

LA PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA 2009-2011

**Il processo di partecipazione all'Atto di
Indirizzo: pareri, osservazioni, proposte.**

INDICE

| | Pg |
|--|----|
| Il Comitato di Distretto di Parma | 2 |
| Il Comitato di Distretto di Fidenza | 18 |
| Il Comitato di Distretto Sud Est | 19 |
| Il Comitato di Distretto Valli Taro | 22 |
| Le Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL | 25 |
| L'Università di Parma | 28 |
| Il Forum permanente Terzo Settore di Parma | 38 |
| I Comitati Consultivi Misti dell'AUSL | 40 |
| I Comitati Consultivi Misti dell'Azienda Ospedaliera | 42 |
| Le Organizzazioni sanitarie non mediche e il Collegio IPASVI | 45 |
| L'Ordine dei Medici | 48 |
| Il Calendario degli incontri | 54 |

Comitato di Distretto di Parma

Il Comitato di Distretto di Parma rassegna il proprio parere sull'atto di indirizzo e coordinamento, dopo aver analizzato i documenti preliminari divulgati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Ciò matura dopo che entrambi i documenti sono stati oggetto di illustrazione ai gruppi tecnici che operano a supporto dell'istruttoria per lo sviluppo della programmazione di zona e che l'Ufficio di Piano ha potuto valutare nella loro specificità.

Atto di indirizzo e coordinamento

Il Comitato di Distretto, in via preliminare ricorda che il processo di programmazione triennale più recente (triennio 2005-2007 e l'approvazione dell'attuativo 2008) ha visto realizzarsi un modello innovativo e progressivo più fortemente centrato sulla responsabilità istituzionale dei Comuni e che ha saputo integrare adeguatamente i nuovi profili programmatori socio-sanitari con la preesistente programmazione di ambito sociale.

In relazione alle diverse aree di riferimento intende contribuire, consapevole che gli ambiti sociale e sanitario si valorizzano, anche in relazione al loro allineamento e ad una lettura integrati, che devono saper individuare nuove modalità e nuovi profili di intervento.

Relativamente alle modalità attuative sottolinea lo sforzo già realizzato, ampio e consistente, di ampliare la partecipazione nella definizione degli interventi, riconoscendo il valore delle visioni e dei saperi di quanti, operatori dei servizi sanitari e sociali, di altre Istituzioni Pubbliche, tecnici del privato sociale, operatori del mondo del volontariato, vogliono contribuire alla definizione delle politiche territoriali e che hanno già saputo dare prova di competenza significativa e di capacità di riconoscere i bisogni del territorio.

Relativamente alla programmazione sanitaria ricorda che gli operatori dei Comuni non hanno ancora potuto concorrere alla sua elaborazione, se non anche come riflesso derivante dal lavoro della programmazione in campo sociale e socio-sanitario che, supportata anche dal personale delle Istituzioni Sanitarie, ha saputo vedere anche in modo integrato, concorrendo indirettamente alla definizione dell'ambito sanitario più prossimo.

Nello specifico però, pur condividendo la focalizzazione sulla centralità della persona, non può non considerare quali ulteriori elementi l'ugualmente importante centratura

sulla famiglia, soggetto fondamentale per completare il quadro di riferimento, che necessariamente deve essere sempre presente nella visione dei servizi.

Per quanto riguarda i risultati di integrazione annunciati nell'attuazione del PAL , occorre puntualizzare che non hanno saputo concretizzarsi adeguatamente nello sviluppo dei processi di integrazione socio-sanitaria, che in alcuni ambiti sono rimasti privi di un impulso, determinato ad effettivi ed importanti cambiamenti, rimanendo legato, più a parziali definizioni, mutate dalla collaborazione tra i servizi, interessati e direttamente coinvolti da problemi operativi.

Queste criticità hanno toccato dimensioni differenziate ed aspetti sicuramente importanti del lavoro, in primis le politiche verso le famiglie con minori, ma anche in altri ambiti del sostegno al disagio adulto, alle persone disabili, agli anziani.

L'ambito della nuova programmazione triennale, provinciale e distrettuale dovrà pertanto saper porre importanti correttivi a questa situazione, individuando distintamente: le strategie per il triennio, gli obiettivi prioritari in relazione alla individuazione delle criticità, i tempi ragionevolmente concreti con i quali provvedere ad avviare significativi cambiamenti, l'entità delle risorse aggiuntive, perché il respiro programmatico possa assumere lo spessore concreto attuativo.

La necessità di portare concretamente al superamento dell'attuale sistema di allocazione delle risorse, pur facendo salvo il principio della sussidiarietà tra i territori, dovrà portare ad un'azione di armonizzazione tra i servizi e ad una loro localizzazione dove è più semplice realizzarli.

La centralità della progettualità, quale criterio prioritario resta comunque un approccio importante.

Giova ricordare a questo proposito che lo sforzo definitorio realizzato nel più recente periodo, quale ambito di approfondimento a favore della stessa CTSS (per l'attuazione coordinata del FRNA), può rappresentare un'importante qualificazione, solo se accompagnato da un investimento specifico di risorse e competenze da parte di tutti i comparti interessati.

AREA DELL'ACCESSIBILITA'E SPORTELLO SOCIO SANITARIO

Relativamente all'accesso ai servizi viene rilevata la necessità di continuare nello sviluppo di uno Sportello Socio Sanitario Distrettuale, che sappia costituire un modello di facilitazione per il cittadino che accede, determinando ampiezza di informazione,

deburocratizzazione nella gestione dei percorsi, facilitazioni nell'aggancio dell'ufficio competente.

Il raccordo fondamentale con l'URP del Distretto Sanitario dovrebbe essere potenziato, con analoga apertura all'intervento di sportelli di altri Soggetti del Privato Sociale e di altre Amministrazioni interessate.

La dimensione territoriale dovrà integrare questo sviluppo portando l'articolazione di questa progettualità a favore di ogni contatto preliminare alle specifiche prese in carico.

L'AREA SANITARIA

L'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE

Occorre continuare ad operare perché i più recenti e positivi cambiamenti continuino a rappresentare un punto fondamentale per assicurare continuità delle cure.

Lo sottolinea l'importanza di modelli cooperativi più significativi tra i medici di libera scelta e i medici che operano per la continuità assistenziale.

Lo richiede la necessità che l'ambito extraospedaliero nelle sue dimensioni specifiche possa beneficiare, a partire dal sostegno al domicilio, ma anche dai servizi residenziali socio-sanitari, della possibilità di offrire completezza di supporti e prevenzione dell'ospedalizzazione impropria.

Lo richiede la necessità di individuare una sede condivisa, dove il medico di libera scelta possa valorizzare la propria funzione, assicurando il proprio intervento in un ambito integrato e multiprofessionale.

L'AMBITO DELLE DOTAZIONI DEL PERSONALE PROFESSIONALE

La consistenza dei bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria richiede dotazioni professionali e multiprofessionali adeguate.

Lo necessita l'intervento valutativo e progettuale, lo richiede l'ambito della continuità assistenziale, lo richiede altresì la ricerca di buone pratiche nella cura di problematiche complesse, dove la scelta di domiciliarietà, in continuità con l'ospedalizzazione, può aiutare scelte familiari opportune, accompagnate dai servizi, in ambito di sistemi di offerta integrati e flessibili, dove la scelta della famiglia possa essere accompagnata

anche fino ad una qualità della morte (demenze, oncologia, gravissime disabilità acquisite, condizioni terminali).

La presenza di bisogni sanitari importanti e tendenzialmente sempre crescenti nell'ambito anche dei servizi socio-sanitari residenziali, diurni e domiciliari necessita anche di poter contare sulla possibilità di orari più ampi per l'erogazione dei servizi, continuità nell'ambito dell'intera settimana, dotazioni più adeguate ed erogazione di specifiche prestazioni.

Una definizione di standard e di tipologie di servizi (ad esempio di Casa Protetta e Residenza Sanitaria Assistenziale) più orientati all'appropriatezza, tarati su condizioni storicamente meno impegnative, devono saper assicurare un migliore equilibrio nel sostegno alle condizioni più esposte dal punto di vista sanitario.

Il superamento dell'attuale sistema di valutazione della severità media della casistica (case mix) dovrebbe essere superato, attraverso progettazioni individualizzate sostenute in sinergia dai sistemi sociale e sanitario.

A questo proposito una concreta sperimentazione territoriale dovrà essere avviata nel triennio.

La stabilità delle dotazioni di personale deve poter sollevare le attuali condizioni del sistema dei servizi, dove la periodica incertezza derivante dalla limitata capacità e dalla instabilità delle dotazioni di operatori rischia di vanificare la ricerca di qualità degli interventi.

I profili del bisogno sicuramente complessi richiedono che nell'intero sistema si produca uno specifico approfondimento sui LEA assicurati, individuando misure condivise sugli specifici di riferimento (per il sanitario e per il sociale) e intese definitive, in ordine alle aree di incertezza che permanendo possono determinare una insufficiente qualificazione degli interventi e non appropriate risposte alle condizioni del bisogno.

Le Istituzioni Locali e della Salute dovranno definire intese specifiche, analizzando anche i modelli preferibili per una più ampia qualificazione.

Sono interessate da queste necessità le aree specifiche le condizioni del disagio adulto, della Famiglie con Minori e dei Disabili.

Sono coinvolte dal bisogno di assestarne le dotazioni i profili professionali dell'area medica (es. di geriatria), delle altre professioni sanitarie (es. di psicologia, di ambito infermieristico), delle professioni sociali (es. di servizio sociale professionale, di profilo educativo, di Responsabili delle Attività Assistenziali), anche considerando gli impegni Istituzionali appartenenti ad ogni comparto (sociale e/o sanitario).

AMBITI DELLE SPECIFICHE AREE DI INTERVENTO

Accompagnano queste necessità più generali aspetti specifici degli interventi afferenti alle aree di politica settoriale, che toccano oggi in modo importante la condizione dei soggetti in carico ai servizi.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E PAZIENTI GRAVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTI

La scelta di operare per un potenziamento della domiciliarietà richiede, anche coerentemente con i programmi definiti dalle più recenti normative regionali, per dare attuazione al F.R.N.A., di sviluppare i modelli integrati per una risposta sempre più adeguata.

I programmi distrettuali promossi a questo proposito, hanno già trovato modalità di specifico approfondimento da parte del Gruppo tecnico di supporto alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e le indicazioni tecniche già emanate consentono di sperimentare vere e proprie buone pratiche.

Un più forte coinvolgimento dell'attività dei medici di libera scelta, nell'ambito del sistema dei servizi territoriali, con modalità pianificabili adeguatamente, rappresenta una necessità importante.

Il completamento di sedi operative adeguatamente disponibili in ogni territorio, potrà sostenere in modo più adeguato la possibilità di qualificare le funzioni di ogni Nucleo per le Cure Primarie e la realizzazione di intese operative coordinate, senza scardinare il rapporto medico paziente.

Uno spazio adatto perché si possa effettuare la valutazione del caso e la predisposizione del piano assistenziale individualizzato in sinergia con l'equipe socio-sanitaria è importante.

Sperimentare modalità operative che prevedano un'intesa positiva a questo proposito, per la definizione dei PAI ed una operatività raccordata, non ridondante sul piano organizzativo, in cui l'infermiere funga da collegamento tra AS e MMG e momenti più collegiali solo per valutazioni importanti degli interventi, rappresenta una necessità.

Sono infatti ancora insufficienti i modelli operativi integrati ed è ancora limitata la disponibilità di risorse professionali del Servizio Sanitario per un'adeguata realizzazione di questi processi di integrazione con i servizi sociali.

La possibilità dell'intervento nelle 24 ore rappresenta uno sviluppo dell'assistenza infermieristica e delle cure socio-assistenziali che può tutelare particolari situazioni di bisogno, in un quadro programmato ed individualizzato.

PERSONE DISABILI O GRAVEMENTE DISABILI

La condizione riferita ai soggetti disabili, nel quadro programmatico triennale, può contare sulle opportunità che derivano dalla definizione del F.R.N.A. anche per questo ambito socio-sanitario.

L'attuale situazione è caratterizzata ancora da alcuni nodi critici importanti, che toccano la diversità delle condizioni esistenziali della persona con disabilità.

Lo rileva un impegno sempre più oneroso a supporto del percorso scolastico, dove il programma di integrazione ed il progetto di vita gravano sempre più sull'intervento di supporto assistenziale ed educativo a carico dei Comuni.

Lo richiede la necessità di assicurare la continuità terapeutica e di presa in carico sanitaria anche nel passaggio dalla adolescenza (e comunque al termine del percorso di scolarizzazione) alla vita adulta, non solo per i deficit motori e psichici (attualmente assicurati dal servizio di riabilitazione neuromotoria e dai Centri di salute mentale).

Tutte le persone con disabilità connesse a deficit plurimi dovrebbero trovare, attualmente, un luogo adeguato di riferimento terapeutico e di supporto alla costruzione dei progetti di vita.

Nel quadro integrato di questi riferimenti, i casi più gravi dovrebbero poter contare sulla figura del referente/responsabile del P.A.I., che dovrebbe essere sostanzialmente l'operatore dell'ambito prevalente.

In particolare deve essere affrontato il bisogno e la condizione di disabili gravi in età evolutiva che richiedono inserimenti diurni e residenziali caratterizzati per la capacità di assicurare risposte sanitarie e socio-sanitarie adeguate all'età

La individuazione di Neuro psicologi o di servizi specifici per questa area di disagio psico fisico è necessaria affinché diventino referenti delle persone con disabilità, dei loro familiari e degli operatori educativi e sociali che li hanno in carico, nonché per l'inserimento nelle Unità di Valutazione Multidimensionali (valgono anche in questo caso i riferimenti della responsabilità del P.A.I.).

Nel passaggio dalla età scolare a quella adulta, occorre incrementare le funzioni di collaborazione tra i vari soggetti (docenti, genitori, servizi sociali e sanitari) per rendere maggiormente efficace l'orientamento alle scelte della vita adulta anche al fine di una

programmazione tempestiva dei servizi e delle opportunità necessarie a qualificare il progetto di vita.

L'integrazione delle politiche per incrementare la qualità della vita e del benessere dei cittadini dovrà porre una particolare attenzione alle azioni di prevenzione della disabilità: in particolare per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali e la prevenzione degli incidenti sul lavoro.

L'ambito delle disabilità acquisite appare come una delle questioni fondamentali che preoccupano il sistema sanitario e socio-sanitario.

Lo caratterizza un incremento della domanda non manifestatosi in alcun modo nella programmazione 2007.

Lo rimarca ulteriormente la necessità di riorientare gli accessi al sistema delle cure, in relazione ai seguenti criteri:

- a) assicurare l'offerta per territorio di riferimento della domanda, evitando inutili pellegrinaggi a famiglie che già devono affrontare condizioni molto impegnative;
- b) ottimizzare la risposta attraverso la presenza di soluzioni residenziali facilitanti;
- c) cooperare tra zone distrettuali nell'utilizzo delle opportunità presenti sul territorio provinciale evitando ulteriori difficoltà ad una domanda specifica e caratterizzata.

La più ampia capacità di rassicurare la famiglia, che ha in cura il soggetto disabile, rappresenta un elemento efficace per la qualità del suo lavoro di cura e la prospettiva di un più positivo inserimento sociale per i figli portatori di questa condizione.

PERSONE ADULTE IN CONDIZIONE DI DISAGIO E SENZA FISSA DIMORA

La necessità di una programmazione più tutelante tocca da vicino le necessità ed il profilo dei bisogni dei soggetti anche più in difficoltà rispetto alla propria capacità di accedere ai servizi.

L'area del disagio adulto è al centro di questa necessità, anche nell'ambito amplificato delle condizioni di soggetti "senza fissa dimora", presenti soprattutto sul territorio cittadino, in quanto la programmazione dei servizi sociali e sanitari non può non tenere in considerazione che Parma rappresenta per molti un'attrattiva, sia per la qualità di vita, che per la quantità/qualità dei servizi erogati.

Rinforza l'attenzione a questo ambito specifico la necessità di dare completezza alla risposta post ospedaliera o extraospedaliera, ricercando la modalità con la quale avviare risposte complementari a quelle meramente notturne, per dare copertura alle

condizioni più provate per salute e richiedenti protezione specifica, perché ancora senza un'adeguata opportunità domiciliare.

Si sottolinea l'ulteriore necessità di offrire coperture sanitarie più consistenti al bisogno più marcatamente presente in questo ambito, di supporto all'operatività dei servizi sociali (lo richiede quel segmento di utenza che non vuole farsi prendere in carico dalla psichiatria, lo necessita il bisogno già riconosciuto di quei soggetti che richiedono specifiche psicoterapie con intervento psicologico).

Per le dipendenze patologiche si sottolinea la necessità di sperimentare nuovi modelli di presa in carico, orientati a nuove modalità di intervento in ambito socio-sanitario, anche in condizioni di domiciliarità supportata e verso una più precoce condizione di normalità.

Resta importante la necessità di un percorso più qualificato a favore degli adulti non autosufficienti, nelle diverse forme del sostegno domiciliare, semiresidenziale, residenziale, operando anche per qualificare le capacità di accoglienza da parte di questi servizi.

Le stesse condizioni dei soggetti non regolari interrogano i servizi pubblici, quando le norme in campo non consentono facilmente di poter assicurare una risposta integrata e socio-sanitaria.

AREA FAMIGLIE E MINORI

Per l'area minori occorre superare il ritardo ancora molto presente nel far fronte da parte del Servizio Sanitario a livelli adeguati di assunzione di responsabilità, relativamente al potenziamento dell'intervento professionale di Sua competenza (psicologico) e complessivamente sanitario.

I bisogni sanitari dell'età evolutiva, la necessità di dare attuazione alla nuova Direttiva Regionale sull'Affidamento, l'impegno per fronteggiare in modo più adeguato le condizioni familiari più provate, da mancata adeguatezza e/o da presenza anche di condizioni non accettabili per l'interesse dei minori, richiedono scelte programmatiche importanti.

Il lavoro con le famiglie, come risorsa (le famiglie affidatarie) e non solo come problema (anche le famiglie dei minori) richiede adeguati investimenti per poter mantenere impegni seri ed adeguati alla misura del Servizio Pubblico.

L'intervento sanitario a favore dei genitori, nell'ambito dei programmi assistenziali riferiti alla salute mentale, richiede attenzione anche agli interessi plurimi che sono in campo.

La responsabilità reciproca dei servizi, in questo caso, deve potersi integrare assicurando la possibilità che l'intervento professionale e/o multiprofessionale possa contare sulla capacità di oggettivarne le dimensioni, in coerenza con la necessità di compresenti interventi di protezione, per saper riequilibrare le progettualità individualizzate, oltre i temi dell'alleanza terapeutica, laddove il benessere del minore possa non coincidere con il benessere del genitore.

Per l'insieme degli interventi che caratterizzano questo ambito, emergono importanti necessità definitorie, in ordine al riferimento da assumere anche per cominciare ad associare con modalità più condivisa ed equilibrata il rispetto della disciplina legislativa dei LEA, operando per un'imputazione di oneri, nella definizione dei progetti individualizzati, più coerente con l'appartenenza dei bisogni riscontrati e/o riscontrabili, attraverso strumenti di approfondimento ed analisi condivisi.

Per un più completo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, occorre definire una strategia condivisa, che riconosca la necessità di una più ampia qualificazione degli interventi, di un più strutturato intervento organizzativo, di una più forte azione di coordinamento.

In questi quadri di riferimento è possibile sperimentare anche modelli di corresponsabilità complessiva, oltre il livello di appartenenza dei singoli operatori ed oltre le dotazioni presenti, quando residuali rispetto alle responsabilità da assicurare.

AREA GIOVANI

La condizione giovanile trova più adeguato inserimento oltre la dimensione del disagio e delle fasce deboli e in modo significativo nell'ambito delle politiche di benessere. La scelta di un modello più positivo, può diventare effettivamente importante per un'inversione di tendenza.

Relativamente al rapporto con il mondo della scuola va realizzata un'intesa organica per l'intero triennio, in collaborazione tra servizi sanitari, sociali, educativi e scolastici, che sappia costituire sinergie fondamentali per interventi che, investendo sugli anni della esperienza scolastica, possano sostenere l'intervento educativo e formativo che la stessa Scuola è chiamata ad esprimere, sostenendo anche le condizioni più fragili, attraverso le modalità di collaborazione più utili anche sulle specifiche situazioni.

In questo ambito dovrà ritrovare vigore la funzione dell'equipe per l'azione di sistema in ogni distretto, quale organismo in grado di qualificare indirizzi tecnici ed orientamenti, potendo contare su competenze interistituzionali (rappresentando i n.4 sistemi di

servizi) tecnico-professionali (la multiprofessionalità dei propri componenti) e rappresentando significativamente anche i territori (attraverso gli operatori tecnici dei Comuni).

INTERVENTI TRASVERSALI E DELL'AMBITO DI POLITICHE INTEGRATE

Le dimensioni trasversali caratterizzanti il sistema dei servizi e degli interventi dovranno trovare espressioni specifiche anche rispetto ad altre politiche di supporto al sociale ed al sanitario.

Lo rappresenta in primis il bisogno lavorativo, presente in entrambi le aree sociale e sanitaria, lo accompagna il bisogno di formazione e di sviluppo di competenza (anche se resasi nel tempo residua in presenza di persone più difficilmente collocabili), lo richiede anche il bisogno più marcatamente assistenziale, per il mantenimento delle autonomie pur limitate, tipico della condizione del disabile o delle persone provate da condizioni sanitarie e di dipendenza importanti.

Lo sforzo dei servizi di supporto ed accompagnamento dovrà rappresentare la sinergia importante tra i servizi per l'Impiego, il mondo della produzione e del lavoro, gli enti Formativi e la possibilità pur residua che i soggetti più in difficoltà possano riprendere positivamente un recupero sociale più marcato.

I programmi di inserimento lavorativo, favorendo gradualmente l'unificazione delle competenze, sia per l'ambito sociale che per quello sanitario, potrebbero opportunamente portare alla costituzione di organismi distrettuali integrati, per l'accompagnamento all'integrazione al lavoro.

La dimensione economica, nello sviluppo della programmazione triennale rappresenta un vincolo per le Istituzioni, per le Famiglie e per i Soggetti che producono.

Politiche di Welfare che intendano continuare a qualificarsi dovranno affrontare il tema di una gestione zonale, dove tra i criteri di accesso dovranno individuare livelli di compartecipazione sempre più omogenei e dove una più equa valutazione dei carichi familiari rappresenterà il punto di ulteriore equilibrio.

L'attuale sistema, ancora diversificato rispetto agli strumenti utilizzati, potrà gradualmente omogeneizzarsi attraverso l'adozione definitiva dell'ISEE, come metodo che, pur rappresentando limiti oggettivi, consente adattamenti particolari attenti ai carichi familiari e ai bisogni di cura.

Un percorso graduale potrà così definirsi adottando anche modelli di equità sociale più qualificati, attraverso l'utilizzo di strumenti che consentano di trattare nella proporzionalità delle impostazioni, ogni singola situazione su di una linea continua e non più differenziando situazioni simili attraverso sistemi meno omogenei (l'utilizzo degli scaloni).

La formazione del personale nel quadro di qualificazione triennale è giustamente indicata come azione determinante di qualificazione e qualità degli interventi.

L'attenzione agli obiettivi della programmazione, allo specifico delle categorie dei bisogni, alle scelte strategiche di coinvolgimento e sviluppo del lavoro di comunità, richiedono in modo importante un investimento specifico.

Pur riconoscendo come importante anche l'autonomia di programmazione dei due comparti è necessario che tutta l'area degli interventi integrati ed integrabili operi pianificando congiuntamente gli interventi.

L'associazione dei due ambiti, sociale e sanitario, ma anche di altri comparti a programmi specifici, deve potersi collocare puntando sulla funzione di coordinamento dell'Ufficio di Piano, quale struttura distrettuale dei Comuni e dell'AUSL, anche attraverso un più diretto coinvolgimento dei dirigenti dei servizi sanitari.

Le nuove tecnologie e l'informatica potranno permettere di affiancare all'operatività, un modello di gestione meglio supportato e anche facilitato relativamente ai processi di integrazione.

In questo caso le iniziative operanti nei due comparti potrebbero entrare in sinergia per puntare nel triennio a realizzazioni che possano supportare informaticamente l'attività assistenziali socio-sanitaria.

Occorre costituire uno spazio importante per l'innovazione nella programmazione territoriale, sviluppando politiche familiari innovative, ma anche valorizzando altre opportunità emergenti nel modello pianificatorio locale.

PROPOSTE RELATIVE AL PROFILO DI COMUNITA'

L'analisi condotta sul profilo di comunità richiede di definirne un miglioramento, che possa essere utile a qualificarne le componenti e a caratterizzare più adeguatamente le descrizioni specifiche.

AREA POLITICHE PER GLI ANZIANI

Sono state esaminate le tabelle riportate sul Profilo di Comunità dalle quali emergono dati che dovranno essere verificati al fine di essere inseriti nel documento definitivo. Tutto ciò al fine di riuscire ad ottenere un quadro reale dell'assistenza nell'area anziani. I dati corretti relativi ai "Dimessi da azienda ospedaliera e presidi Ausl > 75 anni" potranno trovare fonte di giusto riferimento attraverso la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

L'approfondimento delle tabelle inserite nel Profilo di Comunità, al fine di verificare l'attendibilità dei dati inseriti, già sviluppato con l'Osservatorio dell'Amministrazione Provinciale, ha portato alla condivisione dei seguenti possibili miglioramenti e soprattutto ad individuare le possibili proposte di modifica, che possano consentire di ottenere una "fotografia" esaustiva della situazione relativa all'area anziani mediante un attento monitoraggio dei dati e quindi di fornire suggerimenti utili in prospettiva futura.

Pag 52 – 1.1 Assistenza domiciliare

Fonte: Ausl

La tabella si riferisce all'assistenza domiciliare integrata (ADI) per l'intero anno 2007. I dati riportati sono dati di stock al 31.12.07. Con il termine pazienti ci si riferisce sia alla popolazione anziana che a quella adulta, per cui tutti i dati si riferiscono a queste tipologie di persone.

Sarebbe necessario riuscire ad ottenere il dato relativo al Distretto di Parma.

Sarebbe appropriato sostituire i dati in tabella non attendibili con la dicitura "non pervenuti".

Pag. 53 – 1.2 Area Anziani

Tabella Assistiti SAD con riconoscimento oneri (flusso 2007)

Fonte: Ausl

Al fine di una maggiore comprensione si potrebbe integrare questa tabella con il numero totale di anziani in carico al SAD (al di là di quelli rendicontati con il FRNA).

Potrebbe essere interessante reperire un dato di flusso anche per il 2006, al fine di un monitoraggio/confronto complessivo della situazione.

Tabella Utenti percettori di assegno di cura (totale negli anni 2006 e 2007)

Fonte: Ausl

La colonna relativa al contributo aggiuntivo per assistente familiare 2007 è un dato di stock al 31.12.07. Dal momento che il contributo è stato riconosciuto solamente negli ultimi tempi dell'anno 2007, è opportuno fornire le distinzioni.

Tabella Utenti coinvolti in programmi dimissioni protette (valutazioni e PAI definiti dalle UVG) Fonte: Ausl

Si può precisare più opportunamente che trattasi di dimissioni protette o difficili.

La tabella si riferisce all'anno 2007 e la fonte sembra riportare al SAA.

Il dato relativo al Distretto di Parma non sembra essere attendibile, in particolar modo se confrontato con gli altri dati distrettuali (trattasi del dato parziale riferito solo a quelli che sono stati visti dall'UVG).

Sono stati riportati dati relativi ad anziani e ad adulti, perché tutte le segnalazioni indistintamente afferiscono al SAA.

Una proposta potrebbe essere quella di inserire una ulteriore colonna nella quale riportare un dato totale di segnalazioni affiancata ad una con un dato parziale già indicato.

Sarebbe importante inserire un dato di dimissioni totali, specificando anche i tempi di attesa medi prima dell'ingresso in struttura (per il momento non ancora fattibile).

Al fine di ottenere un quadro maggiormente completo, sarebbe interessante prevedere gli sviluppi delle dimissioni difficili, effettuando un monitoraggio a posteriori delle stesse dimissioni (lo stiamo realizzando nel Distretto di Parma).

Pag. 54

Tabella Strutture convenzionate residenziali e semiresidenziali per anziani (case protette e RSA)

Fonte: Ausl

Tutti i dati si riferiscono al dato di flusso 2007, solamente l'ultima colonna non precisa il riferimento temporale.

Sarebbe utile distinguere in tabelle differenti per le strutture residenziali e semiresidenziali.

Per semplificare il controllo dei dati, sarebbe utile differenziare il 10% eventualmente utilizzato in RSA per i ricoveri temporanei.

Un'ulteriore proposta potrebbe essere quella di indicare anche lo stato delle autorizzazioni.

I dati di flusso relativi a questi servizi potrebbero essere completati riportando il numero delle giornate oppure il numero di ospiti nell'anno.

Nella colonna relativa al N° dei posti convenzionati per i servizi di Casa Protetta e RSA, si segnala che il dato corretto è pari a n.728

Pag. 55

Tabella Accoglienza temporanea di sollievo

Fonte: Ausl

Il dato si riferisce al 2007.

Il dato relativo al Distretto di Parma (2) si riferisce ai posti convenzionati definiti di sollievo e nello specifico rimanda ai posti di Colorno.

Definire se la metodologia di lavoro usata per i vari Distretti è la medesima, perché i dati relativi al Distretto Sud-Est sembrano riferirsi ad un dato complessivo di accoglienze temporanee (n. 29 anziani sulla base dei PAI).

Sarebbe interessante raccogliere un dato complessivo delle accoglienze temporanee effettuate a prescindere dagli oneri.

Oltre alla verifica, completamento e ridefinizione dei dati presenti nelle tabelle relative all'area anziani (come espresso nelle note sopraccitate), si potrebbero proporre le seguenti integrazioni:

- esprimere il dato totale riferito ad anziani non autosufficienti in carico ai servizi;
- indicare l'utilizzo di appartamenti protetti;
- indicare il dato riferito agli adulti presenti nelle strutture.

Pag. 55

2° periodo del commento: occorre chiarire se tratta di servizi residenziali.

In questo caso non bisogna dimenticare una evidenziazione di competenza geriatrica sulla "tenuta" familiare in situazione di territorio cittadino.

Pag. 57

Si segnala la necessità di evidenziare con ulteriore tabella il rapporto pluriennale tra iscritti e fabbisogno di intervento educativo a carico dei Comuni. Il dato potrebbe essere acquisito tramite l'U.S.P.

La preoccupazione è forte nei servizi comunali chiamati a fronteggiare, rispetto all'incremento delle segnalazioni un ben più consistente incremento di questo fabbisogno. Un incrocio anche con la riduzione degli insegnanti di sostegno sarebbe molto significativo.

Sarebbero di interesse i dati riferiti alle certificazioni di invalidità civile $\geq 75\%$, 100% e con indennità di accompagnamento per gli invalidi civili. Lo stesso dato potrebbe essere parametrato per fasce di età: 0-17, 18-64, ≥ 65 e ≥ 75 anni.

Ulteriore interesse sarebbe rappresentato dalla richiesta di poter disporre dei dati componenti del nucleo familiare per invalidità.

Pag. 60

Occorre completare aggiungendo il dato riferito al numero dei nuclei familiari stranieri, se disponibile.

Nel primo periodo di commento, laddove si fa riferimento all'80% dei casi seguiti anche dal sociale (PAT Fidenza) occorre ricordare quanto sia rilevante superare le attuali difficoltà di collaborazione tra Servizi Sociali e NPI dove manifestata nell'atto di indirizzo (distretto di Parma).

Pag. 61-62-64

Sarebbe opportuno evidenziare l'intervento dei servizi rispetto al bisogno di integrazione socio-sanitaria, evidenziando il rapporto tra attività e componenti professionali in opera, evidenziando per la figura dello psicologo il rapporto con operatori AUSL, per le funzioni indicate: tutela, adozione-affido, abuso-maltrattamento

Pag. 66

Relativamente ai servizi rivolti agli immigrati è necessario affiancare alla presenza degli sportelli esistenti il volume di attività informativa.

Nel commento di Pag. 68 non appaiono riferimenti ad "informastranieri" e alla sua attività.

Pag.67

Relativamente alle funzioni in campo nella tabella riferita agli "interventi rivolti agli immigrati" occorre indicare il volume di attività del Pronto Intervento Sociale nel Distretto di Parma dove opera un vero e proprio sistema integrato.

Occorre altresì verificare i dati riferiti agli altri interventi.

Si rileva la necessità di cominciare a monitorare la presenza di disabili ed anziani.

Disagio Adulto

Si rileva l'assoluta mancanza di rilevazioni rispetto ad un fenomeno sociale sicuramente importante per ampiezza della domanda e significatività dei bisogni di inclusione.

Si ricordano in proposito le diverse componenti della problematica e la necessità di costituire un monitoraggio di questo fenomeno.

Potrebbero essere inserite tabelle con attenzione:

- 1) alla tipologia dei bisogni e all'utilizzo dell'offerta
- 2) ai dati dei Comuni e della Caritas Diocesana
- 3) alla presenza di target sociali come: i nomadi, il contrasto alla prostituzione con il progetto "Oltre la Strada", gli interventi a favore della popolazione carceraria

Pag. 101

Per quanto riguarda il Profilo di comunità è emersa dalla lettura del documento la mancanza di una serie di servizi e dei relativi dati riguardanti l'Area Giovani (per es. mondo teen e programma adolescenza dell'Azienda usl ma anche i centri d'aggregazione giovanile e il progetto oratori).

Ci si domanda con quale criterio i centri d'aggregazione il progetto oratori e gli spazi giovani siano stati inseriti solo nell'ambito culturale e ricreativo e come mai in tale ambito manchino 2 tra i luoghi fondamentali dove si produce cultura: le biblioteche e i teatri.

Ultima considerazione legata al commento a pag. 101 sarebbe importante sapere oltre al numero di CAG presenti nei distretti le attività che fanno, i giorni e gli orari d'apertura e gli spazi a disposizione (si evidenzia che c'è molta differenza tra un CAG aperto 5 giorni la settimana a fronte di CAG che prevedono l'apertura 1 volta alla settimana)

Comitato di Distretto di Fidenza

Il Comitato di Distretto di Fidenza riunitosi nella Sala Consiliare del Comune di Fidenza in data 22 ottobre 2008, facendo seguito

- all'incontro del 10 settembre u.s. di presentazione dell'Atto di Indirizzo e di Coordinamento e del Profilo di Comunità
- alla successiva valutazione, approfondimento e discussione emersa

presenta le seguenti osservazioni:

1. SPORTELLI SOCIALI: Si ritiene opportuno inserire indicazioni in merito agli sportelli sociali, previsti nella Parte Seconda, capitolo 2° "Accesso al sistema" del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010;
2. ASP: considerato lo sforzo profuso per la costituzione di una sola ASP distrettuale, si ritiene che nella programmazione triennale provinciale andrebbero recuperati almeno i criteri generali per la produzione dei servizi rinviando solamente ad un accenno il tema dell'accreditamento;
3. CREAZIONE DEL FONDO SOCIALE LOCALE (O DISTRETTUALE) E RUOLO DEL COMUNE CAPOFILO: non vengono delineati nel documento illustrato (capitolo dedicato al finanziamento del sistema);
4. POLITICHE PER LE GIOVANI GENERAZIONI: si suggerisce di prevedere almeno un richiamo alle norma in materia di politiche per le giovani generazioni, che disciplina le disposizioni generali e gli obiettivi previsti per il sistema dei servizi e le opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, i giovani, caratterizzandosi proprio per la sua intersettorialità.

Per quanto riguarda gli aspetti più prettamente sanitari si ritiene debbano essere approfonditi ed esplicitati anche i temi inerenti:

1. lo sviluppo strutturale degli ospedali con particolare riguardo alla struttura di Vaio che avendo attivato tutte le funzioni presenta evidenti limiti strutturali, soprattutto in Pronto Soccorso, oltre alla necessità di ricollocare Simap e Ser.T.;
2. definizione esplicita degli ambiti Hub e spoke con chiara definizione per la Pediatria di Vaio;
3. esplicitazione sulle prospettive di funzionamento delle associazioni mediche nei Comuni più periferici.

Comitato di Distretto di Sud Est

Il Comitato di Distretto Sud-Est in occasione della presentazione in data 23 settembre 2008 dei documenti di cui in oggetto presenta le proprie osservazioni.

Area Sanitaria

1. *emergenza-urgenza e 118*: risulta carente soprattutto nei Comuni dell'Alta Valle sia per problemi connessi ai collegamenti stradali (tempi di percorrenza, manutenzione delle strade, ecc.), sia per problematiche inerenti alla presenza di volontariato in grado di gestire in modo continuativo questi servizi di primaria importanza per i cittadini;
2. *nuclei primari*: risulta necessario arrivare alla completa attività;
3. *medicina di gruppo*: completamento a livello distrettuale, laddove ancora non è presente, nell'ottica di agevolare sempre di più il rapporto tra cittadino e MMG;
4. *miglioramento dell'accesso ai servizi* attraverso l'adozione di sistemi organizzativi in grado di ridurre/contenere i tempi di attesa da parte del cittadino verso i servizi sanitari nella più ampia accezione;
5. gestione delle principali criticità per le aree con maggiore *tempo di attesa* anche in interazione con l'attività poliambulatoriale dell'azienda ospedaliera;
6. *continuità assistenziale tra ospedale e territorio* attraverso l'individuazione/applicazione di percorsi strutturati che coinvolgano le diverse figure professionali presenti in ambito territoriale (non ultimi i medici di medicina generale) nell'ottica di supportare le famiglie in momenti di grande difficoltà;
7. *definizione di accordi di fornitura* con la Casa di Cura "Val Parma" per l'attività di radiodiagnostica per immagini anche ad alta specificità, sia per l'autosufficienza distrettuale, che come potenziamento di offerta a livello provinciale;
8. *percorso di accreditamento* della radiodiagnostica della casa di cura "Val Parma" di Langhirano (ex L. R. 34/1998 e s.m.i.), per il nuovo percorso per il Ser.T. e per tutti i servizi sanitari.

Area Socio sanitaria

1. *sportelli sociali integrati per l'accesso alla rete dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari*: l'attivazione degli sportelli deve contemplare: (a) il supporto della Regione nel percorso di avvio attraverso l'organizzazione di formazione del personale

dedicato affinché possa condividere metodologie di lavoro e linguaggi comuni; (b) lo sviluppo informatico che risulta essenziale e che coinvolge tutti gli Enti interessati;

2. *fondo regionale non autosufficienza:*

a. definizione di percorsi chiari e condivisi a livello provinciale in merito all'applicazione del FRNA non solo per l'area anziani e disabili adulti, ma prossimamente anche per l'area dei disabili minori e della psichiatria;

b. occorre dare sistematicità all'esperienza sull'anticipazione della fragilità dell'anziano strutturando in maniera definitiva il percorso-ricerca-azione svolto fino ad oggi;

3. *accreditamento strutture socio-assistenziali e assistenziali:* trattandosi di un percorso nuovo che coinvolge diversi attori (Uffici di Piano, Comuni, Commissione provinciale 564/2000, ASP, cooperative sociali, ecc.) è necessario predisporre momenti di formazione congiunta per poter costruire un percorso sia comunicativo che operativo condiviso da tutti;

4. *disabili:* potenziamento dell'offerta dei servizi con particolare riferimento alla residenzialità a media intensità assistenziale, con l'identificazione di modelli residenziali simili ad appartamenti protetti;

5. *Fattoria di Vigheffio:* ridefinizione del progetto di ristrutturazione dell'immobile; avvio degli appartamenti protetti; sviluppo e definizione degli accordi con le associazioni di volontariato.

Area Sociale

1. *Uffici di Piano:* considerato il coinvolgimento degli stessi in qualunque percorso previsto/proposto dalla Regione, è necessario un rafforzamento della struttura;

2. *mutamenti sociali:* è necessaria una particolare attenzione ai cambiamenti presenti a livello sociale perché a partire da questi è inevitabile programmare o ri-programmare i diversi servizi e, conseguentemente, gli interventi. A titolo esemplificativo e non esaustivo: le *nuove povertà* che si presentano trasversalmente in tutte le fasce di età, la *prevenzione del disagio giovanile* mediante l'attuazione di interventi in cui anche la scuola, oltre ai servizi sociali, possa diventare partner concreto;

3. *politiche tariffarie:* attivazione di modalità di lavoro a livello distrettuale che dovrebbe tendere al raggiungimento di politiche tariffarie proporzionali alle condizioni socio-economiche dei cittadini (ad esempio attraverso l'applicazione dell'I.S.E.E. possibilmente con modello lineare);

4. *promozione della qualità della vita e del ben-essere* attraverso la programmazione di interventi che non puntino solo sul disagio ma che facciano dell'agio il punto di partenza.

Area trasversale

Una criticità trasversale a tutte le aree è caratterizzata a livello distrettuale dal problema della mobilità intradistrettuale che interessa sia i cittadini che gli operatori dei servizi, vale a dire:

1. i cittadini dei Comuni dell'Alta Valle possono usufruire per gli spostamenti da Comune a Comune ed anche nell'ambito del proprio Comune di mezzi pubblici ad orari molto rigidi e con numero di corse complessivamente limitate soprattutto durante il periodo estivo. La conseguenza di tale situazione è l'impedimento o la limitazione da parte dei cittadini del distretto di poter accedere ai servizi sanitari e socio-assistenziali che a livello distrettuale sono principalmente concentrati nei Comuni di Langhirano, di Collecchio e Traversetolo. Questa situazione riduce l'autonomia soprattutto delle fasce di popolazione più deboli (anziani, diversamente abili, stranieri non automuniti, ecc.) che sempre più spesso chiedono l'intervento del Comune o di altri soggetti pubblici presenti in ambito distrettuale per attivare servizi di trasporto (ad esempio taxi sociale individuale o servizi di trasporto collettivo). Tale problematica si scontra con l'obiettivo principale di garantire a tutti i cittadini la reale fruizione ed accessibilità da parte dei cittadini ai servizi;
2. per gli operatori dei servizi pubblici e/o del volontariato (ad esempio Croce Rossa, Pubblica Assistenza, ecc.) le distanze tra una zona e l'altra, soprattutto tra i Comuni dell'Alta Valle, determinano tempi di percorrenza dilatati con difficoltà ad intervenire tempestivamente in particolare durante il periodo invernale quando le condizioni atmosferiche non facilitano gli spostamenti.

Comitato di Distretto di Valli Taro e Ceno

Facendo seguito:

- All'incontro del 8 ottobre u.s. di presentazione dell'Atto di indirizzo e di Coordinamento e del Profilo di Comunità;
- Alle successive valutazioni, approfondimenti e discussioni emerse

Si presentano le seguenti osservazioni :

PARTE RIGUARDANTE IL SOCIALE

- **Mobilità:** reti di collegamento stradale e di servizio (minibus, ecc) da migliorare e sviluppare soprattutto per le zone più disagiate e lontane dai centri erogatori dei servizi primari (scuole, sociale, sanità, ecc)
- **Scuole:** il mantenimento dell'apertura dei piccoli plessi scolastici è essenziale per la tenuta sociale dei nostri territori
- Necessità di interventi strutturali in borghi ormai abbandonati, favorendo lo sviluppo di attività a sostegno ed integrazione degli anziani con inserimenti di giovani per sviluppare nuove attività e contemporaneamente assistere gli anziani presenti (es. Tiedoli.)
- **Tecnologia ed innovazione:** sviluppare ed incrementare gli aspetti di tele-assistenza e domotica
- **Disabili:** si evidenzia ormai la necessità di dare avvio al servizio per disabili adulti
- **Borse lavoro e progetti di inserimento:** sviluppare un coordinamento per lo sviluppo di realizzazioni concrete e permanenti nel tempo di persone disabili o con disagio sociale, attivando progetti che prevedano il ruolo delle cooperative Sociali di tipo B a favore degli inserimenti lavorativi di persone svantaggiate e disabili
- **Infanzia ed adolescenti:** consolidare, promuovere e rinforzare politiche di intervento è per giovani ed adolescenti
- **Stranieri:** Interventi a favore dell'inserimento dei minori stranieri nelle nostre comunità con particolare attenzione alle donne
- **Riequilibrio territoriale:** occorre mantenere nel tempo, rispetto a quanto già fatto per il FRNA, la necessità di mantenere un riequilibrio di distribuzione delle risorse che tenga conto degli indicatori di disagio, di dispersione della popolazione, di incremento della popolazione anziana

- **ASP:** necessità di una linea di coordinamento con criteri generali per la produzione dei servizi
- **Sportelli sociali:** strutturazione di un servizio informatizzato in rete per il collegamento dei punti di servizio dispersi sul territorio ed organizzazione di una formazione del personale per la definizione di linguaggi e metodologie di lavoro comuni socioassistenziali e sociosanitari in collegamento alla rete dell'accesso sanitario
- **Ufficio di Piano:** dato che il coinvolgimento dell'Ufficio in qualunque percorso è previsto dalla regione occorre un rafforzamento della struttura
- **Famiglia:** interventi a favore della famiglia (sia in termini di servizi per il sostegno alle funzioni genitoriali che in termini di risorse economiche per i nuclei in difficoltà

PARTE RIGUARDANTE IL SANITARIO:

- **Ospedale di Borgo Val di Taro:** evidenziare e rimarcare il ruolo importante dell'Ospedale di Borgotaro all'interno della rete ospedaliera provinciale, con definizione formale degli ambiti di Hub e Spoke in particolare per quanto riguarda la rete dell'emergenza/urgenza.
- **Integrazione Ospedale-Territorio:** evidenziare la forte integrazione fra l'Ospedale e il territorio che si concretizza con la presenza dei medici ospedalieri all'interno dei poliambulatori distrettuali garantendo in questo modo una continuità assistenziale per i pazienti.
- **Sviluppare ulteriormente:** il ruolo del nuovo poliambulatorio di Fornovo con nuove attività (endoscopia, ambulatorio chirurgico, ecc) gestite direttamente da medici del l'ospedale di Borgotaro. Dare avvio al Polo Odontoiatrico di Medesano, struttura sanitaria con valenza provinciale.
- **Emergenza/urgenza territoriale:** dare avvio al progetto "Borgotaro 30", già presentato al Comitato di Distretto, Ass. di Volontariato, Organizzazioni Sindacali, Operatori sanitari, che garantirà la presenza di un servizio di emergenza/urgenza h 24 per i Comuni dell'Alta Valtaro. Una volta avviato si completerà la rete territoriale essendo già partita l'assistenza h24, attraverso una convenzione con la Croce Verde di Fornovo Taro, per i restanti Comuni del distretto. Rimane da sviluppare ulteriormente, mediante accordi con i medici di medicina generale, l'emergenza/urgenza nel territorio della Valceno.

- **Cure Primarie:** il calo demografico, in alcune zone del distretto, pone come noto vari problemi fra cui anche quello di mantenere la presenza dei medici di famiglia in zone fra l'altro caratterizzate da una prevalente popolazione anziana. E' necessario sviluppare, anche con forme innovative, ulteriormente l'associazionismo medico per favorire il governo clinico di questi territori.
- **Grandi Opere:** l'avvio del cantiere per il raddoppio della linea Ferroviaria "Pontremolese" e i lavori di ammodernamento dell'autostrada A15, opere che vengono realizzate nel nostro territorio, pongono al centro dell'attenzione la sicurezza di questi cantieri, che dovrà esplicitarsi attraverso un'azione congiunta a livello provinciale, essendo queste opere di rilevanza sovra distrettuale e quindi di difficile gestione da parte del SPSAL distrettuale
- **Giovani e consumi di sostanze:** evidenziandosi sempre con maggiore frequenza l'abitudine al fumo, in aumento nella popolazione femminile, l'uso di droghe, alcolici e spesso lo stretto collegamento con incidenti e traumatismi vari (1^ causa di morte fra i 14 ed i 24 anni d'età), si evidenzia la necessità di un'aggressiva campagna informativa a livello provinciale con la collaborazione dei vari enti e soggetti tenuti alla prevenzione

Le Organizzazioni Sindacali CGIL, CISL, UIL

Le Organizzazioni Sindacali Confederali CGIL, CISL e UIL, dopo aver esaminato il documento di programmazione della CTSS, Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale, e dopo aver condiviso gli obiettivi e gli indirizzi strategici generali nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria, ritengono necessario portare all'attenzione dell'Ufficio di Presidenza e all'esecutivo dei sindaci le seguenti osservazioni e proposte, affinché vengano accolte e condivise all'interno del documento definitivo.

Osservazione di metodo

La metodologia programmatica indicata nel documento cita il confronto con le OO.SS. Manca però un riferimento preciso al protocollo di relazioni sindacali sottoscritto nel marzo 2007 con la stessa CTSS rispetto al sistema sociosanitario provinciale. Protocollo che dovrebbe essere non solo valorizzato e aggiornato all'interno dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento, ma anche declinato a livello dei singoli Distretti, dai Comitati di Distretto, per un percorso concertativo sugli obiettivi specifici dei Piani per la Salute e il Benessere Sociale.

Osservazioni e proposte

Profilo di comunità: per quanto riguarda la parte che costituisce il Profilo di comunità, fotografia rispetto alla quale sviluppare gli indirizzi strategici generali dell'Atto, nonché i programmi del PAL e gli obiettivi distrettuali dei Piani per la Salute e il Benessere, si comprendono le difficoltà della prima esperienza che producono un'elaborazione di dati e indicatori che non sempre portano ad individuare le criticità del sistema di welfare. In particolare dovranno essere approfonditi e quindi articolati ulteriormente i dati che fanno riferimento agli ambiti sociale e sanitario.

Positiva risulta invece la parte riguardante l'analisi della comunità in cui viviamo e la parte dedicata alla prevenzione e agli stili di vita.

Nell'evoluzione del Profilo di comunità risulterà strategico approfondire l'ultima parte, fattori di impatto sulla salute e il benessere, secondo l'ottica dell'integrazione tra politiche, non solo sociali e sanitarie, e le loro conseguenti ricadute sul benessere della comunità.

Criticità e indirizzi strategici: si condividono le criticità individuate e gli indirizzi strategici per la programmazione, in particolare si sottolineano le seguenti priorità:

1. Il **continuo miglioramento** dei servizi esistenti, sia per quanto riguarda l'ambito sanitario e sia per quanto riguarda l'ambito socioassistenziale, con un'attenzione **all'integrazione sociosanitaria in tutte le sue dimensioni, istituzionale-programmatoria-professionale-strumentale.**

In quest'ottica si propone di definire un obiettivo trasversale ai programmi del PAL sul monitoraggio e sul miglioramento continuo dell'integrazione sociosanitaria da inserire all'interno del tavolo interistituzionale a supporto della CTSS e da sviluppare raccordando le esperienze ed omogeneizzando le buone prassi distrettuali.

2. Porre attenzione alle nuove problematiche con risposte adeguate soprattutto rispetto ai temi delle:

- **ambito della continuità assistenziale ospedale-territorio**, migliorando l'efficacia e l'efficienza dei protocolli distrettuali, favorendo l'apporto dei MMG e supportando maggiormente le famiglie;
- **lungodegenza**, necessario concentrare l'attenzione su questo particolare ambito della degenza ospedaliera evitando situazioni di sofferenza nel raggiungimento o nel consolidamento del parametro dei posti letto, superando possibili criticità nella rete della continuità assistenziale;
- **miglioramento dell'accesso e dell'accoglienza ospedaliera**, individuando modalità di orientamento e di accesso più adeguate agli utenti deboli e percorsi sanitari integrati
- **rapporto pubblico/privato**, sviluppando investimenti tecnologici sanitari, in particolare diagnostici, privilegiando e valorizzando l'ambito pubblico rispetto al privato convenzionato;
- **nuove povertà**, con percorsi di integrazione sociosanitaria e risposte articolate che sappiano cogliere le differenti dinamiche dell'impoverimento e dell'esclusione sociale che investono le famiglie, gli immigrati, gli anziani, i nuclei monogenitoriali;
- **ambito della domiciliarità**, riconfermando e qualificando interventi a partire dall'assistenza domiciliare integrata, servizi di supporto alla famiglia che cura, attenzione ai casi più complessi e azioni di prevenzione delle fragilità a 360°;

- **prevenzione e disagio giovanile**, concentrando gli sforzi per una prevenzione delle dipendenze integrata con l'ambito scolastico, ma anche con l'ambito lavorativo, attivando un reale coinvolgimento e partecipazione della comunità giovanile;
 - **politiche tariffarie e sistema socioassistenziale**, attraverso un riferimento a modalità di lavoro condivise per l'applicazione dell'ISEE nell'ottica di una maggiore omogeneità distrettuale e sperimentando tariffe dei servizi sempre più proporzionali alle reali condizioni socioeconomiche familiari (ISEE lineare);
3. L'importanza degli **Uffici di Piano distrettuali** a supporto della governance e della programmazione del sistema di welfare di comunità, ma anche per quanto riguarda la regolazione della rete dei servizi, rafforzandone l'organizzazione e migliorando la collaborazione e l'integrazione tra gli Enti.
 4. La fondamentale continuità del progetto relativo agli **Sportelli Sociali**, nell'ottica dell'accesso alla rete dei servizi socioassistenziali e sociosanitari sempre più integrato ed omogeneo sul territorio e in collegamento diretto alla rete dell'accesso al sistema sanitario.
 5. La necessità di sviluppare ulteriormente, anche nell'ottica dell'innovazione, la parte dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento riguardante **l'integrazione tra politiche e l'impatto sulla salute e il benessere**, attraverso la costituzione di tavoli interassessorili, provinciali e distrettuali, e attraverso l'utilizzo di strumenti programmatori per l'integrazione già presenti in ambito regionale, quali il PAR per la popolazione anziana, adattando la metodologia ad altre categorie sociali, come la famiglia.

L'Università di Parma

L'Università degli Studi di Parma ritiene di poter fornire un contributo del tutto significativo non solo nell'ambito della funzione produttiva che la partecipazione comporta per la lettura dei bisogni e della criticità ma anche nelle altre fasi, politica, tecnica e sociale, della programmazione territoriale 2009-2011 per la salute ed il benessere della comunità.

L'Università degli Studi, dopo attenta consultazione della documentazione a suo tempo trasmessa dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e presa visione del documento: Il Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna- 1° Piano Sociale, condivide i contenuti della documentazione inviata. In particolare, per quanto riguarda la predisposizione della programmazione Socio-Sanitaria 2009-2011 l'Università degli Studi considera positivamente le direttrici verso le quali si devono ispirare le scelte tra le diverse possibili priorità strategiche: i bisogni di salute e le criticità del sistema. Si condivide altresì che la futura programmazione debba fare riferimento, come scelte strategiche, all'equa ripartizione delle opportunità di cura disponibili (equità), attraverso la garanzia dell'accessibilità e della continuità assistenziale, ed alla qualità delle cure, attraverso lo sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale e la disponibilità di strutture tecnologiche d'avanguardia.

Nell'ambito delle diverse tipologie di programmi che potrebbero costituire lo schema di riferimento per la predisposizione del Piano Attuativo Locale 2009-2011, l'Università degli Studi dichiara di essere interessata direttamente, e quindi propone di esserne coinvolta, ai seguenti programmi:

a) Programmi di completamento ed innovativi:

3. governo tempi di attesa della specialistica ambulatoriale;
4. favorire uniformità e completezza della presa in carico del bisogno di salute nell'area della Salute mentale e delle Dipendenze;
6. diagnosi precoce delle malattie tumorali;
7. presa in carico del paziente oncologico;
9. miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi delle reti cliniche ospedaliere e dell'ospedale-territorio;
11. Programma riabilitazione e lungodegenze;
12. Percorso nascita;
14. presa in carico di pazienti cronici e/o ad elevata necessità assistenziale.

b) Programmi speciali

15. l'accessibilità ai servizi;
16. la continuità assistenziale;
17. lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale;
18. lo sviluppo tecnologico.

Relativamente ai programmi sopra citati si ritiene utile, anche se in via del tutto provvisoria e non esaustiva, fornire già in questa fase alcuni elementi e spunti di riflessione.

3. Governo tempi di attesa della Specialistica ambulatoriale:

Per un governo più efficace sui tempi di attesa nell'ambito della specialistica ambulatoriale potrebbe risultare utile l'analisi preliminare di alcuni parametri:

- 1) la probabile inappropriatezza di certe richieste ed in quale percentuale (ad esempio l'esame ecodoppler per varici degli arti inferiori); di conseguenza studiare i rimedi, relazionandosi con la medicina di base;
- 2) aree di crisi e compensazioni trasversali, individuando tutti gli specialisti sul campo, talora appartenenti a sezioni e dipartimenti diversi (con eccessiva parcellizzazione), ma spesso assimilabili tra loro per quanto concerne il target finale.

4. Favorire uniformità e completezza della presa in carico del bisogno di salute nell'area della Salute mentale delle Dipendenze:

Nell'ambito del recente riordino della rete assistenziale sanitaria della provincia di Parma, è prevista la integrazione della U.O. di Psichiatria della Azienda Ospedaliero Universitaria con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) dell'Azienda U.S.L. di Parma; ciò si realizza attraverso la stipula di un Accordo Attuativo Locale tra l'Università degli studi di Parma e L' AUSL di Parma che dovrà individuare i principi di funzionamento del DAI-SMDP quale Dipartimento ad attività integrata, le UU.OO coinvolte, l'afferenza al DAI-SMDP del personale universitario e gli impegni finanziari conseguenti.

L'inserimento dell'U.O. complessa di psichiatria a direzione universitaria nel costituendo D.A.I. - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - permetterà, ferma restando l'integrazione funzionale fra attività assistenziale e di didattica e di ricerca, di:

1. completare l'assetto delle unità operative psichiatriche di Parma costituendo un sistema di servizi caratterizzato dalla continuità tra le funzioni didattiche, di ricerca ed assistenziali, tramite un alto livello di integrazione tra le molteplici articolazioni della rete dei Servizi;
2. ampliare l'offerta didattica tramite la disponibilità della completa gamma dei servizi psichiatrici, (ospedalieri, residenziali, semiresidenziali e territoriali, con particolare riferimento all'area di Parma Nord – territorio di Colorno, Sorbolo, Mezzani, Torrile) al fine di garantire una formazione corrispondente alle attuali esigenze formative nell'ambito della salute mentale e della assistenza psichiatrica;
3. privilegiare la personalizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici attraverso la continuità degli interventi e la diversificazione delle offerte assistenziali, tra i quali quelli tra territorio ed ospedale per l'assistenza ad adolescenti con disturbi psichiatrici;
4. potenziare gli interventi di prevenzione, diagnosi precoce e trattamento dei disturbi psichici, dall'età infantile all'età geriatrica, sviluppando una cultura di collegamento fra servizi specialistici, servizi di medicina generale e istituzioni a carattere sociale;
5. promuovere e sviluppare programmi di ricerca alla luce delle più recenti acquisizioni della letteratura scientifica, favorendo il collegamento tra la didattica e l'assistenza.

Si prevede pertanto, la costituzione di un dipartimento ad attività integrata denominato Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, che comprende l'U.O. di Psichiatria a direzione universitaria; questa si configura come U.O. complessa così costituita:

- 16-17 letti di area ospedaliera (SPDC o SPOI) nella nuova sede del Padiglione "Braga";
- Servizio territoriale nel territorio "Parma Nord" comprendente quattro comuni (Colorno, Sorbolo, Torrile, Mezzani) e le strutture psichiatriche in esso ricomprese;

- Attività ambulatoriale (primi accessi e visite di controllo) presso gli ambulatori della Unità operativa;
- Attività di day-hospital;
- Attività di consultazione e collegamento presso le U.O. dell'Azienda Ospedaliero-universitaria.

6. Diagnosi precoce delle malattie tumorali:

1. Con riferimento ai programmi di *screening* già esistenti sono individuabili aree di estensione degli stessi sulla base di alcuni criteri ben definiti (vedi familiarità) ed altri in fase di studio (abitudini alimentari, occupazioni professionali, stili di vita, ed etc. etc.), ampiamente motivati su dati epidemiologici già esistenti nella regione Emilia-Romagna oltre che su filoni di ricerca in fase di progressione avanzata.
2. Nell'ambito di alcune affezioni, in particolar modo endocrinologiche e gastroenterologiche, è ipotizzabile la stesura sulla base delle conoscenze attuali di nuovi ed innovativi percorsi diagnostici rivolti a gruppi selezionati di pazienti. I fondamenti culturali tra i vari specialisti costituiscono un'interfaccia obbligata. Ne deriverebbe anche una cultura di collegamento più organizzato ed efficace con ricadute positive su didattica e ricerca.

7. Presa in carico del paziente oncologico:

La presa in carico del paziente oncologico rappresenta un punto del Programma che l'Università condivide pienamente come obiettivo da perseguire anche ai fini della formazione degli Studenti e degli Specializzandi. Esso prevede, infatti, un approccio clinico globale con il coinvolgimento di competenze multidisciplinari, la maggior parte delle quali sono presenti nella Facoltà di Medicina e Chirurgia e nelle Unità Operative Complesse a direzione universitaria, rappresentando un ottimo modello di formazione e di qualificazione della preparazione dei nuovi operatori sanitari. Esso coincide col concetto di "simultaneous care" del paziente oncologico che oggi si va affermando e che deve portare a pianificare il percorso di cura prevedendo il coinvolgimento di varie tipologie di operatori sanitari in grado di prendersi cura di questi Pazienti.

9. Miglioramento della qualità dei percorsi organizzativi delle reti cliniche ospedaliere e dell'Ospedale-territorio:

Nell'ambito dell'Ospedale esiste già una buona integrazione tra i diversi punti della rete ospedaliera: unità operative di medicina generale e specialistica, unità operative di chirurgia generale e specialistica e unità operative dei servizi. Un processo di ulteriore miglioramento può essere messo in atto attraverso:

- a) un potenziamento qualitativo e quantitativo dei percorsi diagnostico-terapeutici per patologie acute;
- b) una maggiore comunicazione e collaborazione tra centri clinici e centri diagnostici volto anche ad un utilizzo più razionale delle risorse, degli esami di laboratorio e degli esami strumentali;
- c) una maggiore integrazione tra fase chirurgica e post-chirurgica con percorsi più organizzati e specifici soprattutto per pazienti anziani e polipatologici non dimissibili in tempi brevi (ad esempio pazienti ortopedici);
- d) un deciso potenziamento delle attività intraospedaliere di day-service e soprattutto di day-hospital per ridurre i ricoveri ordinari ed abbattere le giornate di ricovero non necessarie.

Molto resta da fare nei percorsi organizzativi ospedale-territorio e territorio-ospedale. In questo ambito le maggiori criticità riguardano:

- a) la "viscosità" nelle dimissioni protette/difficili;
- b) l'eccesso di ricoveri ordinari impropri;
- c) la non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi diagnostici di alto costo;
- d) la scarsa comunicazione/conoscenza tra centri clinici e servizi territoriali;
- e) la carenza di strutture di accoglienza post-ospedaliera (RSA e case protette) nel distretto di Parma città;
- f) il rapporto non ottimale tra medici di medicina generale, specialisti territoriali e medici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

11. Programma riabilitazione e Lungodegenze:

Nella provincia di Parma molto è stato fatto nel settore della riabilitazione e della lungodegenza nell'ultimo decennio. Oggi questi due settori sono strategici, per qualità e quantità dei servizi erogati, sia per l'ospedale che per il territorio. Nell'ambito della riabilitazione si propongono all'attenzione della programmazione triennale 2009-2011 i seguenti temi:

- a) un ulteriore progresso/potenziamento dei percorsi intraospedalieri per il recupero funzionale dei diversi pazienti candidati (ictus, grandi traumi, anziani con fratture, paralisi cerebrali infantili, cerebropatie neonatali, etc.);
- b) una maggiore integrazione tra strutture riabilitative ospedaliere ed extraospedaliere, pubbliche e private, soprattutto nell'ambito della riabilitazione cardiovascolare e neuro-motoria;
- c) l'organizzazione di centri valutativi diagnostici volti anche alla prevenzione della disabilità e delle connesse patologie sfruttando le consolidate competenze specifiche delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere già operanti nel settore della riabilitazione;
- d) potenziare l'immediata presa in carico riabilitativo dei neonati con lesioni neurologiche stabili.

Per quanto riguarda le lungodegenze va fatta, in primo luogo, una verifica attenta sul numero di posti letto disponibili a livello provinciale nel rispetto dei parametri provinciali, tenendo presenti le reali necessità dei diversi distretti e la differenziazione sostanziale tra letti per riabilitazione estensiva e letti di lungodegenza post-acuzie.

Un altro tema rilevante è la reale messa in rete di tutte le strutture lungodegenziali, sia pubbliche che private accreditate, al fine di ottenere un ottimale ed appropriato utilizzo di tutte le potenzialità. A livello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria si auspica la prosecuzione, già iniziata, di una concentrazione di tutti i letti di lungodegenza all'interno di un unico dipartimento (quello geriatrico-riabilitativo), tesa a realizzare una gestione clinica omogenea ed un coordinamento organizzativo più efficace e più efficiente a favore dei reparti per acuti. Questo processo di razionalizzazione potrebbe essere molto agevolato da un'aggregazione logistica di tutte le strutture geriatriche, lungodegenziali e riabilitative all'interno del padiglione Barbieri.

Infine, per quanto riguarda le lungodegenze, l'esperienza di questo primo decennio rende evidente la necessità di un cambio di mentalità e di cultura. Le lungodegenze ospedaliere sono reparti che accolgono pazienti molto compromessi, polipatologici, complessi, affetti da plurime complicanze ed insufficienze d'organo e che pertanto necessitano di un alto livello di assistenza medico, infermieristico e di *nursing* basale. Soprattutto nella realtà di una grande Azienda ospedaliero-universitaria polispecialistica come quella di Parma, questi reparti hanno assunto valenza strategica, sia clinica che organizzativa, in ambito internistico multi professionale; in questo contesto andrebbe pertanto modificata anche la loro denominazione, oggi solo descrittiva in senso

temporale e priva di contenuto qualitativo/professionale (ad esempio U.O. di Terapia Medica Protratta e Multiprofessionale)

12. Percorso nascita:

Come da delibera 533 dell'Aprile 2008, la regione ha istituito il programma " Percorso nascita" con l'intento di dare centralità all'evento nascita nel suo significato più olistico, valorizzando l'aspetto dell'umanizzazione del parto e del ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio.

Nel programma viene sottolineata l'importanza del lavoro dell'integrazione del percorso tra le strutture ospedaliere ed il territorio con l'intento di dare continuità di assistenza e di cura alle donne durante tutto il periodo perinatale.

Di particolare importanza è in questo ambito il potenziamento del percorso di "dimissione appropriata" al fine di garantire la continuità assistenziale e l'accesso ai servizi da parte di neonati con patologie croniche in rapporto anche all'aumento esponenziale di nascite di extracomunitari.

A tale scopo l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma ha istituito all'inizio del 2008 una struttura operativa semplice denominata " Percorso-centro nascita" per dare applicazione alla delibera regionale in accordo con le linee guida della buona nascita della OMS e con le indicazioni della legge regionale n 26/98 sulla umanizzazione del parto e sul sostegno all'alimentazione al seno.

La nuova unità ospedaliera si integrerà per la continuità assistenziale con i servizi e con la progettualità del territorio.

L'obiettivo è un coinvolgimento di tutta le gravide della provincia ed anche, in parte, di quelle che giungono all'Ospedale di Parma da province limitrofe.

14. Presa in carico di pazienti cronici e/o ad elevata necessità assistenziale

E' questo un altro tema significativo che scaturisce dal contesto di comunità (invecchiamento della popolazione, incidenza dei grandi traumi cerebrali, aumentata prevalenza di nascite pre-termine con aumento delle disabilità croniche, indebolimento della famiglia, problemi economici, aspetti bio-etici) e dall'elevato livello dei moderni presidi di sopravvivenza anche in condizioni estreme di insufficienza d'organo. Anche questo è un tema che riguarda i livelli di integrazione tra ospedale e territorio, su cui va fatta chiarezza e vanno prospettate idonee risposte. Vi sono pazienti, per fortuna non numerosi, che in via teorica non necessitano di una permanenza prolungata in ambiente ospedaliero, ma che necessitano di un'alta valenza assistenziale giornaliera,

in genere non effettuabile a domicilio. Il numero di letti e di strutture territoriali ad alta valenza nella nostra Provincia non appaiono sufficienti, con conseguente permanenza di questi pazienti in ambiente ospedaliero (in genere nelle lungodegenze) per periodi di tempo molto prolungati (mesi e a volte anni).

Si ritiene che per questi pazienti le due Aziende (quella ospedaliera e quella territoriale) debbano pervenire ad uno specifico accordo gestionale, organizzativo ed economico.

15. L'accessibilità ai servizi:

Almeno in una prima fase tale problema appare strettamente connesso, in forte misura, al governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale. Andrebbero individuate le aree di maggiore impatto a partenza dalla medicina di base, con le relative ricadute negative sugli accessi ai servizi, talora troppo dilazionati, altre volte invece contassegnate da finalità diagnostiche non ben definite o aspecifiche.

Necessita al riguardo una valutazione preliminare su:

- A. rilevanza numerica delle patologie cosiddette in "crisi";
- B. il "peso" delle stesse;
- C. loro complessità clinica;
- D. richieste iterative o polidipartimentali.

Dopo tale ricognizione preliminare andrebbero concordati dei "protocolli base", da condividere unitariamente, al fine di rendere a tutti gli effetti "specialistica" la prestazione richiesta.

16. La continuità assistenziale:

Si realizza, con la pianificazione del percorso di cura, quella "continuità assistenziale", che è un altro dei punti qualificanti del Programma, e che necessita di applicazione non soltanto per i malati oncologici ma anche per quelli affetti da malattie croniche. Essa rappresenta una vera criticità nell'attuale panorama sanitario, perchè le problematiche non sono del tutto risolte, anche se gli sforzi diretti a farlo non mancano. Il concetto di continuità assistenziale è un altro degli obiettivi su cui insistere nella formazione, tanto che sta crescendo il numero delle Scuole di Specializzazione di Medicina di Comunità, e nei nuovi Ordinamenti didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia si stanno inserendo tematiche ed esperienze che coinvolgono la Medicina Generale.

17. Lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale:

Il tema riguardante lo sviluppo e valorizzazione del capitale intellettuale assume un'importanza strategica per l'Università, in particolare sul versante della Formazione e della Continuing Education. E', infatti, compito istituzionale precipuo dell'Università la Formazione dei Laureati Medici e dei Laureati delle Professioni Sanitarie. Tale compito si realizza anche con il concorso del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, in particolare con le Aziende Sanitarie in cui insistono sia il triennio clinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia che i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Nella nostra Sede sono presenti:

5 Corsi di Laurea Specialistici

10 Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie

39 Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria Medico-Chirurgica

5 Master Universitari di II livello

4 Master Universitari di I livello.

Strumento indispensabile per una didattica e un'assistenza di qualità elevate è la ricerca biomedica.

Essa è un compito istituzionale dell'Università, coinvolge tutte le competenze della Facoltà di Medicina e Chirurgia, comprendendo unitariamente Docenti e Ricercatori sia del primo triennio che del triennio clinico del Corso di Laurea Specialistica. Si tratta di una ricerca in molti casi finalizzata allo sviluppo di nuovi approcci diagnostico-terapeutici, che trova supporto e sostegno su finanziamenti nazionali ministeriali, sempre più esigui, ma che si avvale, per un certo numero di progetti, di fondi di ricerca internazionali e del supporto dei fondi del Programma di Ricerca Regione-Università, ai quali si accede nell'ambito dei progetti dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Per assolvere adeguatamente ai compiti di didattica, ai fini di una adeguata preparazione pratica, è necessario che gli Enti interessati assicurino, nelle Aziende Sanitarie interessate, la presenza di risorse e di spazi assistenziali sufficienti per l'espletamento dei tirocinii professionalizzanti, al fine di non incorrere nella critica più volte espressa dagli Studenti, dagli Specializzandi, dagli Utenti e dagli Ordini dei Medici di una insufficiente capacità pratica, a fronte di una preparazione teorica buona.

18. Lo sviluppo tecnologico:

Parallelamente allo sviluppo dell'attività di ricerca ed alla elaborazione di programmi di formazione, lo sviluppo tecnologico costituisce ormai un elemento fondamentale per garantire una assistenza di qualità in grado di produrre effetti positivi non solo sulla salute dei pazienti ma anche sul funzionamento dei sistemi sanitari.

Lo sviluppo riguarda principalmente le tecnologie diagnostiche e terapeutiche; la loro precoce individuazione determina un impatto di rilievo sul sistema sanitario; a questa si affianca favorevolmente la percezione degli orientamenti per l'adozione di tecnologie i quali maturano nei contesti aziendali.

Attraverso l'Osservatorio dell'Innovazione, e facendo riferimento anche alle proposte singole, sarà necessario valutare per le nuove tecnologie le implicazioni cliniche economiche ed organizzative parallelamente ad una adeguata stima del reale fabbisogno.

Lo sviluppo delle tecnologie non può prescindere da opportune collaborazioni con le realtà regionali, nazionali ed internazionali di eccellenza nell'ambito della ricerca e dalle agenzie ed istituzioni di valutazione tecnologica presenti sul territorio nazionale ed estero.

Di grande importanza è anche la definizione dei rapporti con l'Industria affinché, in un quadro di grande trasparenza, da un lato venga preservato il ruolo decisionale del committente nelle scelte da operare, dall'altro, venga valorizzato il contributo che l'industria del settore può offrire allo sviluppo tecnologico ed alla innovazione.

Inoltre, si ritiene che particolare attenzione debba essere riservata allo sviluppo delle tecnologie informatiche, potenziando gli strumenti, come ad esempio i registri clinici dedicati, utili per l'acquisizione di dati rilevanti sui processi assistenziali e sui loro esiti, come pure per la valutazione dell'impatto delle nuove tecnologie.

Infine, si concorda che si debba predisporre un progetto complessivo per lo sviluppo tecnologico e abbandonare gli interventi caratterizzati da scelte intempestive e/o frutto di condizionamenti inappropriati.

In conclusione l'Università degli Studi di Parma è pronta ad intraprendere, unitamente a tutti gli altri soggetti, la nuova sfida per garantire a tutti le medesime opportunità per mantenere o ripristinare lo stato di salute e di benessere. L'Università degli Studi di Parma è orgogliosa di poter mettere a disposizione della comunità le proprie competenze professionali ed il proprio potenziale intellettuale.

Il Forum permanente Terzo settore di Parma

L'Atto di Indirizzo predisposto dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma è un buon documento se si tiene conto della novità del processo e quindi di tutte le difficoltà che questo comporta.

Il giudizio è quindi nel complesso positivo.

Ci sono comunque punti che vale la pena sottolineare ulteriormente. Per alcuni si tratta di meglio precisare le priorità.

Serve poi precisare ulteriormente il ruolo del Terzo Settore da svolgere a livello provinciale e lo spazio ad esso riservato.

POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE

Sul tema vale la pena fare una riflessione approfondita e soprattutto ragionare attorno alla necessità di inserirla tra le priorità per il prossimo triennio.

La povertà sta aumentando a vista d'occhio, coinvolgendo anche fasce di popolazione che fino ad ora ne erano esenti.

Lo stato di povertà coinvolge indistintamente popolazione indigena e popolazione migrante.

Il tema della povertà è strettamente legato ad altri temi importanti: la casa, la precarietà lavorativa, le famiglie numerose.

Certamente nulla di nuovo, ma nuove sono le forme con cui questi fenomeni si presentano.

Il tema dell'abitare sta diventando esplosivo per quel 20% della popolazione che non possiede una casa di proprietà e per i giovani che non riescono a raggiungere l'autonomia.

Occorrono scelte coraggiose e il tema dell'abitare dovrebbe essere una delle priorità per il prossimo triennio.

LE GIOVANI GENERAZIONI

A luglio l'Assemblea Regionale ha approvato la legge 14 "Normativa in materia di politiche per le giovani generazioni". La legge, da un lato fa sintesi di norme già esistenti, ma introduce anche positive innovazioni.

Vale la pena introdurre il tema anche nell'Atto di Indirizzo per fare in modo che nel prossimo triennio la legge venga applicata. La legge richiama in più di un passaggio il tema della integrazione, asse portante di questa programmazione.

INCLUSIONE SOCIALE – INTEGRAZIONE

Il tema della integrazione culturale è un tema delicato e importante perché come ben ricordato nel corso della 1^a Conferenza Provinciale sull'Immigrazione, i numeri della presenza di cittadini migranti nella Provincia di Parma sono numeri significativi.

Le politiche per l'integrazione sono importanti perché permettono di ridurre il più possibile il conflitto sociale (fattore importante di crescita anche economica). Fare di queste politiche una delle priorità per il triennio, ci sembra importante così come ci sembra importante ricordare la necessità di mettere in campo politiche di genere anche rispetto le popolazioni migranti.

I numeri infatti ci dicono che la presenza femminile è pari a quella maschile.

CAPITALE SOCIALE

Nel profilo di comunità, il capitolo dedicato al Capitale Sociale è ancora incompleto e limitato. Comprendendo la difficoltà di costruirlo, facciamo la proposta di compiere una riflessione e un lavoro comune, per poter arrivare alla prossima programmazione con una consapevolezza diversa su questo tema che vede il Terzo Settore uno dei soggetti che contribuisce a produrlo.

In riferimento a questo ultimo punto, riteniamo assolutamente necessario chiedere al Presidente della Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale di essere inseriti nei comitati tecnici di consultazione delle prossime programmazioni (PAL e PDZ).

I Comitati Consultivi Misti dell'AUSL

I rappresentanti del Volontariato all'interno dei CCM di Parma, Langhirano, Borgotaro, Fidenza esprimono il loro parere a riguardo dell' "Atto di Indirizzo" e "Profilo di Comunità" per la realizzazione del Piano Attuativo Locale e dei relativi Piani di Zona per il triennio 2009/2011.

- Auspichiamo che sempre e comunque l'attenzione di tutti sia rivolta al bene delle persone viste nel loro aspetto privato e in quello comunitario, nel rispetto dell'ambiente e delle relazioni interpersonali.
- Nella preparazione dei Piani di Zona si faccia attenzione a non duplicare gli interventi o a disperdere in diverse progettualità gli sforzi comuni, ma siano invece tenute in considerazione valorizzate le esperienze presenti sul territorio, le competenze specifiche degli operatori, le sinergie possibili per non vanificare i risultati pur con ridotte disponibilità economiche.
- Le criticità e le potenzialità del territorio siano chiare e ben definite, al fine poi di farne partecipi i cittadini al momento delle scelte da operare affinché non ci sia una incomprensione reciproca che porta unicamente a un'autoferenzialità da parte degli operatori ed una senso di diffidenza da parte dei cittadini: se il cittadino sa perché si opera in un certo modo sarà capace di accogliere e collaborare.
- Da qui, l'informazione resta un punto nodale sia per le scelte sanitarie che sociali, per un accesso ai servizi improntato a equità e qualità. Se il cittadino è informato e consapevole è sicuramente più disposto ad accettare le proposte, i cambiamenti, le difficoltà. Altrimenti si sentirà escluso e sarà solamente critico.
- Le bozze contengono molti riferimenti a situazioni di disagio e difficoltà sia per i giovani che per gli anziani. Per affrontare il problema si ricorre a una moltiplicazione degli spazi di aggregazione. Noi riteniamo che prima ancora degli spazi si debba ragionare e pensare al perché e al come intervenire sui disagi.: è importante dare senso non spazi,, ragionare quindi sul perché delle scelte e non solo sulle cose da fare.

- Auspichiamo che la presenza dei volontari del CCM nei Comitati di Distretto, ai Tavoli di lavoro del Pal e dei Piani di Zona non sia solo una presenza di facciata, ma impegnandoci a portare il nostro contributo speriamo che le nostre osservazioni e i nostri suggerimenti sia almeno motivo di dibattito e di crescita comune per costruire una realtà provincia e cittadina più degna di una società che si dice del benessere, un benessere che sia a disposizione di tutti, nel rispetto e nell'attenzione alle persone rima ancora che ai servizi erogati

I Comitati Consultivi Misti dell'Azienda Ospedaliera

Nella mia qualità di Presidente del CCM dell'Azienda Universitaria-Ospedaliera di Parma, dopo aver esaminato l'“Atto di indirizzo” e il “Profilo di Comunità” per la realizzazione del Piano Attuativo Locale e dei relativi Piani di Zona per il triennio 2009-2011, esprimo il seguente parere per quanto riguarda gli “Investimenti in Area Sanitaria e Socio-sanitaria; Azienda Ospedaliero-Universitaria”:

- L'Ospedale dei bambini rappresenta un'opera molto importante, della quale è sentita la necessità; sarebbe indispensabile accelerare al massimo i lavori, sia perché la necessità sono veramente urgenti, sia perché il cantiere rappresenta un grande disagio e la sua presenza sconvolge alquanto la fruibilità (per esempio la viabilità) dell'Ospedale.
- Molto importante la ristrutturazione del Padiglione Barbieri, date le sempre crescenti richieste di una valida riabilitazione e soprattutto la impellente necessità di offrire una sistemazione idonea alla Pneumologia, la cui attuale collocazione al Rasori risulta veramente indegna (Camere a sei letti, pochi servizi ecc.)

Anche di questi lavori è avvertita una grande urgenza.

- Non è ben chiara la destinazione della Piastra IV lotto, nella quale dovrebbero essere trasferite le “funzioni attualmente allocate nei Padiglioni”.

Si dovrà prendere in considerazione in questo campo il destino delle strutture attualmente ospitate nei padiglioni della I e II Clinica Medica: mentre per quanto riguarda la II Clinica Medico, con l'annessa Nefrologia si avverte senz'altro la necessità di un ammodernamento e adeguamento, non così urgente appare la situazione della I Clinica Medica, dove sono stati eseguiti recentemente importanti lavori di restauro, la degenza è sistemata in modo adeguato e gli ambulatori ed il Day Hospital hanno spazi abbastanza decorosi.

- Molto opportuna la ristrutturazione del Padiglione Braga.
- Si attende con ansia il nuovo Pronto Soccorso, per il quale ci si augura che i lavori vengano eseguiti il più rapidamente possibile e venga quanto prima potenziata la dotazione dei sistemi tecnologici di supporto.

Tutto questo sarà di fondamentale importanza per il funzionamento dell'Ospedale ed eviterà disagi, attualmente a volte gravi, per i pazienti.

- Molto opportuna la realizzazione di un centro Poliambulatoriale con particolare riguardo alla “gestione clinica e assistenziale” dei pazienti oncologici”,

Così pure molto opportuno è il trasferimento del centro dello “screening della mammella dell’AUSL” dopo ristrutturazione del Centro Senologico Ospedaliero.

- La realizzazione del “Polo dei Laboratori” appare essere un intervento adeguato e così pure la ristrutturazione ed il rinnovo delle attrezzature del settore Neuroradiologico, finalizzati a sviluppare ed espandere soprattutto l’attività di radiologia e neuroradiologia interventistica.

In definitiva appare evidente che tutti questi interventi sono veramente molto opportuni al fine di aggiornare e rendere sempre più funzionale il nostro Ospedale.

E’ ben chiaro che tutte queste opere non solo solo sono molto impegnative, ma rappresentano elementi di crisi per il quotidiano andamento dell’Ospedale: cantieri in attività, necessità di sistemazioni provvisorie per parecchie funzioni, necessità di trasferimenti di ammalati ecc.

Tutti questo potrà essere risentito dall’utenza come disagio più o meno grave.

Di questo si preoccupa il CCM, che, fino dal suo insediamento, si è sempre interessato dell’umanizzazione dell’Ospedale e, come suo principale compito, della soddisfazione degli utenti.

Per questo si raccomanda la massima celerità nei lavori e la massima oculatezza nel ridurre gli inconvenienti ed i disagi di cui dovrà soffrire la popolazione.

Nei documenti esaminati viene anche citato il progetto della costruzione di un garage multipiano per 1000 macchine.

E’ questo un progetto che deve essere fortemente stimolato e caldeggiato e che dovrebbe avere la attuazione più rapida possibile. Infatti, nonostante l’apertura del parcheggio di Via Volturmo (700 auto), la situazione del parcheggio all’interno dell’Ospedale è rimasta molto critica e la viabilità ancora caotica (aspetti su cui più volte ha posto l’accento il CCM).

A proposito di viabilità e collegamenti interni , si deve sottolineare la attuazione da parte dell’Azienda di un opportuno servizio di navetta (anche questo richiesto espressamente dal CCM); tuttavia sarebbe necessario attribuire risorse per acquistare navette con sollevatori per disabili (in carrozzella) e pensiline. E’ necessario che la esecuzione di opere di maggior rilievo non sottragga mezzi per l’attuazione di queste piccole provvidenze.

Allo stesso modo è necessario che vengano sempre tenuti presenti le necessità di opportuni punti di informazione (necessità alle quali la Azienda ha in effetti sopperito in

questi ultimi anni) e soprattutto della cartellonistica e delle indicazioni per l'orientamento dell'utenza in Ospedale. Questo aspetto risulta già oggi ancora molto critico e verosimilmente lo sarà ancor più in futuro, quando si verificherà la necessità di spostamenti momentanei per lavori di reparti e strutture. A questo problema dovrà essere dato molto risalto e dovranno essere prese le opportune misure (momentanee e poi definitive) affinché l'utenza possa avere indicazioni chiare per raggiungere le diverse strutture in Ospedale.

Come osservazione finale si deve sottolineare che nel progetto non viene fatto alcun cenno al Padiglione Cattani, dove è stato trasferito l'ex Ospedale "G:Stuard" ed è collocata una Lungodegenza.

Quel padiglione è stato recentemente restaurato e si presenta con un buon aspetto, ma non è funzionale: ha assoluta necessità di essere ristrutturato per le esigenze specifiche della Geriatria. Sono infatti molto carenti i servizi (che devono essere numerosi in tale reparto: uno per camera) e sono assenti gli indispensabili spazi per socializzazione, riattivazione, riabilitazione. del tutto indispensabili per questi ammalati

Le Organizzazioni sanitarie non mediche

La programmazione socio-sanitaria, basata sui bisogni di salute della popolazione e sulle criticità del sistema, orientata a scelte di cambiamento e sviluppo, deve prevedere un ampio coinvolgimento delle professioni sanitarie presenti, non solo nella fase di programmazione, ma in tutto il processo, vale a dire: progettazione, realizzazione, erogazione e valutazione.

Le professioni, rappresentanti di ambiti specifici di attività e funzioni, devono pertanto essere presenti nei gruppi di lavoro in modo permanente sia per presidiare l'intero processo (come accade, ad esempio con la rete integrata delle emergenze-urgenze o per le Dimissioni difficili), sia per apportare il proprio contributo specifico in termini di competenza professionale e conoscenza delle dinamiche assistenziali.

E' questa infatti la modalità con la quale condividere i criteri di partecipazione ed integrazione che si ritengono imprescindibili sia nella costruzione degli strumenti di programmazione generali sia degli operativi specifici che dovranno indirizzare le azioni delle Aziende Sanitarie nel prossimo triennio.

In tale contesto si ritiene fondamentale il contributo che tutti gli operatori sanitari non medici dovranno essere chiamati a portare a questo processo di costruzione, assumendosi in tal modo anche la responsabilità di un percorso professionale di veloce crescita alla quale sono chiamati ogni giorno.

Lo sforzo a cui tendere è quello di rendere visibile ed agito un filo conduttore fra le tante forme di partecipazione negli strumenti di programmazione.

I programmi elencati nel documento "Atto di indirizzo", e che condividiamo pienamente, sia nei criteri enunciati, sia nelle priorità strategiche individuate, rispondono effettivamente ai bisogni di salute della Provincia di Parma, così come peraltro evidenziati nel "profilo di salute" della comunità.

Anche per quanto riguarda le priorità strategiche che sono state individuate e che si incentrano sui bisogni di salute e sulle criticità del sistema, facendo propri i principi assolutamente condivisibili di equità nella ripartizione delle cure disponibili e di qualità delle cure, ci trovano assolutamente in accordo e disponibili a partecipare ai vari gruppi di lavoro che si stanno strutturando.

In modo particolare ci vorremmo soffermare sul principio di integrazione tra i vari professionisti, in quanto lo riteniamo fondamentale al fine di pervenire non solo a risultati condivisi ma a momenti di crescita consolidati che costituiscano un patrimonio comune.

In tal senso auspichiamo con particolare interesse la formalizzazione di momenti strutturati di integrazione tra i professionisti delle due aziende sanitarie del territorio, incentivando l'aspetto formativo con lo scopo di mettere in luce le dissonanze che incidono sulla qualità degli interventi sanitari e che favoriscono la continuità delle cure e l'accessibilità ai servizi, in particolare per le fasce di popolazione più fragile, quali gli immigrati, gli anziani, le persone affette da patologie psichiatriche, ecc.

La nostra è pertanto non solo una disponibilità, ma la volontà di poter portare un contributo professionale di qualità nei singoli gruppi che devono diventare non solo strumenti di programmazione, ma di lavoro e di verifica e condivisione dei risultati raggiunti, congiuntamente agli operatori dei servizi sociali, del terzo e del quarto settore. Per i programmi, che saranno sviluppati nel PAL, ci auguriamo non in forma disaggregata gli uni dagli altri, suggeriremmo di sviluppare le tematiche indicate nei programmi speciali in ogni programma previsto dal n°1 al n°14.

Ad esempio, "lo sviluppo e la valorizzazione del capitale intellettuale" sarà un obiettivo importante per tendere alla qualità e all'equità.

I dati relativi all'assistenza infermieristica domiciliare riportati sul documento "Profili di comunità", ne evidenziano infatti l'incremento in termini di congruenza alle politiche aziendali, di valorizzazione di tale professione.

La valorizzazione deve essere però intesa non in termini di numero di persone assistite, bensì in termini di incremento di competenze ed orientamento verso le specializzazioni.

A tal fine si citano alcune esperienze già in essere in alcune realtà o che potrebbero strutturarsi, da estendersi all'ambito provinciale: Parto Domiciliare, Educazione alla Salute, Responsabilità infermieristica in Hospice e nelle Strutture ad Alta Valenza, ROAD infermieristico (Responsabile Organizzativo Assistenza Domiciliare), Scopenso Cardiaco, Coordinamento delle Residenze Assistenziali, Ambulatori per Patologie Croniche, Emodialisi, Lungodegenze a gestione infermieristica, ecc.

Per ogni professionista sanitario, ed in particolare per l'infermiere, la programmazione deve essere orientata alla modifica dei modelli assistenziali attuali: per compiti, per prestazioni e che sono ormai superati; deve esserci il passaggio dal "curare" al "garantire" una migliore qualità di vita applicando modelli assistenziali di tipo olistico e globale.

Il professionista può così assumere le funzioni di case-manager/care-manager, team leader, assumendosi la responsabilità della continuità assistenziale e del percorso di cura.

L'infermiere, unitamente ai professionisti coinvolti nel piano di assistenza, diventa in tal modo lo specialista del "prendersi cura": l'assistenza rappresenta il suo specifico professionale, per rispondere ai bisogni ed alle attività di vita della persona.

Una tale impostazione necessita di un forte momento di integrazione istituzionale e coordinamento multiprofessionale: tra Enti, tra Servizi, tra operatori sociali e sanitari, per produrre una svolta reale in termini di miglioramento.

Tale impostazione, infatti, porta necessariamente con sé significativi cambiamenti sul piano culturale, assistenziale e di cura, che si esprimono mediante una visione olistica e sociale della persona che recupera la persona come protagonista della propria salute, i valori fondanti delle professioni ed il loro rapporto diretto con la persona, ma anche le forze propulsive della comunità attraverso forme di sostegno e di volontariato.

L'Ordine dei Medici

Proposte in merito al Piano Socio Sanitario

Premesso che l'atto politico gestionale strutturale della sanità provinciale merita di un'attenta valutazione e meditazione da parte delle forze sanitarie e, in primis, per quanto ci riguarda, ponendo le basi per una ricerca dei bisogni di salute e delle necessarie correzioni degli interventi al fine di garantire il rispetto del bene salute, come massimo degli obiettivi raggiungibili nella gestione sanitaria, richiedendo interventi sì strutturali,

ma soprattutto incentrati sulla razionalità delle spese e sulla necessità di interventi aggiuntivi in settori di primaria importanza.

Partendo da queste premesse, al di là di interessi di settore o di categoria, si ritiene doveroso salvaguardare nel processo di cura, che si palesa attraverso fasi cliniche di diagnosi e terapia, il rapporto basilare fra medico e paziente che non esclude, ma anzi integra, il sistema assistenziale integrato costituito dall'insieme della cosiddetta complementarietà assistenziale che si caratterizza con la sinergia degli interventi delle diverse figure sanitarie che sono dotate di indubbia e sperata professionalità. Professionalità rivolta alla soddisfazione delle esigenze di salute in risposta alla domanda che si manifesta sempre con maggiore intensità per una gestione del cittadino ammalato al di fuori dell'ambito stretto dell'ospedale e che, sempre ed in ogni caso, sono da considerarsi complementari all'atto medico.

Un'osservazione politico-sanitaria che doverosamente si ritiene di dover fare è che le Istituzioni preposte alla gestione della programmazione della salute debbano procedere sempre più in un cammino di collaborazione con le diverse figure che si avvicendano nell'universo sanitario considerando i ruoli istituzionali che esse, figure, ricoprono e la loro capacità propositiva in tema di organizzazione e gestione delle risorse

Dopo la lettura degli "Atto di Indirizzo e di Coordinamento" e "Profilo di comunità", rilevando l'attenta analisi dell'esistente, si richiama fortemente al concetto che il bisogno di salute è un fattore crescente determinato anche dall'aumento dell'età della popolazione anche nella nostra provincia, in un certo qual modo correlata e correlabile alle qualità delle prestazioni e delle cure erogate.

Da qui la necessità di rivedere il capitolo del “sociale” in un’ipotetica valutazione del bilancio delle risorse spendibili da orientare maggiormente sul pianeta salute per rispondere efficacemente alle crescenti richieste sanitarie “strette”.

ATTO DI INDIRIZZO

Nell’Atto di Indirizzo proporremo di fare alcune considerazioni e, se è il caso aggiunte o lievi correzioni:

- a) In premessa varrebbe la pena specificare che si deve parlare di centralità non solo del cittadino - secondo la Riforma Sanitaria – quanto di un “complesso costituito dal cittadino ammalato inserito in un sistema di cura ove ha col medico un rapporto diretto (rapporto medico-paziente) ma anche coll’insieme di professionalità, adiuvanti e fondamentali nel progresso della cura, caratterizzato e costituito dalla diverse figure del mondo sanitario assistenziali che gli ruotano intorno: significa, cioè, invertire la tendenza che vuole solo il cittadino come fonte di intervento, ma si deve considerare che in sanità la fonte di intervento è rivolta a tutto il “sistema sanità” che ruota intorno al binomio medico-ammalato con l’ausilio di tutti coloro che garantiscano le prestazioni sanitarie necessarie.
- b) inserire pg 3 fra i consultati anche *“gli Ordini Professionali (Enti Pubblici non Economici) ed i sindacati di categoria, siano essi autonomi che confederali”* - rientrerebbe in una collegialità auspicabile ed in un confronto di forze sanitarie omogenee che tendono, si spera, tutte all’obiettivo della soddisfazione del cittadino in merito alla cura.
- c) a pg 5 quando si parla di appropriatezza organizzativa andrebbe aggiunto e in special modo gestionale”
- d) ultimo capoverso pg 5: *“pur nel rispetto delle “beneficialità” delle metodiche che tendono a ridurre i costi per il cittadino a favore di una migliore (o esaustiva) risposta in termini di diagnosi e terapia”*.
- e) pg 23 riguardo al “sul Piano della partecipazione aggiungere dopo i Comitati di Distretto, *dell’Ordine Professionale dei Medici*” e a pg 31 nel titolo: *Partecipazione degli enti locali e degli enti pubblici (Ordini Medici)*

A pag. 30:

4.3.2 Partecipazione dei professionisti

Occorre comunque allargare la partecipazione dei professionisti alla costruzione del PAL coinvolgendo anche altri soggetti, ad esempio i medici di famiglia attraverso i NCP e rappresentanze dei medici

A pag. 31

4.3.5 La comunicazione ai cittadini

Si ritiene che debba essere intrapresa un'adeguata educazione del cittadino a livello provinciale al fine di consentire il corretto utilizzo dei servizi sanitari messi a disposizione ed anche con l'obiettivo di aiutare i professionisti a migliorare l'appropriatezza nella gestione delle risorse che si riverberebbe conseguentemente con un abbattimento delle liste d'attesa

Indi aggiungere un nuovo paragrafo al punto 6.2 nominato del paragrafo 6.2.1

6.2.1 Sostenere l'integrazione fra i soggetti erogatori dei servizi sanitari

La CSST ritiene che sia inseribile nel progetto di rispetto della persona e per la gestione delle problematiche sanitarie un piano d'intervento con lo scopo di agevolare il rapporto fra cittadino ed istituzioni e fra cittadino e struttura sanitaria, in una fase propositiva mirante ad ottenere una risposta differenziata tanto nel breve tanto nel medio- lungo termine.

L'analisi dell'esistente porta ad ipotizzare alcuni deficit organizzativo- gestionali:

- 1- Incompleto feed- back fra richiesta di prestazione sanitaria e risposta nei tempi e nei modi attesi nel rispetto del progetto di accesso alle strutture sanitarie.
- 2- Incompleta applicazione della legge regionale "Integrazione Ospedale-Territorio. DGR 1296/98 e 264/03: accesso alle prestazioni ambulatoriali urgenti richieste da MMG".
- 3- Talvolta tardiva risposta ai bisogni di salute del cittadino.
- 4- Non sempre "concorde ed uniforme la risposta", in termini accesso alla diagnosi ed all'effettuazione della cura, nei vari settori della sanità pubblica e privata convenzionata (AZIOSP, AUSL, Case di Cura convenzionate).
- 5- Non facile accessibilità alle dinamiche delle strutture sanitarie.

Partendo dal presupposto che per trovare le soluzioni più idonee si ritiene che ci si debba orientare verso un intervento su:

- a) Prestazioni delle Cure Primarie (della medicina di famiglia e della specialistica territoriale)
- b) Prestazioni di Pronto Soccorso
- c) Prestazioni specialistiche ospedaliere semplici e complesse (strumentali di II° e III° livello)

Gli strumenti che si ritiene possano adottarsi sono individuati in:

1. Istituzione, laddove non attivate, e potenziamento della medicina di gruppo riguardo la medicina di famiglia.
2. Istituzione di una specialistica territoriale di I° e II° livello (con attività di primo livello di DH e Day Service).
3. Istituzione di una specialistica organizzata di II° e III° livello ospedaliero in rete.
4. Istituzione a livello di comuni della provincia di un piano per la creazione di medicine di gruppo da collegarsi ad altre attività socio-sanitarie (assistenti sociali, diagnostica di pap-test etc.) mettendo a disposizione spazi e strutture dedicate.

Il problema principale a seguito della formulazione delle proposte è sempre quello del reperimento delle risorse per sostenerle. In questo caso, dovendo prospettarsi un intervento strutturale ed organizzativo complesso si ritiene che, riguardo proprio le fonti di finanziamento, queste debbano richiedere uno sforzo da parte degli organismi regionali forti di una politica di intervento regionale a sostegno del decentramento e della gestione periferica delle cure, limitando cioè l'accesso alla rete ospedaliera, ma attuando un intervento in periferia mirato alla riconversione degli attuali ambulatori aziendali ospedalieri lasciati come gestione di II° e III° livello, la cui perdita economica dovrà essere garantita della complessità dei DRG che si andranno a trattare ed, in parte, anche con apposito stanziamento supplementare di fondi regionali.

La necessità di razionalizzare, a fondi immutati, il “sistema salute territoriale” mal si coniugherebbe con un’ottimizzazione della risposta sanitaria ai bisogni di salute crescenti senza che, di pari passo, non si proceda ad una fase di investimenti che si prevede possano comportare nel medio e lungo termine anche un risparmio. Ciò è determinato dal fatto che attraverso una limitazione del ricorso a prestazioni ospedaliere per DRG di basso peso, fonte primaria di spesa, si possa gestire la patologia soprattutto cronica o acuta gestibile in ambito non ospedaliero attraverso sia stanziamenti dedicati

in sede di sviluppo e sia con la ri-conversione delle risorse erogate. Il raggiungimento di questo obiettivo si ottiene fundamentalmente con un'adeguata organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie, strumenti fondamentali nel coordinamento della Medicina di Famiglia, del settore di Pediatria di Libera scelta e della Continuità Assistenziale con l'assistenza specialistica ambulatoriale, con la rete Infermieristica e con le altre figure socio-sanitarie che operano sul territorio. In questo modo consentendo di dare una risposta efficace ai bisogni di salute espressi dai cittadini nella maggioranza dei casi, come anche riportato dalle esperienze maturate non solo in territorio nazionale ma anche all'estero (ad esempio statistiche del Regno Unito parlano di oltre l'80%).

A pag. 76

aggiungere:

Nel parlare di cartella clinica elettronica e possibilità di accesso alle informazioni sia da parte dei MMG che dei cittadini andrebbe ricordato quanto viene disposto a livello regionale con il progetto d'integrazione "SoLE", che costituisce la messa in rete degli attori sanitari con conseguenti vantaggi per la popolazione.

Nell'evidenziare il rapporto bidirezionale Ospedale–territorio e la relativa integrazione socio-sanitaria nel nuovo PAL 2009-2011 ed il Piano di Zona 2009-11 si auspica una maggior concretezza nella verifica degli obiettivi prefissati nell'ambito del nuovo welfare universalistico equo e solidale (ad esempio nell'assistenza al malato oncologico terminale, nel contenimento dei tempi di attesa e della appropriatezza per la specialistica e la diagnostica nella rete integrata dell'emergenza territoriale, per le dimissioni difficili e protette, nella possibilità di accedere alla documentazione sanitaria attraverso canali internet-ospedale territorio).

PROFILO DI COMUNITÀ

Evidenziandosi un aumento , purtroppo giovanile ,della abitudine al fumo,abuso di alcolici e droghe con pesanti ripercussioni sulla salute della popolazione mostrando un aumento di tumori polmonari nelle donne, di accessi al pronto soccorso per incidenti e traumatismi,prima causa di morte nella coorte 14-24 anni, impongono una più aggressiva campagna informativa nelle modalità da determinarsi.

Non dimenticando da parte della CTSS una particolare attenzione allo sviluppo e appropriatezza del protocollo per il trattamento trombolitico dell'ictus ischemico decollato anche a parma buon ultima tra le città capoluogo della nostra regione.

Introdurre in tutto il territorio provinciale test obbligatori di screening-neuropsichiatrici nella fascia di età 5/7 anni per i deficit di apprendimento, discalculia, linguaggio, motori e psicomotori in quanto solo con diagnosi precoci è possibile un recupero di questi bambini nell' ambito dell' area disturbi generalizzati dello sviluppo..

Calendario degli incontri

| | giorno | luogo |
|--------------------------------|--------------------|------------------------|
| Comitati di Distretto | | |
| Fidenza | Merc. 10 settembre | Comune di Fidenza |
| Sud Est | Mar. 23 settembre | AUSL - Langhirano |
| Parma | Ven. 26 settembre | Comune di Parma |
| Borgotaro | Merc. 08 ottobre | Comunità montana |
| Ordine dei Medici | Merc. 15 ottobre | Sede Ordine dei Medici |
| Sindacati | Merc 15 ottobre | Provincia |
| Org. sanit. non mediche | Giov 16 ottobre | Provincia |
| Sindacati | Ven 17 ottobre | Provincia |
| Università | Lun 20 ottobre | Provincia |
| CCM – AUSL | Mar 21 ottobre | Provincia |
| Terzo settore | Ven 24 ottobre | Provincia |
| CCM – Ospedale | Ven 7 novembre | Provincia |
| Terzo settore | Mar 11 novembre | Ass. Orizzonte |