



Confederazione
Associazioni
Regionali di
Distretto

News

Mensile
d'informazione
per gli associati
regionali
Anno VII - Numero 1
Marzo 2009

Editoriale

Le disuguaglianze nella salute

Quali responsabilità per l'agenda delle politiche sanitarie e di quelle di quelle non sanitarie, e quale ruolo per la ricerca e le comunità professionali

di **Giuseppe Costa***

La popolazione in Italia sta bene: sta meglio rispetto al passato e sta meglio anche in confronto con chi vive nella maggior parte degli altri paesi dell'Europa. Eppure le medie camuffano l'esistenza di differenze sistematiche. Viviamo in una società stratificata, dove le persone più privilegiate stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e sono modificabili; pertanto sono disparità evitabili. Sono molte le cause e i meccanismi che fanno nascere e consolidare queste disparità nella salute. Ma la scienza è concorde nel dire che sono le condizioni sociali che influenzano la salute piuttosto che il contrario non contraddice il meccanismo di impoverimento dovuto a malattia? In particolare sono le disparità nella distribuzione delle risorse materiali, di status, in

quelle etniche e in quelle di aiuto da parte degli altri che fanno nascere disparità nei principali fattori di rischio per la salute. Il riferimento egualitarista, non prende in considerazione le capacità personali (come nel framework di Diderichsen). In molti casi queste disparità presentano delle variazioni significative per genere e per età che articolano ulteriormente i meccanismi di discriminazione da affrontare. Ora, queste disparità sociali nella salute non sono altro che una delle manifestazioni delle più sistematiche disuguaglianze che permangono anche in società e comunità come quella italiana, dove ognuno dovrebbe disporre delle stesse opportunità per raggiungere un buon livello di salute.

Anche in Italia il ruolo dei determinanti sociali nelle variazioni di salute incomincia ad essere messo a tema nell'agenda pubblica e delle politiche. Il Decreto del 22 maggio 2007 del Ministro Italiano della Salute su "Guadagnare Salute" integra il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva (che disciplinava solo le politiche di prevenzione di competenza della sanità: prevenzione cardiovascolare, dei tumori, delle conseguenze del diabete, vaccinazioni, screening), chiamando in causa la responsabilità di altri 12 dicasteri e di 27 partner sociali economici e istituzionali, che i quali, manovrando le politiche e gli interventi di propria competenza, potrebbero promuovere salute o non danneggiarla, almeno nel campo della promozione di stili di vita salubri. Questa strategia intersettoriale si dovrebbe applicare non solo alle azioni che facilitano l'adozione di stili di vita salubri, ma a tutte le azioni che sotto la responsabilità di attori istituzionali e sociali diversi da quelli della sanità possono influenzare la salute

della popolazione o di suoi sottogruppi. Sviluppi in questa direzione sono fortemente sollecitati dal documento dell'OMS Regione Europea "Gaining Health" (WHO 2006), da cui ha tratto spunto l'iniziativa Italiana e rispondono agli orientamenti espressi nella conferenza europea su "Health in All Policies" organizzata dalla Presidenza Finlandese dell'Unione Europea nell'autunno 2006. Lo stesso Ministero della Salute ha ospitato in Italia il 18 dicembre 2007 una conferenza intergovernativa congiunta EU-WHO dedicata al tema "Health in All Policies: achievements and challenges". In ognuno dei documenti internazionali di orientamento sopraccitati viene enfatizzato il compito che la strategia ha di confrontarsi soprattutto con il problema dei determinanti sociali della salute e, quindi, di dare priorità alle politiche ed interventi che sono in grado di ridurre le differenze sociali nella salute che ancora affliggono le popolazioni dei paesi europei. In questo senso spingeva uno dei principali obiettivi dell'OMS Regione Europea Health 21 Target. Nella stessa direzione hanno inteso muoversi le politiche europee di inclusione sociale, che si propongono di rendere socialmente sostenibile la strategia di Lisbona di modernizzazione dell'economia europea (lavoro, protezione sociale, educazione, povertà, soprattutto infantile, casa, qualità dei servizi, discriminazione). In questo sforzo di integrare gli obiettivi di uno sviluppo economico giusto della strategia di Lisbona con le politiche sulle disuguaglianze raccomandate dall'OMS, la conferenza europea su "Tackling health inequalities" organizzata dalla Presidenza Britannica dell'Unione Europea nell'autunno 2005 ha revisionato le politiche dei paesi membri, e ha identificato proprio nell'assenza di una strategia esplicita (tar-

Segue a pagina 16

**L'Assemblea Card è convocata
il giorno 20-03-2009, alle ore 18.00
presso la sede del Congresso**

**Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino*

Nuova missione per il Distretto

di **Rosario Mete**

Negli ultimi anni la missione del Distretto si è arricchita di nuovi significati e di più complessi obiettivi. Alla più classica delle funzioni, quella dell'erogazione delle cure primarie e intermedie, se ne sono aggiunte almeno altre due: il contrasto alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria e la responsabilità di porre al centro delle attività dei servizi i bisogni della persona.

I più recenti Rapporti nazionali (CEIS, Osservasalute, OASI, Censis, Era Atlante) dimostrano una fortissima disomogeneità geografica dell'attuale sistema sanitario ed evidenziano una netta divisione fra Nord e Sud dell'Italia, lasciando aperte alcune questioni irrisolte sul lato dell'equità e del finan-

ziamento. Inoltre, essi segnalano il progressivo incremento dell'incidenza sulle famiglie delle spese sanitarie out of pocket e illustrano come queste possano incidere sull'impoverimento di parte rilevante della popolazione. Secondo il CEIS sono 349.180 le famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Un numero pari a circa l'1,5% delle famiglie italiane, alle quali si aggiungono 861.383 famiglie (il 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie. La "Dichiarazione di Erice del 2008 sulla Globalizzazione e Disuguaglianze nella Salute" evidenzia che le iniquità sociali nella salute sono in costante crescita e spiegano una parte sostanziale del "carico di malattia" anche nei paesi dell'Europa occidentale, tutti dotati di robusti sistemi pubblici di welfare. Ridurre le disuguaglianze nella salute dovrebbe essere, una fondamentale strategia per migliorare lo stato della popolazione. Le iniquità sociali nella salute indicano, infatti, la dimensione dei miglioramenti possibili perché dimostrano quali gruppi hanno

già raggiunto i più alti standard di salute possibili e cosa è possibile ottenere da parte degli altri gruppi in quel determinato paese e in quel determinato tempo. La lotta alle disuguaglianze nella salute deve, da una parte, fare leva su politiche multisettoriali (istruzione, lavoro, casa, ambiente, reddito, tutela dei gruppi più vulnerabili della popolazione), dall'altra coinvolgere gli stessi servizi sanitari per garantire un'effettiva uguaglianza delle persone, nell'utilizzazione e nella qualità dei servizi. È necessario sostenere con forza l'accesso delle persone ai servizi sanitari senza barriere economiche e l'avvio di una concreta lotta alle disuguaglianze. Speriamo che nei prossimi anni queste istanze possano essere accolte e, di conseguenza, si possa vivere un futuro nel quale le popolazioni abbiano migliori condizioni di salute, indipendentemente dai gruppi di appartenenza. Cure primarie e intermedie coerenti con la responsabilità di porre al centro delle attività assistenziali i bisogni del paziente possono rispondere a queste esigenze, soprattutto se improntate in un'azione proattiva, di medicina d'iniziativa.

Il Distretto assume in questo contesto un ruolo strategico per le funzioni assegnate dalle normative nazionali e regionali. Rimodulare le organizzazioni diviene indispensabile per poter meglio rispondere a queste nuove esigenze di sanità pubblica.



Il Distretto come produttore di salute

Registrazione Partecipanti al Congresso**Apertura dei lavori e presentazione del congresso****Rosario Mete** *Presidente Nazionale CARD***Andrea Valdré** *Presidente CARD Toscana***Cerimonia di inaugurazione e saluto delle autorità****PRIMA SESSIONE****Strategie per il superamento delle disuguaglianze****Moderatori: Gaetano Maria Fara, Andrea Valdré**

- Il rischio di non capire oggi: le disuguaglianze nelle scelte di salute, i determinanti e i loro effetti *A. Carducci, A. Calamusa*
- Le reti sociali tra gli anziani e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi territoriali *A.G. de Belvis, M. Avolio, A. Biasco, M. Carletti, W. Ricciardi*
- Cronicità e disuguaglianze di salute: spunti per riconfigurare l'assistenza in base alle determinanti socio-sanitarie presenti in Regione Toscana *S. Barsanti, P. Tedeschi, S. Nuti*
- Quale mix di servizi territoriali per aumentare l'efficacia e l'equità in sanità? *F. Longo*

Comunicazioni

- I livelli essenziali in campo socio-sanitario *E. Ranci Ortigosa*

Dibattito su relazioni, comunicazioni e poster**TAVOLA ROTONDA****Politiche Nazionali e Regionali per contrastare le disuguaglianze****Moderatore: Corrado De Rossi Re**
*Direttore Settimanale Panorama della Sanità**Discussant:***Francesca Martini***Sottosegretario alla Salute Ministero del Lavoro Salute e Politiche Sociali***Enrico Letta***Componente XI Commissione Lavoro della Camera dei Deputati***Enrico Rossi***Assessore alla Salute, Regione Toscana. Coordinatore degli Assessori alla Sanità, Conferenza Stato Regioni***Pier Natale Mengozzi***Presidente Federsanità ANCI***Francesco Ripa di Meana***Presidente FIASO***Giacomo Milillo***Segretario FIMMG***Annalisa Silvestro***Presidente Federazione IPASVI***Vittorio Carreri***Componente della Giunta Stl***Rosario Mete***Presidente CARD***Dibattito su tavola rotonda****SECONDA SESSIONE****Diseguaglianze di salute: una sfida per il Distretto****Moderatori: Gaetano Privitera, Massimo De Fino**

- L'equità nella salute in tutte le politiche *G. Costa, F. Matricoli, E. Gelormino*
- Federalismo e riforme. Garantire l'equità. Gli aspetti socio-sanitari ed assistenziali *V. De Filippo*
- Sistemi di Assistenza Primaria, equità, diritti dei cittadini *S. Inglese, A. Trimarchi*
- Promuovere stili di vita sani e contribuire a prevenire le disuguaglianze; come condividere progettualità, costruire sinergie, utilizzare al meglio le risorse disponibili nel distretto. L'esperienza del laboratorio fiorentino *L. Peracca, R. Poli*
- La centralità del territorio nella esperienza dell'ASL di Lagonegro *M. Marra*
- Il Punto Unico di Accesso a garanzia dei Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria *D. Bellentani*
- Indagine Policentrica sulle comorbidità specifiche ed aspecifiche tra gli utenti dei servizi per le dipendenze patologiche. Un indicatore di disuguaglianze *P. L. Camboa, M. Guido, M. De Fino, O. Borgia, R. Cataldini, M.L. Camboa, F. Stefanucci*

Comunicazioni

- Il Progetto Leonardo: disease e care management delle condizioni croniche *A. Musilli, A. Aquilino, R. Rollo, E. Mola, M. Panfilo*
- Progetto Michelangelo - Prevasc: Introduzione di un nuovo modello assistenziale definito "disease e care management" nella gestione dei soggetti a rischio o già affetti da malattie cardiovascolari *A. Pagano, G. Calizzani, G. Scaramazza, A. Musilli, L. Capaldo, G. De Gregorio, R. Fanelli, F. Munari, R. Ricci, A. Zoppegno, M. Goletti*
- Valutazione multidimensionale dei bisogni e definizione dei P.A.I. PL. Cerato, G. Arcaro, T. Pedicini, C. Castiglioni, C. Castelnovo
- Piattaforma di e-government per i servizi socio-sanitari *G. Arcaro, D. Ranesi, C. Castiglioni, C. Castelnovo, G. Rapacioli*
- H24 e Codici Bianchi *D. Crisarà*
- Sistemi di misurazione delle performance dei distretti per una risposta efficace e omogenei ai bisogni della popolazione *E. Vendramini*

Dibattito su relazioni, comunicazioni e poster**TERZA SESSIONE****Distretto, medicina d'iniziativa e continuità assistenziale****Moderatori: Maurizio Marceca, Rosa Borgia**

- Profilo internazionale delle Cure Primarie. Il Rapporto 2008 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità *G. Maciocco*

- Aspetti culturali, metodi e strumenti per la continuità di cura e assistenza *M.A. Becchi, P. Camboa*
- Territorio anello cardine della Continuità Assistenziale per il paziente oncologico *V. Tozzi*
- Progetto di Prevenzione Primaria del T2DM (PRAETER nella città di Terni) *G. Cicioni, P. De Feo, S. Venturis, G. Marchionna*
- ASSO: Valore aggiunto della comunicazione e ruolo della partnership per guadagnare salute *A. Pirone*
- Progetto Raffaello – Disease and Care Management in prevenzione delle patologie cardio- vascolari. Follow-up della sperimentazione nella Regione Marche ed Abruzzo *A. Deales, G. Gentili, M. Fratini, P. Balzani, M.T. Nespeca, G. Beccaceci, R. Borgia, L. Scoccia, M. Penco, R. De Santis, A. Musilli, F. Di Stanislao, M. Belligoni*
- Gli immigrati e l'accessibilità dei servizi socio-sanitari nella Provincia di Chieti, l'integrazione possibile *M.R. Sisto, F. Renzi, V. Bellafante*
- Un esempio di realizzazione di una presa in carico globale dei pazienti disabili, utilizzando un modello biopsicosociale *M. Ferraresi, R. Giannini*
- Sanità d'Iniziativa, contrasto della cronicità: il Progetto della Regione Toscana *A. Leto, S. Dei*

Comunicazioni

- Progetto dalla parte dell'utente *G. Testa*
- Negoziazione di un budget etico con i Medici di Medicina Generale nel Distretto di Montorio *R. Baci*
- "Un solo paziente" il percorso di dimissione complessa in continuità assistenziale Ospedale-Territorio *A. Pizzi*

Dibattito su relazioni, comunicazioni e poster

Assemblea CARD

SABATO 21 MARZO ore 9.00-13.00

QUARTA SESSIONE

Salute materno infantile: le politiche per contrastare le disuguaglianze

Moderatori: **Nicola Nante, Saverio Di Ciommo**

- Le disuguaglianze in ambito materno infantile e gli interventi di dimostrata efficacia per ridurle *R. Gray, M.P. Fantini, L. Dallolio*
- "Annulliamo la distanza": una esperienza di

cooperazione per ridurre le disuguaglianze in tema di salute infantile *F. Riboldi*

- Il contenimento delle disuguaglianze in ambito materno infantile: l'esperienza della Regione Emilia Romagna *S. Borsari, E. Castelli, A. Nicoli, C. Lupi*
- Salute Senza Esclusione: campagna per l'accessibilità dei servizi sociosanitari da parte della popolazione rom, sinta e abitante nei campi nomadi *M.E. Trillò, G. Baglio*
- Il contrasto delle disuguaglianze di salute in Sicilia. Un approccio alla transculturalità *M. Affronti*
- Il percorso nascita in Provincia di Trento *E. Nava, E. Rosati, M. Berlanda*

Comunicazioni

- Il progetto Percorso Nascita e Donne Migranti nel distretto di Casalecchio di Reno AUSL di Bologna *L. Lambertini, C. Veronesi, S. Degli Esposti*
- La comunità come partner. Percorsi partecipati per contrastare le disuguaglianze nell'accesso ai programmi di screening *L. Barbieri, M.C. Cocchi, M. Colombo, M. Benedettini*
- Lo stato di salute nel primo anno di vita attraverso le schede pediatriche 12 mesi. Confronto tra distretti e cittadinanze *S. Piffer*
- Il Progetto di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno dell'ASL Città di Milano: progetto di rete e di reti *AM. Bettinelli, S. Chirchiglia, O. Manzi, G. Cassavia*
- Electronic Patient Record, Clinical Data *A. Protonotari*
- Il Distretto primo luogo di integrazione delle culture: un progetto nazionale sull'interculturalità prendere vita dal Distretto e promuove la sperimentazione *A. Morrone, G.V. Dallari, P. Schildkraut, S. Aristei*
- Analisi dei motivi delle IVG nelle utenti dei consultori familiari: rilevanza dell'età e della cittadinanza *S. Piffer, L. Bianchi*
- I percorsi assistenziali per la popolazione femminile immigrata nel Consultorio Familiare del Distretto di Porretta Terme AUSL di Bologna *G. Cama, M. Ricci Maccarini, M.C. Pirazzini, A. Fini, C. Mazzini, M. Morini*
- La continuità dell'assistenza prima e dopo il ricovero in ospedale: le Centrali di Continuità distrettuali di Bologna *G. Cavazza*

Dibattito su relazioni, comunicazioni e poster



CARD & S.It.I. uniti nell'ottimismo della volontà

di **Francesco Blangiardi***

L'ultimo Congresso nazionale a Bari della S.It.I. ha avuto come tema "La promozione della salute per lo sviluppo economico e sociale dell'Italia", riprendendo le indicazioni della Conferenza Ministeriale Europea conclusa con la firma della Carta di Tallin.

La Carta ha posto il tema dei sistemi sanitari e della salute al centro dei dibattiti politici dei Governi per garantire la presenza di servizi sanitari efficienti che contribuiscano a migliorare la salute ed il benessere economico delle popolazioni. Per fare ciò è necessario che la spesa sia allineata agli obiettivi politici.

La Carta raccomanda la necessità di garantire alle persone un trattamento dignitoso e rispettoso nel momento in cui si rivolgono od usufruiscono dei servizi del proprio sistema sanitario, prendendo ad esempio le strategie utili ed efficaci per il miglioramento delle prestazioni garantendone l'equità.

Proprio quest'ultimo punto è stato tenuto in considerazione per lo svolgimento della XI Conferenza di Sanità Pubblica che si terrà a Napoli dal 15 al 17 ottobre 2009.

La richiesta della S.It.I., attraverso il Coordinatore del Collegio degli Operatori Vittorio Carreri è di non risparmiare, così come avvenuto fino ad ora, sulla prevenzione collettiva ledendo i diritti dei cittadini alla prevenzione ed al diritto alla salute attraverso il rilancio di alcune attività quali il rapporto salute e ambiente, sicurezza alimentare e corretta nutrizione, prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, lotta alle malattie di maggiore rilevanza sociale.

Resta quindi di grande attualità il messaggio positivo che Walter Ricciardi Direttore dell'Istituto Igiene dell'Università Cattolica di Roma, ha lanciato nel corso del Congresso: "dal pessimismo della ragione all'ottimismo della volontà", dove dopo una disamina sul disempowerment che purtroppo si è aggravato dopo la crisi economica attuale auspica la "resilienza" dei professionisti del SSN ricordando J.F.K. che affermava che le grandi conquiste non sono di un solo uomo ma di una intera nazione.

Quando è chiaro che gli obiettivi non possono essere raggiunti non bisogna cambiare gli obiettivi ma le azioni per raggiungerli, attraverso la capacità, competenza e motivazione dei professionisti e la disponibilità a rimettersi in discussione ed a combattere per il proprio ruolo. Teniamo presente l'analisi di Francesco Longo, direttore del Cergas, che le caratteristiche strutturali dei servizi territo-

riali impediscono l'assunzione di una logica prestazionale, perché tale logica creerebbe incentivi opposti alla missione degli stessi servizi e che il territorio è multidimensionale per cui richiede lo sviluppo di complesse competenze gestionali e di governo clinico ed uno stile di leadership autorevole.

Come da sempre abbiamo sostenuto uniti si vince, divisi si perde: e se perdiamo noi perde anche la popolazione.

In questo scenario è quanto mai attuale la comunione d'intenti tra attori che, come ricordava Salvatore Barbuti Ordinario di Igiene Generale ed Applicate all'Università di Bari, hanno a cuore la salute della popolazione.

Per quanto sopra la S.It.I. e la Card, da sempre impegnate ad assicurare il benessere della popolazione e la qualità di vita dei malati, svolgeranno azioni comuni tese a raggiungere gli obiettivi di salute valorizzando le buone pratiche e le strategie dimostratesi efficaci nell'ambito operativo dei propri soci che fanno parte di un'unica famiglia ed invitano gli stessi a partecipare attivamente alla vita societaria.

Ringrazio infine l'amico Rosario Mete per l'invito a partecipare al Congresso Card di Pisa dove assicuriamo fin d'ora la presenza e ricambiamo l'invito per la nostra Conferenza di Sanità Pubblica che si terrà dal 15 ottobre a Napoli.

* Presidente S.It.I.



Il Documento della Card

Domande	Risposte con spiegazioni	Note
<p>17</p> <p>Com'è possibile ridefinire il ruolo del Mmg in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto integrazione con gli altri segmenti del Ssn? Come coniugare il Mmg con le strutture del Ssn in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di benessere?</p>	<p>Criticità attuali nella Medicina Generale</p> <p>1. Criticità di formazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per livello: manca una formazione pre-laurea, specialistica, Ecm multiprofessionale • Per contenuti: manca una formazione alla promozione della salute, all'empowerment, alla organizzazione e coordinamento di percorsi di cura, alla presa in carico di assistiti cronici • Per metodi: manca la formazione all'approccio bio-psico-sociale secondo metodologia scientifica <p>2. Criticità di lavoro professionale</p> <ul style="list-style-type: none"> • manca il lavoro del Medico di famiglia in equipe multiprofessionali • mancano al Medico di famiglia attività di coordinamento di percorsi di cura per i propri pazienti cronici <p>3. Criticità di rapporti con le strutture del Ssn</p> <ul style="list-style-type: none"> • manca la integrazione con l'Ospedale • manca la integrazione con i Servizi sociali e della educazione 	<p>Nota 1.</p> <p>Nel CdL in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia è in atto un Corso sperimentale denominato "Medicina generale e Cure Primarie" per tutti gli studenti dal 3° al 6° anno, che si avvale della collaborazione fra docenti universitari di discipline affini alle Cure Primarie, mmg e professionisti aziendali di cure primarie. Il corso intende fornire competenze di base di tipo organizzativo, clinico e relazionale nell'area della assistenza primaria</p>
<p>18</p> <p>Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la Mg, anche nella fase di formazione dei medici e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e comunicazione?</p>	<p>Possibili strategie per superare le criticità e relative Responsabilità di attuazione</p> <p>1. Formazione</p> <p>1. Pre-laurea: attivazione di Corsi Integrati di Cure Primarie nei CdL in Medicina e Chirurgia (nota 1). Responsabilità: Ministero Università</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specialistica: riconoscimento di una "Specializzazione in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità" attraverso la sinergia (da studiare nei tempi e nei modi) fra gli attuali Corsi di Formazione Specifica in Mg gestiti dalle Regioni e Scuole di Specializzazione universitarie in Medicina di Comunità (nota 2). Tale specializzazione potrebbe conferire competenze cliniche unitamente a competenze organizzativo-gestionali, spendibili sia per curare che per organizzare e coordinare percorsi di cura per i propri pazienti cronici assistiti a domicilio o in ambulatorio, sia per accedere, con contratto a rapporto esclusivo, alla dirigenza delle Uoc di Cure Primarie. Responsabilità: Ministero Università + Ministero Lsps + Conferenza Regioni 	<p>Nota 2</p> <p>La Specializzazione in Medicina di Comunità (Dm 1.8.2005) è una specializzazione di area medica, ed è organizzata in un triennio di attività cliniche e in un biennio di attività gestionali. Fornisce competenze cliniche di promozione della salute, diagnosi, cura unitamente a competenze organizzative per la gestione dei servizi di assistenza primaria e per il coordinamento della rete delle cure primarie.</p>
<p>Risposta sintetica:</p> <p>È necessario premettere che le Cure primarie non s'identificano con la Medicina generale convenzionata, se non altro perché i Mmg sono meno del 50% di tutte le figure professionali impegnate in quest'area di assistenza distrettuale. Cure Primarie è il termine utilizzato nel nostro Paese per indicare la Primary Health Care ampiamente descritta dall'Oms e ritenuta il fulcro del servizio sanitario. In Italia le Cure Primarie comprendono l'assistenza erogata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dai medici della specialistica ambulatoriale territoriale e dagli operatori dei distretti nonché l'assistenza sanitaria e socio sanitaria domiciliare, ambulatoriale e residenziale per specifiche categorie di persone (aree materno infantile e salute mentale, anziani, disabili, malati cronici, tossicodipendenti) nella quale sono coinvolti numerosi professionisti medici (pediatri, ginecologi, geriatri, fisiatri...) e di altre professioni sanitarie e sociali (infermieri, terapisti, dietisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti tutelari...) e della educazione (educatori negli inserimenti scolastici, lavorativi...). Le Cure Primarie sono, quindi, tutte le attività orientate a promuovere la salute, a prevenire le malattie e ad attivare</p>		

i percorsi diagnostico-terapeutici che sono erogati nei luoghi più vicini a quelli in cui i Cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori e presidi territoriali, strutture residenziali), in una vision d'integrazione delle risorse e coordinamento dei processi. La continuità delle cure, l'integrazione professionale e la partecipazione di paziente, famiglia e comunità alla tutela della salute sono i principi su cui si fondano le Cure Primarie.

Per valorizzare il ruolo del Mmg e integrarlo con le strutture del Ssn è necessario migliorare la sua formazione attraverso un percorso accademico pre-laurea e post-laurea che preveda anche l'acquisizione di capacità relazionali e di comunicazione. Nel post-laurea è opportuno il riconoscimento di una Specializzazione (es in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità) attraverso la sinergia (da studiare nei tempi e nei modi) fra gli attuali Corsi di Formazio-

- Ecm: sensibilizzazione delle Società Scientifiche e Professionali della Mg, dei Distretti... alla attuazione di Corsi Ecm multiprofessionali su tematiche utili ad attuare in tempi brevi interventi assistenziali innovativi (es. dimissioni ospedaliere protette, percorsi di cura per diverse tipologie di malattie croniche: stabilizzate, con frequenti riacutizzazioni, con esiti invalidanti...) Responsabilità: Assimefac, Card, Fimmg, Simg,...

2. Lavoro professionale

- Attività in equipe multiprofessionali: creazione di equipe multiprofessionali (Utap, Ncp, Uo 24/24...) in cui è presente il Mmg, con finalità di continuità assistenziale (percorsi di cura per cronici, risposta a urgenze sul territorio...), di attivazione di partecipazione ed empowerment di pazienti e famiglie ai percorsi di cura e assistenza. Responsabilità: Aziende Usl, Distretti, Comuni
- Attività di coordinamento: attribuzione ai Mmg di compiti di coordinamento dei percorsi di cura di propri pazienti cronici a domicilio (es. Adi) o in ambulatorio (es. percorsi del diabete, della ipertensione, della insufficienza cardiaca cronica...). L'attribuzione richiede una specifica formazione (Master per gli attuali medici, Specializzazione per i futuri). Responsabilità: Aziende Usl, Distretti, Università

3. Rapporti con strutture del Ssn

- Integrazione Mmg-Ms ospedalieri: attuazione di procedure per accessi ospedalieri programmati o dimissioni protette che coinvolgano direttamente i Mmg. Responsabilità: Aziende Usl, Distretti
- Integrazione Mmg- operatori sociali: attuazione di procedure per la integrazione socio-sanitaria a favore di pazienti complessi assistiti a domicilio o strutture e che coinvolgano direttamente i Mmg. Responsabilità: Aziende Usl, Distretti, Comuni

Domande	Risposte con spiegazioni	Note	
<p>19 Qual è la dimensione territoriale che più efficacemente può trattare le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?</p>	<p>Criticità attuali nei servizi territoriali coinvolti nei percorsi di cura e assistenza ai pazienti con patologie/disabilità croniche</p> <p>1. Criticità organizzative:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordinamento: frammentazione dei percorsi, servizio gestito molto spesso dalla famiglia, mancanza di presa in carico globale del paziente • comunicazione: mancanza di comunicazione sulle condizioni del paziente nel passaggio da un servizio all'altro • accessibilità: prestazioni monoprofessionali erogate su domanda espressa che creano liste di attesa, burocratizzazione dei processi che comportano rischio d'interruzione dei percorsi da parte del paziente, e ricorso a medicina alternativa... <p>2. Criticità clinico-assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accettabilità: attività di diagnosi e cura rispondenti a evidenze (Ebm), ma non sempre accettate e tollerate dal paziente • Adeguatezza: attività di diagnosi e cura che spesso non tengono conto del contesto ambientale e familiare del paziente (es. politerapia in paziente anziano che vive solo o con coniuge anziano) • Adesione: attività di diagnosi e cura proposte senza tenere conto della compliance del paziente, senza attivare la partecipazione e l'empowerment • Continuità: frequenti lacune nel monitoraggio della assistenza, possibili scompensi e ricoveri ripetuti • Efficacia: non verifica dei risultati di cura e assistenza <p>Possibili strategie per superare le criticità e relative Responsabilità di attuazione</p> <p>1. Organizzazione: la dimensione territoriale che più efficacemente può rispondere ai nuovi bisogni di salute è il Distretto con territorio possibilmente coincidente con quello previsto dalla L. 328/2000 per i servizi sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizi in rete: è il collegamento funzionale (attraverso procedure organizzative gestite dal Distretto) dei servizi sanitari e sociali territoriali (Piani di Zona e Programmi per le Attività Territoriali), al bisogno collegati con i servizi ospedalieri. 		
<p>20 Quali sono le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo con processi attivi nei complessi percorsi della rete dei servizi?</p>			
<p>21 Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un contributo virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?</p>			
<p>Risposta sintetica: È indispensabile il cambio di paradigma della sanità territoriale (dall'attesa all'iniziativa). Questa operazione ha necessità di mettere al centro del sistema i bisogni dei cittadini; un'operazione che può essere vincente solo con l'adesione convinta di tutti gli attori, dai professionisti ai decisori politici e alle comunità locali, dalle istituzioni accademiche agli amministratori. Un cambio di paradigma peraltro culturalmente maturo, già collaudato in varie realtà internazionali e adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che in un recente documento ha indicato nella "Community Oriented Primary Care" ("Cure primarie orientate verso la comunità") la forma più evoluta di organizzazione dell'assistenza sanitaria di base. Una nuova organizzazione dove le cure primarie sono integrate da un approccio di sanità pubblica gestito dal Distretto, che consiste nella valutazione sistematica dei bisogni della comunità, nell'identificazione dei principali problemi, nell'implementazione d'interventi sistematici rivolti a gruppi target di popolazione, nel monitoraggio dell'impatto di tali interventi per essere certi che</p>			

i servizi sono stati utili e congruenti con i bisogni della popolazione.

Con l'obiettivo di garantire continuità delle cure e presa in carico globale e unitaria dei pazienti cronici, è necessario realizzare il Modello della Assistenza Sanitaria Primaria del Who, i relativi metodi (approccio bio-psico-sociale al paziente e alla famiglia) e strumenti (organizzativi, clinico-assistenziali e relazionali)

- **Unità Operative Complesse di Cure Primarie:** sono collocate all'interno dei Distretti e raggruppano i servizi sanitari e sociali territoriali che garantiscono i Lea 2. I servizi sono fra loro integrati (integrazione orizzontale) e sono supportati al bisogno dai servizi ospedalieri di 2° e 3° livello (integrazione verticale). La direzione è assegnata a medici con competenze cliniche, gestionali e di sanità pubblica (Specializzazione in Medicina di Comunità o Specializzazione in Medicina Generale, di Famiglia e Comunità e in Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica).
- **Percorsi di cura e assistenza a diversa intensità:** sono processi individualizzati che si sviluppano nei servizi in rete tenendo conto delle diverse tipologie di patologia cronica (croniche stabilizzate, croniche con frequenti riacutizzazioni, croniche ad esiti invalidanti...). Sono realizzate da Equipe Multiprofessionali (vedi di seguito) coordinate da un Case Manager (vedi di seguito) e si sviluppano secondo il modello del Chronic Care Model (nota 3)
- **Equipe multiprofessionali e interdisciplinari:** sono composte sempre dal Medico di famiglia del paziente e dagli altri professionisti sanitari e sociali di volta in volta scelti in base ai bisogni dei pazienti. Sono coordinate da un Case Manager (vedi di seguito)
- **Case Manager (Cm):** professionista con la responsabilità di presa in carico globale del paziente. Responsabilità: Azienda Usl, Distretto

2. Cura e assistenza (orientamenti del Who)

- **Assessment dei bisogni:** rilevazione di problemi, limitazioni di attività e partecipazione, barriere e facilitatori ambientali e personali (attività di equipe)
- **Definizione di Piani Assistenziali Individuali:** (attività di equipe)
- **Erogazione delle prestazioni professionali:** (attività individuali)
- **Verifica periodica di appropriatezza dei piani**

3. Relazioni con il paziente e la famiglia

- **Empowerment** (nota 4):
- **Supporto psicologico e co-unselling**
- **Avvocatura sanitaria**

Nota 3

Il Chronic Care Model è basato sulla collaborazione fra paziente informato, formato e responsabilizzato e l'equipe che cura, assiste, educa

Nota 4

Empowerment è un processo educativo continuo, integrato nell'attività clinica dei professionisti sanitari, che mira ad aiutare il paziente a conoscere la propria condizione cronica (informazione personalizzata) e a educarlo (sviluppare una coscienza critica) e formarlo al self-care al fine di elaborare un piano di azione condiviso (il piano delle cure) in un team delle cure in cui il paziente è uno degli attori coinvolti.



Il nuovo distretto di
Colleferro della Asl Roma G

In principio era la fabbrica...

di **Alfredo Maffei***

In principio era la fabbrica, situata per ovvi motivi in una aperta, desolata e nebbiosa campagna.

Poi vennero i dormitori, per gli operai che a causa della distanza a volte notevole non potevano giornalmente ritornare alle abitazioni da cui provenivano.

Dopo i dormitori sorsero progressivamente lo spaccio, il circolo ricreativo e tutti i servizi necessari per gli operai della fabbrica che si ingrandiva, e dopo ancora le prime abitazioni per quelli che avevano il coraggio di portare la famiglia a vivere all'ombra di una ciminiera.

E poi nacque una vera città intorno alla fabbrica, con le scuole, la chiesa, l'ospedale e la caserma dei carabinieri, per gli operai che erano diventati cittadini, insieme alle loro famiglie, di un Comune nato in funzione della fabbrica ed a ragione della fabbrica. La fabbrica cresceva, e si moltiplicavano i suoi capannoni, e intanto si sviluppava intorno la città, in una simbiosi apparentemente pacifica, anche se talvolta conflittuale, perché ogni tanto qualche operaio nella fabbrica ci moriva, oppure anche tanti tutti insieme, come in un tragico giorno del 1938. E dopo vennero anche altre industrie, a circondare la città con i loro capannoni e le loro ciminiere, ma la fabbrica rimaneva lì, con una presenza sempre più ingombrante ed imbarazzante al centro di una città giovane e vivace, pure se tanto inquinata.

Finché venne un giorno, i tempi cambiava-

no, in cui la fabbrica che aveva fatto nascere la città morì, smembrata, trasformata, dislocata, ed i suoi capannoni lasciati al degrado, a ricordare un passato bello e brutto, ma comunque importante. Parliamo di Colleferro e della sua fabbrica di esplosivi e di ordigni bellici che ne ha accompagnato l'esistenza fino agli inizi degli anni '90.

Una storia originale, e forse unica almeno nella Regione Lazio, e che merita di essere raccontata perché è stata lo scenario di un'importante operazione che interessa la Sanità Pubblica che può costituire un esempio di riferimento e di un modello da imitare.

Tra i tanti problemi che l'attuale Direzione Generale della Asl Roma G si è trovata ad affrontare all'inizio del suo mandato c'è stato anche quello, peraltro purtroppo frequente ad altre Aziende Sanitarie, dell'adeguamento delle sedi strutturali. A Colleferro i servizi territoriali si trovavano da sempre dislocati in differenti sedi, divenute nel tempo insufficienti, inadeguate ed in alcuni casi addirittura fatiscenti, e che pesantemente condizionavano in senso negativo l'andamento delle attività,

oltre ad offrire un'immagine poco decorosa della Sanità Pubblica sia per i cittadini-utenti che per i dipendenti. Entrata nella determinazione di accorparli in un'unica, idonea sede, la Direzione Generale all'inizio del 2007 emanò un bando pubblico per l'individuazione di un immobile già esistente nel Comune e da destinare, previa opportuni adattamenti, ad attività sanitarie e da acquisire in locazione con opzione all'acquisto. Ed è a questo punto che viene avanzata da parte di un imprenditore privato la innovativa, originale proposta progettuale di riconversione di una parte (circa 8000 mq.) dei capannoni industriali della ex fabbrica di esplosivi in sede dei Servizi Sanitari Territoriali della Asl. Ottenuta l'approvazione della commissione esaminatrice, il tempo necessario per perfezionare gli accordi contrattuali, le modifiche urbanistiche e le verifiche di compatibilità ambientale, ed i lavori di adeguamento, portati a termine nel giro di pochi mesi, hanno ridato una nuova vita ed un nuovo volto a tutta l'area interessata, realizzando anche una importante operazione di recupero urbanistico in una zona immediatamente a ridosso del centro cittadino. Ben giustificata quindi la soddisfazione da parte del Direttore Generale della Asl Roma G Giovanni Di Pilla e del Sindaco di Colleferro Mario Cacciotti nell'inaugurare, lo scorso 22 dicembre, alla presenza del Presidente del Consiglio Regionale del Lazio Guido Milana la nuova struttura, felice esito di una proficua sinergia tra le istituzioni e l'imprenditoria privata. Sinergia quanto mai virtuosa se si considera che tutto l'intervento è stato realizzato senza



Il Commento

La struttura permetterà di attivare nuovi modelli organizzativi della sanità pubblica distrettuale

di **Rosario Mete**



gravare di ulteriori costi il bilancio dell'Azienda Sanitaria: il che, nell'attuale difficile congiuntura finanziaria della Regione Lazio non appare cosa di poco conto.

In questi giorni i cittadini stanno gradatamente prendendo confidenza con la nuova sede, nella quale hanno trovato una collocazione ottimale tutti i servizi afferenti al Distretto (Poliambulatorio, Medicina Legale, Cup, Medicina di Base, Centro di Assistenza Domiciliare, Servizio per la tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva, Fisiokinesiterapia, Urp, oltre che la Direzione del Distretto e gli uffici amministrativi), al Dsm (Centro di Salute Mentale, Centro Diurno e Direzio-

ne di Area) ed al Dipartimento di Prevenzione (Servizi Veterinari, di Igiene Pubblica, di Prevenzione e sicurezza nei Luoghi di Lavoro e di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione).

Ancora un po' spaesati si aggirano increduli negli ampi luminosi e colorati spazi, e non manca di incontrare talvolta qualche anziano, particolarmente stupefatto, che con un tono di commozione ed un pizzico di orgoglio si lascia sfuggire "Ma questa era la mia fabbrica! Qui c'erano le presse,.... lì la verifica dei bossoli....". Una bella trasformazione, non c'è che dire!!

*Direttore Distretto G6 Colferro

Di recente sono stato in visita alla nuova sede del Distretto di Colferro, comune situato nel sud della provincia di Roma. L'intervento di ristrutturazione di un opificio industriale ha permesso di ubicare in un unico edificio tutti i servizi territoriali, compresi anche quelli dei Dipartimenti di salute mentale e di prevenzione, precedentemente sparsi sul territorio del comune e ubicati in sedi inadeguate. L'impatto per i cittadini è stato positivo. Sono state apprezzate le nuove condizioni di comfort dei singoli servizi e l'ampia area destinata a parcheggio. Gli operatori hanno considerato l'iniziativa come una dimostrazione di una particolare attenzione dell'Azienda sanitaria alla sanità distrettuale.

Ciò ha prodotto un sensibile aumento della motivazione. La struttura permetterà di attivare nuovi modelli organizzativi della sanità pubblica distrettuale e avviare percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali su alcune patologie a maggior impatto sulla popolazione. Questa condizione sarà nei prossimi mesi potenziata attraverso processi di coinvolgimento di team di professionisti al fine di rendere possibile l'applicazione nella sede di nuove forme di assistenza che meglio si adatta alla gestione delle patologie croniche, abbandonando progressivamente l'attuale organizzazione prevalentemente orientata a rispondere alle patologie acute.



Rapporto Ceis 2008: cresce l'assistenza domiciliare

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del PIL. Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. Gap che le Regioni dovrebbero colmare con recuperi di efficienza o inaspando la compartecipazione dei cittadini o tagliando i servizi. È quanto rileva il VI Rapporto Sanità del Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma, presentato a Roma lo scorso 27 gennaio, secondo il quale già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla tenuta economica della famiglia. Sono infatti 349.180 famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Un numero pari a circa l'1,5% del totale delle famiglie italiane. Alle quali si aggiungono 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie out of pocket. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare il Rapporto evidenzia una crescita dell'attenzione verso i servizi sociosanitari e i modelli di assistenza domiciliare. Alla elevata variabilità della percentuale di over 65 che ogni Regione prende in carico a domicilio, si aggiunge quella dell'intensità assistenziale (quantità di ore annue mediamente erogate per abitante anziano preso in carico), ma senza una significativa correlazione fra le due variabili. Nel 2006 ad ogni paziente anziano assistito in ADI sono state dedicate, in media, 24 ore annue. Tuttavia il dato passa dalle 183 ore della Valle d'Aosta, alle 71 della Sardegna, fino a Veneto Molise che rimangono sotto le 15 ore. Su 180 Asl presenti sul territorio nazionale nel 2006 ce ne sono 7 (due in Sicilia e Calabria, una nel Lazio, Puglia ed Umbria) che ancora non offrono il servizio di ADI, sebbene questo tipo di prestazione rientri nei Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio



Inaugurata la Casa della Salute di Varallo

La Presidente della Regione, Mercedes Bresso, è intervenuta il 24 gennaio all'inaugurazione della Casa della Salute di Varallo Sesia, ultimo atto dell'accordo per il riutilizzo di parte dell'ex ospedale Santissima Trinità dopo che l'Asl VC ha ripreso possesso dell'edificio nei confronti della Fondazione Maugeri. Per la prima volta sono garantiti, all'interno di un'unica struttura, molteplici servizi atti a potenziare l'offerta sanitaria del territorio. Sono, infatti, attivati gli ambulatori di fisiopatologia respiratoria, pneumologia, otorinolaringoiatria, oculistica, chirurgia, urologia, dermatologia, neurologia, medicina legale e ginecologia, unitamente a centro prelievi, ecografia, riabilitazione motoria e neuropsichiatria infantile. Inoltre, è stato destinato uno spazio da dedicare ai Medici di Medicina Generale per l'attivazione, come indicato dal Piano socio-sanitario regionale, della "medicina di gruppo" in cui verranno coinvolti inizialmente sei medici per un bacino d'utenza di circa 7.000 persone e che avrà avvio a marzo. Il progetto si completerà prossimamente con la ristrutturazione dell'ex sede distrettuale, ove troveranno collocazione il 118, il servizio di continuità assistenziale e il consultorio familiare. Infine, entro pochi giorni l'Asl provvederà ad affidare ad un professionista la redazione del progetto preliminare, definitivo ed esecutivo dell'ospedale di comunità per 10 posti letto.

Asl di Asti: si apre il cantiere della Casa della Salute di Canelli

L'Asl di Asti è pronta ad aprire il cantiere per la costruzione della Casa della salute di Canelli: lo scorso 20 gennaio è avvenuta la consegna dei lavori al Gruppo SAE di Torino, a capo di un'associazione temporanea di imprese che in primavera aveva prevalso su altre due ditte concorrenti proponendo un ribasso del 18% sulla base d'asta di 1.847.410,06 euro. Il costo dell'opera sarà dunque di 1.514.876,25 euro. «La consegna dei lavori per la prima della sei Case della salute che l'Asl intende avviare nei prossimi anni nell'Astigiano» sottolinea il Direttore generale della Asl At Luigi Robino «arriva dopo un altro passo importante: l'affidamento dell'appalto, avvenuto la scorsa settimana, per la costruzione del nuovo ospedale della Valle Belbo, attivo nel 2011. E intanto siamo pronti a indire la gara per altre due Case della salute: quelle di San Damiano e Villafranca». La struttura di Canelli aprirà alla fine del 2009: nascerà sulla stessa area dell'ex ospedale e sarà realizzata in parte ristrutturando il vecchio edificio e in parte ex novo. Un'unica gara d'appalto interesserà invece la progettazione esecutiva e la costruzione delle strutture di San Damiano e Villafranca: la base d'asta è di 2.996.036,20 euro. L'aggiudicazione dei lavori è prevista per fine marzo. Altre Case della salute sono già state localizzate dall'Asl a Calliano, Castello d'Annone e Villanova.

Molise: nominati i nuovi direttori dei distretti sanitari

Nominati, lo scorso 16 gennaio dal Direttore generale dell'ASReM (Azienda Sanitaria Regionale del Molise), i nuovi Direttori dei Distretti sanitari del Molise. In attuazione della delibera di Giunta Regionale n. 1307 del 1 dicembre 2008 che recependo quanto disposto dall'obiettivo n. 4 del Programma Operativo di Rientro per il Riequilibrio del Deficit Sanitario, i Distretti sanitari in Molise sono passati da tredici a sette. Ecco i nuovi nomi dei Direttori di Distretto: Agnone: Gabriella Amicarelli; Boiano: Franco Viola; Campobasso: Francesco Falcone; Isernia: Rosa Iorio; Larino: Carmelina Triscali; Termoli: Giovanni Giorgetta; Venafro: Gianfranca Testa. «Questa nuova articolazione distrettuale» ha affermato il Direttore Generale dell'ASReM Sergio Florio «consentirà una maggiore governance dell'intero sistema. Una semplificazione ed una razionalizzazione del raccordo centro-periferia che si riverbererà positivamente in termini di risposta alla domanda di salute dell'intero, ancorché vasto, territorio regionale».

Con il piano E-government, prescrizioni e certificati diventano digitali

Digitalizzazione del ciclo delle prescrizioni e dei certificati medici ovvero la sostituzione delle prescrizioni (farmaceutiche e specialistiche) e dei certificati di malattia cartacei con documenti digitali, secondo gli standard del Fascicolo Sanitario Elettronico; rendere disponibile ai cittadini la propria storia clinica nel Fascicolo

sanitario elettronico, assicurando che tale patrimonio informativo sia disponibile nel pieno rispetto della privacy. Questi gli obiettivi relativi alla Sanità previsti dal Piano E-Government 2012 presentato il 21 gennaio scorso a Palazzo Chigi dal Presidente del Consiglio dei Ministri, Silvio Berlusconi, ed il Ministro della Pubblica amministrazione e l'innovazione, Renato Brunetta. «La prescrizione medica elettronica» secondo il Ministro Brunetta «può portare ad una riduzione del 30% delle spese nell'ambito sanitario». Per le prescrizioni mediche si spendono dai 15 ai 20 mld di euro l'anno, con la digitalizzazione delle prescrizioni il Ministro ha quantificato un risparmio dai 2 ai 6 mld di euro. Il Piano tiene conto del quadro di crisi dell'economia, affronta il problema dell'aumentata distanza dell'Italia dai paesi europei più avanzati. In pari tempo sviluppa e aggiorna gli strumenti costruiti negli anni recenti, dando corpo agli indirizzi del governo per fronteggiare le nuove esigenze dei cittadini, per utilizzare le nuove tecnologie Ict (Information and Communication Technology), per allineare l'Italia alle migliori performance europee.

Pronto in Veneto il nuovo "progetto cure primarie"

Gli uffici regionali del Veneto hanno ultimato la bozza del Progetto Cure Primarie, che consentirà alle Aziende sanitarie venete di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza sul territorio. «Si tratta» sottolinea con soddisfazione l'Assessore regionale alla Sanità Sandro Sandri «del primo Piano organico d'intervento per l'Assistenza primaria, attraverso il quale rilanciare e sostenere il sistema della medicina territoriale: per quanto mi riguarda, sarà un impegno prioritario per l'attività da realizzare in questo 2009, che avevo in parte anticipato nelle scorse settimane, e che ora passa alla fase della concretizzazione». Il modello di riferimento del Progetto prevede lo sviluppo contemporaneo di vari

elementi: gli obiettivi, come la gestione integrata dei pazienti tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale; le azioni, come il Piano attuativo locale per le Cure Primarie e i Patti Aziendali; i modelli organizzativi, come la Rete nella quale inserire i Team Funzionali, la Medicina di Gruppo Integrata e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria UTAP; le risorse, derivanti dagli Accordi a livello nazionale e regionale; i tempi, indicati in 3 anni. «Un vero e proprio nuovo corso - fa notare Sandri - basato su due elementi essenziali: il governo della programmazione con il Piano Attuativo per le Cure Primarie, e l'individuazione e organizzazione della Rete Territoriale». Quest'ultima è composta da 53 Distretti con un bacino di 100.000 abitanti operativi 24 ore su 24; dall'Assistenza dei medici di famiglia in rete, in gruppo od organizzati in 42 Utap; dall'Assistenza Domiciliare; dagli 8 Ospedali di Comunità; dalle 269 Strutture Residenziali Extraospedaliere; e dai 16 Hospices. «In tale contesto organizzativo» sottolinea Sandri «il fulcro centrale sono i cittadini, che dovranno poter trovare una risposta sanitaria appropriata rispetto al loro problema nell'arco massimo di 24 ore». I due principali "attori" di questa nuova strategia regionale sono il Distretto Socio-Sanitario e i Medici convenzionati. Il Distretto come luogo più vicino alla popolazione e di primo accesso per l'utenza per potenziare la relazione con la famiglia in termini di qualità e anche di rapporto; la Medicina convenzionata con la quale mettere a punto strumenti condivisi per garantire una gestione 24 ore su 24 della risposta ai bisogni socio-sanitari del territorio di competenza, e la continuità delle cure in particolare nella dimissione o nell'ingresso in ospedale degli utenti. «Su questi obiettivi» dice Sandri «lanciamo una proposta forte di collaborazione con tutti i circa 6.000 medici convenzionati veneti: Medici di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni».



Malati cronici

Inadeguata l'offerta di servizi sanitari territoriali

Paga di tasca propria le carenze del servizio sanitario nazionale e lotta quotidianamente con la burocrazia per ottenere quanto garantito a livello pubblico. È questa la fotografia del cittadino affetto da malattie croniche e rare che emerge dall'VIII Rapporto sulle politiche della cronicità "Il prezzo dei diritti", presentato lo scorso 12 febbraio a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici-Cittadinanzattiva, al quale aderiscono 140 organizzazioni. I costi: ogni mese i malati cronici spendono oltre 1700 euro, fra badante, farmaci, protesi. Per curarsi, i malati

cronici in Italia sostengono ingenti costi privati per supplire a quanto non garantito dal servizio pubblico e operano quotidianamente un braccio di ferro con la burocrazia per ottenere quanto invece è riconosciuto dalla legge e dal servizio sanitario nazionale. La spesa media mensile sostenuta dal paziente e dalla sua famiglia è di 1760 euro, con in testa i costi legati alla badante che ammontano a 986 euro al mese. In tema di assistenza farmaceutica, il 50% delle Associazioni di malati cronici segnala il mancato accesso ai farmaci necessari e insostituibili per la cura della patologia, mentre il 33% denuncia differenze regionali, ma anche tra Asl della stessa Regione, per l'accesso ai farmaci; il 53% segnala il mancato accesso ai farmaci necessari per la prevenzione e il controllo delle complicanze, rispetto ai quali il 20% delle Associazioni dichiara l'esistenza di differenze territoriali nell'accesso. Tutte queste difficoltà fanno sì che i pazienti, come segnalato dal 43% delle Associazioni, debbano sostenere privatamente i costi per l'acquisto di farmaci per la cura e/o il controllo delle complicanze della patolo-

gia non garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. L'annuale edizione del Rapporto sulle politiche della cronicità mette in rilievo le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari per circa 23 milioni di italiani. Quasi il 57% delle associazioni afferma che il diritto all'accesso è per nulla o poco rispettato, il 40% dice che lo è parzialmente e soltanto il 3% afferma che esso è totalmente rispettato. Le conseguenze? Disastrose sui portafogli e sulla salute: ben l'83% dice che la conseguenza è l'aumento dei costi privati, per l'80% aumentano le complicanze della malattia e ben il 70% denuncia un conseguente peggioramento dello stato di salute. E soprattutto la burocrazia a far da ostacolo nell'accesso ai servizi socio-sanitari: circa il 77% delle associazioni che hanno partecipato al Rapporto ha evidenziato che essa rappresenta la principale criticità. In particolare la burocrazia incide nell'accesso ai farmaci, alle prestazioni sanitarie (con le liste di attesa), rilascio e rinnovo dell'invalidità, presidi protesi e ausili. Oltre la metà delle associazioni (circa il 57%) ha difficoltà, inoltre, a ottenere i benefici socioeconomici previsti dalla legge, in particolare denunciano il mancato accesso a: indennità di accompagnamento (il 47% delle associazioni), riconoscimento dell'invalidità civile e dell'handicap (37%), criteri di esenzione limitati (33%), mancato riconoscimento del codice esenzione (30%) e del contrassegno ed esenzione bollo auto (30%). A essere inadeguata è l'offerta di servizi sanitari territoriali (residenze sanitarie assistenziali, assistenza domiciliare, lungodegenza, riabilitazione) per i quali il 57% delle associazioni lamenta difficoltà nell'accesso. Nella stessa percentuale denunciano l'assenza di figure socio-assistenziali (ad esempio badanti), nel 46% dei casi la carenza di Centri di riferimento specializzati. Una vera e propria chimera, inoltre, l'assistenza psicologica: il 77% delle associazioni ne segnala la mancanza. Secondo gli ultimi dati Istat 2008, a soffrire di almeno una patologia cronica in Italia è il 39,2% dei residenti e il 20,5% dichiara di essere affetto da due o più malattie croniche. Questa percentuale sale notevolmente quando si passa alla fascia anziana della popolazione: l'86,9% degli ultrasessantacinquenni soffre di almeno una malattia cronica e il 68,3% di due o più. Le malattie croniche più diffuse sono nell'ordine: artrosi/artrite (17,9%), ipertensione (15,8%), malattie allergiche (10,6%), osteoporosi (7,3%), bronchite cronica e asma bronchiale (6,4%), diabete (4%). Per quanto riguarda le malattie rare, stime ufficiali parlano di circa 30 milioni di persone affette da patologie rare nell'Unione europea; in Italia hanno ricevuto un riconoscimento formale 284 malattie rare.

Agenda

Convegno Hpv e nuove strategie vaccinali

Ferrara, 6 marzo 2009
Siti Emilia Romagna
Per informazioni:
Tel 0521 290191
Fax 0521 291314
siti@mvcongressi.it

Convegno I diritti delle donne e la salute globale per lo sviluppo

Roma, 9-10 marzo 2009
Laziosanità-Asp
Per informazioni:
Tel. 06-58702311
Fax. 06-83060463
disimone@asp Lazio.it

Corso Risk Management in Sanità

Roma, 9-11 marzo 2009
Luiss Business School - Divisione
Guido Carli
Per informazioni:
Numero Verde 800901194 /
800901195
Fax 06 85 222 400

Corso per medici Costruire percorsi assistenziali: metodologia e strumenti

Padova, 10-11 marzo 2009
Ceref
Per informazioni:
Tel. 049-8804827
Fax 049-8803646
segreteria@ceref.it

Corso di management per Direttori e Dirigenti di Distretto

Milano, 25-27 marzo 2009 (Primo
Modulo)
6-8 maggio 2009 (Secondo Modulo)
SDA Bocconi School of Management
Per informazioni:
Telefono: 02/5836.6866 - 6816
Fax: 02/5836.6833 - 6892

Corso Epidemiologia e prevenzione delle malattie croniche degenerative

Caltanissetta, 28-30 aprile 2009
Cefpas
Per informazioni:
Tel. 0934505215 - Fax 0934591266
info@cefpas.it

get e azioni "evidence based"), inter-settoriale (integrazione tra le diverse responsabilità e globalità di approccio), coordinata (integrazione tra le azioni in un piano) la principale lacuna e ritardo di molti paesi, tra cui l'Italia, nell'affrontare in modo efficace i determinanti sociali della salute. L'OMS, con la sua "Independent Commission on Social Determinants of Health", ha elaborato utili indirizzi per la promozione di politiche in questo senso. Il Manifesto dell'Equità promosso da alcune associazioni scientifiche e professionali (AIE 2005) si proponeva di far convergere iniziative di ricerca e di patrocinio sul tema.

Da queste premesse emergono due necessità a cui i professionisti del Distretto che partecipano CARD possono dare un significativo contributo.

Nel capitolo scritto con Faggiano (applicazioni di epidemiologia per la sanità pubblica, cap 6) la distinzione ex ante/ex post seguiva quella più praticata dall'analisi delle politiche pubbliche, dove ex ante ha un valore previsionale ed ex post è la misura dell'effetto sortito ed entrambi i momenti venivano accolti sotto la definizione di "valutazione di impatto"

La prima è quella di mettere in rete i diversi soggetti che in varie sedi, istituzionale, sociale e professionale, hanno maturato competenze su questi temi nel Distretto, in modo da valorizzare le loro esperienze per facilitare lo sviluppo di iniziative e coordinate sull'equità nella salute; iniziative che sappiano dare risposta organica e coordinata al tema delle disuguaglianze sociali nella salute in tutte le politiche e nelle politiche sanitarie. Ad esempio nel campo delle politiche sanitarie occorrerebbe lavorare per conoscere quali politiche e quali interventi sul servizio sanitario locale abbiano maggiore probabilità di influenzare le disuguaglianze di salute sul lato dell'offerta (modelli di medicina d'iniziativa come gli screening, ad esempio), sul lato della domanda (discriminazione positiva nelle azioni di razionamento, come le liste attese o i ticket, sul lato del finanziamento (come le formule allocative sensibili a bisogno e vulnerabilità), sul lato della qualità (come l'equity-audit nei percorsi assistenziali e nelle linee guida), sul lato della misurabilità delle disuguaglianze (come l'integrazione di una misura di posizione sociale nei sistemi informativi sanitari). Nel campo delle politiche non sanitarie una strategia della "Salute in Tutte le Politiche" dovrebbe procedere attraverso un eserci-

zio di valutazione sistematica dell'impatto che le politiche non sanitarie possono avere sulla salute e sull'equità della distribuzione di tale impatto, in modo da suscitare iniziative di ricalibrazione di tali politiche e interventi nel senso della promozione della salute in modo equo.

La seconda necessità è che nel nostro paese dobbiamo imparare a osservare, misurare e valutare più approfonditamente e con maggiore sistematicità quali siano le disuguaglianze sociali che hanno maggiore impatto sulla salute nei Distretti. Una prima lacuna conoscitiva riguarda la capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute, ad esempio nei vari percorsi assistenziali della sanità, o negli interventi di competenza delle politiche non sanitarie non sono disponibili attraverso i sistemi informativi dati correnti di misura delle differenze sociali. Una seconda lacuna conoscitiva riguarda le prove di efficacia delle politiche e degli interventi di contrasto o di moderazione di effetto delle disuguaglianze di salute. La ricerca e la letteratura scientifica sono molto povere di studi di buon disegno e qualità. In effetti gli interventi e le politiche da studiare sono di natura tale da non permettere che spesso non permette la natura degli interventi e delle politiche da valutare è tale che spesso non permette di applicare disegni di studio sperimentali, quelli da cui ci si aspettano le prove più valide di efficacia. D'altra parte, però, la ricerca non sembra sfruttare adeguatamente le possibilità che derivano dagli esperimenti naturali o dai confronti tra esperienze di diverse città e distretti.

Intorno a queste priorità e ad altri argomenti che i partecipanti vorranno introdurre auspico che la sessione possa suscitare riflessioni e contributi utili all'elaborazione di un pensiero e una prassi capaci di tenere insieme le politiche sanitarie e quelle non sanitarie sotto la comune missione di promuovere opportunità di salute in modo più equo per tutti.

Documenti di riferimento

- 1) Costa G, Spadea T, Cardano M (a cura di). Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl. 3).
- 2) Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. Health inequalities: a challenge for Europe. London: UK Presidency of the EU, 2005.
- 3) Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE). *Manifesto per l'equità*. <http://www.epidemiologia.it>
- 4) Ministero Salute. "Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari". Ministero della salute, Roma 2007.
- 5) Stahl T. et al. "Health in All Policies.



Mensile d'informazione per gli associati regionali
Anno VII • Numero 1 • Marzo 2009

Editore

Iniziativa Sanitarie
Viale di Val Fiorita, 86
00144 Roma
Tel. 065919418
Fax 065912007
iniziativesanitarie@iniziativesanitarie.it
www.iniziativesanitarie.it

Direttore

Rosario Mete

Direttore Responsabile

Sandro Franco

Comitato di Redazione

Corrado Allegri,
Rosa Borgia, Pierluigi Camboa,
Aldo Casadio, Paolo Conci,
Massimo De Fino,
Saverio Di Ciommo,
Gilberto Gentili, Marco Macchi,
Anselmo Madeddu, Oreste Manzi,
Giancarlo Marchionna, Rosario Mete,
Marino Migazzi, Augusto Panà,
Luciano Pletti, Andrea Riso,
Gianfranca Testa, Mario Traina,
Antonino Trimarchi, Andrea Valdrè,
Gennaro Volpe

Recapito di Redazione

presidente.card@distrettisanitari.it

Stampa

La Tipografia - Roma
Finito di stampare nel mese di Marzo 2009

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 122/03 del 27 marzo 2003

Il Notiziario della Card è online!

Ogni settimana su
www.distrettisanitari.it,
il notiziario curato dal Presidente
Rosario Mete in collaborazione con la
Redazione di Panorama della Sanità

Prospects and potentials". Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.
6) WHO Regional Office for Europe. Gaining health. "The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases". World Health Organization, 2006.
7) WHO. "Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
8) WHO. Commission on Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/strategy/en/