

Sanità Piemontese: una scelta per il futuro



Gian Luca VIGNALE



- Il modello di una nuova Sanità. **Pag.2**
- Dal Welfare assistenziale al Welfare delle opportunità. **Pag.5**
- La cura e l'assistenza della salute mentale in Piemonte. **Pag.7**

Un patto per la salute con i cittadini Piemontesi

La Sanità è, per definizione, un problema complesso che, nell'ambito dei sistemi organizzativi, presenta significative componenti di non conoscibilità. In altre parole, il prodotto che si ottiene è diverso dalla somma delle parti che si immettono nel sistema.

Si tratta di un problema non deterministico, a volte caotico, che deve essere nei limiti del possibile governato.

E questo governo è compito politico, particolarmente per le Istituzioni demandate ad occuparsi di programmazione sanitaria, sempre che intendano garantire il diritto alla Salute e alla cura a tutti i cittadini piemontesi con particolare attenzione alle fasce più deboli del-

la popolazione che non hanno alternative alla cura, se non ricorrere alla Sanità regionale.

L'analisi del problema è relativamente semplice: ci troviamo di fronte ad una realtà complicata, spesso sfuggente per la difficoltà a vederne le caratteristiche d'insieme, definita dalle crescenti aspettative dell'utenza, sia in campo sanitario che assistenziale, cui necessita far fronte con risorse limitate.

Non si vogliono fornire soluzioni semplicistiche, dato che non esistono soluzioni semplici ad un problema complesso, ma solo delineare alcune linee per una soluzione.

Gian Luca Vignale
Consigliere Regionale Pdl

Gian Luca VIGNALE
invita al convegno

Sanità Piemontese: una scelta per il futuro.

lunedì 15 marzo 2010, ore 20,30

GAM

C.so Galileo Ferraris, 30 - Torino

Relatore

Maria Grazia GRIPPO - Giornalista de "Il Giornale del Piemonte"

Intervengono

Paolo SIMONE - Professore Aggregato di Chirurgia - Coordinatore Commissione Formazione Specialistica dell'Ordine dei Medici di Torino

Enrico SORANO - Professore Aggregato di Economia dell'Università degli Studi di Torino

Giovanni Battista FERRERO - Professore Aggregato di Pediatria - Pediatra Universitario esperto in materia convenzionale

Claudio ZANON - Responsabile Consulta Regionale Sanità della Lega Nord - Direttore Chirurgia Oncologica -TBA Molinette

Paola MONACI - Psicologa ASL-Torino 3

Pier Carlo SOMMO - Direttore Relazioni esterne ASL TO2

Conclusioni

Gian Luca VIGNALE - Consigliere Regionale An-PdL

Una gestione economicista che fa aumentare a dismisura le spese

Il problema del disavanzo economico viene al momento affrontato in termini puramente economicistici, nel senso della **riduzione aprioristica a tutti i costi della spesa**. Questo approccio è destinato –come dimostra il vorticoso aumento della spesa sanitaria– all'insuccesso, poiché dimentica che **agire in termini di economicità non implica solo ridurre i costi, ma lavorare con efficacia ed efficienza, ovvero ottenere un buon prodotto sanitario spendendo il giusto**. Si badi bene alla successione logica e temporale: in primo luogo **ottenere delle buone prestazioni sanitarie, poi raggiungere una riduzione dei costi e quindi un rientro del disavanzo**. I due aspetti sono strettamente collegati, inscindibili, ma il risultato economico-finanziario non può in nessun caso essere perseguito a discapito della qualità delle prestazioni. D'altra parte, è esperienza di ogni imprenditore che in momenti di crisi occorre sì monitorare la spesa, ma necessita comunque **fare investimenti ed innovazione tecnologica**, altrimenti il fallimento è inevitabile. L'altro punto critico è **l'omogeneità delle prestazioni sanitarie**, definite nei livelli minimi di assistenza. E' scontato che tutti debbano avere uguale accesso alle prestazioni sanitarie, ma il punto è che **i cittadini-utenti del sistema sanitario non sono tra loro uguali, se non in dignità, e pertanto presentano esigenze ed aspettative differenziate**. Pretendere di trattarli tutti nella stessa maniera, in nome di un fittizio egualitarismo, è frutto di un'ideologia utopica, ormai sconfitta dalla storia.

**Sanità Piemontese:
una scelta per il futuro**
Lunedì 15 marzo 2010, ore 20.30
GAM
C.so Galileo Ferraris, 30 - Torino

Il modello di una nuova Sanità

La necessità è quella di utilizzare in rete in modo idoneo, qualificato e controllato anche le strutture private accreditate, ove non sia sufficiente la rete pubblica”.

Il modello di una nuova Sanità deve cambiare filosofia: non tutto uguale per tutti (tra

l'altro insostenibile a livello economico), ma una Sanità la cui organizzazione parta dall'analisi dei fabbisogni individuali dei cittadini-utenti, ognuno considerato per le proprie esigenze specifiche ed irripetibili, non solo come componente di un gruppo sociale più ampio. Dall'analisi dei fabbisogni individuali, ovviamente ricondotti in un secondo momento ad insiemi più ampi, deriverà una Sanità commisurata alla soddisfazione degli utenti, che sul medio termine si rivelerà anche un buon investimento in termini di razionalizzazione delle risorse e di economicità.

Idee ed obiettivi a medio termine

Con una popolazione con sempre maggior aspettativa di vita l'obiettivo dei prossimi anni sarà, soprattutto, **curare le cronicità ed evitare il ricorso improprio** con conseguente sovraccarico delle strutture ospedaliere, come oggi sta avvenendo, con la degenza di anziani non autosufficienti, ricoverati in queste strutture ed abbandonati dalle famiglie che non trovano una adeguata “rete di salvataggio” anche e soprattutto nel sistema socio-assistenziale. **Il servizio sanitario, infatti, supplisce sempre più alle carenze del sociale. Gli ospedali vanno dimensionati in modo congruo per la cura delle “acuzie” e la complessità clinica, potenziando lo studio, la ricerca e l'innovazione, anche tecnologica. L'ospedale deve essere “in rete” con il territorio, cioè dialogare con tutte le strutture del territorio, in particolare con i medici di**

medicina generale e specialistici e con il sistema socio-assistenziale che va sintonizzato e potenziato.

Tutte le malattie cosiddette minori, che coprono quasi il 90% delle patologie, devono poter essere valutate e curate sul territorio dai medici di base, i pediatri di famiglia e gli specialisti territoriali. Questi devono essere propriamente formati, in rete tra di loro e con ASL e ASO, in grado di **garantire le cure primarie, seguire le patologie croniche (in particolare dell'anziano), seguire i pazienti nell' ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), essere informati sui ricoveri, indirizzare patologie più gravi nei setting di cura adeguati e fare attività di prevenzione**.

I medici di base dovranno potersi **associare in poliambulatori** in grado di effettuare **visite specialistiche ed esami diagnostici oltre al lavoro di medicina di base**, unendo forze, competenze e tecnologie a disposizione. La necessità è quella di utilizzare in rete in modo idoneo, qualificato e controllato anche le strutture private accreditate, ove non sia sufficiente la rete pubblica. Sarà fondamentale anche potenziare la **rete del personale infermieristico che opera al domicilio con l'istituzione dell' Infermiere di famiglia (già presente in altri paesi europei), l'ADI e l'ospedalizzazione domiciliare** (al momento a Torino ne esiste una sola e non può esprimere la sua massima efficienza) in grado di dare supporto, sempre in rete, ai pazienti che hanno patologie complesse, ma che possono essere curati presso il proprio domicilio. **L'obiettivo è una Sanità “non ospedalocentrica”**, ma che si sviluppi adeguatamente e prevalentemente sul territorio, integrandosi con le realtà già esistenti (per esempio la Rete Oncologica, la Rete della Riabilitazione, etc) che, però, hanno bisogno di essere ridisegnate e ricollocate in modo congruo.

Dobbiamo puntare sulla diminuzione dei ricoveri in ospedale con la diminuzione dei posti letto, quindi diminuzione della spesa.

Ne consegue, quindi, il necessario **potenziamento delle dimissioni protette, della lungodegenza, dell'assistenza domiciliare, ma anche degli Hospice per i malati terminali non solo oncologici**, attualmente pochissimi sul territorio, **delle strutture riabilitative con i livelli adeguati (III°, II° e I°), delle RSA (residenze sanitarie assistenziali) e delle residenze assistenziali**.

Anche in questi casi, ove non arrivi il pubblico, è necessario utilizzare in rete e potenziare le strutture private accreditate onde non favorire la mobilità passiva verso altre regioni e incrementare le liste d'attesa. Fondamentale è quindi **garantire l'omogeneità di distribuzione delle strutture in funzione dei bisogni valutati sul territorio**. Per quanto attiene le degenze riabilitative, ad oggi risultano insufficienti e più spesso mal dislocate (particolarmente in Torino e nella TO1 dove vi sono strutture riabilitative di II° livello, ma mancano quelle di I° livello). Inoltre va sottolineato che, in carenza di strutture di lungodegenza e di un'adeguata rete socio-sanitaria, si ha un ricorso improprio alla rete della riabilitazione. Manca, inoltre una **rete reale, efficiente ed efficace, di continuità assistenziale (ospedale-territorio) per i pazienti oncologici**, che sono in crescita progressiva, a causa dell'aumento delle patologie oncologiche, in ogni fascia di età oltre che dell'aumento della vita media con concomitante polipatologia.

Anche le regole dell'accreditamento dovranno essere rivalutate e standardizzate sia per il pubblico che per il privato convenzionato con l'obiettivo di potenziare la Medicina territoriale e migliorare la qualità dei servizi offerti (riducendo la spesa).

Abbiamo il coraggio di dire che è fondamentale:

- il potenziamento della Medicina del Territorio
- l'integrazione pubblico e privato accreditato
- la garanzia di uno standard dei requisiti per l'accreditamento valido ed uguale per tutte le strutture, pubbliche e private
- la riorganizzazione di ASL e ASO
- il potenziamento della rete socio-assistenziale, oggi quasi inesistente
- la diminuzione delle liste d'attesa
- una maggiore competenza e professionalità dei medici in ogni setting di cura
- una miglior gestione delle risorse, anche umane
- una riduzione forte degli sprechi che consenta il reinvestimento in risorse utili

Chiarezza e trasparenza

Dobbiamo creare percorsi appropriati di diagnosi e cura (PDTA):

1. **PATOLOGIE MINORI, CRONICITA' E ACCERTAMENTI DI I LIVELLO:** cure primarie garantite dai medici di base con attività di diagnostica e attività di medicina e chirurgia generale di I° livello (senza ricorso improprio alla rete ospedaliera e ai pronto soccorso).
2. **PATOLOGIE DI MEDIA GRAVITA' E LUNGODEGENZA POST ACUZIE:** ospedali di I° e II° livello per attività di diagnostica di base e specialistica e attività di medicina e chirurgia generale e specialistica all'interno di strutture ospedaliere piccole e medie. Aumento dei posti di lungodegenza post acuzie, garantendo migliore continuità di cura e assistenza.
3. **PATOLOGIE GRAVI E COMPLESSE:** grandi ospedali di III° livello, AOU (Aziende Ospedaliere Universitarie) e IRCSS (Candiolo, Maugeri, etc), quali riferimenti regionali, nazionali, internazionali.



Il fallimento del piano della Giunta Bresso

ANNO	FATTI	SPESA SANITARIA COMPLESSIVA
2005	Bresso si insedia e denuncia deficit della Giunta Ghigo di 1 MILIARDO e 55 MILIONI di euro.	7 miliardi e 35 milioni di euro
2006	Bresso attiva un mutuo di 1 miliardo di euro in titoli derivati per 30 anni.	7 miliardi e 150 milioni
2007	Ulteriore deficit di 170 MILIONI.	La spesa complessiva preventivata a bilancio sfonda così per la prima volta la soglia degli 8 MILIARDI di euro.
2008	L'approvazione nel Novembre del 2007 del Piano socio sanitario fa esplodere la spesa.	A bilancio viene stanziato un ulteriore correttivo di + 250 MILIONI di euro: la spesa complessiva tocca gli 8 MILIARDI E 400 MILIONI.
2009	Ulteriore deficit di 300 MILIONI.	La gestione Bresso raggiunge una spesa complessiva di 8,5 MILIARDI di euro con un aumento dal 2005 di 1,5 MILIARDI di euro!

Il fallimento della Giunta Bresso

Gli operatori della Sanità pubblica, medici e non medici, avrebbero molti buoni motivi per dare il ben servito all'attuale Giunta di sinistra :

- l'incapacità, dimostrata, di realizzare un credibile progetto di sviluppo, legato alle vocazioni, potenzialità e peculiarità della nostra regione
- il pervicace atteggiamento a non attuare politiche serie per contenere gli sprechi
- l'affiorante settarismo nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali
- il sostegno offerto ad un modello di sanità sbilanciato a favore del territorio e contaminato da visioni strategiche vetero-comuniste e antimoderniste
- il crescente disagio dei medici e degli infermieri, incalzati, nel loro quotidiano lavoro, da un'insaziabile macchina burocratica e dall'imposizione di obiettivi meramente economicistici
- l'irrefrenabile "fuga" dei pazienti piemontesi verso luoghi di cura allocati in regioni e nazioni limitrofe
- l'utilizzo eccessivo di "consulenze" costose e poco produttive per la programmazione
- il deficit sanitario in continuo progresso anche se camuffato da artificiosi "maquillage" di bilancio
- l'irrazionale decisione di trasformare in poliambulatorio l'Ospedale Oncologico di via Cavour, modello invidiabile di centro polifunzionale per la cura del cancro con un alto tasso di umanizzazione e sede di un'ideale applicazione del modello dipartimentale
- Il lento ed inesorabile decadimento dell'Ospedale Oftalmico, patrimonio scientifico ed assistenziale della città di Torino
- la miopia strategica che sta conducendo alla mancata rivalorizzazione del Presidio Molinette, condannato al depauperamento se non ad un brutale ridimensionamento.

Una scelta per il futuro della Sanità Piemontese

L'elencazione potrebbe proseguire e riempire almeno altre due pagine. Il Consigliere regionale **Gianluca Vignale** ha pubblicato un libro-denuncia sugli sprechi dell'attuale Giunta, spulciando, con certissima pazienza, le tante, infruttuose e, talora, dannose delibere riferibili alla maggioranza che ha governato nell'attuale legislatura. Il fallimento politico sanitario è sotto gli occhi di tutti. Chi è costretto ad usufruire dei servizi sanitari pubblici è cosciente di dover confidare, soprattutto, nell'attaccamento al lavoro dei singoli operatori sanitari e, molto meno, nell'efficienza del sistema. Ciò che sconcerta i tecnici del settore non è tanto la lista dei numerosi e, talora, madornali errori strategici, quanto, piuttosto, la constatazione che l'attuale e raccogliatrice maggioranza persevera in un inaccettabile e rovinoso atteggiamento che potremmo definire **paura del futuro**. Abbandonate, ma non troppo, le fallimentari ideologie del passato, pur di abbarbicarsi ad un ruolo di potere che nei fatti non meritano, la "zarina" ed i suoi eterogenei alleati si fanno cullare dall'onda di un pessimismo deleterio e non costruttivo. Manifestano paura e diffidenza non solo nei confronti di un progetto, irrinunciabile, che consenta collegamenti ferroviari più veloci ed efficaci o di un maggiore impegno della Regione per rendere il suo territorio più ordinato e vivibile, coniugando legalità ed accoglienza, ma temono anche la realizzazione di una **Città della salute e della scienza** dove si possa realizzare una benefica e opportuna sinergia tra qualità assistenziale, innovazione



tecnologica e ricerca applicata. L'idea che ciò si possa concretamente realizzare all'interno della città di Torino li terrorizza. Poco importa rinunciare a quel volano di crescita economica e occupazionale per il nostro territorio, alla sua capacità attrattiva anche nei confronti dei "non piemontesi", alla sua potenziale prospettiva di riconvertire settori industriali, a vocazione tecnologica, attualmente in crisi. Ciò che conta è "piangere sul presente" per conquistare il consenso che nasce dal disagio sociale. Atteggiamento

to fruttuosamente pessimista . Che senso avrebbe costruire un faraonico ospedale in un territorio decentrato, mal collegato, lontano di nodi ferroviari e dagli aeroporti e con scarse infrastrutture? Vale più la gratitudine di un elettorato limitato ma fedele o contano di più le esigenze della maggior parte dei potenziali utenti? I torinesi soffriranno? Lasciamoli soffrire, sono abituati a questo! Gli anziani e gli handicappati per una prenotazione, una visita medica o l'assistenza ad un loro caro dovranno servirsi di due o tre mezzi? Ma chisseneffrega! Da molti anni, ormai, la sinistra si è rinchiusa nei suoi salotti e disdegna guardare ai reali problemi della gente comune. Gli stessi cittadini che, abitando nelle vicinanze della zona prediletta

**Sanità Piemontese:
una scelta per il futuro**
Lunedì 15 marzo 2010, ore 20.30
GAM
C.so Galileo Ferraris, 30 - Torino

dall'attuale Giunta, dovrebbero gioire per la collocazione decentrata del nuovo ospedale si rendono conto che tale piccolo vantaggio è ben poco rispetto alle ricadute positive per tutti di una sua collocazione più razionale e produttiva per l'intera comunità. Ma, si sa, chi ha paura del futuro rifiuta di ispirarsi a modelli positivi, già realizzati in altre regioni o nazioni vicine. Chi ha paura del futuro si rifugia in uno sterile orgoglio rivendicando la propria identità "culturale". Chi ha paura del futuro vuole solo irrobustire il proprio radicamento nel territorio, rafforzare il proprio potere rifiutando di guardare oltre la punta del proprio naso. Questo è il meccanismo grazie al quale sorgono le cattedrali del deserto e fioriscono i lamentosi "... e io pago!", resi immortali da Totò. Agli inizi di questa campagna elettorale la "zarina" sembra sempre più somigliante a Pietro l'eremita, colui che guidò la disastrosa Crociata dei "poveri cristiani", sprovvisti di armi e vettovaglie, che furono decimati dal possente esercito dei Turchi Selgiuchidi. La sua "armata" è variegata e composita. Troviamo, infatti, i SI-TAV ed i NO-TAV, i nuclearisti e gli anti-nuclearisti, i sedicenti cattolici e i dichiarati abortisti, i nostalgici comunisti e i neoliberal-postcomunisti, i giustizialisti e i garantisti, i forcaioli e i buonisti, i cacciatori e gli animalisti, gli espropriatori proletari e i proprietari di cliniche, Caino e Abele, insomma, tutto e il contrario di tutto. Una maggioranza così "tecnicamente leggera" da sembrare evanescente, così "idealmente coesa" da apparire fatua. A questa "vencibilissima armata" dobbiamo rispondere con la forza delle idee, la coerenza dei programmi e la qualità dei nostri uomini migliori. Pertanto votare **Cota** come Presidente e dare la nostra preferenza a **Gianluca Vignale** per il Consiglio regionale costituisce una risposta forte, chiara e coerente ad un'istanza, ineludibile e condivisa, per un futuro migliore della Sanità piemontese.

Paolo Simone, medico universitario

La domiciliarità come tassello di una nuova prospettiva sull'assistenza e la salute.

E' necessaria una nuova visione dei servizi di assistenza e cura che superi il vecchio sistema risarcitorio e garantista che risulta ormai, fallimentare e insostenibile. Senza rinunciare ai principi di equità e universalismo, il nuovo approccio vede l'uomo capace di determinare sé stesso all'interno dei legami familiari e sociali che lo circondano.

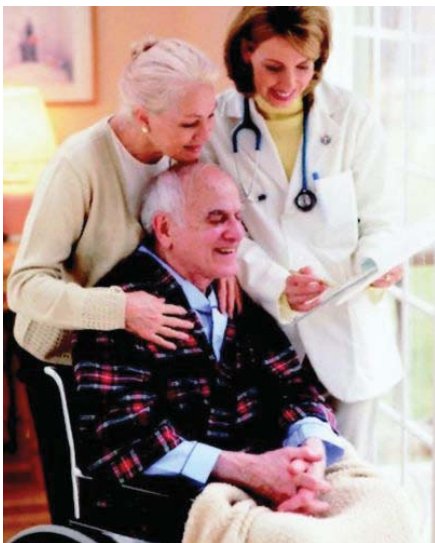
La nuova visione di un Welfare delle opportunità si basa sulla sussidiarietà delle componenti sociali come la famiglia, la comunità, i servizi pubblici e privati. Questi attori partecipano alla ricerca e mantenimento del benessere e della salute intesa in senso sociale e sanitario in modo condiviso e contrattuale.

L'atteggiamento paternalistico del vecchio sistema assistenziale deve essere superato attraverso la promozione delle capacità dell'individuo, all'autodeterminazione e al potenziamento delle proprie risorse.

Se per i soggetti più fragili questi ultimi diventano obiettivi da raggiungere, per gli altri, si configura, sin da subito, come un'alleanza ed una reciproca cooperazione. **Il sistema delle opportunità non si sostituisce all'individuo**, ma stimola il soggetto ad **organizzarsi** - se la condizione è di povertà o privazione - o **a riorganizzarsi** in modo più adattivo in seguito ad eventi ad alto impatto esistenziale.

Ma come si declina praticamente questa nuova visione del welfare delle opportunità? Guardiamo per esempio, in materia di minori, i

numerosi allontanamenti (circa il 70% secondo l'Osservatorio per l'infanzia della Regione Piemonte) per motivi descritti come "incompetenze genitoriali" (e non parlo quindi dei casi di evidente maltrattamento, abuso e abbandono da parte dei genitori) realizzati dai servizi sociali e sanitari. Un welfare delle opportunità non si sostituisce alla famiglia - in nome di un genitore ideale assente (ed esistente solo nelle fantasie) - collocando i minori nelle comunità ma, offre invece, una serie di supporti educativi, sociali e psicologici affinché la famiglia possa compiere le proprie funzioni, mantenendo i propri figli in casa. In questo modo si persegue non solo, la sostenibilità economica degli interventi, (risparmiando inoltre, sulle spese di residenzialità), ma specialmente si offre l'opportunità di cambiamento reale alle famiglie sofferenti. **L'importanza dell'ambiente e del sostegno sociale non è un concetto nuovo: tutta la ricerca scientifica afferente alle scienze sociali evidenzia quanto sia importante favorire il cambiamento attraverso dei processi "facilitatori", piuttosto che agire interventi sostitutivi.** Vi è da dire che a partire da una volontà politica dichiarata, il cambiamento di paradigma deve potersi tradurre in una flessibilità da parte degli operatori impegnati quotidianamente nella rilevazione e nell'analisi dei bisogni dell'utenza "fragile". Il Welfare delle opportunità consente così di operare progetti di intervento personalizzati sia nel sociale che nel sanitario, riconoscendo quale elemento prioritario, l'unicità della persona in quanto tale.



Negli ultimi 5 anni stiamo assistendo nell'ambito del disagio psichico ad un aumento progressivo degli inserimenti in comunità di soggetti con disturbi psichiatrici a fronte di un progressivo impoverimento degli interventi riabilitativi e psicosociali dei servizi territoriali. Si assiste perciò, ad un manicomialismo strisciante che vede soggetti sofferenti - collocati a tempo indeterminato - in strutture residenziali (o al peggio in pensioni). In alternativa, osserviamo che i pazienti trattati a dai servizi territoriali, hanno come unico riferimen-

to relazionale, lavorativo, psicologico e medico, gli operatori del centro di salute mentale. I familiari dei pazienti, che a differenza dei loro congiunti,

mantengono e contrattualità e capacità di scelta nella relazione assistenziale, sono scarsamente coinvolti nei progetti terapeutici. Stiamo assistendo perciò, sia per l'infanzia che per l'età adulta, alla "medicalizzazione del disagio sociale" che si traduce nella unica risposta quella offerta dai servizi sanitari, escludendo perciò famiglie e altri soggetti sociali. La riconversione degli interventi residenziali in progetti di domiciliarità, finalizzati al recupero della qualità della vita materiale e sociale, non solo produce risparmi economici ma mantiene il soggetto nella sua comunità civile con indubbi benefici per la sua salute globale. D'altra parte gli interventi di domiciliarità per produrre integrazione e appartenenza reale del soggetto nel territorio, non devono essere solo nuove soluzioni tecniche dei servizi sanitari, ma devono realizzarsi in modo sussidiario. Devono coinvolgere, gli attori sociali (famiglia, associazioni e servizi sociali) in modo contrattuale e condiviso, ognuno con le proprie responsabilità.

Anche il paziente va stimolato, per quanto possibile, ad una progressiva assunzione di responsabilità e di capacità di scelta, magari anche del curante, come per gli altri cittadini. Gli interventi di domiciliarità costringono ad un confronto con il territorio e riportano il disagio sociale nel contesto naturale e legittimo. Il ruolo della famiglia diventerebbe realmente significativo e responsabilizzato e non in qualità di imputato sottoposto a giudizi di conformità nel caso degli allontanamenti dei minori o appendice scomoda del malato di mente. Gli interventi sul disagio sociale (progetti di domiciliarità, inserimenti in comunità etc.) dovrebbero essere gestiti da Unità di Valutazione composte dai servizi sociali, sanitari e associazioni di pazienti e familiari. Per interrompere la negativa sanitarizzazione del disagio sociale, è necessario ridistribuire le responsabilità e le risorse, promuovendo la partecipazione e la decisionalità dei soggetti interessati. Le politiche attuali sono il frutto della tipicità delle politiche della sinistra, di impostazione, si potrebbe dire, di stampo "collettivistico", politiche che vedono lo Stato dirigere, governare e invadere il cittadino: lo Stato è dappertutto e pretende di decidere per i suoi cittadini. Un cambiamento nei termini sopra prospettati (collaborazione fra soggetto fragile, Stato, associazioni e centralità della famiglia) rispecchia invece le politiche tipicamente liberali di centro destra, secondo le quali lo Stato non invade il cittadino ma lo sostiene dall'esterno realizzando una vera ed autentica politica del Welfare delle opportunità.

Paola Monaci e Cristina Ceruti, Psicologhe Psicoterapeute ASL TO 3

Un punto fermo: riorganizzare la rete assistenziale.

1. Le malattie croniche rappresentano la maggioranza dei problemi affrontati dalla medicina generale oggi a causa di molteplici fattori tra i quali l'invecchiamento della popolazione.
2. Il peso dell'assistenza ai malati cronici richiederà un impegno sempre maggiore della medicina del territorio: i servizi di produzione territoriali ed i medici che operano sul territorio, nell'organizzazione distrettuale, dovranno partecipare e contribuire ad organizzare nuovi percorsi per la presa in carico della cronicità e delle fragilità seconda della gravità delle patologie, per rispondere all'esigenza di un'assistenza territoriale che offra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso.
3. La qualità della cura nelle malattie croniche e in pazienti "fragili" richiede la continuità dell'assistenza e di farsi carico del paziente per tutto il suo ciclo di vita, anche attraverso una continuità relazionale, un sostegno psicologico e l'integrazione socio-sanitaria.
4. L'assistenza primaria e la continuità delle cure dovranno garantire continuità delle cure nel tempo.

Assistenza primaria

**Sanità Piemontese:
una scelta per il futuro**
Lunedì 15 marzo 2010, ore 20.30
GAM
C.so Galileo Ferraris, 30 - Torino

Continuità assistenziale

I medici di Continuità Assistenziale, ex guardia medica, garantiscono l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive.

Sono coinvolti nei processi assistenziali propri delle Cure primarie: Assistenza in RSA, a pazienti fragili, nell'ADI, in ambulatori per i codici bianchi. Il medico di medicina generale non deve essere considerato un semplice "calmieratore" o "induttore" della domanda, deve essere parte integrante di un modello di "presa in carico" nel sistema delle cure primarie, capace di una risposta completa ed integrata.

La medicina generale ha bisogno di interventi fondamentali che la rendano parte integrata del SSN, superando l'isolamento individuale del professionista e definendo gli elementi strutturali necessari al suo esercizio.

La medicina generale affronta i problemi dell'intera popolazione senza esclusioni ed è facilmente accessibile; ma è necessario creare le condizioni per farle esprimere il massimo delle sue potenzialità, attraverso una continua e garantita partecipazione ai momenti di programmazione e gestione del SSN.

Secondo la Definizione Europea elaborata nel 2002 da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia), la Medicina Generale/di Famiglia:

1. è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
2. fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
3. sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;

4. si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso un'efficace comunicazione tra medico e paziente;
5. ha il compito di erogare cure longitudinali e continue secondo i bisogni del paziente;
6. prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza ed incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
7. gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
8. si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
9. promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
10. ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
11. si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

L'organizzazione di questa rete assistenziale deve essere ispirata dai seguenti criteri:

- continuità e globalità delle cure nelle 24 ore;
- individuazione di obiettivi di assistenza (outcome) e di risultato in termini di salute, raggiungibili attraverso processi di cura basati su prove di efficacia e ottenibili con forme di medicina di iniziativa, per le patologie croniche a più elevata prevalenza (diabete, BPCO, malattie cardiovascolari);
- sostenibilità economica del servizio, che solo una struttura territoriale è in grado di fornire;
- integrazione con i servizi sociali di assistenza;
- capacità di orientare il cittadino verso un uso appropriato dei servizi disponibili.

Un sistema da riformare

Dopo la grande passione legata alla realizzazione della legge Basaglia che portò alla chiusura dei manicomi, ci troviamo oggi di fronte ad alcune grandi carenze del sistema di assistenza e cura della salute mentale.

A fronte dell'aumento progressivo della residenzialità i servizi sul territorio hanno, negli anni, perso un numero sempre maggiore di medici, infermieri e personale psico-socio-educativo, con la conseguenza di non poter dare quella continuità di cura che consentiva e consente, laddove operata, di mantenere all'interno della famiglia un paziente psichiatrico garantendo al medesimo una qualità della vita migliore e al sistema sanitario un costo inferiore.

Per realizzare ciò è però fondamentale ricominciare a "investire" sulle professionalità del sistema sanitario regionale assumendo nuovi operatori da destinare ai Centri di Salute mentale del territorio e **garantire premialità anche economiche agli operatori che sono in grado di operare sulla qualità della vita dei pazienti ricorrendo con maggior frequenza al sostegno familiare piuttosto che alla residenzialità.** Vi sono tuttavia dei cambiamenti sostanziali da apportare al sistema dei servizi.

I Servizi psichiatrici si trovano di fronte a nuove e più complesse domande di salute a cui spesso rispondono in modo difensivo e istituzionalizzante: nel primo caso, con la eccessiva medicalizzazione degli inter-

Cura e assistenza della salute mentale in Piemonte

venti e nel secondo, con il ricorso alla residenzialità. I servizi, non solo nella salute mentale, ma anche in altri settori, non devono più essere **autoreferenziali e devono risultare trasparenti i percorsi clinici e esiti dei trattamenti.**

La pianificazione dei Servizi di Salute Mentale piemontesi **attualmente assente**, deve basarsi su un **sistema informativo ed epidemiologico, che permetta il monitoraggio, la verifica e il miglioramento delle prestazioni assistenziali e terapeutiche. I percorsi di cura territoriali** e la domiciliarità e il ruolo delle famiglie L'offerta di PL nella nostra Regione è 3 volte superiore a quanto stabilito dalle normative regionali. La Regione non ha svolto in questi anni alcun ruolo di controllore e pianificatore della spesa delegando ai DSM non solo, la definizione delle rette in base a convenzioni specifiche per ogni ASL, non essendoci tariffe regionali, ma anche, permettendo l'aumento improprio di strutture residenziali. **La Regione deve svolgere il ruolo di controllo e pianificazione della spesa relativa alla residenzialità con dispositivi di controllo reale ed efficace sul n. di PL in proporzione agli abitanti e limitati per ogni DSM. I percorsi di cura territoriali riabilitativi devono ritornare ad essere i percorsi di cura e assistenza prioritari.** Essi si avvalgono della collocazione del paziente all'interno di una rete specialistica e supportiva, sostenendo un percorso di riadattamento evolutivo nell'ambito del proprio contesto sociale e consentendo in tal modo una corretta ed adeguata ristrutturazione degli



elementi relazionali ed esistenziali del paziente. La famiglia va soste-

nu-
ta e con-
siderata come un
soggetto sociale privilegia-
to per la cura e la responsabilizza-
zione dell'individuo, anche e , specialmente,
se malato. Il malato psichiatrico spesso non ha con-
trattualità, ma la famiglia la possiede e deve essere inclusa:

Le famiglie e le Associazioni devono poter partecipare alla programmazione dei servizi attraverso la partecipazione a Consigli di Dipartimento e devono poter partecipare alla verifica del funzionamento delle strutture residenziali dove sono ospitati i pazienti, attraverso le Commissioni di Vigilanza delle ASL.

La sussidiarietà fra il servizio pubblico e il privato no-profit

Il privato no-profit ha partecipato in modo sostanziale ai processi di demanicomializzazione e attualmente gestisce in maggioranza le strutture residenziali e per questo, dovrebbe assumere un ruolo più chiaro e contrattuale nei confronti dei DSM: collocandosi da una parte, in modo esplicito e trasparente in livelli di qualità e accreditamento differenti e riconosciuti, e dall'altra, fruendo di tariffe di rimborso adeguate ai servizi effettivamente prestati e stabilite a livello regionale. **E' necessario stabilire delle tariffe a livello regionale adeguate alla qualità dei servizi offerti e ai livelli di accreditamento.** I percorsi di cura si devono articolare in trattamenti domiciliari e territoriali in cui il privato no-profit può partecipare collaborando con i DSM, titolari dei progetti terapeutici, alla loro costruzione e realizzazione. **I G.A., attualmente esclusi dalle norme regionali sull'accreditamento, dovrebbero possedere titolo autorizzativo, al pari di altre strutture residenziali.**



Gian Luca VIGNALE

invita al convegno

Sanità Piemontese: una scelta per il futuro.

lunedì 15 marzo 2010, ore 20,30

GAM

C.so Galileo Ferraris, 30 - Torino

Relatore

Maria Grazia GRIPPO - Giornalista de "Il Giornale del Piemonte"

Intervengono

Paolo SIMONE - Professore Aggregato di Chirurgia - Coordinatore Commissione Formazione Specialistica dell'Ordine dei Medici di Torino

Enrico SORANO - Professore Aggregato di Economia Economia dell'Università degli Studi di Torino

Giovanni Battista FERRERO - Professore Aggregato di Pediatria - Pediatra Universitario esperto in materia convenzionale

Claudio ZANON - Responsabile Consulta Regionale Sanità della Lega Nord - Direttore Chirurgia Oncologica - TBA Molinette

Paola MONACI - Psicologa ASL-Torino 3

Pier Carlo SOMMO - Direttore Relazioni esterne ASL TO2

Conclusioni

Gian Luca VIGNALE: Consigliere Regionale An-PdL

Passione
Impegno
Esperienza



AM 
PiEMONTE il
www.amoilpiemonte.it

Per votare traccia una croce sul
simbolo del PDL e scrivi VIGNALE,
voterai automaticamente per il
candidato Presidente del
Centro-Destra COTA



Numero Verde
800-970731