l'umanizzazione dell'assistenza o rete di prossimità"**, organizzata facendo "sistema", fatta cioè di associazioni, di persone, famiglie, piccole comunità, imprese profittevoli e non, volontariato, cooperative, che collaborano intelligentemente insieme onde alimentare il senso di **responsabilità civile, la fiducia e la solidarietà reciproca.**

Una **"rete di prossimità"** come luogo di aggregazione di veicolo - sportello- volano di informazioni e di campagne di sensibilizzazione e di prevenzione nel proprio territorio, che sappia rispondere ai bisogni locali, integrandosi con i servizi socio-sanitari e sociali nel fare "sistema". Che

SEZIONE

funga da "antenna", "sensore" nel territorio; che registra i meccanismi, le iniziative con cui il mondo della salute affronta le difficoltà in loco e le faccia presenti alle Istituzioni, talora suggerendo anche soluzioni.

Una **"rete di prossimità"** che si faccia portatrice di interessi diffusi che riguardano la comunità locale, come luogo di incontro per superare le difficoltà che il singolo da solo non riesce ad affrontare, come luogo di aiuto concreto per trovare sbocchi risolutivi anche con modalità innovative. L'ammalato, l'anziano, ad esempio, hanno necessità di incontrare persone che sappiano indirizzarle e accompagnarle verso strutture sanitarie dove trovare risposte adeguate ai loro bisogni

La **"rete per l'umanizzazione o di prossimità"** nel territorio fatta di tante associazioni e di tante persone che hanno disponibilità di tempo e di risorse, occasione e fonte di aggregazione delle stesse per assommare risorse aggiuntive a quelle esistenti. Da qui può svilupparsi il passo successivo con la fondazione di comunità, l'incontro con il mondo dell'industria per la elargizione di risorse economiche di sostegno alla comunità sul territorio. Altri spazi espressivi possono essere offerti dal privato non profit che, partendo da esperienze di autoaiuto, sa creare strutture che riescono a produrre servizi, risorse sul territorio.

A monte di tutto, fondamentale rimane pur sempre il richiamo all'approccio essenziale all'uomo-persona nella sua globalità, alla sua inviolabile dignità, al rispetto della vita umana dal concepimento alla morte naturale, alla solidarietà. Sono questi i cardini attorno ai quali si ha la possibilità di creare una **"rete di prossimità umana e umanizzante"**, richiedendo l'impegno personale, di aiuto, sostegno, conforto, vicinanza ad integrazione del servizio di assistenza pubblico o del privato sociale ad profit.

L'assumersi un impegno concreto, una precisa responsabilità è la modalità moderna di declinare la solidarietà.

LA SFIDA: UNA COMUNITÀ CHE PROTEGGE LA PROPRIA SALUTE

Il diritto alla promozione e alla tutela della salute, sancito nella nostra Costituzione (art.32) è ormai diffusamente percepito come un diritto fondamentale. E per tanti anni si è parlato di *Welfare State*, cioè di Stato che assiste, che cura la malattia. Il cittadino era "assistito", era "fruitore" delle cure, "utente" del servizio sanitario. Un ruolo passivo.

Ora bisogna cominciare a parlare di **Welfare Community**, cioè di "comunità" che con i propri comportamenti protegge la propria salute. Il ruolo

di tutti noi diventa attivo: se ci ammaliamo diventiamo “partner” dei curanti, e se siamo sani la nostra azione di prevenzione individuale diventa anche beneficio per la comunità.

Solo così si può realizzare la **partecipazione attiva della popolazione alla gestione della propria salute**, fatto che comporta un diverso rapporto collaborativo, una identificazione dei bisogni sanitari reali. L’esperienza insegna che, in genere, nelle associazioni, come in altri organismi della vita di un Paese, si tende ad essere autoreferenziali, sottovalutando o ascoltando sommariamente e senza interesse alcuno quanto proviene dall’esterno, vanificando così ogni possibilità di partecipazione attiva, di crescita culturale, di contribuire a “fare sistema”.

Il “fare sistema”, il non disperdere le energie, ma coagulare le forze, trasmettere cultura, rendere partecipi, è una delle raccomandazioni espresse dal Sindaco di Venezia, prof. Massimo Cacciari, nell’insediare la Consulta il 16 maggio 2006. E ciò per ottenere risultati più concreti, rapidi ed efficaci. Solo così i cittadini possono divenire una risorsa strutturale del Sistema Sanitario Nazionale e delle Istituzioni, e non meri destinatari di servizi e prestazioni. Viene così valorizzato, all’insegna del principio di sussidiarietà, il tanto che essi fanno, ai diversi livelli, per la **tutela della salute come bene comune**.

Inquinamento e danni alla salute. Un cambiamento è urgente nel nostro modello di vita

a cura di

Anthony Candiello¹

membro ed esperto designato dalla
Consulta per la Tutela della Salute del
Comune di Venezia

Talvolta, presi nel vortice dell'“ordinaria
follia” che è la vita quotidiana, non ci
rendiamo conto di quanto il nostro modello
sociale sia sbilanciato sul fronte “consuntivo/
riparatorio” in rapporto all’impegno sul
fronte “preventivo/migliorativo”.

È razionale infondere tanti sforzi (per quanto lodevoli e necessari) in una medicina che si occupa prevalentemente di cura ed assistenza ai malati (operando sugli effetti), e lasciare spazi marginali tanto alla disciplina epidemiologica, che tramite indagini statistiche evidenzia le correlazioni dei fenomeni patologici con gli elementi causali, quanto alla ricerca tossicologica, tesa all’individuazione dei precisi meccanismi biochimici che spiegano i meccanismi alla base di tali fenomeni? È un po’ la stessa “nobile ipocrisia” che ci porta a fornire (essenziali, senz’altro) aiuti alle popolazioni colpite dalle guerre con sostegni medici e supporto alla ricostruzione ... senza magari mettere in discussione le politiche che hanno portato agli eventi bellici, né intervenire per impedire il ripetersi di tali nefasti eventi in altri

¹ Esperto designato della Consulta della Salute. Fisico, consulente di processi di innovazione e qualità, ricercatore attivo su *grid computing*, *eGovernment* e *semantic web*. Nonché portatore di una grande passione scientifica e di una forte tensione etica sui temi ambientali. Email: candiello@gmail.com

tempi, in altri (o persino negli stessi) luoghi ... che senso ha? Perché vi è tanta popolarità (divulgativa, congressuale, scientifica, economica, sociale) nell'esercizio della professione medica dedicata alla (consumativa) cura specialistica e invece viene allontanata quasi con pregiudizio ogni (preventiva) segnalazione motivata di rischio ("preferisco non sapere ...", "ah qui si parla di tumori ...")? Vogliamo promuovere la scienza medica, in grado di prevedere e di intervenire su un piano strutturale, o si intende sostenere solamente la professione medica, tesa più ad offrire un servizio che a prevenire l'accadersi di eventi patologici indesiderati? In definitiva, qualcuno si è mai reso conto di quanto la "cura del malessere" prevale sulla "ricerca del benessere"? E' probabile che – non avendo controllo sulle razionali correlazioni causa-effetto, ciascuno di noi reagisca come da sempre in questi casi: con fatalismo (e quindi, con un processo di rimozione), lasciando l'ignoto fuori dalla propria sfera di protezione. Il punto chiave sta proprio qui: è un ignoto che potrebbe divenire conosciuto. Con gli strumenti a nostra disposizione. Basta volerlo.

Le conseguenze ... e le cause

C'è un fatto nuovo, nei dati sulla salute, che stenta ad avere la giusta luce nei media, generalmente più interessati ai contesti sanitari gestionali e di servizio, se non addirittura ai connessi aspetti economico/aziendali. Un elemento che suscita preoccupazione e che dovrebbe allarmare chi ha le responsabilità e gli strumenti per intervenire.

I medici (nello specifico i medici europei, cfr. Spiroux 2009) registrano da diverso tempo un costante incremento delle patologie allergiche e degenerative, ipofecondità, sterilità, nonché di diverse malattie con una eziologia non completamente chiarita.

Le patologie allergiche – patologie respiratorie, asma, ecc. – colpiscono oltre un quarto della popolazione europea e ne è previsto un raddoppio nei prossimi vent'anni. In Francia, ad esempio, l'asma è passata da un'incidenza del 3% al 7% in quindici anni. Un dato ben noto a chi si occupa di fertilità è la diminuzione del 50% di spermatozoi in cinquant'anni registrata in Europa. Le indagini epidemiologiche mostrano inoltre un costante aumento delle patologie degenerative, e l'aumento non è solo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione. Anche perché questo aumento mostra i segnali più preoccupanti proprio per le giovani generazioni, con un tasso medio del 2% di incremento all'anno nei minori di quattordici anni.

Un miliardo di tonnellate di sostanze tossiche in atmosfera. Mentre gli esseri umani hanno ampliato oltre ogni ragionevole misura e con una

SEZIONE

crescita vertiginosa l'immissione di sostanze nell'ambiente – cresciuta di tre ordini di grandezza dai valori degli anni '30, raggiungendo circa un miliardo di tonnellate di sostanze chimiche dannose, senza considerare l'alterazione degli equilibri ambientali indotta da una ancora maggiore immissione di anidride carbonica – è solo da poco tempo che si sono messi sotto osservazione gli effetti sanitari di questo modello di gestione del nostro ambiente naturale.

Clima ed inquinamento incidono sulla salute. Secondo uno studio condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), cfr. *World Health Report, 2002*, l'inquinamento atmosferico è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione delle aree urbane in Europa, e si colloca all'ottavo posto fra le cause di morte. Sempre secondo l'OMS, per ogni grado di aumento della temperatura terrestre, ogni anno la popolazione mondiale perde, complessivamente, cinque milioni di anni di vita in buona salute, mentre la mortalità, a livello globale, aumenta del 3%. Nel nostro paese i dati riportati dagli Ordini dei Medici e dall'Associazione Medici per l'Ambiente stimano al 14% la quota di malattie attribuibili a cause ambientali: si tratta di oltre novantamila morti/anno, si noti bene, *evitabili*, di cui oltre ottomila per il solo inquinamento atmosferico. Gli effetti sanitari sono ben documentabili nei paesi sviluppati dotati di sistemi di controllo della qualità dell'aria.

I dati ricavati da numerose osservazioni fatte in varie città sia americane che europee sono, in effetti, estremamente concordi: ad ogni aumento di breve termine degli inquinanti in aria (polveri sottili, ossidi di azoto e zolfo, ozono) è associato un aumento degli eventi negativi della salute di tipo cardiaco e respiratorio per quanto riguarda gli effetti a breve termine: nei grandi centri urbani sono stati accertati incrementi tra lo 0,5% e l'1% in mortalità ed ospedalizzazione. Sul lungo termine è invece stimata una perdita di vita di circa 6 mesi per ogni 10 µg/m³ di aumento del PM₁₀.

Sostanze tossiche anche nell'alimentazione. Se l'inquinamento chimico diretto è l'elemento più vistoso, e la ricaduta in termini di effetti sanitari visibile nelle nostre città, vi sono peraltro altri fattori, più sottili nelle loro modalità di impatto, ma drammatici per gli effetti su uomo ed animali. La stessa agricoltura, ad esempio, è divenuto un vettore diffusivo di sostanze dannose: fertilizzanti in eccesso, pesticidi, erbicidi, perturbatori endocrini, organismi geneticamente modificati.

La massiccia transizione ai sistemi globalizzati di gestione industriale dell'alimentazione, praticamente invisibile ai consumatori finali nel suo funzionamento, ha inoltre portato all'immissione sistematica (indiretta) di contaminanti chimici direttamente all'interno del nostro corpo, tramite il

cibo. Grassi idrogenati (di cui ancora non è chiara la digeribilità), zuccheri elementari idrolizzati dal mais (*High-Fructose Corn Syrup*, HFCS, accusati di causare l'epidemia mondiale di obesità, cfr. Reynolds, 2008), conservanti, coloranti, schiarenti, contaminanti da processi industriali, plastificanti e monomeri cancerogeni trasmessi per contatto diretto (come avviene ad es. con il cvm rilasciato dalle pellicole in pvc a contatto con i grassi alimentari), nonché diossine ed altri inquinanti indesiderati presenti o introdotti negli ecosistemi di allevamento (si pensi ad esempio al caso delle vongole ed in generale al pescato) sono entrati, non richiesti, nella nostra dieta elementare.

L'anomalia è poi che, a fronte di tutto ciò, la pratica medica corrente non è neppure tesa a raccogliere gli elementi per possibili valutazioni eziologiche (dirette cioè a ricercare le cause degli effetti sanitari). Come fosse ambito solamente di pertinenza degli epidemiologi, il medico che ha in cura un paziente affetto da patologie croniche o degenerative talvolta non indaga sugli ambienti di lavoro, non ragiona sul contesto ambientale ed alimentare, in definitiva non ricerca la presenza di sostanze tossiche o degli agenti causali che possano essere correlati con il quadro clinico rilevato. Il medico dunque rischia di trascendere così da uno dei suoi primari doveri scientifici, quello di comprendere le cause della patologia, e si concentra invece sulla cura, astratta dal contesto, come unico compito. Salvo il dover ripetere da capo ogni azione con il prossimo paziente, visto che le cause scatenanti sono ancora lì fuori ad agire, indisturbate.

Non bastasse ciò, una serie di gravi e spregiudicati comportamenti nella gestione degli allevamenti e delle colture massive hanno portato una serie di conseguenze sul piano biologico e sanitario.

Gli uomini e gli animali

Gli allevamenti intensivi, che sarebbe più appropriato denominare *lager per animali*, così diffusi in Veneto e ormai costituenti la prevalenza degli allevamenti, forzano migliaia di animali – in realtà sono complessivamente circa 2,5 miliardi di esemplari tra mucche e suini che occupano il 70% di tutte le terre agricole – in condizioni innaturali, senza poter vedere la luce del sole, senza poter mai muoversi, stretti tra di loro in spazi ristrettissimi. In tali condizioni gli animali si ammalerebbero di continuo, ma neppure questo gli è permesso, perché sono imbottiti di antibiotici "preventivi". E la non richiesta cura antibiotica rende di fatto tali allevamenti perfette "fabbriche di virus" che mutano in continuazione ed in grado di resistere alle medicine.

Le epidemie influenzali tra gli animali di allevamento erano un fenome-

SEZIONE

no raro fino a circa dieci anni fa, e rarissimi erano gli episodi di trasmissione all'uomo di virus di origine animale: noti in letteratura, ma più che altro una curiosità scientifica. Ora entrambi i fenomeni sono la norma: tanto che dal 1996 sono continue e frequenti le vaste epidemie tra gli animali di allevamento (anche in Veneto) e, fatto che ne dimostra la gravità in prospettiva, poiché è stata più volte superata la barriera tra le specie animali e l'uomo, siamo ormai nel momento da tempo previsto dall'OMS per quanto riguarda l'emergere di pericolose pandemie. Ricordiamo, tra le altre:

- la SARS (*Severe Acute Respiratory Sindrome*), affezione ad alta mortalità, del 2002, innescata dalla promiscuità tra uomini e animali nei mercati cinesi, probabilmente sviluppatasi inizialmente nei pipistrelli,
- l'influenza aviaria da H5N1, apparso nel 2004, capace di contagio pure con elevata mortalità e per questo monitorata con attenzione dall'OMS per i rischi pandemici, che trae origine da passaggi all'uomo di virus presenti tra i polli di allevamento,
- la più recente suina da H1N1, emersa nel 2009 in Messico e ormai diffusa in tutto il mondo, compreso il nostro paese. È opportuno evidenziare in questa sede il costo sociale delle sole vaccinazioni, pari a circa dieci miliardi di euro, già elevatissimo, senza considerare gli effetti diretti in termini di salute e mortalità o l'impatto, anche economico, di una pandemia non controllata.

Torniamo agli allevamenti. Gli animali sono poi indotti ad alimentarsi di continuo, assorbendo quote rilevanti dei cereali che potrebbero alimentare facilmente molte più persone che sono invece ridotte alla fame (gli allevamenti assorbono circa la metà dei cereali e tre quarti della soia prodotta, con i biocombustibili che ormai concorrono a sottrarre ulteriori quote del rimanente all'alimentazione umana). L'alimentazione animale peraltro avviene con farine iperproteiche, spesso transgeniche, che ad un certo punto erano persino fatte con la carne dei loro simili, creando le premesse per la diffusione del morbo di Creutzfeldt-Jakob (più noto come il morbo della "mucca pazza"), una forma epidemica trasmessa per via alimentare dove il vettore è rappresentato dal cervello di animali malati utilizzato quale nutrimento per altri animali.

Ingerendo continuamente cibo, gli animali sono portati a produrre quantità enormi di escrementi (la "pollina" per i volatili), che saturano ogni locale esigenza di fertilizzanti agricoli e che gli allevatori più scorretti rilasciano in modo incontrollato nei campi e nei corsi d'acqua. Tanto che ora gli allevatori stanno chiedendo di avere incentivi regionali per poter incassare sovvenzioni pubbliche bruciando la pollina così creando un dop-

pio danno economico ed ambientale riempiendo l'aria dei dannosi ossidi di azoto che stiamo con fatica cercando di eliminare. Forse ora comprendiamo quali condizioni complessive consentano la vendita di carni a prezzi inferiori della verdura.

Il ruolo della professione medica

La professione sanitaria ha il compito di intervenire: il Codice di Deontologia Medica prescrive, all'art.5, Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente: *"Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale determinante più importante della salute dei cittadini. A tale fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile per l'utilizzo appropriato delle risorse naturali anche allo scopo di salvaguardare l'utilizzo stesso da parte delle future generazioni"*. Di un tale impegno vi è da sempre evidenza nelle linee più avanzate e coraggiose della professione, portate avanti da ricercatori, epidemiologi, igienisti, oncologi; fattori esterni di interesse hanno però spesso depotenziato la ricerca scientifica, l'impostazione della medicina preventiva e la pratica eziologica, portando la professione a privilegiare la cura piuttosto che a ricercare le cause scatenanti delle patologie rilevate.

I dati forniti dagli Ordini dei Medici e dall'associazione Medici per l'Ambiente. Sono le stesse organizzazioni mediche, FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) ed ISDE (International Society of Doctors for the Environment, Associazione Medici per l'Ambiente), congiuntamente, a quantificare i fattori connessi all'inquinamento – nell'aria, nell'acqua, nel suolo, nel cibo ed in contesti professionali –, insieme a modelli di vita scorretti, come responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Di queste, il 24% delle malattie e il 23% delle morti possono essere riconducibili a fattori ambientali; inoltre, e questo è un elemento sui cui riflettere, ben un terzo delle patologie nei bambini è ascrivibile a fattori ambientali modificabili – il bambino è più suscettibile agli inquinanti atmosferici perché in via di sviluppo, il polmone è particolarmente vulnerabile dalla nascita fino ai 5-6 anni; in rapporto al peso un bambino inala il doppio dell'aria dell'adulto e non è in grado di mettere in atto comportamenti difensivi.

Di fronte ad un quadro come questo, ci si dovrebbe aspettare un modus operandi teso a modificare i fattori scatenanti, quelli già identificati e quelli da identificare. I dati però ci dicono ben altro: l'intervento nei confronti dei fattori che influenzano lo stato di salute e la mortalità non è proporzionato agli effetti potenziali:

SEZIONE

Fattore	potenziale di riduzione della mortalità	% di spesa sanitaria
Biologici	27%	6,9%
Ambientali	19%	1,6%
Stile di vita	43%	1,5%
Servizi sanitari	11%	90,0%

Come si può vedere ben il novanta per cento della spesa sanitaria è dedicato ai servizi sanitari che intervengono sulla riduzione di mortalità solo per poco più del dieci per cento di potenziale di riduzione. L'impegno collettivo appare poco concentrato su una componente essenziale come quella necessaria per migliorare l'ambiente e correggere gli stili di vita, che può incidere per il sessanta per cento nella riduzione di mortalità.

Inquinamento atmosferico e polveri sottili

Si ritiene che le polveri sospese in atmosfera, per le loro caratteristiche fisiche e tossicologiche, siano l'inquinante più importante dal punto di vista dell'impatto sanitario e biologico. Le polveri di diametro inferiore a 10 micron, definite PM₁₀, sono capaci di superare la laringe e depositarsi nelle vie aeree. Un sottoinsieme delle PM₁₀ è costituito dalle PM_{2,5}, con diametro inferiore a 2,5 micron, in grado di penetrare nei bronchi. Più che un fattore chimico di inquinamento, le polveri sono da considerarsi un *vettore fisico* in grado di introdurre nell'organismo gli inquinanti primari, come gli ossidi di azoto e gli ossidi di zolfo, in forma di nitrati e solfati, di fatto acidi che attaccano il sistema respiratorio, ed i residui tossico/cancerogeni di combustione, come gli idrocarburi policiclici aromatici.

La stima degli effetti sanitari del particolato atmosferico è un problema complesso proprio in relazione all'incertezza della sua composizione chimica.

Polveri sottili simili ai rifiuti. Le polveri sottili in questo hanno molte analogie con i rifiuti. In entrambi i casi, la dannosità è direttamente collegata al contenuto specifico. Se le polveri sono ad esempio polveri siliciche, da sabbia, non ci si devono aspettare particolari effetti sanitari, in condizioni non eccessive di densità rilevata; diverso il caso delle polveri generate dai motori diesel o dalle centrali a carbone, sature di sostanze cancerogene, di nitrati, di solfati acidi e di benzoapirene cancerogeno. Un po' come può accadere per i rifiuti, che possono essere, nel caso, sostanze prevalentemente innocue come sfalci vegetali o materiali iner-

ti, oppure sostanze tossico-nocive di produzione industriale altamente pericolose².

Negli ultimi anni, numerosi studi epidemiologici condotti a livello nazionale e internazionale hanno consentito di attestare statisticamente gli effetti sulla salute associati all'esposizione a PTS (particolato sospeso), PM₁₀ e PM_{2,5}, sia per quanto riguarda gli effetti a breve termine (Dockery, 1993; Samet JA, 2000; Sarnat, 2001; Katsouyanni, 2001; Biggeri, 2004; Martuzzi, 2006), sia a lungo termine (Dockery, 1993; Pope, 2004; Martuzzi, 2006).

Gli effetti a *breve termine* sono stati generalmente investigati utilizzando analisi di serie temporali considerando la mortalità totale per cause "naturali" (quindi non per cause violente), la mortalità per cause respiratorie, la mortalità per cause cardiache e i ricoveri ospedalieri sia per cause respiratorie, sia per cause cardiache, in relazione a variazioni giornaliere delle concentrazioni ambientali degli inquinanti in aria, tra cui PM₁₀ (Katsouyanni, 2001; Biggeri, 2004; Martuzzi, 2006). L'OMS ha effettuato una accurata revisione dei risultati di questi studi e ha individuato per i principali eventi sanitari i valori del rischio associato a un incremento di 10 µm/m³ di PM₁₀ (Martuzzi 2006).

Inquinamento ed aumento della mortalità. La principale conseguenza dell'inquinamento dell'aria è l'aumento della mortalità che segue all'esposizione e colpisce persone particolarmente suscettibili. L'associazione è di tipo lineare cioè all'aumentare dell'inquinante aumenta la mortalità, indicando che siamo ben oltre la soglia di trascurabilità degli effetti.

Tabella connessa a studi "breve termine".

Causa di morte	Stima relazione causale +10µg/mc di PM ₁₀ sul breve periodo (1gg)
Mortalità totale, esclusi gli incidenti	+ 0,6 %
Mortalità per cause cardiovascolari	+ 0,9 %
Mortalità per cause respiratorie	+ 1,3 %
Ospedalizzazione per cause cardiache	+ 0,3 %
Ospedalizzazione per cause respiratorie	+ 0,6 %

Un rischio di 1,06 di mortalità totale per un incremento di 10µg/mc di PM₁₀ significa quindi che agli attuali valori di 50µg/mc abbiamo 6%* (50/10) =

² Con l'occasione, ricordiamo che un irresponsabile progetto vorrebbe portare, da tutta Italia, centomila tonnellate di rifiuti speciali industriali per trattamento ed incenerimento negli impianti di Marghera. Con il suo carico di impatti sanitari diretti ed indiretti.

SEZIONE

3% di mortalità generale da attribuirsi alle polveri sottili nel breve termine, ovvero nel giorno stesso o entro qualche giorno dall'esposizione. Studi sistematici di *lungo termine* hanno invece stimato che i livelli correnti di polveri sottili in aree urbane comporterebbero un aumento della mortalità generale di circa il (!!!) 15% (Dockery, 1993; Pope, 2002).

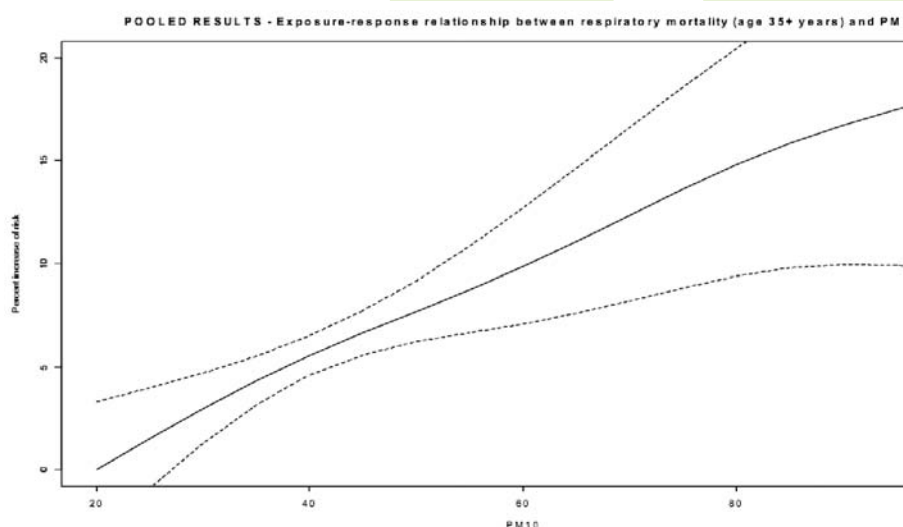


Figura 1 - Correlazione statistica attestata in sede epidemiologica tra mortalità ed esposizione a PM10.

Effetti dell'inquinamento. In sintesi, gli effetti finora documentati dell'inquinamento atmosferico nel suo complesso sono i seguenti:

- effetti a *breve termine*, connessi ad un incremento della mortalità ed un aumento dei ricoveri ospedalieri. Come nota Crosignani, 2007, si tratta non soltanto di anticipazioni, ma di reali nuovi casi che insorgono fino ad oltre un mese dall'esposizione;
- effetti a *lungo termine*, con aumentata mortalità per cause cardiovascolari e per cause respiratorie, nonché per tumore polmonare;
- effetti *nei bambini*, in particolare disturbi respiratori (infiammatori e allergici).

Nello specifico, sulla salute dei bambini è opportuno fare un approfondimento, perché i dati non sono tranquillizzanti.

La salute dei più giovani

Durante l'incontro organizzato il 13/12/2008 dal Comune di Venezia sulle malattie degenerative, Valerio Gennaro (Istituto Tumori di Genova) ci aveva anticipato questo dato preoccupante dell'incremento del 2% annuo delle patologie neoplastiche nei bambini. L'informazione relativa è in effetti in circolazione da qualche tempo tra gli addetti ai lavori e quindi noi stessi, abbastanza vicini al tema, ne eravamo in qualche modo a conoscenza. Di fatto un po' lo sappiamo già, e gli esperti epidemiologi l'hanno illustrato con modelli di diffusione delle patologie correlati all'immissione locale di inquinanti (inceneritori, traffico elevato, centrali elettriche, qui da noi abbiamo una certa scelta nelle sorgenti emmissive ...). Come spesso accade, tuttavia, solo quando una notizia "risuona" da più fonti, come nel mio caso è avvenuto quando l'"Espresso" più o meno nello stesso periodo ha pubblicato un'inchiesta, si prende realmente coscienza dell'importanza di un fatto come questo. Si tratta di irresponsabilità sociale. Mantenere questo sistema che genera patologie ed incrementa mortalità, per scaricarlo soprattutto sui nostri figli, e poi nascondersi dentro una nebbia di "non è dimostrato che" per bloccare i razionali, sistematici collegamenti tra causa ed effetto è un atto sleale e gravissimo nei confronti dei nostri più cari che sono anche i più indifesi.

In aumento i tumori infantili. I tumori infantili, premettiamo, sono una patologia estremamente rara, ma l'elemento di preoccupazione riguarda il fatto che il numero di bambini e adolescenti colpiti ogni anno è in costante aumento. Del fenomeno, che riguarda tutti i paesi occidentali, le cause non sono chiare. Nell'area coperta dai registri tumori (purtroppo non tutte le regioni forniscono le loro informazioni, e questa è un'altra anomalia) i tassi d'incidenza della malattia sono ad oggi di 175,4 casi per milione/anno per i bambini tra 0 e 14 anni e di 270,3 casi per milione/anno per i ragazzi tra 15 e 19 anni. Il tasso di incidenza per tutti i tumori pediatrici in Italia è più alto di quello rilevato negli anni novanta negli Stati Uniti (158) e in Europa (140). Attualmente in Germania è 141, in Francia è 138.

Il dato preoccupante è che, tra il 1988 e il 2002 (tre quinquenni), si è osservato un aumento della frequenza del 2% *annuo*, dell'incidenza nella fascia 0-14, passando da 146,9 (1988-1992) a 176,0 casi (1998-2002). L'incremento più consistente peraltro riguarda i bimbi sotto l'anno di età (+3,2%), seguiti da quelli tra 10 e 14 anni (+2,4%), mentre è simile negli altri due gruppi (+1,6% nella fascia di età 1-4 anni, +1,8% tra i 5 e i 9 anni).

SEZIONE

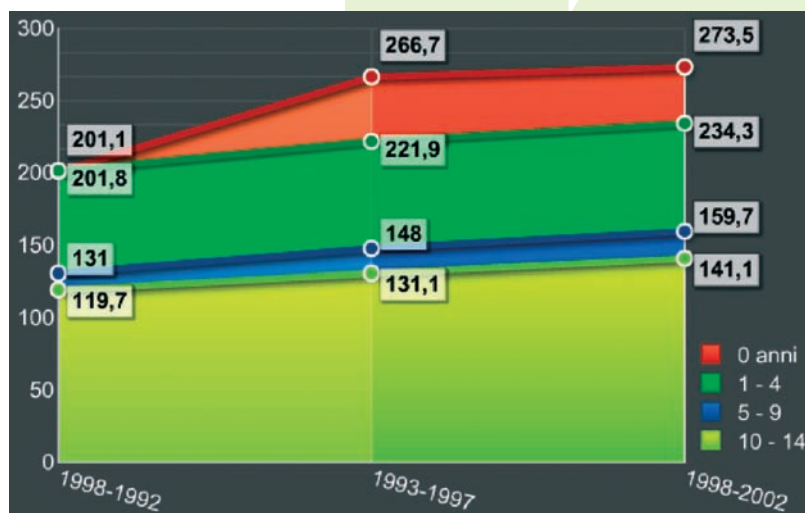


Figura 2 - Incidenza di tumori infantili per fascia di età in casi per milione (fonte: "L'Espresso").

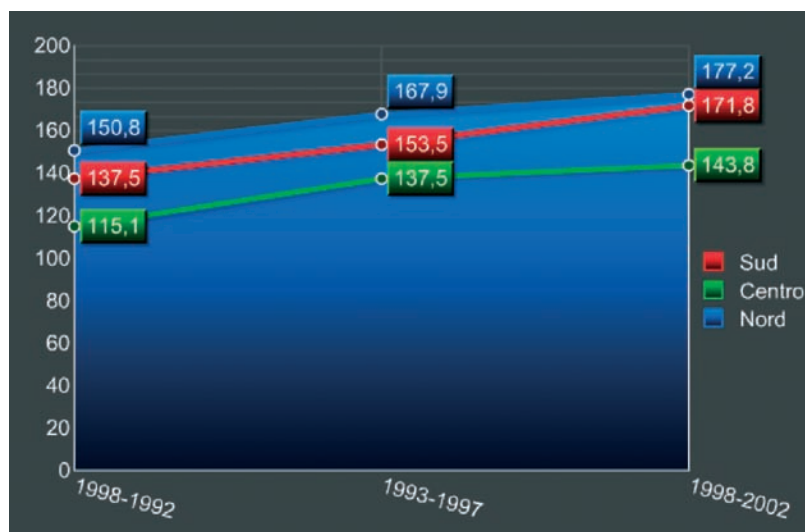


Figura 3 - Incidenza di tumori infantili per area geografica in casi per milione (fonte: "L'Espresso").

I tre tumori più frequenti nei bambini sono tutti in aumento, con percentuali di crescita media annuale pari a: totale +2%, leucemie +1,6%, linfomi +4,6%, tumori SNC +2,0%. Che vanno comparate ad una media europea, ancorché in crescita, in misura inferiore, rispettivamente pari a: 1,1%, 0,6%, 0,9%, 1,7%.

Commenta Franco Berrino, direttore del Dipartimento di Medicina preventiva dell'Istituto dei Tumori di Milano: «*E' un aumento reale ed è prioritario andare a ricercare le cause di questo fenomeno. La quota di casi generata dal miglioramento diagnostico non spiega interamente il fenomeno, occorre indagare in tutte le direzioni e approfondire le indagini sui fattori che sollevano qualche sospetto, compresi quelli dovuti all'inquinamento ambientale*».

Un modello di intervento operativo e culturale

Dobbiamo fare qualcosa. Non è pensabile avere apparati sanitari così sviluppati (e quindi ricadute economiche molto ampie – giusto o sbagliato che sia) e poi rimanere all'età della pietra quando si tratta di riconoscere le cause che sono dietro alle patologie che vengono curate e di modificare i comportamenti che tali effetti causano. Le correlazioni causa-effetto si possono chiarire, è sufficiente raccogliere ed analizzare i dati.

Misurare e censire le emissioni, rilevare sistematicamente le patologie.

In primis, misurare e censire le fonti emissive (sensori fissi, sensori mobili, sensori a camino, misuratori per le diverse sostanze). Quindi, rilevare sistematicamente le patologie di affezione dei cittadini, mantenendo nelle indagini precise informazioni su: (a) contesto lavorativo e (b) localizzazione. Infine, dopo aver ricercato e/o verificato le correlazioni tra questi due elementi, effettuare precisi approfondimenti con esami di laboratorio per verificare le ipotesi che emergono. Sembra un ovvio modello di verifica sperimentale, ma di fatto viene applicato solo per delimitati contesti e per specifiche patologie (come rilevabile in alcune delle indagini epidemiologiche condotte nella nostra area). Sono necessarie indagini epidemiologiche ad ampio raggio ed a largo spettro, che siano poi messe in diretta correlazione con le informazioni in possesso delle reti dei medici di base, dei registri ospedalieri e dei registri tumori provinciali. Può sembrare ambizioso, ma gli strumenti informatici hanno costi irrisori e trattano enormi quantità di dati senza problemi, si tratta solo di rimuovere le (inaccettabili) barriere esistenti tra settori.

Obiettivi prioritari delle politiche mirate a ridurre il rischio. Le politiche rivolte ad un atteggiamento più efficace volto a contenere l'impatto sull'ambiente ed a ridurre gli effetti potenziali sulla salute dei cittadini

SEZIONE

(veneziani e non solo) dovrebbero intervenire come segue:

- finanziare studi e ricerche di ordine epidemiologico (per misurare gli effetti sulla salute dei fattori ambientali ed assimilabili) e di ordine tossicologico (per attestare scientificamente la correlazione tra fattori ambientali e patologie);
- sostenere percorsi di studio ed analisi basati sulla prevenzione, più che sulla cura "ex post", di patologie di cui è nota la relazione causa-effetto con fattori ambientali nocivi che possiamo almeno in parte controllare;
- intervenire a riduzione delle quantità e delle qualità delle immissioni inquinanti di origine antropica industriale ed urbana, favorendo l'evoluzione verso processi più avanzati a minore impatto ambientale e sanitario;
- migliorare le condizioni lavorative presenti in alcuni comparti dove i lavoratori sono tuttora soggetti ancora a notevoli rischi sanitari per esposizione diretta agli inquinanti;
- favorire una crescita culturale per una più diffusa sensibilità ambientale ed una maggiore consapevolezza sulle conseguenze dannose di alcuni aspetti ambientali diretti (come le emissioni ed i rifiuti) ed indiretti (come le contaminazioni alimentari);
- promuovere stili di vita più salubri, riducendo cofattori di rischio come i comportamenti a rischio auto-lesivi (fumo, alcool, disordini alimentari, sedentarietà).

I principi base per il contenimento del rischio. I *principi* che dovrebbero ispirare e sostenere le politiche dei servizi erogati a contenimento del rischio sanitario di origine ambientale diretta (per contatto, respirazione, ingestione accidentale) o indiretta (per contaminazioni della catena alimentare) dovrebbero essere i seguenti:

- comprensione dell'esigenza di uno sviluppo (realmente) sostenibile;
- coscienza della necessità di lasciare un'eredità accettabile alle future generazioni (un territorio che sia ancora utilizzabile, che non sia inquinato, etc);
- introduzione della contabilizzazione del danno ambientale e correlato danno sanitario nei processi economici – introduzione delle valutazioni ambientali nelle stime di convenienza industriali;
- rispetto della salute della popolazione prossima ai luoghi di produzione (impatto sanitario di produzioni d'area – cfr. polveri sottili, inquinanti, epidemiologia);
- rispetto della salute presente e futura di tutta la popolazione umana (impatto globale, cfr. effetto serra, cfc, contaminazioni diffuse, etc);

- rispetto della salute dei lavoratori (malattie professionali - igienistica);
- rispetto della propria salute (stili di vita – comportamenti a rischio);
- maturazione nei cittadini di una consapevolezza autonoma in merito a fattori di rischio sanitari “diretti” di origine ambientale;
- maturazione nei cittadini di una consapevolezza autonoma in merito a fattori di rischio sanitari “indiretti” connessi a trattamenti industriali dei cibi e nelle catene produttive alimentari.

L’educazione a nuovi stili di vita. L’educazione a stili di vita salubri e sostenibili rappresenta in effetti un’area di apprendimento determinata dall’intersezione di più materie/discipline, in quanto ne richiama contemporaneamente la specificità di contenuti, le connessioni interdisciplinari, le varie e possibili interazioni che si possono stabilire in relazione ai problemi e alle questioni che si intendono affrontare.

In tale prospettiva, è opportuno sostenere, nelle giovani generazioni, la formazione di nuovi saperi e il potenziamento di rinnovate competenze tra cui:

- una comprensione reale e non compromissoria del concetto di *sviluppo sostenibile*;
- l’individuazione di *stili di vita* atti a ridurre l’impatto ambientale delle attività umane;
- la promozione di progettualità tese a *risanare* un territorio dilapidato nelle sue risorse ed appesantito da inquinamenti di ogni tipo in acqua, in aria, nei suoli;
- una chiara coscienza dei comportamenti che mettono a rischio la sopravvivenza degli *ecosistemi* naturali e la *salute* dell’uomo;
- la conoscenza e la concretizzazione di modelli di vita più *coerenti* con i sistemi naturali e meno pericolosi per la salute dell’uomo;
- la piena consapevolezza della necessità di lasciare un’*eredità accettabile* alle future generazioni (un territorio che sia ancora utilizzabile, che non sia inquinato, ecc.);
- la capacità di saper individuare e valutare il *danno ambientale* e il correlato *danno sanitario*.

Ruolo della cittadinanza attiva. Al fine di raggiungere un tale potenziamento, è opportuno far leva sulle seguenti linee connesse alla capacità di operare una *cittadinanza attiva*:

- la conoscenza del proprio *territorio* attraverso strumenti di analisi della realtà e di confronto diretto con le esperienze locali, in contesto ambientale;
- il recupero del senso di appartenenza attraverso una concezione soli-

SEZIONE

- caratteristica della tutela ambientale e di eredità del patrimonio ambientale;
- il bisogno di concretezza, coerenza di metodo e comportamento di operatori, famiglie e amministrazioni;
- il bisogno di partecipazione alla soluzione delle problematiche ambientali e connesse conseguenze sulla salute;
- nuove forme di comunicazione finalizzate alla conoscenza, alla valorizzazione e alla cura del patrimonio naturale.

La sostenibilità è infatti un modello che si muove su (almeno) tre dimensioni: ambientale, socio-culturale ed economica. Un percorso di educazione a stili di vita salubri e sostenibili dovrà mirare ad ottenere:

- la comprensione delle problematiche riferite alle componenti naturali e sociali, culturali, sanitarie, di vita dell'ambiente e del territorio in cui vive;
- la consapevolezza che è possibile rispettare, conservare, migliorare e valorizzare l'ambiente e il territorio elaborando progetti specifici di intervento da proporre anche ai soggetti istituzionali della comunità di appartenenza;
- la riflessione sul valore delle risorse naturali – quali la disponibilità di risorse minerali, il territorio, le fonti sorgive, gli ecosistemi, gli equilibri tra questi, le biodiversità, ecc. – dell'aria, dell'acqua, della terra, di un ambiente salubre, come bene comune e come diritto universale per rilanciare nelle famiglie, nella scuola, nel lavoro, comportamenti di consumo "critico" e "responsabile" per uno sviluppo sostenibile a favore delle generazioni future, oltre che a favore di quelle attuali.

Buone pratiche per le giovani generazioni. In questo contesto emergono alcuni "elementi di indirizzo" chiaramente identificabili quali percorsi di crescita per le giovani generazioni:

- *auto responsabilizzazione*: saper gestire responsabilmente il proprio stile di vita, il proprio impatto, i propri consumi, i propri rifiuti, ecc.;
- *buone pratiche*: fondamentale il riferimento e l'analisi di esempi positivi di sostenibilità;
- *cittadinanza attiva*: promuovere l'impegno ad agire per intervenire in prima persona e non delegare ad altri la tutela dell'ambiente prossimale e distale;
- *concretezza*: analisi di contesti concreti (come, ad esempio: inquinamento: quale? prodotto da cosa? da chi? perché? su chi e su cosa impatta? come si può intervenire in prospettiva?...; conseguenze: di quale tipo? su chi e cosa impatta? come risolvere nell'immediato? ed in prospettiva? ...; rifiuti: quali? prodotti da cosa? da chi? perché? su chi e cosa impattano? come si può intervenire in prospettiva?...; risorse

se: quali? usate a che fine? da cosa? da chi? perché? come impattano? quanto rapidamente si esauriscono? come si può intervenire in prospettiva?...);

- *consapevolezza ed autonomia culturale*: maturare una comprensione pluriprospectiva del contesto ambientale: sociale, etica, scientifica, tecnica, sanitaria, economica, territoriale, locale, globale, ecc.;
- *salute*: comprensione dei fattori che impattano sulla salute personale, professionale, della popolazione presente, della popolazione futura, della flora e della fauna, ecc.;
- *scientificità*: importanza dell'introduzione di risonanze marcatamente scientifiche (chimica, ingegneria, impiantistica, logistica, economia, lavoro);
- *territorialità*, al fine di declinare il rispetto dell'ambiente nella propria realtà territoriale (urbana, d'area, regionale).

Riferimenti bibliografici

Airtum Working Group, *I nuovi dati di incidenza e mortalità*, documento annuale 2009 periodo 2003-2005, in: *Epidemiologia & Prevenzione*, Anno 33 (1-2) Gennaio-Aprile 2009 Supplemento 2

Baker D, Kjellstrom T, Calderon R, Pastides H. *Environmental Epidemiology: Textbook on Study Methods and Public Health Applications*. WHO/SDE/OEH/99.7)

Biggeri A. *Meta, Analysis of the Italian studies on short-term effects of air pollution—MISA 1996-2002*. *Epidemiol Prev.* 2004 Jul-Oct;28(4-5 Suppl):4-100

Clancy L et al. *Effect of air-pollution control on death rates in Dublin, Ireland: an intervention study*. *Lancet*, 2002, 360:1210-1214

Daniels MJ et al. *Estimating particulate matter-mortality dose-response curves and threshold levels: an analysis of daily time-series for the 20 largest US cities*. *American Journal of Epidemiology*, 2000, 152:397-406

Donaldson K et al. *Ambient particle and the cardiovascular system: potential mechanisms*. *Environmental Health Perspectives*, 2001, 109:523-527

Erspamer L, Ranzi A, Lauriola P, Trinca T, Comba P (Ed.). *Sorve-*

SEZIONE

- glianza ambientale e sanitaria in aree prossime a inceneritori: indicazioni emerse dal Progetto europeo ENHance Health. Roma: Istituto superiore di sanità; 2007. (Rapporti Istisan 07/41)
- Friedman MS et al. *Impact of changes in transportation and commuting behaviors during the 1996 Summer Olympic Games in Atlanta on air quality and childhood asthma.* JAMA, 2001, 285:897-905
- Gauderman WJ et al. *Childhood asthma and exposure to traffic and nitrogen dioxide.* Epidemiology, 2005, 16:737-743
- Hedley AJ et al. *Cardiorespiratory and all-cause mortality after restrictions on sulfur content of fuel in Hong Kong: an intervention study.* Lancet, 2002, 360:1646-1652
- K. Katsouyanni, *Short-term effects of air pollution on health: a European approach using epidemiological time-series data.* The APHEA project: background, objectives, design. Eur Respir J, 1995, 8, 1030-1038
- Ministero dell'Ambiente, Ministero dell'Istruzione, *Linee guida del per organizzare l'educazione ambientale all'interno della nuova materia "Cittadinanza e Costituzione" per gli studenti di ogni ordine e grado*
- Pope CA 3rd. *Respiratory disease associated with community air pollution and a steel mill, Utah Valley.* American Journal of Public Health, 1989, 79:623-628
- Pope CA III et al. *Daily mortality and PM10 pollution in Utah Valley.* Archives of Environmental Health, 1992, 42:211-217
- Pope CA. *Particulate matter-mortality exposure-response relation and thresholds.* American Journal of Epidemiology, 2000, 152:407-412
- Roberts S., *Applying a moving total mortality count to the cities in the NMMAPS database to estimate the mortality effects of particulate matter air pollution.* Occup Environ Med. 2006 Mar; 63(3):193-7
- Ronfani Luca, Macaluso Anna, Tamburlini Giorgio (a cura di), *Rapporto sulla Salute del Bambino in Italia: problemi e priorità*, Associazione Culturale Pediatri, IRRCS Burlo, Centro per la Salute del Bambino, 2005
- Samoli E et al. *Estimating the exposure-response relationships between particulate matter and mortality within the APHEA multicity project.* Environmental Health Perspectives, 2005, 113:88-95
- Schwartz J, Laden F, Zanobetti A. *The concentration-response relation between PM2.5 and daily deaths.* Environmental Health Perspectives, 2002, 110:1025-1029
- Spiroux Joël, "Costante aumento, in Occidente, delle patologie legate all'ambiente", Ambiente Risorse Salute n.122 di Luglio/Settembre 2009, pagg-38-41

Allegati

ELENCO DELLE ASSOCIAZIONI DELLA CONSULTA PER LA TUTELA DELLA SALUTE

	ASSOCIAZIONE ENTE ORGANIZZAZIONE	INDIRIZZO	RECAPITI
1	A.B.C. Marghera	Sede: Via della Fonte, n. 3/D 30175 Venezia - Marghera	Tel. 041/937134 Fax 041/938114
2	A.C.A.T. Venezia Associazione dei club degli alcolisti in trattamento	Sede: Dorsoduro, 1463 30123 Venezia	Sede ACAT c/o SERT: Tel. 041/5295862 solo pomeriggio Fax 041/5295884 cell. ass.ne 3460397277 antonio.asaro@acatvenezia.it
3	A.G.R.E. Associazione genitori rieducazione equestre	Sede: S. Marco, 3348 30124 Venezia	Tel. e Fax 041/5204068 mariavittoria.rizzetto@virgilio.it
4	A.I.A.S. Ass. italiana assistenza spastici Sez. di Venezia	Sede: Viale Viareggio, 42 30038 Venezia - Spinea	Tel. e Fax 041/991520 Fax 041/5352185 giampaololavezzo@fastwebnet.it
5	A.I.S.M. Associazione Italiana Sclerosi Multipla	Sede: Via Parenzo, 16 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/912534 Fax 041/2529175 aismvenezia@aism.it
6	A.I.T.Sa.M. Sez. di Mestre Associazione italiana tutela salute mentale	Sede: Corso del Popolo, 58/D 30170 Venezia - Mestre	Sede: 041/975062 Fax: 041/970030
7	A.I.T.Sa.M Sez. di Venezia LA MANO Associazione italiana tutela salute mentale	Sede: c/o Vetrina del Volontariato Campo S. Margherita	Sede: Tel. e Fax 041/5209031
8	A.N.F.F.A.S. di Mestre onlus	Sede: Via Bissuola, 95/A 30173 Mestre Venezia	Tel. e Fax 041/616438 anffas.mestre@tin.it sit: www.anffasmestreonlus.it www.anffas.net
9	A.N.F.F.A.S. di Venezia onlus	Sede Castello, 620 R 30122 Venezia	Tel e Fax 041/2413923 anffas.venezia@libero.it
10	A.N.G.S.A. Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici Sezione del Veneto	Sede:Cannaregio, 2984 30123 Venezia	cell. 340/6960441 ansgavenezia@libero.it
11	A.N.I.C.I. Associazione nazionale invalidi civili e cittadini anziani	Sede: Via Podgora, 79/81 30174 Venezia - Mestre	Tel.eFax 041/930327-933279-929013 anici.ve@libero.it
12	A.N.M.I.C. Associazione nazionale mutilati invalidi civili	Sede: Corso del Popolo, 227/C 30172 Venezia - Mestre	Tel. 041-5315295 Fax. 041/5315347 anmicve@libero.it

13	A.V.A.P.O. - Mestre Associazione Volontari assistenza Pazienti Oncologici Onlus	Sede: Viale Garibaldi, 56 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/5350918 Fax 041/2667189 info@avapomestre.it siti: www.avapomestre.it www.fdcip.it - www.sicp.it
14	A.VE.I.S. Associazione Veneziana Incontinenti e Stomizzati	Sede: Via Gazzera Alta, 44 30174 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/915599 aveis@libero.it siti: www.stomiamestre.it www.eu.volontariato.org
15	AISSP Lo Specchio	Sede: Via S. Donà, 195/B 30030 Venezia Favaro Veneto	Tel. e Fax 041/5010513 cell. 340/8642790 lospeschio_1998@libero.it
16	Alzheimer Venezia	Sede: Via Della Casa, 20 30141 Venezia - Murano	Tel. 041/739393 Fax 041/2607157
17	ANLAIDS Associazione nazionale per la lotta contro l'AIDS	Sede: Via Aleardi, 107 30174 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/5318750 anlaids.veneto@libero.it www.anlaids.it
18	Arciconfraternita di S. Cristoforo e della Misericordia	Sede: S. Polo, 135 30125 Venezia	Tel. e Fax 041/5224745 misericordiaivenezia@libero.it
19	Ass. Amici del Cuore terraferma veneziana ONLUS	c/o Mestre Solidale: Via Ca' Rossa, 10/C 30174 Mestre Sede: Via Piave, 17/A 30170 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/8109928 amicidelcuoremestre@gmail.com
20	Ass. Olaf Palme	Sede: Via Tasso, 30 30172 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/5203065
21	Ass. Polisportiva Terraglio	Sede: Via Penello, 5 30170 Venezia - Mestre	Tel. 041.942534 - Fax 041942020 davidegiorgi@terraglio.com info@terraglio.com
22	Ass. Venezia Mestre per la lotta contro l'epilessia	Sede: Via Milano, 65 30172 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/970939 info@epilessia.org mauro.sensini@telecomitalia.it info@larivincita.org
23	Assemblea permanente dei cittadini contro il rischio chimico per Associazione Gabriele Bortolozzo	Sede: Via Cavedalis, 4/5 30175 Venezia - Marghera	Tel. 041/5383453 e-mail: marcofd3@inwind.it agb@provincia.veneziamer.it www.margheraonline.it
24	Associazione Don Lorenzo Milani	Sede: V.le S. Marco, 172 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/5204563 - Fax. 041/5318111 consulenzasociale@cogescoop.it claudiozara@yahoo.it
25	Associazione Amici Insieme	Sede: Via A. Costa, 38/A 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/984585 - Fax 041/984585 amici.insieme@tiscali.it www.amicinsieme.altervista.or
26	Associazione La stella polare	Sede: Via Guido Carrer, 38 30173 Venezia - Mestre	Tel. 041/5321418 Fax 041/5321418 andremezz@libero.it

27	Associazione afasici di Venezia	Sede: G.B. Giustinian Dorsoduro, 1454 30123 Venezia	Tel. 041/5294008 - 041/717583 e-mail: gabriellapenso@alice.it
28	Associazione AGAPE	Sede: P.le Zandrini, 14 30173 Venezia - Campalto	Tel. 041/900404 - Fax 041/900717 agapeit@libero.it www.associazioneagape.com
29	Associazione AVULSS di Venezia Mestre		cell 338.1839457 avulss.ve.mestre@tiscali.it
30	Associazione Civica Culturale Pro Campalto	Sede: Via Tiburtina, 3 30030 Venezia - Campalto	Tel. 041-900200 Fax 041-900200
31	Associazione di promozione sociale Gruppo Anziani Autogestito Giudecca	Sede: Giudecca, 63 30133 Venezia	Sede: Tel. e Fax 041/2960054
32	Associazione di volontariato Amici del Giustinian onlus Venezia	Sede: Viale S. Marco, 76 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/971902
33	Associazione di volontariato onlus "Amici del Cuore"	Sede: U.O. Cardiologia Osp. Civile SS. Giovanni e Paolo, Castello, 6777 30122 Venezia	Tel. 041/5295506 - Fax 041/5294943 www.amicidelcuoreveneziana.org info@amicidelcuoreveneziana.org
34	Associazione Gruppo Emergenza Burano	Sede: Via S. Martino SX, 11 30012 Venezia - Burano	Tel. e Fax 041/735111 volontariburano@libero.it
35	Associazione Italiana Donne Medico Sez. Venezia	Sede: Dorsoduro, 2426 30123 Venezia	Tel. e Fax 041/710956 a.d.turchetto@email.it adturchetto@yahoo.it
36	Associazione italiana elettrosensibili	Sede: Osp. Civile dell'Angelo 30174 Venezia - Zelarino	presidente@elettrosensibili.i
37	Associazione Italiana Parkinsoniani	Sede: Via Brenta Vecchia, 41 30174 Venezia - Mestre	Sede: Tel. e Fax 041/983108 parkin18@parkinsonianiassociati mestrevenezia.191.it www.parkinsonianiassociati.it
38	Associazione Italiana Persone Down Sez. Venezia-Mestre	Sede: Isola della Giudecca, 95 30133 Venezia	aipdveneziana@virgilio.it coccinello52@alice.it
39	Associazione Koros	Sede: Via Modigliani, 9 30174 Venezia - Zelarino	Tel. e Fax 041/680070 segreteria@korosonlus.org info@korosonlus.org sito: www.korosonlus.org
40	Associazione Minerva	Sede: Ponte Molino, 3 35100 - Padova	Sede: Tel. 049/8754107 www.associazioneminerva.com
41	Associazione Orizzonti	Sede: c/o Centro Diurno ULSS Via delle Muneghe, 9 30030 Venezia - Favaro Veneto	lucio.bulgarelli@tin.it
42	Associazione S. Vincenzo Mestrina	Sede: Via G. Querini, 19 30174 Venezia - Mestre	Tel. e Fax 041/959359
43	Associazione VAS Verdi Ambiente Società	Sede: Cannaregio, 472 30121 Venezia	Tel. 041/5204068

44	Associazione Venice International: quality hospital onlus	Sede: presso Osp. Civile Venezia SS. Giovanni e Paolo Dip. Chirurgico Castello, 6777	Tel.041/5295536 Fax 041/5294292 veneziaoarl@iol.it
45	AUSER Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà	Sede: Via Diego Valeri 30126 Venezia-Lido	Tel. 041/770608 - Fax 041/770217 info@auserlido.org sandro.cicogna@alice.it
46	AUSER Stella d'argento Marghera Malcontenta	Sede: P.le Municipio 30175 Venezia - Marghera	Tel. e Fax 041/924999 Fax 041/920703 ausero3@ausersteldar.191.it
47	AVIM onlus Associazione vincere il mobbing		Tel. 041/938092 Fax 041/935666 movimentodeiconsumatori@virgilio.it
48	AVIS Comunale Mestre Marghera Sezione Gaetano Zorretto	Sede: Via Luigi Einaudi, 74 30173 Venezia - Mestre	Tel. 041/981372 - Fax 041/5056385 avismestremarghera@tiscali.it dalbertin@libero.i sito: www.avismestre.it
49	C.A.V.V. Coordinamento delle Associazioni di volontariato della Provincia di Venezia	Via Muratori, 3 Mestre 30170	sede: 041/5040103 info@csvgvenezia.it
50	C.I.F. Centro Italiano Femminile	Sede: Via Carducci, 13 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/950485 Fax 041/2756235 cifve.provinciale@akmail.it
51	C.I.S.O.M. Corpo Italiano Soccorso Militare Ordine di Malta	Sede: Cannaregio, 5999 30121 Venezia	Tel. e fax 041/5285348 tatiana@scarpa1953.com
52	Caritas Diocesana	Sede: S.Croce, 493 30123 Venezia	Tel. 041/5289888 Fax 041/5205933 marina.paties@libero.it info@caritasveneziana.it
53	Centro di Servizio per il Volontariato della Provincia di Venezia	Sede: Via Cicognara, 6 30173 Venezia - Mestre	Tel. 041/5040103 - 041.983128 Fax 041/5059333 info@csvgvenezia.it
54	Centro per i diritti del malato Mestre	Sede: c/o Ospedale dell'Angelo Direzione Sanitaria 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/975500 - Fax 041/975500 e-mail: brunomalaguti@tiscali.it
55	Centro per i diritti del malato Venezia	Sede: Osp. Civile SS. Giovanni e Paolo Castello, 6777 - 30122 Venezia	Sede: Tel. 041/5294104 Fax 041/5295990 dirittimalatoocve@libero.it
56	CGIL Camera del Lavoro Metropolitana di Venezia e CGIL SPI	Sede C.G.I.L. Rampa Cavalcavia 30170 Venezia - Mestre	Tel. 041/5491318 Fax 041/5491311
57	CODACONS	Sede: Via Lepanto, 1/G 30126 Venezia - Lido	Tel. e Fax 041/5268448 Fax 041/2701211 brunagard@libero.it
58	COI - AIOG Cenacolo Odontostomatologico Italiano delle Tre Venezie	Sede: Corso del Popolo, 39 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/950678 mara.manfrin@fastwebnet.it sito: www.cenacolo.org

59	Collegio I.P.A.S.V.I. di Venezia	Sede: Via L. da Vinci 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/5055951 - Fax 041/5459750 collegio@ipasvive.it ganoe@irevenezia.it
60	Comitato cittadino per la tutela e lo sviluppo dell'Osp. Civile di Venezia e della sanità del Veneziano	Sede: Cannaregio 6078 30121 Venezia	Tel. 041/5287756 Fax 041/5287756 mnovarini@libero.it
61	Coop. Sociale La Rosa Blu	Sede: Via Risorgimento, 33 3017 Venezia Chirignago	Tel. 041/917072 - Fax 041/5449050 cooprosablu@libero.it sito:www.larosablu.org
62	Cooperativa Sociale onlus Realtà	Sede: Via Benvenuto, 11 30175 Venezia - Marghera	Tel. 041/921575 - Fax 041/932366 segreteria@realtacoop.i sito:www.realtacoop.i
63	Cooperativa Sociale GEA	Sede: Via Trieste, 82/C 30175 Venezia - Marghera	Tel. 041/5381479 - Fax 041/5388190 direzione@geacoop.it
64	Cooperativa Sociale Il Lievito	Sede: Via Giovanni XXIII, 4 30172 Venezia - Mestre	Tel. 041-972966 Fax. 041-2394649 cooplievito@libero.it
65	Croce Verde di Mestre Volontari del soccorso di Ve Teraferma onlus	Sede: Via Lussingrande, 5 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/917573 Fax 041/914186 segreteria@croceverdemestre.it
66	F.I.M.M.G. Federazione italiana medici di medicina generale	Sede: Via Trento, 106 30171 Venezia - Mestre	Sede: Tel. e Fax 926423 federico.cesaro@tiscali.it
67	Fondazione di Religione "Opera Santa Maria della Carità"	Sede: S. Marco, 1830 30124 Venezia	Tel. 041/3420511 Fax 041/3420512 info@osmc.org
68	Fondazione Groggia	Sede: Via A. Costa, 16 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/989464 - Fax 041/989671 info@fondazionegroggia.org www.fondazionegroggia.org
69	Forum Veneto per la Salute Mentale		cell. 338 8603921 annapoma@libero.it
70	Gruppo Anziani La Gondola Dorsoduro Ovest	Sede: Dorsoduro, 1999 30123 Venezia	Tel. e Fax 041/5281443
71	Cooperativa Sociale Intervento	Sede: Via Felisati, 86 30174 Venezia - Mestre	Tel 041/975322 - Fax 041/5055112 coopintervento@libero.it
72	L.I.L.T.Lega italiana per la lotta contro i tumori	Sede: Via Carducci, 9 30172 Venezia - Mestre	Tel. 041/986429 - 958443 Fax 041/957960 e-mail: legatumori-ve@libero.it salvatore.gravili@alice.it www.legatumori.it
73	Mandala-Rei Onlus	Sede: Via Latisana, 63 30013 Venezia Cavallino Treporti	
74	Movimento dei Consumatori	Sede: Viale Venezia, 7 30171 Venezia - Mestre	Tel. 041/938092 Fax 041/935666 movimentodeiconsumatori@virgilio.it

75	Opera Pia Istituti Riuniti Patronato di Castello e Carlo Coletti	Sede: S. Polo, 1043 30123 Venezia	Tel. 041/2770606 - Fax 041/2775926 coletti_ve@inwind.it carlo.cocc@virgilio.it sito: www.istitutocoletti.it
76	Ordine dei Chimici della Provincia di Venezia		Tel. e Fax 041/715183 gcocco2005@libero.it
77	Ordine dei farmacisti della Provincia di Venezia	Sede: Farmacia "S. Lucia" Cannaregio, 122/E 30121 Venezia	Tel. e Fax 041/716332 farmaciadr Buccetti@virgilio.it
78	Ordine nazionale dei biologi	Sede: Dorsoduro, 2107 30123 Venezia	Tel. 041/2410292 Fax 041/959611
78	Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Venezia	Sede: Via Mestrina, 86 30172 Venezia - Mestre	Tel. 041/989479 Fax 041/989663 m.scassola@tin.it
80	SUMAI - Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana	Sede: S. Croce, 597/A 30135 Venezia	Tel. 041/5223656 - Fax 041/2608119 vinceleoci@libero.it sumai@sumaiweb.it sito:www.sumaiweb.it
81	Televita		televitamestre@virgilio.it
82	U.I.L. Regionale Veneto	Sede: Corso del Popolo, 241 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/8221202-03 Fax 041/5316407 veneziam@uilfpl.it
83	U.I.L.D.M. Unione italiana lotta per la distrofia muscolare	Sede Centro Medico Sociale: Via Orsini, 11 30175 Venezia - Marghera	Tel. 041/935778 - Fax 041/5382218 info@uilmve.it paolacarrer@uilmve.it siti: www.uilmve.it - uildm.org
84	UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare	Sede: S. Marco, 4781 30123 Venezia	Tel. e Fax 041/2410886 segreteria@uniamo.org sito: www.uniamo.or
85	UST - CISL Venezia	Sede: Via Ca' Marcello, 10 30174 Venezia - Mestre	Tel. 041/5318750 - Fax 041/5315545 mara.bollato@cisl.it
86	VeneziAmbiente	Sede: Via Fusinato, 7 30171 Venezia - Mestre	Cell. 340/6222641 ledacossu@virgilio.it

L'elenco delle associazioni qui presentato è fornito dalla Segreteria della Consulta per la Tutela della Salute che ha ottenuto il consenso alla pubblicazione da parte degli interessati.

ELENCO MEMBRI DEL COORDINAMENTO DELLA CONSULTA PER LA TUTELA DELLA SALUTE

	NOME E COGNOME	RUOLO	ASSOCIAZIONE ENTE ORGANIZZAZIONE DI RIFERIMENTO
1	Renza Barbon Galluppi	Presidente	UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare
2	Mario Novarini	Vice Presidente	Comitato cittadino per la tutela e lo sviluppo dell'Osp. Civile di Venezia e della sanità del Veneziano
3	Domenico Casagrande	Esperto	
4	Olmo Tarantino	Esperto	
5	Antonio Candiello	Esperto	
6	Graziella Lazzari Peroni	Coordinatrice	A.N.F.F.A.S. di Mestre onlus
7	Enrica Carabelli	Coordinatrice	Associazione AVULSS di Venezia Mestre
8	Pasqua Leda Cossu	Coordinatrice	VeneziAmbiente
9	Antonella Debora Turchetto	Coordinatrice	Associazione Italiana Donne Medico Sez. Venezia
10	Marina Paties	Coordinatrice	Caritas Diocesana
11	Giovanni Cocco	Coordinatore	Ordine dei Chimici della Provincia di Venezia
12	Giampaolo Lavezzo	Coordinatore	A.I.A.S. Ass. italiana assistenza spastici Sez. di Venezia
13	Maurizio Scassola	Coordinatore	Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Venezia
14	Federico Cesaro	Coordinatore 1 ^a Commissione d'Ambito	F.I.M.M.G. Federazione italiana medici di medicina generale
15	Sandro Cicogna	Coordinatore 2 ^a Commissione d'Ambito	AUSER Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà
16	Marco Faedda	Coordinatore 3 ^a Commissione d'Ambito	Assemblea permanente dei cittadini contro il rischio chimico per Associazione Gabriele Bortolozzo
17	Anna Poma	Coordinatore 4 ^a Commissione d'Ambito	Forum Veneto per la Salute Mentale
18	Vincenzo Leoci	Vice-Coordinatore 1 ^a Commissione d'Ambito	SUMAI - Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana
19	Gabriella Penso Spicciati	Vice-Coordinatore 2 ^a Commissione d'Ambito	Associazione afasici di Venezia
20	Paola Miana	Vice-Coordinatore 3 ^a Commissione d'Ambito	Ordine nazionale dei biologi
21	Attilio Baldan	Vice-Coordinatore 4 ^a Commissione d'Ambito	AISSP Lo Specchio