

Delib.C.R. 24-10-2007 n. 137-40212
Piano socio-sanitario regionale 2007-2010.
Pubblicata nel B.U. Piemonte 29 novembre 2007, n. 48, supplemento n. 2.

Capitolo 4 Integrazione socio-sanitaria e cure primarie

4.1. Territorio luogo di incontro per la salute

4.1.1. Problemi complessi e integrazione socio sanitaria

È consapevolezza comune e diffusa che l'organizzazione territoriale sia il nodo di svolta per dare al sistema sanitario un volto nuovo, più adeguato alla realtà dei bisogni della popolazione.

Il territorio, dove si promuove, si tutela la condizione di salute ma anche dove si perde la propria salute, dove l'organizzazione sociale condiziona il livello di salute, è il luogo di incontro degli uomini, delle donne, dei gruppi sociali, delle istituzioni che concordemente si assumono la responsabilità delle regole della comunità nella quale si vive ed anche dei livelli di salute che si riesce a garantirsi.

La funzione ospedaliera per esercitarsi in modo completo ed appropriato necessita di una forte organizzazione di assistenza territoriale, che sviluppi connessioni e modalità di relazione con l'ospedale in un'ottica di continuità di cura dal territorio all'ospedale e viceversa.

La garanzia della salute che si intende costruire porta con sé una forte domanda di partecipazione e di coinvolgimento che è la prima leva da attivare per promuovere livelli di salute più avanzati, rispetto ai quali i sistemi sanitari rappresentano solo un determinante minore.

Inoltre, gli interessi economici che stanno a fianco e dentro il mondo dell'organizzazione sanitaria non sono scevri dal determinare condizioni assai incongrue: in più occasioni si registra, ad esempio, l'utilizzo improprio del prodotto farmaco, divenuto, per molti, oggetto di consumo e non di cura, contestualmente alla difficoltà, per alcuni strati sociali, in condizioni di gravi malattie, di poter accedere ai farmaci necessari per le cure di base.

Occorre riconsiderare il ruolo della medicina, che deve svilupparsi sul terreno della ricerca e dell'applicazione delle "reali" nuove innovazioni, insieme alla consapevolezza che esiste il limite (da non confondersi con l'abbandono) dell'intervento, della cura.

Dobbiamo lavorare per rendere disponibili a tutti (e quindi fare un'opera di equità distributiva) le conoscenze, le capacità, le risorse di cui attualmente disponiamo: per le diffuse ineguaglianze esistenti sul grado di accessibilità ai servizi, le capacità e le risorse che sostengono i percorsi diagnostici e terapeutici sono a vantaggio degli strati sociali con capacità contrattuali più forti, con "conoscenze" più diffuse.

Occorre quindi che il diritto alla salute sia sempre più compiutamente garanzia diffusa per tutti i cittadini.

A tale compito l'organizzazione territoriale è chiamata a dare un importante contributo per le caratteristiche e il grado di diffusione e penetrazione dei servizi di primo contatto con il cittadino.

La perdita del livello di salute è determinata in modo sempre più evidente dalla interrelazione di fattori biologici, fisici, chimici, ma anche da cause sociali.

La collocazione sociale influenza non solo l'insorgenza dello stato di malattia determinandone la frequenza e la gravità ma anche il decorso e il suo esito.

La necessità di integrare professionalità, settori ed istituzioni diverse (sanità e assistenza) nasce dall'esigenza di affrontare i problemi posti dalle nuove condizioni demografiche, che si coniugano all'aumento e sviluppo delle malattie croniche degenerative, associate prevalentemente alla condizione anziana, ma ben presenti anche tra gli adulti e i giovani.

Voler affrontare questi problemi significa doversi integrare ed è una sfida che non riguarda qualcuno, in particolare, ma il complesso del sistema socio-sanitario.

L'integrazione deve esprimersi sin dalla fase programmatoria delle scelte di fondo per potersi articolare nell'organizzazione nei punti di maggiore criticità.

Vi sono alcuni snodi dell'organizzazione assistenziale che devono essere particolarmente presidiati da modalità di lavoro integrato:

- a) la porta d'accesso al sistema;
- b) i passaggi tra aree assistenziali diverse dove la mancata continuità fa precipitare le condizioni di cura;
- c) i momenti di valutazione sulle condizioni di maggiore complessità.

Il luogo unitario di accesso (sportello unico o, almeno, modalità uniche, diffuse e fortemente integrate) deve rappresentare per il cittadino il luogo al quale rivolgersi con fiducia sapendo che lo sforzo dell'operatore e del servizio sarà quello di individuare correttamente le necessità traducendole in un intervento assistenziale, se necessario, accompagnandolo nei meandri dell'organizzazione.

A livello aziendale, ancora, è indispensabile che tra la direzione generale e gli enti gestori si individuino congiuntamente gli indirizzi generali da attuare a livello distrettuale, attraverso la predisposizione dei Piani di zona e dei Piani di attività territoriale.

In Piemonte il sistema sociale ha maturato una significativa e diffusa esperienza di costruzione dei Piani di zona coinvolgendo gli operatori dei distretti nell'analisi della condizione della popolazione, nella definizione delle necessità e delle scelte di priorità, mentre, al contrario, il percorso di costruzione dei Piani di attività territoriali è stato avviato e concluso in poche realtà distrettuali, frutto di stimoli di singoli operatori o organizzazioni piuttosto che scelta del sistema sanitario nel suo complesso.

Emerge nel contesto di costruzione di questi atti di programmazione l'utilità di percorsi comuni e, nello stesso tempo, si evidenzia anche la necessità di ricercare modalità di costruzione di atti programmatori maggiormente unitari, che evitino percorsi paralleli in parte sovrapponibili e che concentrino forze e risorse in un unico percorso.

La volontà dell'integrazione non deve solo dichiararsi negli atti di programmazione ma deve ritrovarsi nelle scelte operative mettendo in comune (tra sociale e sanitario) risorse e individuando

responsabilità per permettere ai sistemi di confrontarsi ed incontrarsi sul piano della realizzazione di interventi integrati.

Il terreno dell'integrazione operativa può essere rappresentato dal livello più decentrato, più vicino alla popolazione, che viene descritto nei paragrafi successivi ed è rappresentato dal gruppo delle cure primarie.

È il luogo di accoglienza più vicino al cittadino, dove è possibile che operatori sociali e sanitari mettano insieme conoscenze e professionalità per individuare le opzioni assistenziali più opportune.

È necessario quindi che le azioni di integrazione promuovano modelli organizzativi a forte impatto sul cittadino con il fine di ridurre e semplificare i percorsi interni e, contemporaneamente, individuare modalità di "gestione della domanda" facendo in modo che il servizio si accoli l'onere del percorso, non riversando sul cittadino le incongruenze dei processi spezzettati in mille rivoli con altrettante diverse e "sconosciute" responsabilità.

La revisione dei processi gestionali e di quelli più direttamente assistenziali deve individuare soggetti, operatori, professionisti che possano accompagnare il cittadino nei suoi percorsi facendo "sentire" che l'organizzazione nel suo complesso si sta adoperando al meglio per rispondere alle sue necessità: lavorare con questo "stile" significa mettere al centro dei processi il cittadino.

Assunzione dei problemi del cittadino, accompagnamento nei processi e percorsi assistenziali, sviluppo dell'integrazione devono rappresentare modalità di sostegno e supporto al cittadino ma mai sostituzione allo stesso.

Le modalità assistenziali che tendono a sostituire la responsabilità (piccola o grande che sia) del cittadino ostacolano processi di partecipazione e coinvolgimento dello stesso, stimolando la delega e la riduzione del cittadino ad oggetto dell'intervento.

È un equilibrio, a volte non facile, nel quale i professionisti sono costantemente chiamati sia nei processi gestionali sia in quelli assistenziali: far crescere nel cittadino la consapevolezza del proprio ruolo non delegabile, permette di stimolare condizioni per una maggiore partecipazione e responsabilità.

4.1.2. Livelli di assistenza integrati

Le attività sanitarie e socio sanitarie erogate sul territorio, che trovano la più recente e dettagliata articolazione all'interno del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", comprendono tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Le attività sanitarie e socio sanitarie territoriali prefigurate nel D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Assistenza sanitaria di base: medicina di base e continuità assistenziale Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali: fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici

Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

Assistenza programmata a domicilio

Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale alle donne, le coppie e le famiglie Attività sanitaria e socio sanitaria ambulatoriale, residenziale e semi-residenziale:

- alle persone anziane non autosufficienti
- alle persone con problemi psichiatrici
- alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope
- a pazienti nella fase terminale,
- alle persone con infezione da HIV.

Assistenza specialistica ambulatoriale, prestazioni terapeutiche e riabilitative, diagnostica strumentale e di laboratorio

Assistenza termale Emergenza sanitaria

La modalità organizzata con la quale il sistema sanitario garantisce ai cittadini i livelli essenziali di assistenza sopra elencati costituisce la rete territoriale dei servizi.

Si intende, pertanto, lavorare per l'organizzazione delle attività territoriali avendo ben presente la complessità e la multiformità di attività alle quali si fa riferimento, che rappresentano, con un proprio bagaglio storico sedimentato, la base sulla quale costruire percorsi assistenziali e di cura più vicini ai cittadini, sviluppando relazioni che facciano emergere le professionalità e le capacità degli operatori in un quadro di autonomia e di grande responsabilità.

Le prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio sanitaria, contenute nell'allegato 1.C del D.P.C.M. 29 novembre 2001, costituiscono livelli essenziali di assistenza ed in quanto tali devono essere garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con la partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

L'erogazione di tali prestazioni è compito specifico del distretto, nell'ambito delle funzioni di assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale ad esso assegnate, mentre al Comune viene attribuito l'onere di contribuire alle spese degli interventi ove l'utente, per ragioni economiche, non possa farsi carico, in tutto o in parte, del pagamento delle prestazioni secondo le quote percentuali fissate dal D.P.C.M. 29 novembre 2001.

4.1.3. Le cure primarie

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Alma Ata 1978), recentemente ripresa dall'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia (Wonca 2002: definizione europea della medicina generale) le cure primarie rappresentano l'ambito, all'interno di un sistema sanitario, di solito la comunità territoriale del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario.

Esse sono caratterizzate quindi dai seguenti elementi:

- rappresentano una parte rilevante delle attività territoriali;
- sono caratterizzate dall'accesso diretto ai servizi;
- rappresentano il sistema di cure erogato vicino ai luoghi di vita delle persone (ambulatorio del proprio medico, domicilio, strutture ambulatoriali, strutture residenziali);
- assumono in carico l'aspetto globale della salute della persona ed indirizzano, quando opportuno, a vari livelli di approfondimento, per garantire le risposte più appropriate al bisogno di salute.

Le cure primarie, che assicurano promozione, prevenzione, cura, riabilitazione e supporto, si configurano come una rete organizzata di attività attraverso le quali il distretto può garantire le risposte più articolate agli utenti, all'interno di processi di integrazione professionale che coinvolgono sia gli operatori presenti nel territorio (nella componente sanitaria e in quella sociale) sia gli operatori degli altri punti della rete assistenziale, di cui l'ospedale è un importante riferimento.

All'interno del sistema delle cure primarie i servizi organizzati per l'assunzione in carico di settori di popolazione (salute mentale, tossicodipendenze, consultori, neuropsichiatria infantile) sono caratterizzati da un loro ruolo specifico ma non possono essere considerati sistemi autonomi e indipendenti: al contrario, proprio per la loro specificità, devono essere inseriti nelle relazioni operative più generali nel contesto distrettuale ed in particolare con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

4.2. I percorsi assistenziali dei cittadini

L'intensità e la capacità di cura si deve conformare ai bisogni differenziati e spesso complessi dei cittadini, articolando le possibilità di risposta attraverso livelli di assistenza di differente complessità:

- il livello di intervento individuale tra il cittadino e il singolo professionista (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta) che mantiene una assoluta rilevanza ed è caratterizzato dal rapporto fiduciale che si instaura tra cittadino e professionista;
- il livello più semplice di intervento integrato caratterizzato dalla capacità di correlazione tra il singolo professionista (medico di medicina generale e pediatra di libera scelta) e uno o più operatori (infermiere, assistente tutelare, ed altri) presenti nell'ambito del gruppo di cure primarie;
- i livelli caratterizzati da una forte relazione di supporto che sostengono le decisioni assunte dal gruppo di cure primarie quali l'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica;
- i livelli di assistenza (esemplificando i SERT, dipartimenti di salute mentale, consultori, neuropsichiatrie infantili) che, per le loro caratteristiche di accesso diretto, impongono la realizzazione di una stabile e costruttiva reazione biunivoca con il gruppo di cure primarie per corrispondere al meglio alle esigenze delle persone indipendentemente dal luogo di accesso che prediligono;

- i livelli di assistenza - specialistica, ospedaliera - che, per il contenuto professionale, tecnologico ed organizzativo, partecipano con intensità diversa allo sviluppo dell'assistenza e, attraverso percorsi condivisi con il gruppo di cure primarie, stabiliscono gli elementi di appropriatezza nell'accesso agli interventi specialistici e nel contempo regolano il percorso a ritroso verso le modalità assistenziali territoriali più adeguate.

Ogni livello assistenziale attivato per corrispondere ai bisogni del cittadino può necessitare di interrelazione con il sistema socio-assistenziale che rappresenta, pertanto, una costante nell'articolazione organizzata dei servizi.

L'organizzazione delle attività si configura come articolazione di punti di complessità diversa deputata ad assolvere al debito assistenziale specifico nei confronti del cittadino.

In questo quadro di riferimento i punti diventano nodi di una rete di servizi nella quale si concretizza il ruolo della direzione del distretto quale stimolo/regolatore/controllo/monitoraggio delle relazioni che intervengono tra i nodi della rete, affinché l'analisi del bisogno assistenziale possa tradursi in una risposta organizzata all'interno di un percorso di accompagnamento assistenziale.

I luoghi, i momenti, le modalità in cui il cittadino incontra e pone domande al sistema assistenziale, devono delineare le caratteristiche essenziali dell'organizzazione territoriale partendo dallo stesso cittadino, che è attore responsabile, insieme ad altri, del proprio processo assistenziale.

4.2.1. La persona/ il cittadino/ il paziente

Il singolo individuo nel rapporto e nel contesto dei sistemi sanitario e sociale assume rilevanza e ruoli differenti:

- è persona in quanto è portatore di dignità, rispetto, valori, cultura, conoscenze;
- è cittadino in quanto portatore di diritti esigibili inerenti la tutela della salute, la disponibilità di servizi e l'accesso agli stessi e, nel contempo, porta con sé i doveri derivanti dall'essere parte della comunità;
- è paziente nel momento in cui è direttamente coinvolto nei processi assistenziali.

Gli individui mantengono in ogni momento le caratteristiche di persona/cittadino/paziente, sebbene si accentuino alcuni tratti in particolari momenti o fasi specifiche del rapporto con il sistema sanitario.

La definizione dell'individuo quale utente o cliente, vale a dire utilizzatore o compratore, è fortemente riduttiva e distorce un rapporto che, al contrario, deve misurarsi sul terreno della partecipazione, del coinvolgimento e della valutazione dei servizi.

Nel contesto specifico del percorso assistenziale l'individuo deve essere reso partecipe e consapevole delle cure, poiché è lui stesso attore della buona riuscita delle scelte assistenziali. Non siamo di fronte a processi di cura "oggettivi" da imporre ai cittadini, ma a percorsi di cura da tradurre nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona; è in questa fatica quotidiana che i servizi e gli operatori debbono mostrare la loro professionalità nel ruolo di "traduzione" e

"mediazione" nei confronti del bisogno. È in questa relazione che si collocano le iniziative di informazione, di educazione e di partecipazione dei singoli, dei gruppi di cittadini.

La stessa evoluzione della medicina rispecchia nella trasformazione del rapporto medico/paziente questo effetto che attribuisce maggior peso al paziente (empowerment). Dal paternalismo direttivo che in passato connotava questo rapporto, attraverso la fase del consenso informato quale trasmissione di informazioni e assunzione di responsabilità del soggetto, si deve arrivare alla fase della negoziazione tra un cittadino protagonista che possiede le proprie informazioni ed è consapevole dei propri bisogni e il professionista che, non rinunciando agli aspetti di specifica responsabilità in merito alle proprie competenze tecniche, si propone come consulente fiduciario al fianco del cittadino.

L'oggetto della loro relazione non è più la malattia in sé ma è la soggettività del paziente stesso rispetto alla condizione di malattia, che vive la sua autonomia nella scelta dei percorsi di cura più corrispondenti alla propria individualità.

Le decisioni del percorso assistenziale non sono uniformemente applicabili ma sono il risultato del rispetto della soggettività, dell'autonomia conseguente alla consapevolezza della condizione di malattia che vive l'individuo.

Anche la strutturazione del servizio sanitario deve quindi superare le fasi della medicina basata sull'autorità, ed in qualche modo anche di quella basata sulle prove di efficacia (EBM), per intraprendere la strada per perseguire la medicina delle relazioni, basata sulla continua negoziazione degli obiettivi di salute tra operatori e fruitori, all'interno di un sistema in cui la limitatezza delle risorse disponibili impone la costante valutazione del rapporto costo/beneficio, per consentire la costruzione di percorsi funzionali a perseguire obiettivi di salute rispettando la soggettività e l'autonomia delle persone.

In questo contesto di relazioni tra cittadino e sistema dei servizi deve essere esaltata la differenza di genere, che va contestualizzata, in particolare, nei momenti di analisi del bisogno, di valutazione dei fattori di rischio, di individuazione dei percorsi assistenziali e di prevenzione e delle scelte operative.

Una particolare attenzione merita il problema delle medicine "non convenzionali", termine con cui nell'accezione comune si individuano pratiche complementari al modello prevalente della medicina tradizionale.

L'ormai ampia diffusione di queste terapie segnala e documenta l'esistenza di metodi alternativi di soluzione a problemi di sanità che andranno esplorati con rigore scientifico.

Saranno analizzate (in particolare) le principali pratiche che si definiscono alternative: agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

Il primo passo verso un inquadramento definitivo di queste passa attraverso la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico affidato all'ARESS, con l'obiettivo di valutare i modelli organizzativi e regolamentari presenti nelle altre regioni italiane e nel contesto europeo.

Dopo questa fase di osservazione, studio e sperimentazione si procederà a formalizzazioni regolamentari ed organizzative, capaci di governare le dinamiche dei processi afferenti alle medicine non convenzionali.

4.2.2. Le porte di ingresso come punti di incontro. Medicina generale e pediatria di libera scelta: dal singolo al gruppo

Il cittadino, nella relazione con il sistema sanitario, "incontra" (non casualmente ma per propria scelta) il proprio medico di medicina generale/pediatra di libera scelta (MMG/PLS), che rappresenta il primo livello di responsabilità del servizio sanitario nazionale nei suoi confronti.

Da sempre il MMG/PLS ha sviluppato il proprio ruolo in un contesto di isolamento organizzativo ed individualismo professionale. Solo recentemente, con l'avvio di gruppi sperimentali, di indicazioni derivanti da accordi nazionali e regionali, si sono sviluppate modalità organizzative che consentono lo sviluppo delle relazioni tra i singoli.

La modalità maggiormente diffusa a livello nazionale è l'equipe territoriale, presente, in Piemonte, in ogni ASL, con i connotati di gruppo che "ragiona", si "interroga" e, a volte, "partecipa" ai processi decisionali aziendali. L'equipe territoriale è oggi fortemente caratterizzata dalla figura del MMG, pur prevedendo anche la presenza di PLS e di medici di continuità assistenziale (ca). La partecipazione prevista di altri professionisti (infermieri e assistenti sociali), quando avviene è caratterizzata dalla casualità o da elementi contingenti che la provocano e non dalla continuità; in ogni caso l'equipe territoriale (così come è oggi) non ha le caratteristiche di un'organizzazione orientata a costruire un modello operativo.

Una seconda modalità di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta riguarda l'erogazione di cure primarie da parte di associazioni (medicina in associazione, in rete, di gruppo), all'interno delle quali il MMG/PLS non lavora più in un contesto isolato, ma condivide alcuni aspetti (minimi nell'associazione, più pregnanti nel gruppo) organizzativi e funzionali del lavoro con i propri colleghi. Oggi in ambito regionale la medicina in associazione coinvolge il 60% dei MMG/PLS, mentre ne sono coinvolti quasi il 10% per ciascuna delle altre due forme: medicina in rete e di gruppo.

Il limite delle attuali forme di organizzazione, che pur rappresentano uno stimolo positivo, è costituito dalla loro aggregazione monoprofessionale. Il recente accordo collettivo nazionale dei MMG siglato nella primavera del 2005 ha al suo interno elementi ed indicazioni orientate ad un ulteriore sviluppo delle relazioni tra mmg ed altre professionalità che non possono essere trascurate. Lo sviluppo delle nuove domande di salute implica l'indispensabile necessità di disporre di un'organizzazione pluriprofessionale che gestisca le cure primarie: affrontare e prendersi cura della persona implica non solo una disponibilità e capacità dell'individuo e della singola professione, ma impone che il confronto e l'integrazione con altre professioni rappresenti la costante dell'organizzazione dei servizi territoriali.

Questo è il passaggio non più rinviabile: organizzare l'assistenza territoriale attraverso gruppi di cure primarie (GCP) che assistano 10-15.000 abitanti in un territorio ben definito con le seguenti caratteristiche di fondo:

- presenza pluriprofessionale;
- condivisione di impostazioni di lavoro;
- relazioni operative strutturate con gli altri livelli del sistema territoriale ed ospedaliero di erogazione delle prestazioni;

- "visibilità" nei confronti del cittadino.

I GCP costituiscono l'articolazione organizzata del servizio sanitario regionale nel territorio e non rappresentano quindi una ulteriore modalità associativa per i medici di medicina generale.

In ogni caso va sottolineato con forza che il lavoro del singolo MMG/PLS ha in sé, affrontando e risolvendo bisogni specifici, una connotazione di individualità nel rapporto con il paziente che va garantita e mantenuta; sarà demandata alla capacità ed alla scelta del professionista e del gruppo, nel caso se ne individuasse la necessità, la collocazione del bisogno specifico presentato dal cittadino in un contesto di risposta più complesso e pluriprofessionale. Il lavoro del MMG/PLS mantiene, in sostanza, la relazione individuale come cardine del proprio lavoro che non deve essere dispersa né abbandonata, sottolineando che il lavoro congiunto con altri fornisce risposte più adeguate ai livelli più problematici ma non deve sostituire il livello del rapporto individuale.

Qualsiasi forma di aggregazione operativa deve, inoltre, salvaguardare due aspetti fondamentali del lavoro del MMG/PLS:

- garantire la scelta fiduciale da parte del cittadino;
- garantire la distribuzione della rete degli ambulatori.

Lavorare con altri non deve significare, per il singolo cittadino, "perdersi" dentro un'organizzazione complessa o, peggio, burocratizzata; la persona deve mantenere il proprio MMG/PLS come riferimento, che usufruisce della collaborazione e dell'opera di altri professionisti per poter meglio e più adeguatamente assistere il paziente. La distribuzione della rete degli ambulatori dei MMG/PLS nel territorio rappresenta la modalità più decentrata e diffusa di presenza del sistema sanitario: questa condizione non può essere ridotta ma va ricollocata e sostenuta all'interno del GCP.

Caratteristica fondamentale dei GCP è quella di unire strutturalmente l'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i servizi a gestione diretta dei distretti, nella direzione di un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie, in un lavoro a rete e non più gerarchico e frammentato, in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione (la Casa della Salute).

Le iniziali professionalità che in linea indicativa debbono trovare collocazione all'interno del GCP sono, oltre ai MMG/PLS ed ai medici di continuità assistenziale, gli infermieri (valorizzandone il ruolo e l'opera e promuovendo la sperimentazione di nuove forme di esercizio professionale nell'ambito delle cure primarie), gli operatori socio sanitari e gli assistenti sociali (la cui azione, integrata con i medici di medicina generale, va valorizzata nell'ambito dell'evoluzione delle cure primarie verso forme di medicina di gruppo), con il sostegno ed il supporto di una forte azione amministrativa. Questo livello di organizzazione integra potenza e garantisce meglio i seguenti livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base:
 - * medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare;
 - * continuità assistenziale notturna e festiva;

- assistenza domiciliare nelle sue diverse forme e modalità: programmata, integrata e infermieristica.

La presenza di un GCP integrato multidisciplinarmente dovrà essere resa "visibile" per il cittadino, che deve trovare al suo fianco non solo i professionisti delle cure ma anche chi lo affianca nei percorsi organizzativi che sostengono le decisioni assistenziali.

Molte decisioni assistenziali (vedi paragrafo i servizi territoriali di supporto) prevedono la fornitura di beni o di servizi direttamente da parte dell'azienda: il GCP può rappresentare un terminale per il cittadino evitando le plurime e defaticanti tappe che a volte il sistema impone.

Un riferimento unitario, fisico per il GCP rappresenta non solo un elemento di chiarezza nei confronti del cittadino ma altresì un elemento di coagulo degli operatori del GCP, non solo per lo specifico professionale anche quale luogo di incontro che fa crescere possibilità e risposte integrate.

Il GCP è responsabilizzato rispetto al contesto del territorio e della popolazione di riferimento a garantire i livelli assistenziali anzidetti, adottando le misure possibili ed utilizzando le opportunità all'interno di un quadro operativo concordato con la direzione distrettuale.

Il contesto delle diverse aree territoriali e la valutazione delle "risorse" necessarie aggiuntive o da riconvertire stabiliranno, sulla base di indicazioni regionali, i tempi di realizzazione e di trasformazione dell'attuale realtà territoriale.

La definizione dei ruoli e dei compiti all'interno delle professionalità presenti nel GCP porterà anche a rivedere le procedure su alcuni aspetti assistenziali (come la scelta di beni utili all'assistenza: pannoloni, traverse, letti ortopedici, materassi antidecubito, materiale di medicazione), valorizzando la figura infermieristica quale professionista della gestione assistenziale conseguente alle decisioni cliniche.

Nei percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti (ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza respiratoria, tumori) emerge la necessità di attivare iniziative di monitoraggio non solo di parametri biologici, ma anche delle modalità e scelte inerenti gli aspetti del proprio stile di "vita" (camminare, assumere terapie, diete, ed altro) che possono in un quadro di condivisione paziente-professionisti essere maggiormente garantiti da un sistema organizzato nel quale i professionisti sono costantemente a contatto.

L'organizzazione in una sede di riferimento (magari non esclusiva) per l'attività dei MMG/PLS e degli altri professionisti facenti parte del GCP permette, anche, di divenire il riferimento costante nella giornata e quindi poter organizzare risposte per interventi caratterizzati da urgenza di complessità limitata che è possibile gestire in un contesto ambulatoriale che dispone di tecnologie di base.

Le professionalità indicate come facenti parte del GCP si intendono come le "minime" professionalità necessarie alla sua costituzione: altre figure (professionisti sanitari dell'area riabilitativa, specialisti di base, ed altri) possono utilmente contribuire alla crescita delle sue possibilità assistenziali.

Le limitate esperienze ad oggi avviate in Piemonte (ma in altre regioni lo sviluppo di forme di aggregazione è già decennale) non permettono ancora di individuare un quadro preciso sulle caratteristiche che debbono avere i GCP al di là di indicazioni di impostazione; sarà necessario far avviare iniziative sperimentali in tutte le aziende sanitarie per sviluppare, nel prossimo triennio,

l'opera di riorganizzazione consolidata dell'assistenza primaria: rappresenta obiettivo del Piano attivare almeno tre-quattro GCP in ciascun distretto socio-sanitario alla fine del periodo di validità.

Il GCP può infine rappresentare l'opportunità, per i servizi sociali e sanitari:

- di "presentarsi" al cittadino in modo e in una sede unica;
- di "accoglierlo" per i suoi bisogni;
- di "fornire" risposte immediate attraverso gli operatori che costituiscono il GCP;
- di "accompagnare" il cittadino all'interno dei percorsi assistenziali più complessi che superano le possibilità del GCP;
- di "rappresentare" un terminale verso il cittadino anche per i servizi che sono organizzati a livello centrale;
- di "sviluppare" iniziative di educazione e formazione indirizzati a gruppi di pazienti tendenti ad aumentare il grado di autonomia gestionale della propria condizione;
- di "divenire" anche momento di scambio, di mutuo-aiuto dei pazienti e di organizzazione dei cittadini sul tema della salute;
- di "collaborare" allo sviluppo di forme di cure intermedie, imposto dal diffondersi della cronicità, assumendosi la responsabilità terapeutica di posti letto per degenze territoriali riguardanti lievi patologie, condizioni di riacutizzazione o condizioni di acuzie che si possono risolvere senza il ricovero ma non possono essere curate, per motivi oggettivi o soggettivi, al domicilio (ospedali di comunità);
- di "valorizzare" il ruolo dei caregiver a tutela delle fasce di popolazione che incontrano maggiore difficoltà ad interfacciarsi con il servizio sanitario ed orientare i propri percorsi di cura.

4.2.3. I servizi del territorio di supporto

Alcuni livelli di assistenza sono strettamente connessi alle scelte assistenziali fatte dagli operatori del GCP, che richiedono, per essere messe in atto, la fornitura di un bene (farmaco, materiale, protesi, ausili) o di un servizio (come ad esempio il trasporto sanitario).

a) Le farmacie e l'assistenza farmaceutica

La rete delle farmacie territoriali costituisce un sistema articolato di tutela della salute con oltre 1.400 punti su tutto il territorio regionale presenti anche nei contesti più decentrati, dove svolgono il loro prezioso servizio le farmacie rurali. La collaborazione con gli operatori del GCP potrà consentire la valorizzazione di alcuni compiti, che non si esauriscono nella semplice distribuzione del farmaco ma promuovono nuove funzioni in grado di mettere a disposizione del sistema della salute la diffusione capillare della rete delle farmacie. In particolare funzioni di ascolto e di consulenza verso la popolazione, la diffusione di materiale informativo e la promozione attiva di campagne di informazione e prevenzione. Tra queste particolarmente rilevante è il lavoro di

responsabilizzazione dei professionisti sanitari e dei cittadini per promuovere l'appropriatezza d'uso dei farmaci ed un maggior ricorso ai farmaci "generici".

La fornitura diretta di prodotti farmaceutici (secondo le modalità e gli accordi predeterminati, che potrà peraltro avvenire attraverso la sperimentazione di modalità alternative già previste dalla legge) ha assunto negli ultimi anni un rilievo particolare con un significativo impatto economico, con il fine di migliorare il controllo dell'utilizzo del farmaco e del consumo di prodotti ad elevato costo.

Il disporre di un terminale decentrato (la sede del GCP) che assiste 10-15.000 cittadini può divenire nel quadro organizzativo dell'Azienda un utile riferimento per garantire ai pazienti la distribuzione di quelle specialità farmaceutiche che è possibile o obbligatorio fornire direttamente.

Il rapporto con chi garantisce a livello centrale l'assistenza farmaceutica non si esaurisce in un legame connesso alla fornitura di un bene ma deve svilupparsi anche in una relazione informativa sul bene farmaco, sui criteri di scelta che sottendono l'immissione nel mercato o nei prontuari aziendali di prodotti innovativi.

b) Assistenza integrativa attraverso la fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari e di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito.

Questo livello assistenziale ha assunto una forte rilevanza economica e può essere maggiormente garantito sia nella fase prescrittiva sia in quella di monitoraggio se diviene un elemento facente parte della gestione assistenziale diretta da parte dei professionisti che hanno in cura il paziente e non una fornitura del bene o del servizio fine a se stessa.

c) Assistenza protesica: fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

La garanzia per soddisfare correttamente questo livello assistenziale richiede la partecipazione e l'intervento di specialisti che contribuiscono a garantire l'appropriatezza prescrittiva (protesi ed ausili individualizzati), mentre per altre prescrizioni (beni non individualizzati) l'intervento dello specialista diventa più un atto burocratico che una valutazione professionale. Il GCP può rappresentare sia il riferimento organizzativo per il cittadino per l'accesso a questo livello assistenziale, sia il terreno di confronto con gli specialisti, per rendere più appropriato il ricorso alle prestazioni specialistiche, valorizzando la professione infermieristica per la scelta dei supporti assistenziali necessari al paziente.

La garanzia della relazione di questi livelli assistenziali con il GCP permette al cittadino di individuare in maniera precisa ed univoca il luogo unico al quale fare riferimento sia per l'erogazione delle prestazioni assistenziali sia per la diretta fornitura dei beni di cui necessita. L'assunzione in carico del paziente si traduce nell'azione dell'organizzazione (attraverso l'attività amministrativa del GCP) che gestisce il passaggio dalla prescrizione del curante al servizio che deve erogare quello specifico bene; in tal modo non è più il cittadino che ricerca nell'ambito dell'azienda l'ufficio al quale rivolgersi ma è direttamente l'organizzazione del GCP che si fa carico del percorso.

4.2.4. I servizi del territorio ad accesso diretto

L'attuale organizzazione dei servizi nel territorio prevede l'accesso diretto ad alcuni di essi: salute mentale, tossicodipendenze, consultori familiari e pediatri, centri ISI ed altri servizi sanitari e socioassistenziali a bassa soglia, neuropsichiatria infantile.

Assumendo la definizione di cure primarie illustrata nel precedente punto 1.3, in questi contesti la persona viene presa in carico non solo per lo specifico problema di cui è portatrice ma anche per aspetti connessi alle relazioni familiari e sociali, al fine di individuare il terreno di intervento più appropriato.

Questi stessi livelli di servizio garantiscono una risposta che prevede la multiformità dei luoghi di cura (ambulatori, centri diurni, residenzialità, ricovero), di cui è necessario disporre per poter garantire la condizione assistenziale più opportuna. La presenza di questi servizi rappresenta sia storicamente sia nella realtà attuale un punto di riferimento ben definito per la popolazione il cui ruolo non va disperso, semmai potenziato nell'ambito della rete assistenziale più generale.

È indispensabile individuare modalità e forme di relazione dei GCP con questi servizi, onde permettere ai MMG/PLS di far riferimento a competenze e professionalità utili per individuare precocemente condizioni critiche o per migliorare il grado di assistenza diretta ed ai servizi di relazionarsi con quei professionisti del GCP che, conoscendo nel tempo le realtà familiari e comunitarie, possono contribuire a realizzare percorsi di cura che richiedono, molte volte, l'intervento non solo nei riguardi del singolo paziente ma della famiglia e della comunità.

Occorre evitare che l'organizzazione dei servizi territoriali costruisca percorsi assistenziali separati, conflittuali, con entità organizzative tendenti ad atomizzarsi. È necessario al contrario costruire relazioni, confronti per permettere ai sistemi di erogazione di utilizzarsi a vicenda in un contesto di condivisione professionale.

4.2.5. I Servizi sanitari di cure non primarie

Gli interventi assistenziali ai quali si accede con un'indicazione del MMG/PLS si collocano logicamente in un percorso assistenziale nel quale, esaurita la capacità di risposta del GCP, viene attivata o individuata la consulenza, in un percorso di diagnosi o terapia, della competenza specialistica utile al percorso diagnostico-terapeutico e/o del livello organizzativo che dispone di tecnologie adeguate: ci si riferisce al livello assistenziale garantito dall'intervento degli specialisti ambulatoriali e dal sistema ospedaliero:

a) L'intervento specialistico ambulatoriale è caratterizzato dalla consulenza che si esaurisce in sé o, al contrario, per la quota di popolazione affetta da patologie croniche che necessitano di un adeguato monitoraggio, dalla condivisione tra gli specialisti e i MMG/PLS degli interventi necessari per il monitoraggio ed il controllo della malattia.

La sede di riferimento del GCP può divenire anche la sede ambulatoriale specialistica per quelle specialità a maggiore frequenza di accesso che non necessitano di particolare tecnologia e strumentazione: in tal modo si può realizzare l'effettiva consulenza specialistica attraverso il confronto diretto con il MMG/PLS migliorando la performance assistenziale nei riguardi del paziente.

b) L'ospedale riassume in sé competenze, professionalità, tecnologie, relazioni ed organizzazione orientate ad affrontare problemi specifici d'organo o di condizione.

I processi assistenziali che si sviluppano in ospedale hanno una diretta e rilevante ricaduta nel contesto territoriale e l'ospedale non può essere estraneo al contesto organizzativo del territorio, al grado di capacità di risposta.

Una buona base di relazione tra ospedale e territorio è garanzia dell'espressione di un buon livello assistenziale: sviluppare e consolidare le relazioni tra gruppi di specialisti con i GCP permette di assicurare il livello di gestione della patologia più adeguato alle specifiche condizioni di vita del paziente.

I terreni di confronto tra territorio e ospedale sono molteplici:

- modalità di accesso;
- relazioni durante il ricovero;
- modalità di dimissioni;
- condivisione dei processi di continuità assistenziale.

Il sostegno dei processi di relazione tra ospedale e territorio consente di realizzare un contesto assistenziale nel quale l'ospedale, accanto agli altri luoghi di cura (ambulatorio, domicilio, residenza) rappresenta uno dei punti in cui si realizzano i processi di cura, e permette a tutti i soggetti coinvolti di svolgere il proprio ruolo in modo coerente, condiviso ed appropriato.

4.2.6. I servizi per la popolazione

Esiste un ulteriore livello di intervento realizzato ed organizzato dalla Direzione di prevenzione, che trova un contesto di relazione particolarmente rilevante negli interventi organizzati verso la popolazione e non per il singolo individuo. Questo livello di intervento non ha dispiegato ancora tutta la sua potenzialità.

Lo sviluppo nel territorio di una presenza organizzata (GCP) può offrire, attraverso le proprie sedi di riferimento, l'articolazione necessaria affinché alcuni aspetti critici degli interventi sulla popolazione connessi alla prevenzione sanitaria, promozione della salute e all'informazione ed all'accessibilità possano rappresentare lo stimolo per essere riaffrontati in una prospettiva di miglioramento.

4.2.7. I servizi a domanda individuale

Il sistema sanitario nel quale operiamo fonda ancora alcune sue garanzie assistenziali nella valutazione della condizione specifica (come ad esempio l'invalidità civile): questo contesto per poter garantire pienamente il cittadino deve intrecciare il lavoro di chi valuta una condizione e di chi (MMG/PLS) fornisce alcuni elementi sostanziali per la valutazione.

4.2.8. I sistemi di valutazione multi professionali

Per i servizi sanitari e per i servizi sociali l'accesso unitario è oggi garantito rispettivamente dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta per la sanità, e dal servizio sociale professionale per il sociale.

L'integrazione socio-assistenziale rappresenta l'espressione organizzata di livelli assistenziali differenti, dai più semplici a quelli di maggiore complessità.

In tutti i casi avviene un confronto tra operatori del sistema sanitario e socio-assistenziale al fine di individuare la risposta assistenziale più appropriata, dando priorità agli interventi che garantiscano la permanenza al domicilio in condizioni di sicurezza assistenziale secondo le prassi degli interventi in lungo-assistenza.

Nelle condizioni più semplici gli stessi operatori sanitari e socio-assistenziali del GCP hanno la possibilità di individuare al loro interno la risposta assistenziale integrata.

Determinate condizioni di maggiore complessità richiedono momenti di valutazione multiprofessionali che tengano conto dei molteplici aspetti che stanno alla base della domanda assistenziale ed individuino le opzioni di intervento più appropriate.

La valutazione nelle condizioni di maggiore complessità deve garantire alcuni aspetti fondamentali:

- la multiprofessionalità a partire dal MMG/PLS, all'assistente sociale, alle figure infermieristiche, agli specialisti delle discipline relazionate alle problematiche del paziente;
- l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione;
- la possibilità di individuare tra più opzioni quella adeguata a garantire il livello assistenziale più appropriato alle condizioni del paziente;
- la definizione del progetto assistenziale individuale;
- il monitoraggio, nelle condizioni di cronicità, delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni o la loro modifica.

Il livello regionale dovrà sostenere l'azione delle singole aziende sanitarie e inoltre validare strumenti di valutazione omogenei per poter garantire ai cittadini piemontesi accessi a prestazioni secondo regole univoche e contemporaneamente valutare le diverse condizioni operative presenti nell'area regionale.

L'organizzazione del sistema di valutazione non può riferirsi ad una singola struttura operativa né tantomeno può rappresentare un sistema autonomo di erogazione di prestazione. Il sistema di valutazione multidimensionale assume in sé sia l'aspetto più strettamente clinico (nel momento dell'analisi) sia l'aspetto più organizzativo (nel momento dell'individuazione della decisione della prestazione più appropriata).

Per gli aspetti organizzativi e procedurali il sistema di valutazione farà riferimento alla funzione di Direzione distrettuale mentre per l'espressione della valutazione contribuiscono le professionalità più adeguate e consone al problema da analizzare. La componente professionale assume il carico della valutazione mentre la componente di gestione del distretto si assume il carico di garantire al paziente l'ambito assistenziale individuato.

4.2.9. I livelli di interrelazione con il sistema socio-assistenziale

Il cittadino che accede al sistema socio-sanitario, tramite le porte d'ingresso del distretto (MMG e PLS) o dell'ente gestore (servizio sociale professionale) o sistemi di valutazione integrati, lascia una traccia che può arrestarsi al gruppo di cure primarie o al servizio sociale, oppure proseguire per sentieri promossi dalle figure che in questi sistemi operano.

Per quanto riguarda il momento dell'accesso, rappresenta obiettivo del presente piano la facilitazione all'accesso al sistema dei servizi integrati attraverso la progressiva attivazione ed implementazione degli "sportelli socio sanitari distrettuali", gestiti da operatori sociali e sanitari.

Tali strutture amministrative integrate, che potranno trovare collocazione nei gruppi di cure primarie, dovranno fornire alle persone una puntuale informazione e l'orientamento necessario ad usufruire, in modo consapevole, del complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria.

Lo sportello si porrà - in sostanza - come tramite tra la persona e la rete dei "case manager" e dei "care giver" offrendo inoltre consulenza alle persone ed alle famiglie al fine di agevolare la fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale.

In questo senso compete allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento al complesso delle risorse disponibili.

Altro importante compito dello "sportello" è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e socio assistenziali) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione multidisciplinare, sino alla definizione degli impegni economici relativi agli interventi attivati).

Ma se le porte di ingresso al sistema socio sanitario si prevedono comuni per tutti, i cittadini non hanno la stessa capacità di fruirne, per le differenti condizioni sociali, economiche, culturali, religiose. In un sistema socio-sanitario che si pone come obiettivo l'equità, lungo i sentieri in cui è organizzata l'assistenza ogni cittadino deve essere aiutato in proporzione alle proprie difficoltà e l'integrazione socio sanitaria deve diventare lo strumento chiave perché le disuguaglianze vengano ridotte, il valore aggiunto nel governo della salute.

Nell'ambito dei livelli di assistenza integrati, al domicilio, nelle strutture ambulatoriali e nelle strutture residenziali e semiresidenziali, vanno ripensate le modalità di erogazione delle prestazioni, partendo dal presupposto che bisogni diversificati richiedono risposte diversificate, graduate per tener conto del diverso livello delle esigenze che vengono poste. Per realizzare i progetti assistenziali, superando la tradizionale logica di intervento per prestazioni, si renderà opportuno avviare e consolidare le relazioni funzionali tra le diverse équipes, sanitarie e socio assistenziali, che lavorino su piani operativi concordati tra i referenti dei diversi punti di erogazione, contenenti gli obiettivi definiti per le diverse tappe del percorso, le modalità di accesso a queste, i loro referenti e gli strumenti di verifica dei risultati e delle attività svolte. A tal fine occorrerà rendere espliciti e ben visibili i collegamenti tra distretti, ospedali ed enti gestori dei servizi socio assistenziali: per una gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie integrate il Piano si prefigge l'obiettivo della coincidenza tra gli ambiti territoriali dei distretti e quelli degli enti gestori dei servizi socio assistenziali.

Il GCP può offrire possibilità ancora più ampie di quelle descritte; il punto di accesso e di riferimento per la popolazione può esserlo non solo per i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali ma anche per quelli sociali: tale realizzazione dipenderà dalla capacità di traduzione organizzativa che sapremo dare all'espressione "integrazione".

4.3. Il distretto per la salute

La maggiore attenzione alle cure primarie, in questo contesto individuate come la risposta ai profondi cambiamenti sociali, demografici ed epidemiologici in corso, sollecita nuovi modi di ridefinire le organizzazioni, che si riconducono all'interdisciplinarietà ed alla continuità dei percorsi di cura.

4.3.1. La realtà attuale dei distretti e degli Enti Gestori e le maggiori criticità presenti

Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, in Piemonte la Delib.G.R. 11 dicembre 2000, n. 80-1700 attribuisce al distretto un ruolo di centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle risposte disponibili da parte del servizio sanitario nazionale, attribuendo la responsabilità sulla globalità della presa in carico dell'utente e non sulle singole attività, le quali invece fanno capo alle strutture produttive territoriali o ospedaliere. Di fatto, però, il distretto si configura ancora oggi, nella nostra Regione, più come luogo di gestione di alcuni dei servizi territoriali che come centro di responsabilità della tutela della salute del cittadino/utente.

Per quanto riguarda la programmazione e l'erogazione dei servizi socio assistenziali la Regione Piemonte, con la legge regionale n. 1/2004, ha confermato nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, l'opzione più idonea a garantire servizi sociali. L'ambito territoriale ottimale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari, viene individuato nei distretti sanitari.

Il quadro dei distretti piemontesi si presenta, ad oggi, come risulta dalla tabella 1 allegata, diversificato per numero di abitanti, configurazione geomorfologica e numero di comuni. Dei 65 distretti piemontesi, 6 hanno un territorio compreso in zona montana e 17 in un capoluogo di provincia (uno per ogni capoluogo e 10 distretti a Torino). Il range degli assistibili afferenti ai singoli distretti varia da meno di 20.000 abitanti (ma i distretti con meno di 30.000 abitanti sono soltanto 9) del distretto di Perosa Argentina ai 130.000 abitanti dei distretti San Paolo di Torino e di Novara. I distretti del Comune di Torino rappresentano aggregazioni di circoscrizioni comunali, i distretti di Ivrea, Alba e Asti Nord comprendono più di 60 comuni.

La dimensione degli attuali distretti piemontesi è da considerarsi in alcuni casi inadeguata a garantire le funzioni delineate nel presente capitolo. Il distretto, nel rispetto delle caratteristiche tipiche dei diversi territori, necessita infatti di ambiti territoriali tali (70-80.000 abitanti) da garantire un equilibrio ottimale dei servizi sanitari e socio-assistenziali in grado di assicurare i principali percorsi terapeutici all'interno dell'ambito territoriale (dei 65 distretti piemontesi oggi 31 sono caratterizzati da una popolazione superiore ai 70.000 abitanti).

Tali considerazioni assumono particolar valore se si tiene conto che al Distretto sono assegnate due funzioni diverse:

- una funzione progettuale, con funzione di rilevazione dei bisogni e di governo della domanda;

- una funzione di governo della produzione, per garantire le prestazioni ed i servizi su base integrata.

Gli enti gestori dei servizi socio assistenziali, costituiti da forme consortili, comunità montane, comuni singoli ed in un caso da un'ASL (Casale Monferrato), rappresentano generalmente ripartizioni degli attuali distretti, come risulta dalla tabella 1; in una ventina di casi coincidono con il territorio dei distretti in un caso coincidono con il territorio dell'ASL (Consorzio Monviso Solidale e ASL 17).

Le maggiori criticità della situazione attuale, evidenziate dagli operatori dei distretti e degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali piemontesi, si concentrano su alcune tipologie di questioni, delineate nel riquadro che segue.

Le maggiori criticità nei distretti piemontesi

Questioni di contesto/generali

- Difficoltà a definire un modello di distretto senza un modello di salute di riferimento.

Scarsità di risorse

- Scarsa autonomia economico finanziaria dei distretti,

- Carenza di risorse per svolgere sia la funzione di produzione sia quella di governo della domanda.

Burocrazia e ruoli confusi dei e nei distretti

- Configurazione limitativa del distretto, inteso come ammortizzatore/facilitatore, mentre dovrebbe avere una iniziativa propria,

- Amplificazione del ruolo di controllore degli iperprescrittori,

- Percorsi dei pazienti oggi troppo parcellizzati e burocratizzati,

- Molteplicità di figure dirigenziali dei servizi territoriali, con scarsa identificazione di ruolo.

Programmazione regionale/aziendale

- Mancanza di controllo nell'applicazione delle norme sull'organizzazione dei distretti,

- Autoreferenzialità delle ASL nella definizione degli assetti organizzativi.

Integrazione socio-sanitaria

- Gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse, autorevolezza scientifica e professionale,

- Le persone che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari incontrano difficoltà a vedere considerato il loro bisogno nel suo insieme,
- La mancata interazione tra i due sistemi produce disservizi e sprechi e, talora, mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.

4.3.2. Elementi organizzativi per il governo del territorio

All'interno del quadro di riferimento sopra delineato il distretto, che si configura come organizzazione a rete, tendente a privilegiare i rapporti e le relazioni sul territorio, supera la logica del dualismo domanda/offerta prefigurandosi una funzione di ponte tra le due dimensioni, di accompagnamento ai cittadini nei loro percorsi assistenziali.

I distretti governano la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, nonché le attività socio assistenziali in integrazione con gli enti gestori.

A tal fine:

- governano la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento;
- programmano le attività territoriali;
- definiscono i servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento;
- assicurano direttamente attraverso le articolazioni operative le attività del territorio ed i percorsi di continuità assistenziale attraverso gli altri livelli assistenziali (ospedale);
- assicurano equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure per la popolazione di riferimento;
- promuovono la comunicazione nei confronti dei cittadini e valutano l'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il governo di questo complesso processo fa capo alla Direzione di distretto.

La Direzione distrettuale, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali, esercita le seguenti funzioni:

- * nei processi assistenziali rappresenta il garante delle relazioni che si instaurano tra i singoli medici, o meglio, tra i GCP e i servizi di supporto, gli altri livelli assistenziali presenti nel territorio, il sistema ospedaliero, i servizi di prevenzione;
- * nei processi organizzativi rappresenta nei confronti dei soggetti interni al sistema sanitario (Dipartimento, strutture semplici e complesse delle ASL e delle ASO), ed esterni (soggetti istituzionali, volontariato, scuola), il riferimento locale per le attività territoriali;
- * nei processi gestionali rappresenta il riferimento per:

- l'identificazione delle risorse;
- la distribuzione delle risorse;
- il controllo gestionale sulle attività erogate nel distretto;
- il contributo all'individuazione e all'analisi dei bisogni nonché alla definizione degli obiettivi della programmazione dell'ASL.

* nelle relazioni esterne rappresenta il riferimento locale per le amministrazioni locali e per gli enti gestori dei servizi socio assistenziali per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, per l'analisi dei bisogni, per l'individuazione delle priorità, per la valutazione dei servizi resi, per la costruzione degli atti di programmazione;

* nelle relazioni esterne è anche il riferimento locale della popolazione e delle organizzazioni di volontariato.

La realizzazione di tale modello organizzativo richiede:

- l'assegnazione ai distretti di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed il riconoscimento della necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria;

- la tendenziale ridefinizione dei loro ambiti territoriali con bacini di popolazione non inferiore ai 70.000 abitanti; per le zone montane e i territori a scarsa intensità abitativa sarà necessario individuare criteri specifici di aggregazione territoriale, salvaguardando comunque all'interno dell'organizzazione distrettuale, una rappresentanza amministrativa qualificata di tali zone affinché siano considerate le particolari condizioni di disagio della popolazione residente, ed organizzate modalità di accesso alle prestazioni che evitino percorsi e trasferimenti inutili, garantendo altresì i livelli prestazionali decentrabili a maggiore impatto e frequenza con la popolazione; rappresenta obiettivo del Piano assicurare livelli di cura adeguati su tutto il territorio piemontese e dunque prevedere misure specifiche relativamente alle aree a minore densità di popolazione e/o più difficilmente raggiungibili attraverso le vie di comunicazione;

- una articolazione organizzativa a "rete" che garantisca la necessaria integrazione con le attività svolte dall'ospedale, dai dipartimenti, dalle unità operative del territorio e con gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali con la direzione distrettuale in posizione di garante dei processi di continuità assistenziale (coordinamento);

- una rappresentanza dell'Ufficio di coordinamento distrettuale che preveda la presenza, oltre che di rappresentanti dei MMG/PLS e degli specialisti ambulatoriali, anche del Direttore dell'ente gestore dei servizi socio assistenziali e dei Direttori dei dipartimenti afferenti al distretto.

L'organizzazione prefigurata assegna al distretto una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale.

La funzione operativa si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso la forma dei servizi, delle unità operative e dei dipartimenti operanti sul territorio.

La Regione procederà alla revisione dei vigenti atti di indirizzo e di organizzazione nelle parti che risultano non coerenti alle indicazioni del presente PSSR.

4.3.3. Modalità di lavoro per un governo integrato dei sistemi sanitario e socio sanitario

Nell'ambito di una strategia complessiva indirizzata all'integrazione dei sistemi sociali e sanitari, il presente Piano individua percorsi di lavoro da sviluppare nel triennio:

- La costruzione di momenti di programmazione comuni che rappresentino, con chiarezza e possibilità di verifica, l'assunzione di impegni reciproci. A questo proposito il Piano sociale nazionale 2001-2003 precisa i caratteri fondamentali della programmazione locale affermando che la qualificazione delle scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria passa attraverso la garanzia dell'unitarietà al processo programmatico, rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali e dal Piano di zona, che rappresentano l'uno il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli e l'altro lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.
- I PEPS rappresentano un possibile sviluppo del complesso degli attuali strumenti di programmazione che dovranno accogliere e non disperdere il notevole lavoro che ha visto impegnati, in particolare nella predisposizione dei Piani di zona, operatori degli enti gestori e delle aziende sanitarie.
- La rivisitazione degli assetti organizzativi ed operativi dei servizi assistenziali lavorando per percorsi assistenziali. Il modo più corretto per governare il "sistema", in un panorama epidemiologico che vede la crescita esponenziale delle patologie croniche a lungo andamento, non è il controllo delle prestazioni o delle strutture erogatrici (funzioni di vigilanza e di passivo monitoraggio della funzione di produzione, attualmente prevalente nelle attività distrettuali) ma la gestione coordinata del percorso delle singole malattie (funzione proattiva di committenza e di tutela della salute). Tutto ciò prevede un cambiamento radicale rispetto ad un sistema focalizzato su erogatori di prestazioni per approdare ad un sistema centrato sulla promozione, prevenzione, tutela e cura della salute dei cittadini. Lo sviluppo dei percorsi deve necessariamente realizzarsi nell'ottica del superamento dell'attuale logica dei servizi basata sull'organizzazione dei fattori di produzione, sostituendola con una basata sulla connessione di funzioni, competenze e servizi.
- L'utilizzo delle tecnologie, intese non solo come macchine, per monitorare le condizioni di non autosufficienza, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile, attraverso persone che comunicano con altre persone utilizzando la potenza tecnologica e relazionale della comunicazione elettronica e multimediale, prendendosi cura delle persone con sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina. Tale rete favorisce la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale.
- La cultura dell'integrazione si costruisce anche utilizzando la leva della formazione: le necessità imposte dal contesto sopra descritto stanno ridisegnando i ruoli organizzativi, richiedendo alle risorse professionali al contempo capacità di integrazione all'interno dei processi assistenziali e insieme specializzazione e flessibilità. Saranno quindi prioritarie, oltre allo sviluppo delle competenze, azioni volte a integrare le competenze e le culture professionali.

Per quanto riguarda la formazione di base sarebbe decisamente innovativo introdurre nei corsi di laurea di area sanitaria gli aspetti inerenti la salute nella sua complessità con particolare riferimento alla dimensione relazionale, sociale e assistenziale collegati all'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda invece gli operatori dei servizi sociali e sanitari già in servizio, nell'ambito della formazione post-laurea e permanente, è indispensabile siano aggiornati in merito alle reciproche competenze orientate alla multidisciplinarietà e intersectorialità capace di produrre innovazione, generare benessere, garantire coesione, assicurare equità.

- Un ultimo aspetto riguarda l'attività di vigilanza, che rappresenta un elemento strategico per la garanzia della qualità e della appropriatezza dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

L'attuale assetto istituzionale e organizzativo così come definito dalla legge n. 61 del 1997, nonché da successivi provvedimenti amministrativi, ci consegna un quadro disomogeneo e scarsamente funzionale. Costituisce obiettivo di piano l'integrazione della normativa di riferimento sia in ordine alla titolarità e all'esercizio delle funzioni di vigilanza sia in ordine alla natura stessa di tali funzioni, che devono sempre più essere esercitate operativamente con una stretta integrazione socio-sanitaria, unica in grado di garantire quella azione di controllo strutturale e gestionale capace di costituire volano di sviluppo e crescita dell'offerta qualitativa della residenzialità e della samiresidenzialità nella nostra Regione.

Tabella 7 - Distretti delle Asl piemontesi ed Enti gestori dei servizi socio assistenziali - dati di contesto

ASL

Distretto

Residenti 2006

N. Comuni

Superficie hmq

Ab/Kmq

Enti gestori servizi socio-assistenziali

TO1

1 Centro

78.962

8 - S. Salvario

58.689

9 - Nizza Millefonti

76.444

10 - Mirafiori Sud

39.594

13.017

6.920

Comune TO

TO2

1 Santa Rita

104.502

2 S. Paolo

130.597

TO3

1 Parella

96.009

2 B. Vittoria

122.462

TO4

1 Barriera Mi.

105.489

2 L. D. Savona

87.988

5 Collegno

1 Collegno

87.616

2

3.124

2.805

Cisap Grugliasco

2 Rivoli

77.776

5

9.757

797

Cisa Rivoli e Cissa Pianezza

3 Orbassano

92.315

6

12.058

766

Cidis Orbassano

4 Giaveno

28.599

6

16.728

171

Com. mont. Val Sangone

5 Susa

89.133

37

109.214

82

Conisa Valle di Susa

6 Ciriè

1 Lanzo Ciriè Caselle

117.437

38

93.533

126

Com mont. Valli di Lanzo, Cis. Ciriè

2 Venaria Pianezza

62.595

6

9.807

638

Cissa Pianezza, Cis. Ciriè

7 Chivasso

1 Chivasso

75.897

20

39.456

192

Ciss Chiasso, CISAS Santhià, Asl 21

2 Settimo

79.968

4

11.943

670

Cissp Settimo

3 San Mauro

40.037

7

8.677

461

Cis Gassino

8 Chieri

1 Chieri

98.008

25

41.601

236

Css Chierese

2 Moncalieri

74.525

3

7.274

1.025

Cissa Moncalieri

3 Nichelino

75.162

4

7.486

1.004

Cisa Nichelino

4 Carmagnola

49.582

8

23.016

215

Cisa 31

9 Ivrea

1 Ivrea

110.278

65

67.230

164

Consorzio in rete Ivrea e Cissac Caluso

2 Cuorgnè

78.665

42

93.910

84

Consorzio in rete Ivrea e Ciss 38

10 Pinerolo

1 T. Pellice

23.092

9

29.302

79

Com. mont. Val Pellice e Ciss Pinerolo

2 Perosa A.

19.966

17

56.874

35

Com. mont. Val Chisone e Asl 10

3 Pinerolo

89.786

21

46.638

193

Ciss Pinerolo

11 Vercelli

1 Vercelli

66.005

30

54.439

121

Comuni ex ussl 45, Cisas Santhià e Asl 21

2 Santhià -Gattinara

66.356

25

65.125

102

Cisas Santhià, Casa Gattinara e Com. montane Valsesia e Valsessera

4 Borgosesia

42.205

36

86.071

49

Com. montane Valsesia e Valsessera e com. Borgosesia

12 Biella

1 Biella

118.208

45

51.115

231

Iris Biella e Cisas Santhià

2 Cossato

59.410

29

31.187

190

Cissabo Cossato

13 Novara

1 Borgomanero

71.318

26

32.669

218

Ciss Borgomanero e Com. conv. Ghemme

2 Arona

77.131

20

22.989

336

Com. conv. Arona e Com. conv Castelletto

3 Galliate

56.178

6

17.037

330

Consorzio Ovest Ticino Romentino Cisa 24 Biandrate e Comune di Novare

4 Novara

130.817

25

47.403

276

14 Omegna

1 Omegna

42.685

20

27.263

157

Cissa Omegna

2 Domodossola

65.192

37

157.959

41

Ciss zona Ossola - Pallanzeno

3 Verbania

64.552

27

48.010

134

Cons. per i serv. sociali Verbania, Cissa Omegna e Ciss Ossola

15 Cuneo

1 Cuneo

71.493

8

25.342

282

Cisa cuneese

2 Dronero

40.019

23

87.243

46

Cissa Valli Grana e Maira

3 Borgo S. Dalmazzo

45.575

22

133.653

34

Cisa cuneese e com. mont. Bisalta

16 Mondovì

1 Mondovì

62.930

30

72.909

86

Cissa monregalese e com. mont. Alta Langa e Cebana

2 Ceva

23.759

34

76.963

31

Com.mont. Cebana e com.mont. Alta Langa

17 Savigliano

1 Saluzzo

79.669

39

117.374

68

Consorzio Monviso solidale

2 Savigliano

85.891

19

65.603

131

18 ALBA

1 Alba

101.723

65

78.614

129

Cisa Alba Langhe e Roero e Com. mont. Alta Langa

2 Bra

62.677

11

33.173

189

Cisa Bra

19 Asti

1 Asti Centro

76.937

3

17.214

447

Comune Asti e Cogesa Asti

2 Asti Sud

57.570

40

49.940

115

Cisa Nizza Monferrato

3 Asti Nord

68.402

63

70.662

97

Cogesa Asti

20 Alessandria

1 Alessandria

125.793

27

70.311

179

Cissa comuni alessandrino e Cissa comuni Valenzano

2 Tortona

61.432

40

61.080

101

Cisa Tortona

21 Casale

1 Casale

60.351

27

39.713

152

Asl 21

2 Valenza

27.943

4

12.124

230

Ciss comuni Valenzano

3 Trino

26.560

21

34.184

78

Asl 21

22 Novi

1 Novi Ligure

39.902

8

16.040

247

Cisa novese

2 A. Scrivia

32.342

23

57.803

56

Cisa novese

3 Ovada

27.743

16

25.680

108

Ciss Ovada

4 A. Terme

43.072

29

50.999

84

Com. mont. Suor d'Aleramo

4.4. La programmazione nel sistema integrato dei servizi

4.4.1. Quadro di riferimento.

La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio-sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale - non può che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e che individua nel distretto l'articolazione dell'unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione.

L'articolo 20, comma 2, della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 prevede che le attività socio sanitarie integrate, "realizzate a livello distrettuale e con modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale" vengano regolate nell'ambito dell'accordo di programma che approva il Piano di zona.

Più in dettaglio nell'articolo 17, comma 1, si afferma che: "I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del D.Lgs. n. 502/1992 per quanto attiene alle attività di integrazione socio-sanitaria, provvedono a definire il Piano di zona ai sensi dell'articolo 19 della legge n. 328/2000 che

rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza.

La complessità dei problemi organizzativi derivanti dalla molteplicità degli interventi collocati nell'area dell'integrazione socio-sanitaria rischia di produrre discontinuità e sovrapposizioni tra le diverse unità produttive, le diverse tipologie di intervento e le differenti professionalità, a loro volta caratterizzate da molteplici approcci tecnici.

La definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato, attraverso una valutazione multidisciplinare del bisogno e la valutazione periodica dei risultati, ottenuti mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, presuppongono un'organizzazione e gestione delle risorse territoriali atta a garantire una stabile integrazione tra le unità produttive chiamate ad effettuare gli interventi.

L'efficacia degli interventi, intesa come capacità delle diverse competenze di mantenere come riferimento l'unità della persona, deve diventare il criterio essenziale a cui ispirare la definizione e la verifica dei modelli organizzativi in ambito distrettuale.

Il compito di assicurare il coordinamento e l'integrazione - fondamentale per coniugare le esigenze di specializzazione e la specificità delle prestazioni con la necessità di integrare gli interventi prestati all'utente - spetta infatti alla struttura operativa e non alla persona che, per parte sua, quanto più è in condizioni di difficoltà, tanto meno è in grado di gestire i rapporti con il sistema dei servizi e di coordinare le prestazioni che gli vengono erogate in modo parcellizzato.

4.4.2. Le azioni

Costituiscono obiettivi di Piano, relativamente all'integrazione socio-sanitaria:

- la costruzione di Piani di zona intesi come processi programmatori del sistema dei servizi sociali e socio - sanitari, ai quali partecipano in modo diretto e attivo le ASL, quali soggetti istituzionali previsti dalla L.R. n. 1/2004;
- l'approvazione dei Piani di zona da parte delle assemblee consortili (auspicabilmente coincidenti con i comitati dei sindaci di distretto) se a ciò delegate dai comuni afferenti;
- la stipula di accordi di programma che vincolino tutti i soggetti firmatari, comprese le ASL, ed assumano il Piano di zona come un "patto che impegna le istituzioni preposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti della comunità locale"; e contenga anche il piano finanziario per le attività integrate socio-sanitarie con risorse allocate dai vari soggetti pubblici e del terzo settore partecipanti al Piano (budget per le attività integrate distrettuali);
- la costruzione di "una struttura distrettuale funzionale per le attività integrate cui venga assegnata la gestione unitaria degli interventi socio-sanitari, anche in termini di budget e il coordinamento delle unità di produzione multidisciplinari" attraverso la creazione vincolante all'interno dei Piani di zona, dell'Ufficio di Piano, con funzione di coordinamento e gestione del piano e a responsabilità congiunta fra direttore del distretto e direttore dell'ente gestore dei servizi socio-assistenziali.

Va inoltre superata l'attuale confusione di ruoli e di funzioni tra consorzio/comune/comitato dei sindaci di distretto attraverso la proposta di far corrispondere il comitato dei sindaci di distretto (art. 3-quater, D.Lgs. n. 502/1992) con l'assemblea consortile (coincidente con l'assemblea dei sindaci ex articolo 19, legge n. 328/2000) a garanzia di una sede unificata per l'approvazione e la verifica della

programmazione socio-sanitaria e prevedere la presenza nell'assemblea consortile/comitato dei sindaci di distretto del direttore generale dell'ASL e del direttore di distretto, a fianco del direttore del consorzio.

Questa scelta rappresenterebbe una coerente applicazione della L.R. n. 1/2004, con la quale la Regione Piemonte ha deciso di comprendere nel "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" anche la regolazione del sistema socio-sanitario, altrimenti non garantita, senza dover affrontare una radicale modifica dell'attuale sistema istituzionale che vede già, in capo agli enti gestori socio-assistenziali, la delega all'esercizio delle funzioni sociali a rilevanza sanitaria dei comuni.

Per quanto attiene all'integrazione tra enti gestori e distretti è inoltre necessario prestare particolare attenzione alla complessità del sistema socio-sanitario, sia nella gestione delle strutture operative e sia nella gestione dei rapporti tra i vari livelli decisionali.

In particolare occorrerà prevedere la stipula di "Protocolli operativi" (quali parti integranti dell'accordo di programma) tra enti gestori ed ASL che definiscano le strutture organizzative integrate di riferimento per le varie categorie di utenti delle attività socio-sanitarie, i loro obiettivi, la composizione e le regole di funzionamento, le metodologie di lavoro e gli strumenti di valutazione delle attività svolte, i comuni progetti di formazione professionale, le tipologie assistenziali erogabili dagli enti gestori e dalle ASL e le risorse finanziarie certe da destinarvi, sviluppando i percorsi avviati con l'applicazione dell'accordo regionale sui LEA.

Inoltre occorrerà una puntuale definizione dei meccanismi di coordinamento e di comunicazione interna all'ente gestore e al distretto per garantire anche l'integrazione operativa tra "Unità valutative integrate" e altri servizi gestiti dai due soggetti (ad esempio i "gruppi di cure primarie"), condizione indispensabile per assicurare una corretta gestione dei piani di continuità assistenziale nelle diverse fasi del ciclo di vita dei "progetti personalizzati" e per garantire il pieno rispetto dell'unitarietà della persona.

Questo modello di integrazione gestionale, come qualsiasi altro modello, presuppone:

- un numero di operatori sociali, sanitari e amministrativi adeguato ai "carichi di lavoro" assegnati alle varie unità operative integrate;
- l'assunzione, da parte della Regione, in stretta collaborazione con la Provincia, di un ruolo guida nella verifica dei processi di programmazione locale per consentire una valutazione omogenea dei livelli di servizi raggiunti in relazione agli obiettivi del PSSR;
- risorse finanziarie derivanti, sia per i consorzi che per i distretti, da un nuovo fondo regionale socio-sanitario che destini risorse certe e garantite per tutta la durata del Piano.

4.5. Integrazione socio-sanitaria: salute e benessere sociale

L'integrazione socio-sanitaria, come ricerca della convergenza delle scelte, delle azioni e delle risorse (sociali e sanitarie) su scala locale al fine di produrre il benessere psicofisico relazionale e sociale delle persone, è oggi in Piemonte un obiettivo da perseguire.

Integrare significa più cose: fare sistema, evitare incoerenze e duplicazioni, riconoscere problemi emergenti ancora senza adeguata risposta, evitare sprechi di risorse, agire secondo criteri di

efficienza ed efficacia, focalizzare l'attenzione sul fruitore finale (la persona) nella cui esperienza alla fine dovrebbero integrarsi tutti gli interventi specifici dei servizi sociali e sanitari, allo scopo di promuoverne la salute ed il benessere sociale.

In concreto, il compito istituzionale, come ormai universalmente riconosciuto, consiste nella realizzazione del passaggio dalla settorialità (frammentazione) degli interventi ad una strategia di intrecci (intersettorialità) che, nella varietà dei servizi offerti, riconosca la condizione unitaria, psico-fisica e sociale dell'utente finale che è la persona portatrice di diritti.

Il raggiungimento di tale obiettivo presuppone che siano ben definiti i diritti della persona, definiti i soggetti deputati a garantirli ed infine certe le risorse per renderli effettivi.

Per dare concretezza ad una politica efficace di promozione della salute è necessario orientare il sistema e l'organizzazione del servizio socio-sanitario verso una più completa assicurazione del diritto alla salute e costruire una strategia che, radicandosi fortemente nell'iniziativa istituzionale e sociale locale, riesca a dare risposte unitarie e coerenti.

La multifattorialità dei determinanti della salute, ormai nota e condivisa, impone che le soluzioni non si producano esclusivamente negli investimenti nella crescita dei servizi sanitari ma si sviluppino anche e soprattutto negli interventi sullo stato dell'ambiente, sulle condizioni sociali ed economiche, sugli stili di vita, sulle relazioni tra persone e, tra queste e le comunità in cui vivono.

Il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali costituisce, pertanto, l'elemento comune su cui si sviluppa il sistema, anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute" compreso il sistema ospedaliero e i dipartimenti che, non avulsi dal territorio, devono far parte della rete integrata dei servizi cui partecipano, sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà, anche le persone singole e le formazioni sociali.

L'attuazione del principio di sussidiarietà va anche considerata nella sua dimensione orizzontale, che implica il riconoscimento dell'esercizio di funzioni sociali di interesse generale anche a parte delle formazioni sociali (il terzo settore, volontariato e cooperazione sociale, nonché le organizzazioni di rappresentanza e tutela degli utenti e delle organizzazioni sindacali) e comporta il loro coinvolgimento nei quattro momenti della programmazione, della progettazione, della gestione e della definizione dei parametri e criteri relativi alla valutazione dell'efficacia ed efficienza degli interventi.

La Regione e gli enti pubblici riconoscono a questo proposito il particolare il ruolo esercitabile, nella definizione e realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, delle espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini, a partire dai soggetti del terzo settore.

Con riferimento, infatti, ai principi d'adeguatezza ed economicità, nella fase della concreta organizzazione dei servizi, gli enti pubblici, titolari delle funzioni concernenti gli interventi sociali ai sensi degli articoli 6 e 7 della L.R. n. 1/2004, sono tenuti a valutare in via preliminare se, per garantire il sistema, sia sufficiente sostenere e/o promuovere le iniziative delle organizzazioni del terzo settore, riconoscendo loro la capacità di esercitare tali funzioni, oppure se sia necessario gestire i servizi attraverso personale dipendente o mediante affidamento a terzi, secondo standard ed interessi che le amministrazioni stesse hanno predefinito. Restano in ogni caso di responsabilità degli enti pubblici titolari delle funzioni la garanzia della qualità degli interventi, dell'accessibilità dei servizi e della continuità degli stessi.

Occorre quindi che le comunità locali si riappropriino dei loro servizi sanitari e sociali, riducendo così le componenti burocratiche, sviluppando quelle partecipative sia dirette sia mediate dalle istituzioni comunali alle quali, oltre che confermare le funzioni di programmazione e di controllo, occorre affidare un ruolo di corresponsabilità nel governo della sanità: corresponsabilità in senso politico ed economico e non solo di garanzia nei confronti del bisogno della popolazione.

Ciò in coerenza con quanto affermato dall'OMS nei progetti "Città Sane", "Agenda 21", "Salute 21", "Ospedali che promuovono salute", dai quali si possono estrapolare alcuni principi irrinunciabili così sintetizzabili: democrazia, intersectorialità, sostenibilità, corresponsabilità per la salute.

Rispetto a questi principi, è particolarmente opportuno soffermarsi sul concetto di sostenibilità, nella consapevolezza che l'allocazione di risorse nel sistema di welfare rappresenta sicuramente uno dei punti di maggior criticità con la quale la scelta politica deve confrontarsi.

Non possiamo sottrarci dall'affermare che tutte le scelte vanno improntate alla sostenibilità economica e sociale nell'ottica del massimo impatto in termini di salute.

Non considerare la sostenibilità del sistema, nell'accezione precedente, significa ignorare le difficoltà strutturali dei sistemi socio-sanitari sviluppati.

Tali difficoltà riconoscono cause complesse e generalizzate di crescita della spesa (tra i quali: invecchiamento della popolazione - maggiore medicalizzazione dei problemi di salute - aumento della tecnologia).

Ne discende che la programmazione strategica regionale e territoriale deve orientare il sistema socio-sanitario ad erogare prestazioni efficaci ed appropriate che rispondano a criteri di economicità all'interno di ben identificati livelli essenziali di assistenza.

Tali prestazioni dovranno anche essere prestazioni "adeguate", dove per adeguate si intende la capacità di fornire attività e prestazioni efficaci con modalità clinico organizzative a miglior rapporto rischio beneficio per la persona e con tempi congrui rispetto al bisogno.

4.5.1. Il quadro istituzionale e il governo del sistema integrato dei servizi e degli interventi

In Piemonte la legge regionale n. 62/1995 ha dato la possibilità ai territori di separare i sistemi di produzione degli interventi sociali da quelli sanitari. Su quasi tutto il territorio regionale i comuni hanno costituito gli enti gestori (consorzi dei servizi socio-assistenziali) in gran parte dei casi con ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari.

La ricollocazione della gestione dei servizi sociali ai comuni, di cui sono titolari, e la delega di funzioni di produzione agli enti gestori hanno, nell'ultimo decennio, implementato e professionalizzato il sistema di servizi sociali che, se pur in modo non omogeneo, è complessivamente cresciuto parallelamente all'evolversi della normativa.

Con la L.R. n. 1/2004 si sono recepiti i principi generali della legge n. 328/2000 e demandato ai territori la costruzione del "Sistema integrato degli interventi e dei servizi" fondamentalmente attraverso gli atti di programmazione locale (Piani di zona), che sono in fase di definizione finale su quasi tutto il territorio regionale.

È attraverso i Piani di zona che l'intersectorialità degli interventi dovrebbe affermarsi attraverso l'integrazione, anche produttiva, dei servizi sociali e sanitari per rendere esigibili le prestazioni che il D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ha indicato declinandoli come di seguito:

1. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le "attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute". Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

2. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le "attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite".

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali.

3. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: "caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative". Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post - acuta, caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semi residenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

4.5.2. Le criticità nel sistema integrato degli interventi e dei servizi

Le problematiche e le criticità relative al quadro normativo sopra descritto si collocano essenzialmente su 2 livelli:

- la regolamentazione regionale dei LEA socio-sanitari;
- il governo della domanda delle prestazioni integrate.

Rispetto al primo livello occorre rilevare che il complesso delle prestazioni afferenti ai LEA socio-sanitari risulta regolamentato solo in parte, essendosi espressa la normativa regionale relativamente alle tipologie di intervento in ambito residenziale per gli anziani non autosufficienti e i disabili e

nell'ambito delle cure domiciliari anche queste fondamentalmente posizionate sull'area della non autosufficienza.

Rimangono attualmente fuori indicazioni specifiche le dipendenze, i soggetti affetti da infezione HIV, i minori (rispetto ai quali sono state fissate le caratteristiche strutturali delle comunità di accoglienza, ma sui quali mancano indicazioni precise sulla compartecipazione alla spesa da parte del fondo sanitario regionale) ed infine le patologie psichiatriche in quella zona cosiddetta "grigia" a scavalco con la terza età e i malati terminali.

Nello specifico delle cure domiciliari, nell'attuale realtà piemontese, la quasi totalità delle ADI risulta essere un intervento di cosiddetta integrazione intrasistemica fra unità operative sanitarie e quindi spesso nel suo contesto non si interviene anche in termini di assistenza tutelare.

Risultano inoltre ancora da ratificare in gran parte del Piemonte accordi territoriali che recepiscono le cosiddette assistenze domiciliari "in lungo-assistenza" che dovrebbero anche giovare dello strumento dell'assegno di cura sul quale non esiste attualmente una regolamentazione regionale.

Costituisce obiettivo del presente Piano, la prosecuzione del percorso attuativo dei LEA fino alla loro completa estensione a tutte le materie previste dalla normativa nazionale.

Rispetto al secondo livello il problema dell'appropriatezza della domanda espressa ai servizi è criticità centrale per l'organizzazione della risposta dei servizi stessi.

I bisogni percepiti dalle persone sono determinati da difficoltà legate alla persona stessa o al suo nucleo microsociale di riferimento, ma sono anche indotti e/o condizionati da fattori socio-economici, ambientali e di appartenenza culturale, rispetto ai quali il riassetto organizzativo del sistema integrato degli interventi può produrre solo risposte parziali rispetto alla complessità dei determinanti in questione.

Per quanto riguarda i bisogni espressi dalle persone in maniera socialmente prevalente, essi si collocano nelle seguenti aree:

- 1) ambito "post acuzie", nella continuità di cura fra ospedale e territorio, comprese le strutture intermedie di accoglienza e la presa in carico relativa alle cure domiciliari,
- 2) ambito della continuità assistenziale riferita al sistema di cure primarie, nella doppia accezione sanitaria e sociale,
- 3) ambito proprio delle "cure domiciliari", relativo ai progetti integrati di "lungo-assistenza", rivolti a persone affette da malattie cronico degenerative,
- 4) ambito dell'assistenza al malato terminale.

Questo tipo di domanda, facilmente individuabile nell'ambito dell'analisi dei bisogni, a una lettura più approfondita delle nuove problematiche di salute, fa emergere criticità nell'ambito delle quali si generano bisogni complessi in cui è difficile discriminare il sociale dal sanitario e che inducono l'esistenza di aree grigie di domanda come per esempio:

- a. adolescenti e dei giovani adulti (14-24 anni) dove ci sono abusi di sostanze di tipo diverso ma anche comportamenti a rischio;

- b. persone con disturbi depressivi (sia quelli relativi all'infanzia che non sono stati riconosciuti e che si aggravano a causa della deprivazione e della solitudine nell'età adulta sia quelli legati alle problematiche lavorative);
- c. adulti con problemi di dipendenza (non solo da sostanze) che si aggiungono a disturbi mentali gravi che evidenziano problemi di comportamento;
- d. persone in esecuzione penale (con particolare attenzione a chi è portatore di disturbi mentali o di dipendenze patologiche);
- e. persone senza fissa dimora o in stato di estrema povertà;
- f. popolazione nomade;
- g. immigrati (con particolare attenzione alle vittime della tratta, ai minori soli, ai rifugiati e richiedenti asilo, ma anche a coloro la cui presenza ha carattere di stabilità);
- h. minori e donne vittime di abusi e violenze;
- i. persone con disturbi del comportamento alimentare (che hanno esordio nell'età adolescenziale e che si sviluppano con gravità nell'età adulta).

4.5.3. Aree prioritarie di intervento

L'aspetto fondamentale che viene evidenziato dalle problematiche sopra delineate e dal quadro normativo di riferimento, è la necessità di definire ulteriormente e rendere realmente integrate - a favore del cittadino e della completezza assistenziale - le prestazioni socio sanitarie offerte dal sistema regionale.

Ciò al fine di assicurare l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali attraverso l'adozione di modelli operativi delle attività aziendali e distrettuali finalizzati alla tempestiva presa in carico delle persone alle quali si intende garantire la continuità delle cure.

L'esperienza condotta dalla Regione Piemonte consente inoltre di affermare che la gestione integrata dei processi di cura è necessaria ove si vogliano assicurare alla popolazione livelli di servizio quantitativamente e qualitativamente adeguati.

Ai soggetti di governo e di gestione del sistema integrato spetta dunque il compito di produrre politiche di inclusione che promuovano azioni globali di sviluppo dell'impegno civile ed allarghino a nuove forme di partecipazione i tradizionali processi di informazione, consultazione e gestione.

Ciò richiede la capacità di definire e di attuare programmi di miglioramento della salute intesa come "qualità del vivere quotidiano" anche sui temi della forma della città e di uso del territorio, della difesa civile dai rischi e dal degrado, dei servizi formativi ed educativi, della sicurezza di vita.

Occorre passare dalle politiche di settore alle politiche di comunità, che devono tradursi, per il comparto sanitario e per quello socio-assistenziale in servizi di comunità, lavoro di rete, azioni di contrasto del disagio e dell'esclusione. Bisogna evitare di porre al centro l'organizzazione e non i destinatari, di standardizzare le risposte invece di personalizzarle, di perdere la cultura

dell'accoglienza e dell'ascolto, di pensare al cittadino in condizioni di bisogno non come ad una persona con dei diritti e dei doveri ma come ad un "cliente" al quale vendere servizi.

4.5.3.1. La tutela della salute della popolazione anziana

Quadro di riferimento

Il Piemonte è una delle regioni italiane nelle quali il processo di invecchiamento della popolazione è particolarmente accentuato: nel 2004 gli ultrasessantacinquenni erano 963.455 su 4.330.172 abitanti, pari al 22,2% della popolazione, valore più elevato rispetto a quello nazionale del 19,5%, gli ultrasessantacinquenni erano 444.822 (10,3%) e le persone con età superiore agli 80 anni 247.460 (5,7%). Fino al 2050 queste fasce di età aumenteranno, in termini assoluti e in percentuale sul totale della popolazione.

Ma l'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società e per la nostra Regione, non allungherà, allo stesso modo, la fase di vita "critica" delle persone. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, vi dovrebbe essere, entro il 2020, un aumento dell'aspettativa di vita, intesa come vita esente da disabilità, almeno del 20% per le persone di 65 anni e tra gli ottantenni si dovrebbe registrare un aumento del 50% delle persone che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

La sfida che ci si pone, anche in considerazione del rilevante impatto dei costi sanitari per la popolazione della terza età sul complesso delle risorse disponibili, è quindi quella di aumentare la durata della vita "sana", rispondendo alla sfida dell'invecchiamento con risposte integrate che siano in grado di aumentare gli anni in buona salute, mettendo insieme i diversi contesti della vita, l'abitare, il muoversi, la cultura, lo sport, la cura di sé e il tempo libero. Questo affinché alle aspettative di vita più lunghe corrispondano anche aspettative di vita di qualità.

Criticità

Sul versante della domiciliarità si riscontrano le lacune di servizi domiciliari non sempre garantiti in maniera universalistica e, soprattutto, non sempre disegnati secondo i reali bisogni della persona e del contesto socioabitativo.

Sul fronte della residenzialità, per contro, la criticità maggiore riguarda la consistenza delle liste d'attesa, soprattutto in alcuni territori, legata alla complessità delle procedure burocratiche.

La rete regionale delle strutture, ancora, fa riscontrare una distribuzione disomogenea nelle diverse realtà territoriali della Regione e non sembra sufficientemente articolata secondo il percorso di aggravamento e riduzione di autonomia funzionale e cognitiva della persona anziana; si rilevano carenze, in alcuni contesti, di posti letto dedicati a specifiche patologie degenerative.

Si riscontra, infine, l'assenza di una presa in carico complessiva della problematica della non autosufficienza, mediante l'integrazione anche di tematiche non strettamente sanitarie ma determinanti per la salute, quali: la situazione abitativa (accessibilità e sicurezza e opportunità di comunicazione), la mobilità, il tempo libero dell'assistito e del care giver.

Strategie generali di sviluppo

Il principio che dovrà ispirare il modello organizzativo che si propone è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che assicurino, caso per caso e per le differenti tipologie di bisogno, prevenzione, diagnosi precoce, cura efficace, riabilitazione e, se del caso, lungo-assistenza.

In primo luogo è opportuno promuovere, attivamente, la salute degli anziani, mediante un'azione coordinata sociale e sanitaria per l'adozione di corretti stili di vita, unendo all'attività di prevenzione, la creazione di una rete di servizi, per contrastare la tendenza all'isolamento e alla solitudine delle persone anziane, coinvolgendo attivamente il volontariato e il privato sociale e consolidando servizi di telesoccorso e di teleassistenza.

Inoltre occorrerà ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

Riguardo ai servizi esistenti bisognerà procedere alla qualificazione ed all'ulteriore implementazione dei servizi di assistenza domiciliare per garantirne maggiore flessibilità, capacità di aderenza ai bisogni e promuovere l'integrazione sociosanitaria.

Per aumentare la possibilità di permanenza al domicilio, anche di coloro che necessitano di cure più intensive, è necessario sperimentare soluzioni innovative, anche attraverso la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio quali l'ospedalizzazione domiciliare e la "residenzialità protetta" (alloggi con servizi comuni e specifiche tecnologie per l'autonomia e la salute) e l'integrazione dei protocolli che regolano l'assistenza domiciliare programmata con quelli dell'assistenza domiciliare integrata attraverso i gruppi di cure primarie.

Occorre inoltre prevedere l'erogazione di assegni di cura in misura adeguata ai P.I. (piani individualizzati) in lungo-assistenza individuati dalle UVM (Unità Valutative Multidisciplinari).

È necessario che i tempi di valutazione siano adeguati a garantire non solo interventi rapidi ma anche il monitoraggio e la revisione dei P.I. adeguandoli alle dinamiche del contesto socio-sanitario familiare ed individuale.

Le attività di assistenza fornite da lavoratrici e lavoratori stranieri rappresentano una risposta diffusa al problema delle cure degli anziani soli e dei non autosufficienti: è necessario investire nella loro qualificazione.

Per i servizi di assistenza domiciliare appare infine cruciale introdurre compiutamente un sistema di "mercato sociale amministrato", attraverso forme di accreditamento di imprese sociali, che dia al cittadino una possibilità di "scelta" rispetto al sistema di erogazione degli interventi, nel rispetto della centralità della responsabilità del servizio pubblico in termini di valutazione del P.I. e del suo monitoraggio.

Rispetto al ruolo specifico delle tecnologie innovative (sistemi di tele-informazione, tele-aiuto, tele-assistenza, telemedicina), si intende fare ricorso a tali tecnologie per monitorare le condizioni di non autosufficienza, in particolare degli anziani con malattie croniche, in quanto tali tecnologie possono potenziare il sistema delle cure domiciliari, favorendo il mantenimento dei soggetti nel proprio

contesto abitativo e sociale il più a lungo possibile e migliorando la cooperazione tra gli interventi di tipo sanitario e sociale, in una ottica di continuità delle cure, ottimizzazione delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico globale.

Per quanto riguarda la rete distrettuale di assistenza residenziale essa va rimodulata prevedendo la possibilità di dare risposte ai differenti bisogni con diversa intensità di cure (prevedendo servizi adeguati per gli anziani affetti da patologie cronico degenerative quali demenze e Alzheimer) e permettendo la riallocazione delle risorse attualmente assorbite impropriamente da strutture più strettamente sanitarie. Ciò al fine di garantire una più corretta risposta rispetto a bisogni di valenza prevalentemente sociale.

Rappresenta pertanto obiettivo del presente Piano l'incremento dei posti letto per rispondere al fabbisogno di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, ponendosi come obiettivo tendenziale quello di 2 posti letto ogni 100 anziani (oltre 65 anni) al termine dei quattro anni di validità del Piano, privilegiando il riequilibrio territoriale anche per quanto riguarda i criteri di accesso e le tariffe delle strutture, nonché la creazione di posti letto per la de-ospedalizzazione protetta presso le residenze sanitarie assistenziali.

È utile, infine, l'avvio di programmi di controllo di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie rivolte ad anziani con patologia acuta (frattura di femore, ictus, scompenso cardiaco e respiratorio, infarto), al fine di contenere gli esiti invalidanti, mediante l'identificazione di adeguati percorsi assistenziali e alla ridefinizione dei contenuti.

Per quanto riguarda la salute di anziani con percorsi specifici riguardanti i disturbi cognitivi (persone affette da deterioramento cognitivo comportamentale nell'evoluzione della malattia di Alzheimer e sindromi correlate), la cui problematicità viene riconosciuta in questo contesto per gli aspetti connessi alla perdita di autosufficienza, che rappresenta il minimo comune denominatore delle patologie collegate all'invecchiamento la Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'approvazione del presente documento, adotta un provvedimento regionale specifico che riconosca la malattia di Alzheimer quale patologia a sé stante, causa di disabilità della persona, indipendentemente dall'avanzamento dell'età e dalla presenza di altre patologie, e che individui gli strumenti necessari alla cura e all'assistenza specifica del malato di Alzheimer e della persona affetta da demenza senile. Il provvedimento regionale prevederà inoltre la creazione di una apposita rete assistenziale a favore degli affetti da malattie senili, in relazione alle differenti necessità di protezione sociale, sanitaria e socio-sanitaria, che favorisca il mantenimento delle possibilità di cura a casa dalla persona malata mediante la disponibilità di interventi domiciliari e di ricoveri temporanei semiresidenziali e residenziali, già esplicitamente previsti nella normativa regionale relativa e, nel contempo, preveda la disponibilità di interventi assistenziali di complessità più elevata di quella domiciliare per gestire l'evoluzione della malattia associata a periodi di disturbi comportamentali o psicotici, da erogarsi nei centri diurni Alzheimer e nuclei Alzheimer.

4.5.3.2. Le persone con disabilità

Quadro di riferimento

Le politiche per la salute messe in atto con il piano socio-sanitario si pongono l'obiettivo di assicurare alle persone con disabilità e alle loro famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sanitari, socio-assistenziali, educativi, scolastici, formativi, per il diritto al lavoro, per la mobilità e la fruibilità ambientale; di promuovere interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza; di prevenire, eliminare o ridurre i fattori che

determinano le disabilità, le condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia. Gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione debbono rispondere a questi fondamentali principi, nel quadro di una nuova cultura della disabilità basata sul concetto di "diversità come normalità della condizione umana" e sul valore positivo della diversità.

Alla giusta e doverosa tutela dei diritti (primo di tutti, il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione), si deve affiancare una concreto insieme di iniziative volte a garantire la libertà di vivere come tutti.

In Piemonte le persone con disabilità sono oltre 180.000 (ISTAT 2000) con percentuali di disabilità più alte e maggior livello di dipendenza nelle fasce sociali svantaggiate: tale situazione deve essere affrontata dagli enti titolari delle attività socio-sanitarie (aziende sanitarie locali ed enti gestori) prevedendo e assicurando, nella programmazione e gestione dei servizi socio-sanitari, la piena attuazione del diritto delle persone con disabilità in condizioni di gravità di fruire, come previsto dalle leggi vigenti, con priorità delle prestazioni sociosanitarie necessarie.

Criticità

Non sono state sufficienti le azioni fin ora messe in atto per:

- prevenire la disabilità nei suoi multiformi aspetti (fisica, intellettiva e sensoriale) e favorirne la diagnosi precoce;
- rimuovere ogni ostacolo che impedisce la inclusione sociale ed il pieno sviluppo umano delle persone con disabilità;
- facilitare il raggiungimento del maggiore grado di piena autonomia di vita possibile;
- rendere possibile la fruizione dell'effettiva pari opportunità da parte delle le persone con disabilità;
- favorire la partecipazione delle organizzazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie alla programmazione e valutazione delle politiche regionali;
- attivare modalità per la presa in carico integrata socio-sanitaria, prevedendo l'introduzione di progetti individuali per l'inclusione sociale;
- rivedere, aggiornare e completare le norme regionali e locali applicative della legislazione nazionale in vigore;
- indirizzare l'organizzazione della rete regionale dei servizi in modo da fornire, oltre alle prestazioni necessarie, sostegno costante al raggiungimento di tali obiettivi.

Strategie generali di sviluppo

1) Programmazione integrata a livello regionale e locale.

Nel quadro delle politiche per la salute la Giunta regionale avvia un progetto integrato sulle disabilità che coinvolge gli Assessorati politiche sociali e tutela della salute e sanità, insieme con gli

Assessorati lavoro e formazione professionale, ricerca e innovazione, cultura e istruzione, turismo e sport, urbanistica ed edilizia pubblica, trasporti. Le politiche sono definite, verificate e attuate con il concorso e la partecipazione attiva delle organizzazioni del terzo settore (associazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale), coinvolgendo, per quanto di competenza, le amministrazioni provinciali. L'Osservatorio regionale sulle disabilità, supportato dalla rete dei servizi di epidemiologia, garantisce l'indispensabile sostegno alla programmazione e verifica delle iniziative intraprese. Nelle ASL regionali è prevista l'attivazione di analoghe politiche per la salute sviluppate congiuntamente con gli enti gestori e i comuni del territorio, a livello distrettuale.

L'integrazione socio-sanitaria è rafforzata tramite accordi di programma finalizzati a definire le competenze in capo ai comuni, agli enti gestori e alle aziende sanitarie, le modalità per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, i componenti delle équipes multidisciplinari distrettuali e le relative competenze.

2) L'attivazione in tutti i distretti socio-sanitari di équipes multidisciplinari - multiprofessionali integrate, per la presa in carico delle persone con disabilità che

- accertino la condizione di disabilità,
- valutino il bisogno globale e la domanda di salute,
- stabiliscano le prestazioni assistenziali/economiche di diritto (comprendendovi tutta l'offerta di prestazioni, anche non strettamente sanitaria o socio-assistenziale messa in atto a livello locale),
- individuino ed attivino gli interventi necessari per l'integrazione scolastica, lavorativa e per l'autonomia personale, inclusa la fornitura dei necessari ausili tecnici,
- propongano e condividano, coinvolgendo la persona interessata o chi la rappresenta, con i servizi territoriali, il progetto individuale (si veda anche al punto 3) e ne valutino l'efficacia.

3) Progetto individuale

I comuni/enti gestori e l'ASL - a livello distrettuale - definiscono per ogni persona disabile, secondo l'età, un progetto individuale, alla cui definizione deve concorrere principalmente la persona disabile e, nel caso non possa rappresentarsi da sola, le persone che ne hanno la tutela.

Il progetto deve prevedere:

- la descrizione della condizione di vita delle persone interessate, dei suoi bisogni ed aspettative e dei diritti esigibili, e gli obiettivi perseguibili;
- una dettagliata indicazione degli obiettivi di inclusione sociale delle soluzioni possibili e degli interventi necessari per migliorare la qualità della vita (sia in termini di servizi che in termini di interventi economici o di ausili), rispetto all'età, alle capacità individuali ed alle risorse oggettivamente attivabili.

La realizzazione del progetto individuale prevede, in particolare, i seguenti possibili interventi, avviati a seguito di concertazione e con il pieno coinvolgimento della persona interessata o di chi la rappresenta:

a) L'assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio-assistenziale: tale tipologia di intervento deve essere considerata come insieme di prestazioni finalizzate al mantenimento della persona nel suo ambiente di vita, lavoro, studio e socializzazione, attraverso attività sanitarie, socio-assistenziali e educative. Percorsi di lungo periodo devono essere compresi nel piano individuale (es. progetti "vita indipendente" e "autonomia").

Il volontariato intra-familiare va considerato come uno dei possibili strumenti atti a favorire il permanere della persona con disabilità in condizioni di gravità nel suo originale contesto di vita e verrà meglio definito e regolamentato con apposito atto deliberativo di Giunta regionale.

Vanno inoltre sostenuti, anche finanziariamente, per quanto di specifica competenza, interventi di adeguamento e ristrutturazione di abitazioni utilizzate da persone con disabilità, anche usufruendo delle tecnologie - ausili tecnici per il controllo ambientale, ad esempio - che possono favorire la vita autonoma.

b) La disponibilità di una rete di centri diurni, da potenziare in modo tale da assicurarne una presenza territoriale omogeneamente diffusa; inoltre, occorre garantire la frequenza di tali centri sulla base del bisogno dell'interessato e del suo nucleo familiare.

c) Risorse residenziali. Le risorse residenziali sono previste per rispondere alle esigenze di sostegno ai familiari e per rispondere alle necessità abitative della persona con grave disabilità, non assistibile a domicilio, con riferimento, in particolare, alla condizione di persone con disabilità derivanti da patologie progressive gravemente invalidanti.

Si indica come prioritaria la necessità di realizzare una rete diffusa di strutture di contenute dimensioni, integrate a livello territoriale nel normale contesto di vita di tutti e diversamente finalizzate ed organizzate tenendo conto delle molteplici tipologie di fruitori (si citano, a titolo di esempio, le convivenze guidate, i gruppi appartamento, le comunità alloggio, le case famiglia, ed altro).

Le esigenze differenziate di residenzialità devono essere attentamente valutate e programmate in ciascuna ASL, tenendo conto della tipologia della domanda e dando in ogni caso priorità agli interventi finalizzati al mantenimento della persona nel suo contesto di vita e perseguendo la finalità di eliminare interventi a carattere istituzionalizzante.

Le persone che fruiscono delle risorse residenziali hanno diritto, come tutti i cittadini residenti, alle prestazioni sanitarie (mediche, fisioterapiche, infermieristiche) ed agli interventi di sostegno domiciliare e assistenza personale attivate a livello distrettuale.

4) Gli interventi di riabilitazione

La riabilitazione non va considerata una prerogativa esclusivamente medica e deve essere assicurata con riguardo all'appropriatezza dei metodi e delle tecnologie, tenendo nel dovuto conto l'efficacia sul versante della vita quotidiana e le scelte dell'interessato e dei familiari.

Malattie congenite o acquisite, gravemente invalidanti (come ad esempio lesioni midollari, traumatismi cranici, patologie reumatiche, patologie dismetaboliche, distrofie neuromuscolari, disrafie della colonna, sclerosi multipla, SLA, atrofie spinali, distrofia muscolare, ed altre) e malattie della sfera sensoriale, visiva ed uditiva, richiedono un approccio multidisciplinare e la presenza qualificata di centri di riferimento, opportunamente distribuiti a livello territoriale in relazione alla progressiva complessità degli interventi.

5) I minori con disabilità

Particolare attenzione è riservata al supporto per la piena accoglienza dei minori disabili, per l'attuazione di interventi di inclusione sociale da prevedere nel piano individuale (comprendendovi anche gli interventi per l'inserimento scolastico e la formazione al lavoro). Sono da potenziare, inoltre, gli interventi finalizzati all'affido e all'adozione dei minori con disabilità.

Gli interventi residenziali destinati ai minori vanno esclusivamente previsti nelle situazioni in cui sia prevalente l'esigenza di garantire un intervento educativo in ambiente protetto, con caratteristiche familiari, contestuale ad attività terapeutico-riabilitative, e non debbono essere comunque protratti oltre la specifica necessità.

6) La riqualificazione ed umanizzazione dei servizi

Tale tipologia di interventi viene realizzata attraverso una concreta presa in considerazione delle specifiche fragilità e con agevolazioni per l'accesso alle strutture sanitarie e socio-assistenziali e per la loro fruizione (eliminazione delle barriere architettoniche e comunicative, assistenza personale adeguata in occasione di interventi di diagnosi cura e riabilitazione) ed interventi per la mobilità (sistemi di trasporto accessibili e fruibili, anche personalizzati delle persone disabili).

7) La piena applicazione della legge n. 68/1999 per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità rappresenta uno strumento essenziale per favorire la loro inclusione sociale: le aziende sanitarie locali e gli enti gestori garantiranno la piena realizzazione degli interventi di tipo certificativo e di sostegno propedeutico all'avviamento al lavoro che è loro attribuito dalle norme nazionali e regionali. Inoltre le aziende sanitarie regionali e gli enti gestori si impegnano alla scrupolosa osservanza delle previsioni della legge n. 68/1999 sia per quanto riguarda i propri organici sia per quanto riguarda gli organici dei terzi accreditati.

4.5.3.3. Area materno-infantile

Quadro di riferimento

L'area materno-infantile è rivolta alla tutela della salute dei minori e delle donne in età fertile che dai dati BDDE 2004 risultavano essere rispettivamente 644.865 e 968.309; a quest'ultimo dato vanno aggiunte le donne straniere temporaneamente presenti.

Nel 2004 i parti sono stati oltre 35.500, il 16% dei quali di donne straniere che presentano percorsi sanitari non sufficientemente tutelati con esiti perinatali maggiormente problematici.

Rispetto all'area pediatrica i minori che nel 2004 hanno contattato i servizi di neuropsichiatria infantile sono stati 31.432, di questi il 20% è disabile, mentre il 22% presenta problematiche sociali rilevanti spesso gestite con l'autorità giudiziaria (10,5%). L'ADI per l'età evolutiva è organicamente attuata, tramite protocolli assistenziali regionali, in tutte le ASL prevalentemente per quel che riguarda il percorso dei pazienti affetti da fibrosi cistica e per quelli con ventilazione assistita.

I servizi afferenti all'area materno-infantile sono presenti in modo diffuso sul territorio regionale con l'unica eccezione dei pediatri di libera scelta che in alcune zone coprono solo parzialmente la popolazione infantile. Tali servizi in questi anni sono stati ricondotti al dipartimento materno-infantile all'interno del quale dovevano trovare collocazione le funzioni relative ai percorsi assistenziali dell'area.

Il modello organizzativo perseguito ha avuto come obiettivo la definizione dei percorsi assistenziali all'interno di una rete integrata di servizi, vista come unica risposta possibile ad una richiesta di salute sempre più complessa e articolata e rivolta ad una pluralità di servizi. La rete nasce dall'esigenza di coniugare il diritto dei pazienti a prestazioni sempre più appropriate ad un'organizzazione dei servizi sanitari comunque vicina ai cittadini, soprattutto quelli per cui la necessità delle cure non è un fatto episodico.

Sono, altresì, stati sviluppati sistemi di monitoraggio delle attività indispensabili per l'introduzione di sistemi di governo clinico, accanto a quelli esistenti di governo economico, in quanto la sola definizione di standard e linee-guida, non è evidentemente in grado di incidere e stimolare un miglioramento effettivo e continuativo dei risultati prodotti. Con questi sistemi siamo in grado di confrontare i percorsi che pazienti con problemi assistenziali simili effettivamente seguono, e i risultati che i servizi sanitari per essi generano. In questo campo si evidenzia una varietà formidabile nelle performance di diverse strutture e, spesso, di diversi operatori che è uno degli elementi di analisi in corso.

Criticità

Le principali criticità relative all'area materno sono le seguenti:

- disomogeneità organizzative tra le diverse ASR con conseguenti differenze nei servizi offerti, nel diritto di accesso dei pazienti, nella presa in carico, nella lettura dei bisogni della popolazione di riferimento;
- necessità di definire percorsi assistenziali condivisi tali da garantire equità di accesso e trattamento ai cittadini e riduzione degli eccessi di medicalizzazione che si riscontrano in alcune attività e sviluppo di alcuni percorsi emergenti (per esempio i gravi disturbi psichiatrici in età evolutiva e adolescenza);
- implementazione della raccolta dei dati al fine di omogeneizzare il flusso informativo per fini programmatori ed epidemiologici;
- scarsa attenzione agli interventi delle cure primarie, alle relazioni di rete necessarie alla definizione dei percorsi assistenziali dei pazienti ed ai percorsi dei pazienti più deboli;
- discontinuità dell'assistenza al processo riproduttivo: fra periodo della gravidanza e del parto, fra parto e puerperio e durante il travaglio. La forte esigenza, da parte delle donne, di una figura di riferimento che garantisca la continuità è dimostrata dal ricorso massiccio, in gravidanza,

all'assistenza privata (nel 75% dei casi), quasi sempre di un medico che opera anche in un ospedale pubblico (dove si verifica oltre il 95% dei parti).

Strategie generali di sviluppo

- Consolidamento della rete dei servizi compatibile con la domanda di salute e con le risorse disponibili attraverso lo sviluppo dei flussi informativi e la definizione dei percorsi assistenziali riconducibili a quest'area:

- percorso donna (tutela della salute della donna globalmente intesa e per l'arco dell'intera vita);
- percorso maternità consapevole;
- percorso nascita;
- percorso crescita;
- percorso cronicità;
- percorso adolescenti.

I percorsi devono garantire la presa in carico in un modello di alleanza terapeutica, il superamento della parcellizzazione della risposta, l'integrazione con tutti i servizi sanitari e non, la trasparenza dell'offerta in relazione e a confronto con la domanda di salute espressa dalla famiglia.

Ad esempio devono essere implementati modelli organizzativi per cui lo stesso professionista, o piccolo gruppo omogeneo di professionisti (medici e/o ostetriche), che segue la gravidanza, assiste anche il parto ed il puerperio, integrandosi in quest'ultima fase con le figure professionali che prendono in carico il neonato.

I percorsi assistenziali propri dell'area devono essere resi accessibili alle donne ed ai minori stranieri (es. informazioni in lingua, mediazione culturale).

- Realizzazione delle relazioni di rete attraverso l'attenzione agli interventi delle cure primarie (come ad esempio consultori, consultori per adolescenti), la formalizzazione del principio di sussidiarietà, il potenziamento delle risposte extraospedaliere (ADI pediatrica, quale risposta per favorire il rientro o la permanenza al domicilio, introduzione della telemedicina per le situazioni più compromesse, attivazione della ospedalizzazione domiciliare per i casi che richiedono competenze non delegabili all'assistenza di base), l'organizzazione pluriprofessionale e la contestuale individuazione delle misure necessarie per il sostegno alle famiglie nelle quali sono presenti situazioni che richiedono una alta assistenza.

- Potenziamento e la messa in rete dei consultori della Regione.

Deve essere salvaguardato il lavoro di equipe elemento imprescindibile per garantire un approccio preventivo e di promozione alla salute ed è necessario definire dei percorsi di salute con procedure standardizzate e uguali su tutto il territorio regionale per il benessere sessuale in tutte le fasi della vita, l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età tra i 15 e i 30 anni, la contraccezione, la maternità libera e consapevole (IVG, gravidanza, parto, puerperio e collegamento con i servizi pediatrici), la gestione della menopausa.

- Promozione di strumenti per la rimozione degli ostacoli che possono spingere le donne a richiedere l'interruzione di gravidanza potenziando la capacità dei consultori di fornire assistenza e informazione su tutte le opportunità disponibili per le donne e la famiglia.

- Consolidamento di misure di soccorso e prevenzione della violenza sulle donne e sui minori attraverso azioni specifiche di assistenza sanitaria e soccorso alle donne che subiscono violenza, attraverso la formazione specifica per le operatrici e gli operatori che vengono a contatto con le vittime di violenza e con l'adozione di linee-guida per la segnalazione e la presa in carico di casi di violenza e maltrattamento sulle donne dentro e fuori la famiglia.

- Promozione dell'uso appropriato dell'ospedalizzazione e della risposta alla domanda di salute posta "in urgenza":

a) per quanto riguarda i minori, all'interno del percorso crescita che mette in prospettiva le diverse articolazioni: promozione salute, prevenzione, diagnosi precoce, organizzazione risposta all'urgenza, diagnosi e cura della patologia acuta. Con il percorso crescita si deve integrare il percorso cronicità per i minori con patologia cronica nonché il percorso per le urgenze psichiatriche nei minori;

b) per quanto riguarda le donne, all'interno dei percorsi salute della donna, maternità consapevole, percorso nascita, con particolare attenzione al coniugare il rispetto della fisiologia con la sicurezza e la qualità delle cure.

Obiettivi di salute da perseguire in questo ambito riguardano:

- l'umanizzazione della nascita, attraverso corsi pre-parto, la qualificazione del personale, la presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio ed il parto, la sperimentazione di percorsi di demedicalizzazione del parto, l'attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino, il rooming-in, l'assistenza al puerperio;

- l'avvicinamento-contatto puerpera-neonato (anche patologico) tramite il collegamento funzionale-strutturale tra area ostetrico-ginecologica e area pediatrica-neonatologica;

- la promozione dell'allattamento al seno;

- l'attivazione della rete sanitaria ospedaliera-territoriale e sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato atta a favorire le dimissioni protette e le dimissioni precoci;

- la salvaguardia della gravida e del neonato attraverso l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute e la possibilità che gravide e neonati ad alto rischio siano assistiti in strutture di livello di specializzazione adeguato;

- la riduzione dei tagli cesarei, anche mediante il potenziamento della rete di consultori e servizi territoriali pubblici, rispettosa delle preferenze individuali e della continuità di assistenza di cui necessita la donna durante la gravidanza;

- la prevenzione ed il trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino, della prematurità, delle malformazioni maggiori e delle altre patologie fetali, attraverso l'individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno - fetale e neonatale;

- la messa a regime del registro malformazioni;

- l'attivazione di strategie di intervento mirato alla prevenzione ed alla cura di fenomeni depressivi che possono insorgere nelle donne a seguito del parto.

La razionalizzazione della funzione dell'ospedale di riferimento pediatrico OIRM riducendo la attuale dispersione di energie in assistenza di livello non complesso a danno di specializzazioni necessarie e attualmente carenti per tutto il bacino regionale e la ridefinizione dell'organizzazione, verso patologie complesse, dell'ospedale Sant'Anna al quale giungono domande di prestazioni che potrebbero trovare adeguate risposte presso servizi di ASL.

La promozione della formazione degli operatori dell'area verso un modello non centrato sulla disciplina di appartenenza, ma su un modello di "funzione assistenziale" confrontato con la domanda di salute delle donne, delle famiglie, dei minori.

La promozione di progetti di sostegno alle aree depresse (es. gemellaggio con servizi assistenziali materno-infantili nei paesi in via di sviluppo).

Strategie per la tutela del diritto dei minori a crescere nella famiglia di origine e, quando non ne sussistano le condizioni, in una famiglia affidataria o adottiva

Le azioni in questo ambito debbono tendere alla predisposizione di un piano straordinario collegato al superamento del ricovero in istituto dei minori. Anche a tal fine occorre prevedere:

- il recepimento da parte degli enti gestori - con appositi atti deliberativi che indichino il quadro delle risorse professionali e finanziarie necessarie - delle competenze attribuite dalla legge regionale n. 1/2004 che afferma il diritto dei minori - specie se in condizioni di disagio - ad accedere prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogate dal sistema integrato di interventi e servizi sociali;

- l'obbligatorietà della erogazione, da parte degli enti gestori e delle aziende sanitarie, delle prestazioni essenziali di rispettiva competenza relative alle funzioni di tutela dei minori (assistenza economica, domiciliare ed educativa; servizi per l'affidamento familiare e per l'adozione; accreditamento e vigilanza sulle strutture residenziali, ed altro);

- l'obbligatorietà degli interventi diretti alla promozione e realizzazione degli affidi e al sostegno degli affidamenti "a rischio giuridico di adozione" e delle adozioni, in particolare di quelle "difficili", riguardanti minori in età scolare, portatori di handicap o malati;

- la verifica della sperimentazione sulle "famiglie professionali" ed il potenziamento degli interventi di sostegno agli affidamenti familiari da parte dei servizi socio sanitari;

- la revisione dei requisiti delle strutture;

- il monitoraggio continuativo a livello regionale, in accordo con la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, dei minori ricoverati e dei minori affidati per fornire agli enti gestori, alle aziende sanitarie ed all'autorità giudiziaria e, nel rispetto del diritto alla riservatezza, alle associazioni impegnate nel settore minorile i dati aggiornati sulle situazioni dei minori in modo da poter attivare tempestivamente progetti mirati diretti alla loro dimissione ed alla prevenzione di nuovi inserimenti in struttura;

- indicazioni agli enti gestori per progetti finalizzati all'autonomia dei minori che diventano maggiorenni e che non possono rientrare nella famiglia di origine e non sono però ancora pronti per un inserimento sociale autonomo (prevedendo la possibilità di permanenza nelle comunità oltre il diciottesimo anno di età ed istituendo convivenze "guidate" in normali appartamenti).

4.5.3.4. Salute mentale

Quadro di riferimento

Il riferimento legislativo e di indirizzo per le attività dei servizi di salute mentale è il D.P.R. 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000". All'ultimo rilevamento regionale, gli assistiti dei 25 Dipartimenti di salute mentale (DSM) della Regione, sono 44.872, pari all'1% della popolazione totale, con 15.525 nuovi pazienti ogni anno.

In tutto il territorio della Regione Piemonte sono stati istituiti 25 Dipartimenti di salute mentale. I centri di salute mentale sono 66 (2,3 ogni 150.000 abitanti), i Centri Diurni sono 49 (1,73 ogni 150.000 abitanti), i servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono 23 con disponibilità di 282 posti letto (0,66 posti letto per 10.000 abitanti), i day hospital sono 23 con 61 posti letto (0,14 posti letto per 10.000 abitanti). I posti letto nelle strutture residenziali sono 1.212 con un tasso di 2,85 posti letto per 10.000 abitanti. Ci sono inoltre 646 posti letto nelle 9 case di cura neuro-psichiatriche convenzionate.

Le risorse economiche per i dipartimenti di salute mentale sono al di sotto del 5% del bilancio delle aziende sanitarie e gli operatori impiegati sono 2.422 con un tasso di 0,85 ogni 1.500 abitanti.

Criticità

- L'assistenza psichiatrica in Piemonte è stata caratterizzata da esperienze innovative che hanno portato, a partire dalla promulgazione della legge n. 180/1978, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici e all'apertura di un'efficiente rete di servizi territoriali. Si assiste oggi ad uno stallo nella prosecuzione del percorso virtuoso intrapreso, con decadimento della qualità dell'assistenza erogata e disomogeneità delle risposte sul territorio, che ha determinato differenze e iniquità nei trattamenti.

- Scelte di politica sanitaria hanno causato disomogenea allocazione delle risorse economiche e di personale, burocratizzazione dei servizi e delega della titolarità della cura al privato.

- Nella configurazione attuale, la rete dei servizi di salute mentale risente della mancanza di investimenti e di linee di indirizzo che ne orientino l'operatività secondo priorità discusse e condivise.

- Sono ancora insufficienti le scelte e le azioni volte a superare le difficoltà di comunicazione ed integrazione funzionale sia all'interno della rete dei servizi di salute mentale che con gli altri servizi sanitari e sociali.

- Mancato ascolto e coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari, col risultato di aumentare sempre di più il divario tra desideri e necessità dei pazienti e risposte ottenute.

- Scarsa integrazione tra servizi sanitari e altri servizi, con conseguente timore di ciascuno dei soggetti di assumere la presa in carico del cittadino in assenza di un adeguato supporto degli altri attori istituzionali; ciò è tanto più grave se si considera l'origine anche sociale delle patologie emergenti sopra descritte.
- Per mancanza di risorse si assiste ad una diminuzione dell'attività territoriale, con diminuzione dell'orario di apertura dei servizi e dei day hospital, e ad un ristagno delle attività di reinserimento sociale e lavorativo.
- Manca un reale monitoraggio sull'efficacia dei farmaci che costituiscono una parte non irrilevante della spesa sanitaria in questo ambito.
- Vi è un utilizzo improprio delle case di cura, in cui talvolta i pazienti permangono per molto tempo con costi esorbitanti.
- Mancano strutture e procedure adeguate per le patologie adolescenziali non contenibili in strutture sanitarie o socio sanitarie per l'infanzia o per minori, mentre è controindicato il ricovero nei reparti psichiatrici degli ospedali; manca ad oggi un coordinamento con le NPI ed eventualmente con altri servizi per affrontare adeguatamente questi casi.
- L'allungamento della vita rende più rilevanti e numerosi i disturbi psichiatrici in persone di età superiore ai 65 anni.

Strategie generali di sviluppo

La promozione della salute mentale implica la realizzazione di una rete di servizi capaci di rispondere ai bisogni dei cittadini, garantendo l'esercizio dei diritti, fornendo opportunità e cittadinanza.

Nell'ambito dei servizi di salute mentale l'integrazione tra diversi enti e servizi, da lungo tempo auspicata e solo in parte realizzata, è universalmente ritenuta condizione necessaria alla realizzazione di progetti di prevenzione, cura e riabilitazione. I diversi enti coinvolti devono, nell'interesse comune, trovare modalità di impegno e responsabilità nel concorrere, in forza del mandato istituzionale, a dare risposte ai bisogni dei cittadini, in particolar modo a quelli più deboli e meno contrattuali, di cui fanno parte i cittadini che afferiscono ai servizi psichiatrici.

I principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale sono:

- la multi-professionalità dell'equipe che deve assicurare un'azione globale di promozione e tutela della salute mentale, nei suoi aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione,
- l'integrazione in ogni ASL dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali, finalizzata ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale a partire dai bisogni dei pazienti,
- la promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale per la costruzione di percorsi comuni di condivisione e sostegno finalizzati al reinserimento sociale,
- il rifiuto di scelte che portino all'istituzionalizzazione dei pazienti, tendendo in caso di necessità di ricovero a mantenere il paziente vicino al luogo di residenza; qualora nel percorso di cura si debba

giungere al ricovero, il medesimo deve avvenire in strutture residenziali nell'ambito dell'ASL di residenza o di quelle più vicine alla residenza del ricoverato. La verifica delle scelte residenziali avverrà con periodicità semestrale e ne sarà informata la Commissione consiliare competente,

- il rafforzamento della rete dei servizi territoriali con adeguamento delle risorse di personale, sia in senso quantitativo che qualitativo, nonché la riqualificazione ed il miglioramento delle condizioni ambientali e strutturali dei servizi,
- la formazione degli operatori finalizzata a riorientarne lo stile di lavoro secondo obiettivi e priorità quali la risposta ai bisogni dei pazienti gravi (compresi i pazienti "non collaboranti") e la risposta all'urgenza, con particolare riferimento alle azioni congiunte con i servizi sociali, i medici di medicina generale, le associazioni dei familiari e degli utenti e il volontariato,
- il miglioramento dell'efficienza della rete ospedaliera e della risposta alle necessità di ricovero sia adeguando il numero dei posti letto dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura che aumentando l'appropriatezza dei ricoveri,
- la promozione di azioni formative e organizzative volte ad evitare l'uso della contenzione fisica,
- la programmazione di posti letto da parte dei servizi di salute mentale, per la gestione delle acuzie e delle post-acuzie, alternativi al ricovero ospedaliero sia pubblico che privato,
- l'implementazione della capacità di risposta dei servizi territoriali alle forme di grave disagio psichico giovanile, a rischio di disabilità, prevedendo percorsi di cura con azioni congiunte, in particolare tra servizi di salute mentale e servizi di neuropsichiatria-infantile e di sostegno alle famiglie oltre che strategie mirate a mantenere il più possibile il legame con il contesto di provenienza,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale - ove possibile - a livello aziendale e distrettuale tra il servizio di neuropsichiatria infantile, il dipartimento di salute mentale ed il servizio socio-assistenziale per la gestione degli esiti di patologie neuro-psichiatriche dell'età evolutiva,
- indicazioni per l'integrazione ed il coordinamento funzionale, ognuno per lo specifico del proprio ruolo, ovvero per l'integrazione ed il coordinamento strutturale - ove possibile - a livello aziendale e distrettuale, tra servizio per le dipendenze, DSM e servizio socio-assistenziale per la gestione dei problemi correlati ai quadri complessi di concomitanza tra dipendenze e altri disturbi mentali,
- i DSM devono farsi carico in integrazione col servizio socio-assistenziale dei disturbi psichiatrici delle persone anziane,
- la promozione di azioni per far fronte ai disturbi psichici legati all'immigrazione, al disagio connesso alle periferie urbane, alle persone senza fissa dimora, agli ospiti dei centri di permanenza temporanea,
- la revisione della rete residenziale pubblica e privata con l'obiettivo di promuovere progetti di ricollocazione dei pazienti in "case supportate" dai servizi di salute mentale, in collaborazione con ATC e comuni,
- la valorizzazione dell'esperienza delle imprese sociali e degli inserimenti lavorativi quali strumento di promozione dei diritti e delle opportunità delle persone a rischio di esclusione,

- la messa in atto di programmi di prevenzione e promozione della salute mentale che coinvolgano la comunità locale, scuole, luoghi di lavoro e di aggregazione, in collaborazione con i servizi di educazione sanitaria e i medici di medicina generale, che contemplino azioni di contrasto contro lo stigma e l'esclusione,
- la valorizzazione e riconoscimento delle esperienze di associazionismo degli utenti quale risorsa per la programmazione e lo sviluppo dei servizi di salute mentale,
- l'istituzione della Consulta regionale per la salute mentale, con la presenza di rappresentanti di associazioni di familiari ed utenti, con la funzione di esprimere pareri in materia di salute mentale e vigilare sull'attuazione del Piano socio-sanitario,
- la promozione di azioni per garantire adeguati livelli di intervento alle persone detenute promuovendo e rafforzando gli interventi dei servizi di salute mentale nonché sviluppando rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare e favorire programmi di cura in alternativa alla detenzione in carcere o negli ospedali psichiatrici giudiziari,
- la costituzione di un osservatorio epidemiologico sulla salute mentale integrato con la rete epidemiologica regionale sia a sostegno della programmazione regionale che per la valutazione dei risultati delle sperimentazioni da mettere in atto,
- la promozione di accordi tra università e ASL per ampliarne l'esperienza di lavoro territoriale e per implementare progetti di formazione e ricerca,
- il potenziamento delle strutture di day hospital, al fine di evitare l'ingresso del paziente in un ciclo di strutture di ricovero dai costi molto alti,
- un monitoraggio clinico sull'efficacia dei farmaci,
- un ripensamento dei rapporti tra ASL, case di cura e altre soluzioni residenziali (come ad esempio le "case supportate"), per individuare, laddove la soluzione residenziale è necessaria, le strutture più adeguate e costi compatibili,
- collegamenti con i servizi che si occupano di patologie che confinano con il disagio mentale (dipendenze, disabilità, minori, anziani), con gli enti locali, con il terzo settore, con l'amministrazione della giustizia,
- in generale appare strategico investire su "infrastrutture relazionali" piuttosto che su servizi specialistici,
- la valorizzazione di esperienze di coinvolgimento delle famiglie nei progetti terapeutici e riabilitativi.

4.5.3.5. Patologie delle dipendenze

Quadro di riferimento

L'utenza dei SERT piemontesi, si mostra stabile con 18.935 soggetti in carico nel 2005 (13.108 per droghe, 4764 per alcol e 1063 per altre dipendenze); il tasso è superiore a quello medio italiano, con

2.000 nuovi utenti per anno ed un rapporto tra i sessi di 5 a 1 (maschi/femmine). Nel 2005 sono state erogate 399.992 giornate di presenza in comunità terapeutica, strutture semiresidenziali e case alloggio per malati di AIDS.

La distribuzione regionale mostra variabilità con aree, soprattutto quelle metropolitane, che presentano, in rapporto alla popolazione, oltre il doppio degli utenti rispetto alla media regionale. Il profilo delle sostanze per le quali i soggetti richiedono il trattamento sta cambiando con una diminuzione relativa del ruolo dell'eroina che rimane, comunque, il problema principale riportato dall'80% degli utenti, e con un aumento della cocaina (il più significativo), dei cannabinoidi e delle altre droghe.

Rispetto alla ripercussione delle sostanze sulla salute dei consumatori, si evidenzia da un lato il ridursi della prevalenza dell'HIV tra chi predilige la via iniettiva, d'altro lato la alta prevalenza delle epatiti B e C; secondo l'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze (OEDT) il tasso di infezione da HCV tra i consumatori di droga per via parenterale risulta essere in Italia di circa il 60% e il numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti permane a livelli storicamente alti, seppur siano apprezzabili segni di inversione di tendenza.

L'impatto sulla salute dell'abuso di alcol in Piemonte è stimabile attraverso il numero di morti direttamente correlate all'alcol: 1.503 annue nel triennio 1998-2000, pari al 3% della mortalità generale, con una distribuzione geografica che colpisce soprattutto i residenti nelle zone montane.

Negli anni più recenti un sempre maggiore allarme sociale ha caratterizzato il tema delle dipendenze patologiche da comportamenti; in primo luogo, per impatto sociale, economico e di salute, il gioco d'azzardo patologico (GAP).

Si tratta di fenomeni la cui conoscenza epidemiologica in termini sia di frequenza che caratteristiche della popolazione colpita, non è nota in Italia; negli USA la prevalenza del GAP è stimata superare l'1% della popolazione generale, in Svizzera lo 0,8%.

Per ciò che riguarda i giovani, lo studio HBSC (Health Behaviours in School-aged Children) riporta che in Piemonte, nel 2004, il 33% dei quindicenni maschi e il 28% delle femmine riferiscono di avere usato cannabis nella loro vita ed il 10% e 5% rispettivamente di averlo fatto più di 40 volte. L'8% dei maschi e il 4% delle femmine ha usato almeno una volta nella vita una sostanza tra: ecstasy, amfetamine, oppiacei, cocaina, solventi, LSD.

Il NIDA (l'Ente Federale USA per l'abuso di droghe) definisce la patologia delle dipendenze una malattia "del cervello" ("brain disease"), correlata all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali, ad un incremento patologico degli "appetiti" fisiologici (sovralimentazione, dipendenza da sesso, dipendenza affettiva) ed alle dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico, nuove tecnologie, acquisto compulsivo ed altri).

È confermata dalla comunità scientifica internazionale, inoltre, la natura olistica, sul piano biologico e fenomenologico, delle diverse manifestazioni della patologia delle dipendenze.

I fattori di svantaggio sociale preesistenti e concomitanti hanno il ruolo di determinanti nell'aumentare il rischio di malattia, di morbilità per patologie correlate, di mortalità, di perdita di competenze sociali e nel ridurre drasticamente le possibilità di remissione, favorendo la recidività e/o la cronicizzazione del sintomo; è ora quindi condivisa una visione ampia del problema, non "riduzionistica" ed orientata esclusivamente in senso biologico. Tale lettura, centrata anche sulla rilevanza della soggettività della persona che consuma sostanze, cerca di coniugare i principi etici

dell'autonomia e dell'autodeterminazione nella prospettiva dell'alleanza terapeutica con il sistema di cura.

Criticità

- La legge n. 49/2006 (che, tra l'altro, "equipara" servizi pubblici e privati facendo confusione di ruoli e competenze) è l'esempio più recente e rilevante della mancanza di condivisione in merito sia ai modelli teorici che sottostanno alla lettura delle dipendenze, sia alle metodologie di intervento ed all'importanza dei problemi, da parte dell'opinione pubblica, dei decisori e di alcuni erogatori di trattamenti.
- Persiste ancora, in parte, nell'opinione pubblica e nel mondo dei decisori politici una visione dicotomica, semplificata ed arretrata, della contrapposizione sviluppatasi in anni passati: trattamento farmacologico o invio presso comunità, SERT o privato, riduzione del danno o avvio di percorsi di cura e reinserimento sociale e così via.
- Vi è scarsa consapevolezza sul fatto che spendere nella prevenzione e nel contrasto alle dipendenze conviene, alla collettività ed alla sanità, perché contribuisce ad evitare o contenere i costi sociali ed economici che le dipendenze determinano.
- I servizi pubblici e privati sono prevalentemente orientati ad occuparsi dei problemi in proporzione all'allarme sociale suscitato piuttosto che alla loro rilevanza in termini di salute individuale e pubblica (nell'ordine: tabacco prima che sovralimentazione e alcool, prima che droghe e gioco d'azzardo patologico).
- Il ruolo centrale nell'organizzazione dell'assistenza non è unitariamente attribuito al sistema integrato di settore, nel quale servizi pubblici per la patologia delle dipendenze lavorano insieme ai servizi del privato sociale e con gli altri servizi interessati per le patologie associate e/o correlate.
- Il personale operante nei SERT e nelle realtà del privato sociale va costantemente diminuendo, con una crescente precarizzazione degli addetti. Ciò ha reso precaria l'esigibilità dei diritti ad un'assistenza omogenea ed equa in tutto la Regione.
- La concezione economicista che si è andata affermando nelle politiche sociosanitarie ha prodotto distorsioni anche nell'ambito delle dipendenze in termini sia di adeguatezza che di efficacia degli interventi.
- Per i consumatori problematici di sostanze illegali, tutta l'assistenza sanitaria e sociale è spesso delegata indistintamente ai servizi specialistici.
- I servizi pubblici e del privato no-profit peraltro sono calibrati prevalentemente sulla dipendenza da eroina e faticano a sviluppare interventi per le altre patologie da dipendenza.
- Sono in aumento i quadri complessi di polidipendenza, con consumi contemporanei o alternati di varie sostanze psicoattive assieme a comportamenti di dipendenza senza sostanze; in questi casi vi è una maggiore probabilità di evoluzione sfavorevole e di sviluppo di importanti disabilità psichiche e sociali.
- Le persone con dipendenze non da "droghe" spesso non percepiscono di avere un problema di salute, si rivolgono poco ai servizi né ne conoscono l'esistenza.

- Pur essendosi già molto ridotto, l'eccesso di mortalità acuta e di morbosità infettiva tra i tossicodipendenti è ancora molto elevato rispetto alla popolazione generale; cresce inoltre il manifestarsi di comorbidità psichiatrica e/o di compromissione psichiatrica e di altre forme di disabilità.
- Nonostante si mantenga elevata la spesa per fronteggiare le patologie alcol-correlate, la mortalità alcol-attribuibile, seppur in calo, si mantiene più elevata in Piemonte rispetto alla media nazionale.
- Non esistono forme strutturate di coordinamento fra i servizi che, a vario titolo si occupano di problematiche alcol-correlate e, quindi, neppure un sistema di valutazione della appropriatezza dei trattamenti.
- La prevenzione primaria, della quale è stata dimostrata l'efficacia solo per ben dettagliati interventi di incremento delle abilità sociali, è ancora affidata ad iniziative sporadiche, "creative", disomogeneamente distribuite sul territorio.
- Molti progetti innovativi sono stati caratterizzati da discontinuità e da una sorta di "cronicizzazione della sperimentazione" in quanto raramente sono stati incorporati nel sistema dei servizi; ciò si è verificato particolarmente nelle aree della riduzione del danno e del reinserimento socio lavorativo.
- Il sistema di sorveglianza poggia ancora principalmente su flussi costituenti il debito informativo nazionale, insufficienti all'azione di governo regionale.
- Gli interventi per i minori e le famiglie sono insufficienti; è incompleta l'integrazione tra i servizi coinvolti, anche nelle situazioni di minori figli di persone con dipendenza.
- Si risente ancora della incompleta applicazione della riforma dell'assistenza sanitaria in carcere e della mancanza di uno specifico strumento normativo regionale.
- L'assistenza alla popolazione dipendente immigrata è condizionata dalle differenti applicazioni della normativa vigente.

Strategie generali di sviluppo

Principi:

1) Nessuno dovrà essere escluso dai percorsi di trattamento in base alla propria minore o maggiore motivazione o propensione ad intraprendere percorsi di riduzione/cessazione del proprio comportamento additivo.

Nella pratica l'unico approccio legittimato è stato a lungo quello ai trattamenti "drug-free" e l'unico outcome "legittimo" l'astensione totale dal comportamento dipendente.

Da alcuni anni vi è l'evidenza scientifica che l'astensione totale è un esito perseguibile stabilmente solo in una parte di soggetti. Altri outcome (riduzione di mortalità e patologie associate, incremento delle abilità sociali, inclusione, benessere soggettivo) misurano efficacemente il miglioramento della salute.

2) L'evidenza di efficacia come criterio ordinante.

I trattamenti offerti dal sistema dei servizi dovranno poggiare sui criteri dell'evidenza scientifica di efficacia; in questa logica pubblico e privato sociale concorreranno al sistema complessivo, nella salvaguardia e valorizzazione delle differenze, non in competizione ma in integrazione.

Le linee di sviluppo individuate sono:

- Il posizionamento come elemento centrale di riferimento per la patologia delle dipendenze, del sistema ad alta integrazione tra i servizi pubblici e quelli del privato sociale per quel che concerne le aree di prevenzione primaria e secondaria, trattamento e reinserimento. Una forte programmazione regionale che coinvolga servizi pubblici e privati può contribuire a ridurre la precarietà di entrambi i versanti, completando anche il percorso culturale e istituzionale che deve portare al riconoscimento di un ruolo di primo piano di tutti i soggetti, pubblici e privati, che operano nel settore. Per migliorare l'appropriatezza dell'offerta, va garantita ai cittadini utenti la libertà di scelta tra i trattamenti a parità di efficacia, protezione dai rischi, e condizioni, dopo adeguata valutazione diagnostica multidisciplinare che il servizio pubblico deve assicurare. In questa cornice diventa indispensabile il potenziamento del servizio pubblico e assicurare, nell'appropriatezza, la pluralità e l'articolazione dei percorsi di trattamento.

- In ogni ASL le attività per la patologia delle dipendenze dovrà essere configurata in forma dipartimentale, con un saldo legame all'ambito distrettuale ove si attua l'integrazione socio-sanitaria; si dovranno integrare tutte le realtà pubbliche e private di settore del territorio di riferimento, con un comitato partecipato pubblico-privato, coinvolto nei processi decisionali, e con una forma di partecipazione dell'utenza.

- Verrà conservata l'attuale definizione delle strutture complesse SERT. Il sistema di rete dovrà inoltre garantire un'efficiente integrazione con le strutture sanitarie che si occupano di patologie correlate e confinanti con la patologia delle dipendenze.

- Considerata l'ampia diffusione dei disturbi della patologia delle dipendenze, la riorganizzazione dell'erogazione degli interventi trattamentali e di riabilitazione/reinserimento dovrà avvenire razionalmente su 2 livelli:

a) i servizi per la patologia delle dipendenze pubblici e privati, nell'ambito delle rispettive competenze, erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza ed alta complessità (sostanze illegali, gioco d'azzardo, nuovi comportamenti di dipendenza) e gli interventi complessi sui fenomeni ad alta prevalenza (alcol, tabacco);

b) tutti i servizi interessati alle problematiche delle dipendenze per le patologie associate e/o correlate (medicina di base, gastroenterologie, pneumologie e così via) erogheranno gli interventi di base sui fenomeni ad alta prevalenza (alcol e tabacco), capillarmente, secondo linee guida e nel quadro di un coordinamento tra i trattamenti.

L'orizzonte strategico è costituito dalla maggiore restituzione possibile della gestione di tali problematiche ai servizi di territorio.

* L'adeguamento dell'offerta dei trattamenti per l'alcolismo, da parte dei servizi per le dipendenze e degli altri soggetti pubblici e privati e del volontariato. Fondamentale risulterà coordinare e rendere più precoce il trattamento della dipendenza e dell'abuso di alcol, per ridurre le conseguenze sanitarie ed i costi personali, familiari e sociali.

* L'erogazione di interventi di riduzione del danno (RDD) che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie, in tutte le ASL.

* La restituzione della funzione di "laboratorio" al Fondo regionalizzato della D.P.R. n. 309/1990; dovrà consentire sperimentazioni a seguito delle quali identificare e dare stabilità a ciò che si dimostra valido e interrompere gli interventi meno efficaci.

* La promozione degli interventi basati su rapporti di mutuo-aiuto e sul coinvolgimento delle famiglie; questi interventi coinvolgono i genitori come risorsa per i propri figli e li rendono al tempo stesso risorsa per altri genitori con il medesimo problema.

* La regolamentazione attraverso protocolli operativi:

- a livello aziendale e distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze e della salute mentale;

- a livello distrettuale dei rapporti tra le organizzazioni dipartimentali nell'area della patologia delle dipendenze ed i servizi socio-assistenziali.

A livello regionale sarà:

- perseguita l'attività di sperimentazione tramite azioni straordinarie, con progetti speciali, locali e di interesse regionale, in particolare per la riduzione di rischi e dei danni,

- costituito un tavolo tecnico di coordinamento regionale, con esperti di patologia delle dipendenze del settore pubblico e del privato sociale, al fine di rendere partecipata e diffusa l'attuazione del presente Piano,

- previsto lo studio di forme di partecipazione attiva e diretta dei cittadini-utenti,

- predisposto il Piano regionale della prevenzione primaria dei comportamenti di dipendenza, per l'omogenea attuazione degli interventi dimostratisi efficaci, che si attuerà nei piani locali e un programma di formazione regionale integrato per gli operatori pubblici e privati,

- fortemente integrata e successivamente unificata l'attività dei servizi che si occupano di analisi epidemiologica (OED) e valutazione (Centro valutazione),

- promossa una serie di iniziative di comunicazione sanitaria volte alla divulgazione di informazioni corrette sul fenomeno, fondate su criteri scientifici, alla popolazione generale, ai media ed ai decisori.

4.5.3.6 La salute degli immigrati e delle immigrate

Quadro di riferimento

In Piemonte al 31 dicembre 2004 risiedevano 208.538 stranieri regolarmente presenti, provenienti da paesi extra UE (il 7,1% del totale nazionale), pari al 4,9% della popolazione piemontese, con leggera prevalenza di uomini rispetto alle donne. A questi occorre aggiungere la quota dei cittadini non regolarmente presenti, ossia coloro che non hanno più o non hanno mai avuto un permesso di

soggiorno, a diverso titolo, e che si stima siano circa il 30% rispetto ai regolarmente presenti, vale a dire circa 70.000 persone. I dati sanitari descrivono il progressivo depauperamento del cosiddetto "effetto migrante sano". Infatti nella gran parte dei casi gli immigrati sono persone che fondano il loro progetto migratorio sul proprio patrimonio di salute (l'effetto "migrante sano") e che, in seguito a condizioni di vita non ottimali (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima), malattie importate dal paese d'origine, barriere culturali e linguistiche e mancanza di supporto familiare, subiscono un progressivo declino della loro salute e ricorrono all'assistenza sanitaria. I ricoveri ospedalieri di stranieri in Piemonte sono in costante e progressivo aumento (da 14.190 del 1997 a 27.331 del 2001), pur continuando a rappresentare un'esigua percentuale del totale (circa il 4%). Nel 2003, dei circa 800.000 ricoveri in Piemonte, 32.000 riguardano i cittadini stranieri (regolari e non regolari).

Criticità

Le principali criticità sono le seguenti:

- problema del termine della validità dell'iscrizione al SSN legata alla scadenza del permesso di soggiorno che esita con la cancellazione, in molte ASL, dell'iscrizione al SSN dell'assistito;
- accade spesso che stranieri regolarmente presenti e quindi pienamente cittadini non si iscrivano al SSN, pur avendone pieno diritto. Esiste quindi un problema di informazione e di consapevolezza dei propri diritti presso le comunità degli immigrati;
- molti cittadini migranti, sia iscritti al SSN che STP (straniero temporaneamente presente) non iscrivibili, non trovano adeguata presa in carico da parte di servizi territoriali ed ospedalieri, in relazione a perduranti difficoltà a garantire accoglienza e supporto per la continuità delle cure. In particolare, vi sono problemi per la continuità delle cure riabilitative, ad esempio, fisioterapiche e logopediche;
- necessità di specializzare il percorso formativo, la qualifica e le mansioni del mediatore interculturale che opera nei Centri ISI (Centri Informazione Salute Immigrati, attivati in 11 ASL in attuazione dell'allegato B, capitolo 12 del Piano sanitario 1997-1999);
- rilevante maggiore frequenza di IVG tra le donne immigrate rispetto alle donne italiane; maggiori difficoltà incontrate da donne immigrate in gravidanza ad accedere a prestazioni preventive ed ai corsi di preparazione al parto;
- nel caso di minori stranieri "non accompagnati" in carico ai servizi sociali, vengono denunciate difficoltà ad attribuire ad ASL territorialmente competenti la copertura della quota sanitaria (nel caso di interventi a carattere continuativo comportante una presa in carico integrata: interventi di educativa territoriale, interventi di semiresidenzialità o di residenzialità a valenza sanitaria). Inoltre, non è sempre facile e tempestiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali di neuropsichiatria infantile della ASL;
- nel caso di adulti, si osservano forti difficoltà da parte dei servizi dei DSM a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che STP. L'offerta garantita spesso è il ricovero presso gli SPDC, mentre non viene garantita la possibilità di fruire di prestazioni di riabilitazione semiresidenziali o residenziali;

- disposizioni ancora vigenti limitano ai solo cittadini residenti la possibilità di fruire di alcune tipologie di prestazioni sanitarie integrative (presidi per diabetici, alimenti per celiaci e per altre patologie, materiale per medicazione, ed altri). Ciò impedisce, di fatto, la possibilità di erogare importanti prestazioni di assistenza a cittadini stranieri STP domiciliati ma non residenti. Stranieri irregolari divenuti disabili essendo STP, non possono essere riconosciuti né invalidi civili né handicappati in condizioni di gravità ai sensi delle leggi vigenti; inoltre, non vengono presi incarico dai servizi sociali e, conseguentemente, sono costretti a prolungare impropriamente la degenza presso strutture ospedaliere specializzate anche per anni, pur avendo terminato l'iter riabilitativo in degenza.

Strategie generali di sviluppo

- Facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri. È inoltre indispensabile coinvolgere le amministrazioni provinciali nel lavoro di programmazione integrata.

- Prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari.

Rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili.

- Sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento di accoglimento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico in particolare di questi pazienti.

- Formulare indicazioni alle ASL affinché si facciano carico in modo competente delle problematiche dei minori stranieri "non accompagnati" individuati nel loro territorio.

- Definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale. Individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali sia presso servizi diurni.

- È necessario, infine, affrontare il problema della tutela della salute dei cittadini stranieri nel CPT di Torino, non essendovi precise indicazioni operative, concordate tra le diverse istituzioni competenti, in merito alla sorveglianza sulle condizioni di vivibilità e sicurezza ed in merito alla necessità di garantire accettabili livelli assistenziali all'interno del centro.

4.5.3.7. Medicina Penitenziaria

Quadro di riferimento

La riforma del sistema sanitario penitenziario, dettata dal decreto legislativo n. 230/1999, ha posto le basi per una seria riflessione sul problema della salute all'interno degli istituti penitenziari, avviando un processo di riordino della medicina penitenziaria e chiamando le regioni, i comuni, le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari a concorrere responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

Il processo di riordino ha comportato il trasferimento al servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2000, delle funzioni sanitarie inerenti i settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché, in forma sperimentale, il graduale trasferimento, in alcune regioni, delle restanti funzioni sanitarie. Il decreto prevede di estendere il trasferimento, al termine della sperimentazione, all'intero territorio nazionale.

Vi è una forte differenza nel territorio regionale nei rapporti tra aziende sanitarie ed istituti di pena che vede comunque l'assistenza medica di base garantita dalle strutture interne delle carceri mentre sono state assunte in maniera disomogenea iniziative nei settori specialistici ritenuti più problematici: patologie infettive (epatiti croniche e soprattutto sindromi AIDS-correlate, tossicodipendenze, disturbi psichiatrici).

Allo stato per il settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti è stato attivato a livello regionale un tavolo tecnico, dove, attraverso un lavoro di confronto con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), si è prodotto un protocollo d'intesa, con la finalità di avviare forme concrete di collaborazione tra le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari.

Sul territorio piemontese sono presenti 14 istituti penitenziari di cui uno minorile (Ferrante Aporti), fortemente variegati per dimensioni e tipologia.

La popolazione carceraria nel territorio piemontese, secondo i dati forniti dal PRAP e aggiornati al 29 dicembre 2005, è la seguente: 4856 detenuti di cui 2592 cittadini italiani, 2265 stranieri e 198 donne.

Criticità

I principali problemi inerenti la gestione della salute, particolarmente nelle case circondariali di grandi dimensioni, derivano da elementi di criticità che possono ricondursi al sovraffollamento, a problemi infettivologici e di salute mentale, che richiederebbero interventi specialistici più sistematici e un più articolato rapporto con la rete di servizi socio sanitari territoriali e alla carenza del personale.

In Piemonte non esistono ospedali psichiatrici giudiziari ma, all'ultimo rilevamento (2003), risultano circa 50 cittadini piemontesi collocati nei diversi OPG e 150 persone sia indagate che condannate collocate in presidi sanitarie socio-assistenziali, con costi a carico del servizio sanitario regionale.

Strategie generali di sviluppo

In ossequio al principio che ai detenuti e agli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, deve essere garantito il diritto fondamentale alla tutela della salute, la Regione Piemonte persegue, nel corso del triennio del presente Piano sanitario regionale, i seguenti obiettivi:

- indicare i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse e legate alla condizione detentiva;
- intervenire, attraverso la realizzazione di progettualità specifiche, nelle aree di maggiore criticità, dove sono presenti i problemi di salute mentale e di natura infettivologica, e dove è richiesta un'azione di tutela della salute delle donne, dei minori e degli stranieri;

- sostenere le forme di collaborazioni tra aziende sanitarie locali e istituti penitenziari per la messa a punto di protocolli operativi e regolamentazione di rapporti tra aziende sanitarie e istituti penitenziari alla luce delle normative nazionali e regionali al fine di garantire eguaglianza di diritti alle cure della popolazione detenuta;
- assicurare la presenza attiva dei servizi delle aziende sanitarie locali nei settori già oggetto di trasferimento, sviluppando, particolarmente nel settore dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, le azioni e le progettualità avviate;
- promuovere corsi di formazione per la crescita professionale degli operatori sanitari che prestano attività all'interno delle carceri;
- definire le linee organizzative del sistema sanitario penitenziario, in attuazione del D.Lgs. n. 230 del 1999;
- promuovere di concerto con l'Assessorato alle politiche sociali e l'Assessorato al lavoro regionali e con gli enti locali del territorio piemontese iniziative volte al reinserimento sociale e lavorativo (con opportunità dentro e fuori gli istituti penitenziari) di detenuti con posizione giuridica compatibile;
- sviluppare le linee programmatiche in costante coordinamento con l'amministrazione penitenziaria, ipotizzando la costituzione di un tavolo regionale, al fine di favorire e migliorare le condizioni di salute della popolazione carceraria, attraverso il confronto e la concertazione tra le parti;
- sviluppare rapporti di collaborazione con la magistratura per concordare programmi di cure alternative alla detenzione in carcere o all'ospedale psichiatrico giudiziario per soggetti autori di reato portatori di disturbi mentali.