

Sabato 20 Aprile 2013 Finis Africae SENIGALLIA

IL MONDO CHE VORREMMO... Capitolo Sanità

2° LIBERA CONVENTION DEGLI OPERATORI
DELLA SANITA' DELLE MARCHE
con un contributo dei CITTADINI

RIFLESSIONI E PROPOSTE

AI DECISORI E
AI PORTATORI DI INTERESSE



INTRODUZIONE

Questo documento nasce dalla libera scelta di numerose Società scientifiche attive nelle Marche di promuovere lo scambio di idee e di contribuire allo sviluppo della riflessione tra operatori sanitari delle Marche con attenzione particolare alla cittadinanza. A tale scopo il 31 marzo 2012 è stata promossa la

Prima libera Convention degli Operatori della Sanità delle Marche
cui è seguita **questa seconda edizione del 20 aprile 2013.**

A seguire si troverà il programma dettagliato, che evidenzia la modalità di lavoro che ha previsto, tra l'altro, la creazione complessivamente di dieci tavoli su altrettanti argomenti, di cui uno dedicato ai cittadini. Poiché per motivi di tempo, la prevista sessione plenaria finale di condivisione dell'insieme dei lavori non è stata del tutto completata, i lavori che sono contenuti nel presente documento sono essenzialmente espressione dei singoli gruppi di lavoro e dei rispettivi facilitatori che dunque ne sono i principali garanti.

Nelle intenzioni delle Società scientifiche e dei partecipanti, questo lavoro, complesso e ancora appena tratteggiato, mira a evidenziare la ricchezza di contributo alla discussione che può giungere dalla comunità sanitaria nel suo insieme e in collegamento con i cittadini, con intento di costante, positivo e costruttivo confronto.

LA FILOSOFIA DELL'INCONTRO

L'idea di fondo è quella di offrire un momento di riflessione e confronto tra noi per valorizzare le Marche e i suoi abitanti.

Viviamo in luoghi spesso bellissimi, ricchi di storia, cultura e tradizioni, abbiamo eccellenze enogastronomiche, lavoriamo per la salute, in qualche modo ci conosciamo tutti o quasi e spesso siamo amici ...

Eppure, anche il "sistema salute" marchigiano è in sofferenza, rischiamo di "frantumarci" e di ritrovarci l'uno contro l'altro, di vivere – e far vivere l'utenza - sempre peggio.

Prima che sia troppo tardi, proviamo ad evitare che ciò accada davvero!

Diamo voce a chi ha difficoltà a trovare un interlocutore, valorizziamo le qualità che ciascuno di noi ha, esprimiamo in maniera libera criticità, eccellenze e proposte, facciamo capire ai "governanti" in senso lato che c'è un mondo di umanità e competenze che conosce il territorio e le esigenze dell'utenza e che progressivamente rischia di riconoscersi sempre meno nelle decisioni che li riguardano direttamente.

Ne dovrebbe scaturire un documento libero da pregiudizi e propositivo. La parte conviviale e creativa ha poi questa finalità di favorire il riallacciare rapporti, di conoscersi meglio, anche sotto aspetti diversi, di valorizzare gli interessi di ciascuno, di "sdrammatizzare", di creare coesione e simpatia ...

Le Società scientifiche che sostengono l'iniziativa non "monopolizzano" la Convention, ma contribuiscono principalmente con un apporto di inquadramento metodologico, di diffusione dell'iniziativa, di sostegno economico per gli aspetti organizzativi e logistici e/o offrendo ai partecipanti qualche peculiarità culturale.

Lo sappiamo sembra quasi tutto impossibile e utopistico, ma come dice qualcuno "senza sogni non si va da nessuna parte" ed è ora di dare voce ai sogni, appunto... "Il mondo che vorremmo...!"

Tutto ciò lo sostenevamo già un anno fa... ora è il momento di passare alle AZIONI CONCRETE PER UN BUON FUTURO!

"E' proprio la possibilità di realizzare un sogno che rende la vita interessante. "

P. Coelho

OBIETTIVI DELLA CONVENTION

- **VALORIZZARE** le risorse umane e materiali della Regione Marche, promuovendone migliore consapevolezza
- **SVILUPPARE** una modalità di incontro libera ma non caotica, modulata sul modello partecipativo con finalità di empowerment e autodeterminazione
- Possibilità di **PRODURRE UN DOCUMENTO** coordinato e congiunto a nome dei partecipanti che evidenzii il punto di vista degli operatori sul futuro organizzativo della Sanità marchigiana da inviare agli interlocutori interni ed esterni, compresi organi di informazione

Evento non sponsorizzato, mirato a sostenere lo sviluppo del sistema sanitario marchigiano esaltando le interrelazioni e le professionalità regionali attraverso il libero scambio e la circolazione di idee che possano aiutare la crescita ed evitare i conflitti.

Comitato Scientifico: Armando Gabrielli, Marco Candela, Fabio Filippetti, Gilberto Gentili, Alberto Bevilacqua, Dario Bartolucci, Paolo Orlandoni, Flavia Carle, Miria De Santis, Stefano Lucesoli, Patrizia Di Emidio, Daniel Fiacchini, Massimiliano Biondi, Elisabetta Palma, Bice Previtiera, Remo Appignanesi

Ideatrice e Coordinatrice: Elsa Ravaglia

Bibliografia di riferimento:

- DoRS Partecipazione e empowerment - La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità – “Il punto su ...” Febbraio 2011, N. 1
- Coppo A., Tortone C., La tecnica “Goal Oriented Project Planning” dal sito Dors

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

- Iscrizione e partecipazione ai workshop GRATUITA. Pasti a carico dei partecipanti (prezzo concordato con il Finis Africae di 15 euro per il pranzo e, facoltativo, di 20 euro per la cena)
- Per iscriversi compilare l'apposito form al sito dedicato all'evento:
www.events-communication.net/ilmondochevorremmo2013 oppure inviare la scheda di iscrizione al n. fax 071-9252094
- Svolto fuori orario di servizio durante il fine settimana (riconoscimento come aggiornamento facoltativo a discrezione degli Enti di appartenenza)
- Abbinamento parte scientifico-propositiva con parte di espressione creativa dei partecipanti
- Costi organizzativi e logistici sostenuti dalle Società scientifiche promotrici e partner del progetto

Società Scientifica Promotore

- **ACCADEMIA MEDICO CHIRURGICA DEL PICENO**

Società Scientifiche Partner

- **SItI** – SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
- **CARD** – Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
- **SIPNEI** – Società Italiana di Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia
- **SIMG** – Società Italiana Medicina Generale
- **ASNAS** – Associazione Nazionale Assistenti Sanitari
- **SINPE** – Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo
- **SISMEC** – Società Italiana di Statistica Medica ed epidemiologia Clinica
- **ASSIMEFAC** – Associazione scientifica Interdisciplinare e di medicina di famiglia e Comunità

E' stato concesso il Patrocinio gratuito da:

- **Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Ancona**
- **Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Pesaro-Urbino**
- **Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Fermo**
- **Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Macerata**
- **Collegio IPASVI di Ancona**
- **Collegio IPASVI di Pesaro-Urbino**
- **Ordine degli Psicologi Regione Marche**

Con la collaborazione delle Associazioni di Promozione Sociale

- **Accademia della Risata – Laughter Academy**

PROGRAMMA

Sabato mattina

Ore 08.30-09.00 Registrazione dei Partecipanti

Plenaria

Ore 09.00-09.30 Benvenuto e Presentazione degli obiettivi Elsa Ravaqlia

Saluto Fulvio Borromei Presidente Ordine dei Medici Ancona

Saluto Sandro Ortolani Presidente IPASVI Ancona

Ore 09.30-10.00 Relazione introduttiva: L'Etica dell'Efficienza e dello Sviluppo

Antonio Benedetti, Preside Facoltà Medicina e Chirurgia di Ancona

Ore 10.00-10.30 Costituzione gruppi di lavoro

Laboratorio esperienziale di avvio ai lavori: ben-essere & buon-umore in Sanità

Alessandro Bedini

Ore 10.30-13.30 Workshop in ambienti distinti (vengono attivati con un minimo di 15 iscritti per tematica e saranno supportati da almeno due facilitatori)

WS 1. Il Dipartimento di Prevenzione che vorremmo

(facilitatori: Fabio Filippetti, Daniel Fiacchini, Annarita Pelliccioni)

WS 2. Il Distretto sanitario e l'Assistenza Primaria che vorremmo

(facilitatori: Patrizia Balzani, Gabriella Beccaceci, Dario Bartolucci)

WS 3. L'Ospedale che vorremmo

(facilitatori: Marco Candela, Remo Appignanesi, Elio Morabito)

WS 4. L'integrazione Ospedale-Territorio e la Continuità Assistenziale che vorremmo

(facilitatori: Paolo Orlandoni, Bice Previtiera)

WS 5. L'Integrazione socio-sanitaria che vorremmo

(facilitatori: Franco Pesaresi, Stefano Ricci, Paolo Mannucci, Enrico Boaro)

WS 6. L'Innovazione, l'Umanizzazione e la Comunicazione in Sanità che vorremmo

(facilitatori: Alberto Bevilacqua, Micol Bronzini)

WS 7. La Formazione e la Valutazione che vorremmo

(facilitatori: Francesco Di Stanislao, Andrea Soccetti)

WS 8. La Sanità che vorremmo ... la parola ai Cittadini

(facilitatore: Sergio Ganzetti)

WS 9. La Promozione della Salute che vorremmo... una rete da costruire

(facilitatori: Stefano Berti, Massimo Agostini)

WS 10. La Salute Mentale che vorremmo

(facilitatori: Maurizio Ercolani, Maurizio Belligoni)

Ore 13.30-15.00 *Pausa pranzo con prodotti tipici marchigiani*

Sabato pomeriggio

Ore 15.00-16.30 Prosecuzione Lavori di gruppo con stesura di un breve documento per ciascun gruppo

Ore 16.30-18.00 Plenaria con esposizione dei singoli documenti e costruzione di un documento collettivo

Sabato sera (facoltativo)

Cena e intrattenimento con musica, canto, poesia, teatro ... a cura dei partecipanti

WS1. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE CHE VORREMMO

Facilitatori: Daniel Fiacchini, Fabio Filippetti, Annarita Pelliccioni

Partecipanti: Meri Bordoni, Daniela Cimini, Sandra Clementi, Stefano Colletta, Miria De Santis, Alessandro Lucchesi, Angela Ruschioni

CONTESTO

L'area della Prevenzione, da sempre sotto finanziata, non è stata mai adeguatamente valorizzata anche se la prevenzione e la promozione della salute rappresentano oltre che un fattore di crescita sociale e culturale della società anche un elemento di sviluppo economico sia indirettamente in termini di eventi sanitari evitati, sia direttamente tramite gli investimenti in sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, nonché per la tutela della salute dei consumatori. Il giusto collocamento, dunque, delle risorse previste per far fronte alle spese della prevenzione (il 5% della spesa sanitaria dovrebbe interamente impiegato nel settore della Prevenzione Collettiva, per assicurare gli strumenti indispensabili alle attività preventive e il turnover del personale) risulterebbe un investimento a forte valore aggiunto, anche in termini etici e di contrasto delle diseguaglianze. È il momento di dare risalto alla Prevenzione come mezzo essenziale per la tutela della Salute e come strumento di riduzione della spesa per l'assistenza sanitaria.

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Buona volontà e motivazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (DP);
- Radicamento sul territorio dei DP
- Buone pratiche testate sul campo che hanno rafforzato i rapporti tra i Servizi del DP (es. zoonosi)
- Eccellenze in alcuni specifici campi (es. risposta alle emergenze per la Salute Pubblica)
- Piano Regionale della Prevenzione come cornice utile alla diffusione di buone pratiche nei DP
- Opportunità per i DP di occuparsi di settori strategici per la salute pubblica (epidemiologia, promozione della salute, salute e ambiente, Screening oncologici)
- Alcuni sistemi informativi funzionanti (es. SIVA, MalProf, Nuovi Flussi Informativi INAIL Regioni)
- Modello organizzativo a "rete" per molte realtà dei DP (Epidemiologia, SIAN, Gruppo Tecnico Vaccini, SPSAL).

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Basso "peso" dei DP sul Sistema Sanitario (Il 5% della spesa sanitaria non viene interamente dedicato alla Prevenzione collettiva)
- Mancato riconoscimento "dell'importanza politica" delle attività preventive; problema di rapportualità e comunicazione non sufficientemente sviluppata tra operatori e decisori/operatori e classe politica
- Scarsa (cronica) integrazione tra i Servizi del DP; difficoltà di comunicazione tra gli Operatori del DP; mancanza di lavoro collaborativo su "funzioni leganti" (Promozione della Salute; Salute-Ambiente; Epidemiologia; Comunicazione...)
- Squilibrio tra fabbisogno ed offerta formativa per alcuni operatori della Sanità Pubblica (es. Assistenti Sanitari)
- DP gravati da pratiche obsolete, di scarsa/inesistente efficacia; attività gravate da eccessiva burocrazia (es. versante formativo); mancanza di risorse da indirizzare verso le pratiche efficaci
- Carezza di risorse umane (le uniche risorse che caratterizzano il DP), mancata copertura del turnover, progressivo invecchiamento di dirigenza e comparto
- Scarsa attività di informazione ai cittadini; ridotta attività di creazione di Partnership
- Scarsa conoscenza delle attività dei DP da parte dei Cittadini; assenti attività di "Trust and Reputation Management" da parte dei DP
- Assenza di strumenti epidemiologici essenziali (registro tumori, registro mortalità; anagrafe vaccinale informatizzata)

- Attività preventive efficaci non regolamentate e lasciate alla buona volontà degli operati
- Mancata continuità nella realizzazione di progetti efficaci/buone pratiche; mancato impegno nelle attività di progettazione (scarsa capacità di reperimento fondi)
- Diffomità di distribuzione del personale dei DP sul territorio regionale
- Difficoltà da parte delle Direzioni di Dipartimento di coordinamento fra Servizi per gli impegni della UO di appartenenza. Problema che andrà ad accentuarsi nel passaggio verso le AA.VV Asur

LE PRIORITÀ

Priorità 1 - Diffondere nei Dipartimenti di Prevenzione buone pratiche, attività di provata efficacia, programmi di prevenzione innovativi (comunicazione, promozione della salute, salute-ambiente, etc.).

Priorità 2 - Rafforzare le funzioni già attribuite ai Dipartimenti di Prevenzione strettamente legate al territorio (Prevenzione infortuni sul lavoro e malattie professionali, Vaccinazioni, Sicurezza alimentare, Epidemiologia).

Priorità 3 - Abbandonare le pratiche inutili ed obsolete

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

- Rafforzare i programmi di Screening gestiti dai Dipartimenti di Prevenzione (priorità 1)
- Uniformare nella Regione le attività effettuate dai DP contemplate dal Piano Regionale della Prevenzione (priorità 1)
- Integrare professionalità competenti per le nuove tematiche che interessano i DP (ad es. le tematiche ambientali, per dare risposte esaustive alla popolazione) (priorità 1)
- Rafforzare le attività di comunicazione interna ed esterna (priorità 1)
- Rafforzare le attività di promozione della salute (priorità 1)
- Investire nella progettazione partecipata con il coinvolgimento della popolazione (priorità 1)
- Rafforzare le attività epidemiologiche (priorità 2)
- Creare alleanze con la popolazione o gruppi rappresentativi, per rafforzare le funzioni già attribuite ai DP (priorità 2)
- Potenziare i Servizi (Le risorse umane sono le uniche risorse dei DP) (priorità 2)
- Facilitare il percorso di abolizione delle pratiche obsolete (priorità 3)

PROPOSTE DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA:

Priorità 1 - Diffondere nei DP buone pratiche, attività di provata efficacia, programmi di prevenzione innovativi

- Strutturazione di una Rete dei DP dedicata alla comunicazione (comunicazione del rischio, per la salute, nelle emergenze, social marketing...)
- Rinforzo del sistema di risposta alle emergenze per la salute pubblica rappresentato dai DP (dare seguito alla pianificazione regionale e locale, piani pandemici, etc.)
- Dare continuità ai Progetti del Piano della Prevenzione 2010-2012 avviati; estendere territorialmente i progetti che coinvolgono parzialmente i DP
- Maggiore attenzione alle opportunità di progettazione partecipata (fondi CCM annuali, fondi europei, fondi regionali speciali)

Priorità 2 - Rafforzare le funzioni "centrali" già espletate dai Dipartimenti di Prevenzione

- Facilitare per quanto di competenza dei DP le attività di avvio del Registro Cause di morte e registro tumori
- Coinvolgimento dei portatori di interesse della popolazione fin dalle fasi di progettazione e con l'utilizzo di metodologie qualitative (focus group, interviste...)

Priorità 3 - Abbandonare le pratiche inutili ed obsolete

- Valutazione dello stato d'avanzamento dell'iter legislativo per l'abolizione delle pratiche obsolete
- Proposta di legge regionale per l'abolizione delle pratiche obsolete in modo da liberare risorse umane per altre attività
- Rafforzamento delle attività EBP e delle azioni dei DP comprese nel PRP

WS2. IL DISTRETTO SANITARIO E L'ASSISTENZA PRIMARIA CHE VORREMMO

Facilitatori: Patrizia Balzani, Gabriella Beccaceci, Dario Bartolucci

Partecipanti: Dzenana Hazurovic, Luigi Patregnani, Giordano Grilli

CONTESTO

Gli italiani invecchiano e aumentano i malati cronici che richiedono assistenza continua; così, sia pure a piccoli passi, la sanità trasloca dall'Ospedale verso forme di assistenza sempre più vicine alle persone.

Ma è anche un servizio sanitario che cerca di «fare squadra» tra medici di famiglia, specialisti e professionisti sanitari per rispondere a una domanda di cure che si fa più complessa.

Le Regioni, chi più chi meno, lo hanno capito, investendo nei più efficaci e meno costosi servizi territoriali, tagliando al contempo i costosi posti letto degli ospedali, che sono sempre meno il centro di gravità del nostro sistema sanitario. Aumentano le mini strutture che evitano il ricorso al ricovero i nuovi bisogni di salute imposti dalla cronicizzazione di molte malattie impongono una svolta verso la «medicina d'iniziativa», più vicina ai luoghi di vita dei pazienti e in grado di individuare precocemente i soggetti a rischio e prevenire così gli eventi gravi. Un compito che deve essere svolto in primo luogo dal medico di famiglia. Non il dottore che vive isolato nel suo studio ma il medico che lavora in team con i suoi colleghi, compresi gli specialisti. Aumentano i MMG che lavorano in rete o che praticano «medicina di gruppo», che se non garantisce ambulatori aperti 24h arriva almeno a dare risposte per 8-12 ore al giorno. Si sperimentano nuove formule, come le Case della salute o le più diffuse Unità di cure primarie: Mini-ospedali sotto casa, dove medici di famiglia, infermieri e specialisti seguono passo passo i loro pazienti. Impedendo spesso che finiscano in ospedale. In ossequio alla qualità della vita e alle finanze regionali.

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Organizzazione distrettuale sperimentata e inserita nel territorio
- Personale sanitario competente e preparato
- Capillarità dei Professionisti sul territorio
- Professionalità e competenza dei professionisti sviluppate negli anni
- Possibilità di curare il paziente presso il proprio domicilio
- Gradimento dimostrato dai pazienti a questo tipo di cure
- Possibilità di aggregazione, AFT , “monoprofessionali”, dove più MG formano medicine di associazione di vario tipo e grado di complessità
- Possibilità di aggregazioni, UCCP o Case della Salute, “pluriprofessionali” , dove MG, C.A., PIS, Specialisti di vario tipo, PdS, ed Infermieri stanno insieme nella stessa struttura per dare risposte sia dal punto di vista qualitativo che dal punto di vista dei tempi migliore

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Scarsa integrazione fra professionisti
- Distribuzione delle risorse a macchia di leopardo
- Scarsità di Personale di Studio Medico
- Scarsità o addirittura mancanza, in alcuni casi, di Infermieri a domicilio
- Scarsità o addirittura mancanza di Specialisti che chiamati a consulenza vanno sul territorio
- Scarsità o addirittura mancanza di riabilitatori che vengono sul territorio
- Scarso investimento sul territorio per dotare i MG delle figure suddette
- Politica con la visione “Ospedalocentrica”, NONOSTANTE LE DICHIARAZIONI e con scarsa o nulla “considerazione” del Territorio

OPPORTUNITA'

- Presa in carico della cronicità
- Possibilità di accesso su appuntamento
- Possibilità di una Medicina di Iniziativa

- Possibilità di fare Ambulatori per Patologia
- Possibilità di tenere il paziente al proprio domicilio con un gradimento migliore ad un costo nettamente inferiore se lo stesso fosse ricoverato in Ospedale

PERICOLI

- Mancanza di interlocutori
- Assenza di una programmazione condivisa
- Riconversione piccoli ospedali affidata all'INRCA
- Che a fronte di nuove incombenze non vi siano né riconoscimenti di tipo giuridico che economico
- Che si continui ad investire sugli Ospedali e non sul Territorio

RACCOMANDAZIONI

Investire, anche in tempi di contenimento della spesa, sul Territorio, per migliorare l'assistenza ai pazienti con patologie croniche, che sono più fragili, presso il proprio domicilio, per il miglior gradimento di questo tipo di cura da parte dei pazienti stessi ed al contempo con una riduzione dei costi della sanità, che rispetto al ricovero Ospedaliero è nettamente minore.

LE PRIORITA'

Investire sul territorio per:

Priorità 1 –Attivare l'assistenza territoriale nelle 24h riorganizzando le attività e i professionisti con una seria rete informatica a supporto e un numero territoriale (124) a fianco di quello dell'emergenza.

Priorità 2 - Dotare i MG di Personale di Studio Medico, per ridurre la burocrazie e dedicare più tempo alla clinica, poter fare la medicina su appuntamento ed ambulatori per patologia. Infermieri per poter tenere i pazienti il più possibile al proprio domicilio.

Priorità 3 - Formazione di AFT ed UCCP diffuse su tutto il territorio che oltre a migliorare la cure danno anche la possibilità di avere una assistenza H24.

Priorità 4 - Integrazione Ospedale-Territorio, mediante la possibilità di avere una comunicazione telematica dei dati, per migliorare la cura dei pazienti e non fare procedure improprie, pericolose per il paziente stesso, o ridondanti, con aggravio della spesa sanitaria.

WS3. L'OSPEDALE CHE VORREMMO

Facilitatori: Marco Candela, Letterio Morabito, Remo Appignanesi

Partecipanti: Alba Minnozzi, Ajimol Arumattutharayil Rajappan, Mani Jayaprakash, Freddy Thoppil Pushkaran, Hydi Thoppil Pushkaran, Sinimol Jacob, Silvana Seri, Stefania Mancinelli, Concetta Paganelli

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Valore etico della mission
- Prevalenza sanità pubblica
- Coesione della rete professionale
- Risposta diffusa alla domanda di salute

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Rottura rapporto fiduciario paziente - sistema sanitario
- Insufficiente coinvolgimento del mondo professionale nella programmazione
- Tagli lineari non orientati ad una riorganizzazione coerente
- Frammentazione e dimensioni della rete ospedaliera
- Indisponibilità dati su attività, stato del sistema e appropriatezza
- Rigidità assetto organizzativo ospedaliero
- Mancato sviluppo dei profili di assistenza
- Insostenibilità cloni in ambito sanitario e amministrativo
- Non integrazione e confusione ruoli ASUR - AA.OO.
- Assenza governo delle dimissioni
- Interferenze non tecniche

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

- Chiarezza dei ruoli dei soggetti coinvolti e dei diversi nodi della rete
- Rete dell'emergenza basata su nodi ospedalieri con dotazioni standardizzate
- Centralizzazione attività specifiche per la garanzia degli standard professionali
- Definizione delle funzioni comuni a tutte le strutture ospedaliere
- Ottimizzazione setting assistenziali ospedale - territorio
- Riorganizzazione delle degenze per intensità di cura e complessità assistenziale con creazione di aree di degenza sostenibili

PROPOSTE DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA:

- Creazione di confronti strutturati e calendarizzati con gli organi di programmazione sanitaria
- Creazione di confronti strutturati e calendarizzati per definizione di livelli comuni, di area vasta e con le AAOO
- Definizione ed adozione filiera assistenziale:
 - ospedale: intensività, semintensività, acuzie, postacuzie;
 - territorio: residenza "integrata", RSA, RP sia generali sia dedicate, cure domiciliari;
 - discharge unit e attività di consultant a livello residenziale
- Adozione profili di assistenza di diffusione regionale per principali patologie
- Controllo di gestione unico a governo sanitario e accessibilità e trasparenza di tutti i dati
- Implementazione tecnologie informatiche
 - in ambito ospedaliero (trasmissione imaging o altra diagnostica, IPAD, ecc.)
 - in ambito territoriale (teleassistenza, domotica)

LE PRIORITÀ

Priorità 1 - Programmazione partecipata

Priorità 2 - Filiera assistenziale e profili di assistenza

Priorità 3 - Aggiornamento e integrazione delle tecnologie e delle reti informatiche

WS4. L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO CHE VORREMMO

Facilitatori: Paolo Orlandoni, Bice Previtiera

Partecipanti: Natalia Bartolini, Nikolina Jukic Peladic, Maurizio Ricci, Patrizia Lopez, Lucio Luchetta, Alessandro Limatola, Chantal Mariani, Paola Evangelisti, Elisa Accattoli, Fabiola Droghini, Augusto Sanchioni

CONTESTO

Assistenza sanitaria e sociale del paziente nelle varie tappe di diagnosi, cura e riabilitazione nelle fasi acute e cronica

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Esistono normative importanti che sottolineano l'importanza del Territorio (a cominciare dalla L. 833/78) e la decisione di investire sulle strutture territoriali (vedasi l'ultimo PSN) sia a livello nazionale che regionali (vedasi il PSSR 2012-2014)
- Esistono già diversi percorsi strutturati relativi alle dimissioni protette (ES. in AV2 e nell'ex S. Salvatore di Pesaro)
- È stata riconosciuta la convenienza obiettiva sotto il profilo economico-finanziario dell'investimento sul Territorio
- Le competenze del personale (dipendente e convenzionato)
- La lettura del contesto socio-demografico (1.500.000 abitanti e la media elevata dell'età della popolazione nella regione più longeva d'Italia) rafforza la necessità di integrazione O-T, valida per tutte le fasce di età
- Presenza di numerose associazioni di volontariato

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Problema culturale, basato sulla visione ancora ospedale-centrica
- Mancato o carente dialogo fra operatori (ospedalieri e territoriali)
- Mancato feedback a valle della presa in carico (sovente si deve iniziare il percorso ex novo)
- Ancora è da mettere a punto la comunicazione informatica dei dati (sistema informativo regionale in corso di definizione)
- Mancata consapevolezza nel mondo politico che la integrazione O-T potrebbe portare alla realizzazione anche degli obiettivi politici (se l'integrazione O-T porta alla riduzione dei costi, gli obiettivi politici e quelli sanitari e sociali sono più che convergenti)
- Regole di gestione diverse fra ente pubblico, privato accreditato e privato puro
- Scarsi o assenti strumenti di valutazione e controllo
- L'organizzazione del lavoro e i contratti del personale sono diversi fra Ospedale e Territorio

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

- Contribuire a vincere la visione ospedale-centrica, non più attuale, sia di operatori che di cittadini
- Ottimizzare le risorse esistenti (umane, strutturali, economiche, etc.) con un migliore coordinamento
- Evitare la duplicazione di prestazioni
- Ridurre i ricoveri impropri e le riospedalizzazioni
- Condividere con il cittadino la necessità di evitare di chiedere prestazioni non necessarie
- Rimettere tutto verso il paziente, evitando che egli sia succube di logiche amministrative
- Proposta di ricovero e lettera di dimissione: da ora in poi il primo momento di integrazione
- Ribaltare la logica attuale: il Territorio deve divenire il caregiver del paziente, guidandolo verso le prestazioni ad hoc nel Territorio stesso o verso l'Ospedale quando necessario

- Far in modo che l’Ospedale si avvicini al Territorio (non rimanendone avulso)
- Garantire la continuità di cura fra O e T (anche dal punto di vista amministrativo)
- Riequilibrio dell’allocazione delle risorse (realizzare quanto previsto dal riparto del fondo nazionale)
- Appropriately delle prestazioni (il paziente giusto, nel modo giusto, nel luogo giusto)
- Ricercare la qualità di ciascun segmento del sistema, vincendo l’attuale tendenza alla quantità delle prestazioni nell’ottica produttiva
- Definire – e applicare – gli strumenti di valutazione

PROPOSTE DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA

- Analizzare bene i bisogni del paziente e degli operatori
- Lavorare molto sulla comunicazione istituzionale verso la cittadinanza, tendendo a percorsi concettuali condivisi
- Utilizzare metodi collegiali (a cominciare dalla realizzazione piena dei Dipartimenti, introdotti dalla L. 833/78) contro l’impostazione verticistica, privilegiando percorsi sia di programmazione che operativi condivisi
- Sottolineare l’importanza dell’Ospedale di Distretto (come da DGR 1537/12 e 1696/12, con un disegno regionale per aree omogenee), nonché l’assoluta inadeguatezza formale e pratica del c.d. Ospedale unico di Area Vasta
- Sviluppare/rafforzare la consapevolezza che il modello di riferimento è quello a rete, che valorizza gli aspetti relazionali
- Definizione e applicazione del sistema informativo socio-sanitario sull’intero territorio regionale
- Sviluppare/rafforzare la consapevolezza che il momento di dimissione dal reparto ospedaliero è solo un momento, di trasferimento verso una soluzione territoriale (RSA, RP o domicilio)
- Utilizzare l’esperienza del personale in quiescenza fra le risorse a disposizione (seminari, ruolo di tutor, etc.)
- Potenziare l’utilizzo della telemedicina e delle soluzioni ICT per consentire anche a territori svantaggiati la garanzia di continuità assistenziale
- Svolgere formazione e informazione sulla tematica dell’integrazione O-T, poiché fino ad ora “si parla” solo di Ospedale (per esempio sulla stampa), mentre è necessario sensibilizzare sia i cittadini che gli operatori sulla conoscenza del Territorio
- Prevedere nella struttura ospedaliera che dimette il paziente una figura (case manager) in un team dedicato, che assicura il trasferimento del paziente, raccordandosi con il Territorio
- Valorizzare e realizzare omogeneamente sull’intero territorio regionale il Punto Unico di Accesso distrettuale (PUA), che funge da “centro di ascolto” dei bisogni del cittadino e primo “filtro” per l’“orientamento” verso i percorsi più appropriati
- Creazione di una rete assistenziale in cui definire per le patologie più frequenti il percorso e le procedure da seguire
- Favorire la collaborazione degli specialisti ospedalieri sul Territorio, d’intesa con il Direttore di Distretto
- Scegliere indicatori di valutazione adeguati (ES. verificare il funzionamento del PUA sull’intero territorio regionale)
- Possibilità di unificare le strutture sanitarie di varia tipologia (sanitarie, ospedaliere, universitarie) in un’unica azienda (teorica, ma difficilmente realizzabile)

LE PRIORITÀ

Priorità 1 - Priorità sanitaria verso quella amministrativa

Priorità 2 - Qualità delle prestazioni

Priorità 3 - Difesa dei cittadini più fragili

PAROLE CHIAVE

- Centralità del paziente
- Qualità delle scelte
- Valorizzare le varie figure professionali
- Valorizzare l'esperienza professionale
- Paradigma della biunivocità fra O e T
- Comunicazione
- Condivisione
- Obiettivi
- Outcome globale
- Nuovo patto sociale operatori-cittadini
- Reti cliniche
- Disegno regionale per aree omogenee
- Sostenibilità nel tempo

RACCOMANDAZIONE PER I DECISORI

Cogliere la situazione attuale come opportunità e investire sulla integrazione Ospedale-Territorio come sfida del futuro

STRUMENTI UTILIZZATI

Tecniche per intervistare gruppi: il brainstorming

WS5. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA CHE VORREMMO

Facilitatori: Paolo Mannucci, Enrico Boaro, Franco Pesaresi, Stefano Ricci

Partecipanti: Ivana Gasparini, Claudia Giacani, Angelo Meloni, Bernardo Gili, Roberta Vitelli

CONTESTO

Riferimenti e percorsi normativi (nazionali e regionali) non omogenei sull'integrazione socio-sanitaria a partire dalla divisione delle competenze tra sociale (ai Comuni) e sanità (alle ASL) del DPCM 8/8/85 e delle asimmetrie (istituzionali, amministrative, economico-finanziarie, organizzative, professionali...)

- L'integrazione socio-sanitaria nasce dalla conoscenza di ciò che fanno gli altri
- Ogni figura professionale non ha chiari: il proprio ruolo e le proprie funzioni e questo condiziona negativamente l'integrazione: questione anche della conoscenza tra le professionalità
- Questioni specifiche collegate alla fragilità e alle fragilità:
 - della cronicità e delle risposte necessarie e possibili (professionali, relazionali, umane...)... una conoscenza che deve essere trasversale e partire da lontano
 - pazienti psichiatrici anziani e chi ha alterazioni comportamentali, ma non è anziano
 - pazienti che incrociano più servizi sanitari che sono pazienti di tutti e di nessuno...
 - interventi tra sanità e sociale e valenza "terapeutica" unitaria per la salute (es. borse lavoro...)
- Questione della "comunicazione", del "passaggio" tra servizi (soprattutto dall'età evolutiva all'età adulta)
- Cambiamenti veloci dei bisogni e delle esigenze e fatica a rispondere

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Competenza e passione degli operatori sanitari e sociali, con esperienze consolidate anche se circoscritte, non generalizzate
- La grande consapevolezza della rilevanza dell'integrazione socio-sanitaria, anche se, considerato questo, non si capisce perché si fa tanta fatica a realizzare

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Manca l'integrazione in sanità; manca l'integrazione tra la sanità e il sociale della sanità; manca l'integrazione tra sanità e sociale
- Parliamo di integrazione, ma pratichiamo il coordinamento... non sempre, non dappertutto
- I "tagli lineari" hanno un'incidenza maggiore se fatti su servizi già "ridotti", "fragili", non sufficientemente strutturati
- Siamo di fronte ad uno scollamento tra sistemi e servizi che rischia la disintegrazione
- Difficoltà di integrazione professionale tra professionalità analoghe, ma contrattualizzate in modo profondamente diverso e, spesso, penalizzanti... precarietà professionale che condiziona negativamente la qualità dell'intervento

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

Elementi guida che, se modificati, possono favorire il cambio di prospettiva: governance del sistema (governo che fa partecipare e coinvolge), anche in relazione alle diversità (in sociale e sanità) per cui "semplificare" gli interlocutori, completando il percorso in atto; risorse scarse e disperse richiedono una gestione unitaria; garantire un riferimento unico al cittadino, anche nella gestione del caso, tra sanità e sociale

PROPOSTA DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA

- Valore della gestione associata dei servizi, anche come risposta alle difficoltà economiche, sempre più integrata tra sociale e sanitario. Termini micro che diventano macro (competenze costi e "compensazioni" tra budget di "servizi" diversi)... verso un budget socio-sanitario
- Valore delle diverse professionalità per una corretta presa in carico di bisogni complessi che necessitano di interventi multidisciplinari e multiprofessionali

- Valorizzazione del “capitale sociale” del cittadino che si trova in situazione di bisogno, relazioni familiari e sociali necessariamente sostenute, da professionalità sanitarie e sociali, integrate (scambio e comunicazione tra professionisti diversi, di servizi diversi...), che qualificano e partecipano il “capitale sociale” stesso... in una logica di “prossimità”

PRIORITÀ

Priorità 1 - Prospettiva da percorrere è quella della semplificazione: luoghi di incontro e di comunicazione, di condivisione che vanno verso il “benessere”

Priorità 2 - Percorso del “governo della domanda”: area accoglienza/accettazione territoriale; area valutazione integrata sociale e sanitaria; presa in carico e continuità assistenziale

Priorità 3 - Riorganizzazione unitaria dei servizi residenziali e semiresidenziali sanitari extraospedalieri, socio-sanitari, sociali attraverso: revisione leggi di autorizzazione e accreditamento sanitaria e sociale; atto di fabbisogno; requisiti assistenziali; tariffe e compartecipazione

Priorità 4 - Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali integrati tra sanità e sociale, previsti dal PSSR, da costruire... che permettono di individuare chi fa cosa...

WS6. L'INNOVAZIONE, L'UMANIZZAZIONE E LA COMUNICAZIONE IN SANITA' CHE VORREMMO

Facilitatori: Alberto Bevilacqua, Micol Bronzini

Partecipanti: Bedini Alessandro, Branchesi Sarah, Gatti Rita, Viti Francesca

ANALISI PUNTI DI FORZA

- La professionalità e l'umanità di molti operatori
- Sperimentazioni, con evidenze scientifiche, avviate nell'ambito delle medicine integrative;
- Progetti di miglioramento, implementati in alcune realtà, che mettono al centro la persona, nelle vesti di degente, familiare, operatore
- Collaborazione con l'università per progetti innovativi nel campo dell'assistenza e della ricerca
- Esperienze come quella odierna, che testimoniano l'intendimento degli operatori di condividere e il desiderio di mettersi in discussione e dare il proprio contributo per una sanità migliore

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Mancanza di ascolto e di confronto con le istituzioni regionali, rispetto alle proposte degli operatori e dei cittadini
- Mancanza di chiarezza sugli orientamenti prioritari e sulle strategie di sviluppo e di intervento per la sanità marchigiana
- Risorse umane ed economiche insufficienti
- Frammentarietà e poca armonizzazione tra gli interventi
- Difficoltà nella comunicazione organizzativa interna ed esterna

OPPORTUNITÀ

- Enfatizzare il valore dell'ascolto dei bisogni del cittadino in una logica di rete
- Sviluppare un'etica della responsabilità
- Alimentare l'avvio di questa nuova visione (di una medicina integrata) con corsi universitari (esempio la sipnei che lo fa già da tempo)
- Mettere passione nel proprio lavoro, anche al fine di migliorare se stessi
- Partire dal riconoscimento della dignità umana
- Sviluppare un cambiamento culturale diffuso, a partire dall'esperienza di ciascuno, al farsi protagonisti di se stessi (cambiare se stessi per cambiare la società); ossia, non delegare tutto agli altri come propri sostituti

PERICOLI

- Nella comunicazione sanitaria, informazioni troppo veloci che non tengono conto del livello socioculturale di chi si ha di fronte
- Il linguaggio medico scientifico troppo complesso rischia di disorientare il paziente, che cerca altri canali di informazione
- Stiamo tornando indietro rispetto ad alcune conquiste (come l'esperienza dei consultori)
- Cultura sociale esageratamente individualista
- Il medico di medicina generale rischia a volte di diventare un mero "proscrittore" (il suo ruolo fondamentale andrebbe preservato)

LE PRIORITÀ

Priorità 1 - Presa in cura del paziente nella sua globalità, e non solo della sua patologia, con la consapevolezza che il rapporto medico-paziente non è una diade ma una triade (coinvolgendo le figure di riferimento del paziente nei processi di cura)

Priorità 2 - Integrare la formazione in una visione globale, che sviluppi l'apprendimento consapevole

Priorità 3 - Prendersi cura di chi cura

OBIETTIVI PERSEGUIBILI:

- Medicina più umana, più accogliente, più rispettosa, che consideri l'altro nel momento dell'incontro
- Comunicazione partecipata e ascolto attivo
- Ridurre gli eccessi di medicalizzazione

PROPOSTE DI SOLUZIONE

Confrontare le diverse esperienze e diffondere le buone pratiche

MODALITÀ OPERATIVE

- Porsi in ascolto
- Verificare attraverso feedback l'efficacia degli interventi in maniera autocritica;
- Attivare le esperienze che hanno dimostrato di avere successo

WS7. LA FORMAZIONE E LA VALUTAZIONE CHE VORREMMO

Facilitatori: Francesco Di Stanislao, Andrea Soccetti

Partecipanti: Sandro Ortolani, Francesca Rocchetti, Marco Zazzeroni

Vista l'ampiezza dei due temi si sono delimitati i campi di discussione attorno a:

Formazione continua e **Valutazione della Qualità dell'Assistenza**

FORMAZIONE CONTINUA

CONTESTO

Diffusa consapevolezza (codificata da norme nazionali e regionali) della rilevanza strategica della formazione continua per la manutenzione e l'innovazione del SSN/R

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Coerenza delle norme nazionali e regionali al "sentire diffuso" degli operatori sul tema della formazione
- Obblighi e agevolazioni alla FC previste nei CCNL
- Finanziamento della formazione a carico delle aziende

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Scarsa verifica della coerenza tra FC acquisita e attività svolta all'interno delle aziende
- Scarsa focalizzazione su saper fare e saper essere
- Scarsa o assente valutazione sulle ricadute reali (impatto) della formazione all'interno delle aziende
- Assenza di formazione strutturata del personale amministrativo
- Difficoltà di accedere alla FC del personale non strutturato
- Eccessivo ricorso ai corsi FAD
- Scarsa condivisione/strutturazione delle conoscenze/competenze acquisite nella FC all'interno delle proprie UU.OO

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

1. Portfolio delle competenze
2. Valutazione del personale che includa anche le attività di formazione svolte
3. Valutazione di impatto della FC
4. Aumento della formazione sulle capacità/competenze comunicative/relazionali
5. Strutturazione di attività formative per la componente amministrativa e facilitazione della partecipazione ad attività già strutturate per il personale precario
6. Strutturazione percorsi di condivisione della FC acquisita dai singoli operatori all'interno delle U.O

PROPOSTA DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA

- A. Linee di indirizzo regionali sui punti 1 e 2
- B. Demandare agli uffici di formazione aziendali le attività di cui ai punti 3-4-5-6

PRIORITA'

1 -6- 3

VALUTAZIONE della QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

CONTESTO

- WHO 2008 - Tallin Chart "Health Systems for Health and Wealth"- .. *"i sistemi sanitari devono dimostrare una buona performance"* ... e .. *"promuovere la trasparenza e rendere conto della performance del sistema sanitario nel raggiungimento di risultati misurabili"*
- Conferenza permanente Stato Regioni/P.A.: Deliberazione su finanziamento del "Portale della trasparenza dei servizi per la salute" (24 gennaio 2013)

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Gli elementi di contesto (cfr. sopra)
- Consapevolezza diffusa dell'importanza dell'utilizzo di un sistema di valutazione per orientare le policy sanitarie
- Razionalizzazione del sistema vs razionamento : lavorare sull'inappropriatezza e le "basse" performance vs. logica dei tagli lineari
- Esistenza di un repertorio rilevante e qualificato (internazionale, nazionale e regionale) di modelli e sistemi di indicatori di valutazione della qualità/performance delle attività e prestazioni dei servizi sanitari

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Carenza/assenza di cultura della valutazione- Resistenze/Pregiudizi degli Operatori
- Scarso utilizzo dei risultati dei sistemi di monitoraggio della qualità dell'assistenza nella concreta pratica di valutazione a livello regionale e aziendale
- Copertura "solida" dei flussi informativi correnti limitata ad alcune aree (ospedale, specialistica ambulatoriale e farmaceutica), e ancora da consolidare per i macrolivelli territoriali (es. flussi FAR, SIAD, SIND, ecc.) e della prevenzione collettiva.
- Mancanza di rilevazioni nazionali su alcune dimensioni della qualità (qualità percepita)
- Difficoltà di collegamento tra dati economici (CE-LA) e flussi attività sanitaria
- Non univocità a livello nazionale dei punti di raccolta flussi (Min Sal – MEF – AIFA ... ecc).
- Non sistematicità dei percorsi di valutazione (laddove esistenti)

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

1. Collaborare alla definizione di un sistema regionale/nazionale di valutazione della performance
2. Mettere a regime i flussi informativi nazionali relativi ai Servizi Territoriali
3. Utilizzare i dati del sistema per la predisposizione degli obiettivi di budget aziendali/dipartimentali
4. Rendicontazione ai cittadini dei dati sulla performance dei servizi (Trasparenza)
5. Sviluppare la cultura e pratica della valutazione nelle aziende sanitarie

PROPOSTA DI SOLUZIONE E MODALITÀ OPERATIVA

- A. Partecipazione di esperti regionali/aziendali ai gruppi di lavoro nazionali sui sistemi di indicatori (es Piano Nazionale Esiti) e trasferimento a livello locale dei risultati del lavoro dei tavoli nazionali.
- B. Verifica da parte regionale che i budget aziendali contengano indicatori del sistema di performance e indicatori ricavabili dai nuovi flussi informativi territoriali
- C. Individuazione con rappresentanze dei cittadini/associazioni malati dei dati di performance dei servizi da includere nei siti WEB delle aziende regionali (e possibile valutazione congiunta dei risultati)
- D. Introdurre nel sistema di accreditamento regionale l'obbligo di audit periodici (almeno una volta all'anno) dei dati di performance delle singole UOC

PRIORITA'

B –D – A – C

WS8. LA SANITA' CHE VORREMMO... LA PAROLA AI CITTADINI

Facilitatore: Sergio Ganzetti

Partecipanti: Elsa Ravaglia, Patrizia Di Emidio, Carlo Romagnoli, Carmen Pedretti, Filomena Benni, Piero Rosalba

CONTESTO

Alcuni spunti di riflessione da parte di cittadini nei confronti del Sistema Socio-sanitario marchigiano in una fase storica generale particolarmente difficile e in costante evoluzione

ANALISI PUNTI DI FORZA

Generale percezione di un buon Servizio Sanitario Regionale pubblico che scaturisce dalla valida impostazione del Servizio Sanitario Nazionale (qualità, capillarità, universalismo) declinato in un tessuto sociale ancora abbastanza valido.

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Nelle difficoltà attuali, rischio di perdita (laddove non sia già accaduto) del rapporto fiduciario medico/paziente da cui scaturiscono situazioni conflittuali e anche la cosiddetta medicina difensivistica
- Il rapporto cittadino/Istituzioni pubbliche sta attraversando una "vita difficile"
- Difficoltà di accesso per l'utenza a informazioni esaustive riferite al servizio sanitario con conseguente sensazione di non soddisfacente trasparenza
- Percezione di modalità organizzative migliorabili riferite ad alcuni settori vissuti come prioritari : CUP, LISTE D'ATTESA, PRONTO SOCCORSO, RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

- Dare effettiva attuazione a varie normative di tutela del cittadino, tra cui il DPCM del 27.1.1994 "I diritti del cittadino nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Cercare di migliorare il rapporto Medico/Paziente-Utente
- Cercare di migliorare il rapporto Istituzione/ Cittadino
- Gli obiettivi precedenti possono essere raggiunti lo sviluppo sia di una buona qualità della relazione di cura da parte di ogni professionista della sanità, ogni unità operativa, ogni struttura (attraverso anche processi di formazione continua sia 'in aula' che 'on the job'), che della qualità del lavoro dei centri decisionali della Sanità Regionale, così da promuovere un circolo virtuoso di reciproco riconoscimento ed apprezzamento.

LE PRIORITA'

Priorità 1 - Riconoscere e ricordarsi la centralità del cittadino all'interno del Servizio Sanitario, del quale è contemporaneamente utente e datore di lavoro e il diritto alla salute del singolo e della collettività

Priorità 2 - Salvaguardare le risposte appropriate del Sistema sanitario regionale

Priorità 3 - Identificare modalità condivise per aumentare il livello di informazione (almeno miratamente a specifici Obiettivi), di comunicazione e di partecipazione ad esempio attraverso la promozione degli AUDIT CIVICI e costruzione della rete delle associazioni dei cittadini e del FORUM DEI CITTADINI.

PROPOSTA DI SOLUZIONE E MODALITA' OPERATIVA

Si ritiene necessario il coinvolgimento costante delle Associazioni dei Cittadini come utile e necessario tramite tra Istituzioni e Utenza, ad esempio prevedendo da parte dei decisori incontri di tipo consultivo - e non soltanto informativo a decisioni avvenute - in merito a argomenti sanitari di notevole e vitale interesse per la collettività, con queste rappresentanze (es. Cittadinanza Attiva, il

Tribunale dei Diritti del Malato e altre Associazioni di Cittadini). Ciò comporta che ci sia un accesso, facilitato e preliminare agli incontri, ad informazioni complete ed esaustive perché la cittadinanza possa dare il proprio adeguato, opportuno e costruttivo contributo alle decisioni anche in ambito organizzativo sanitario.

WS9. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE CHE VORREMMO... UNA RETE DA COSTRUIRE

Facilitatori: Stefano Berti, Massimo Agostini

Partecipanti: Elisabetta Bernacchia, Giulia Del Vais, Stefania Fraboni, Paola Puliti, Anna G. Agatiello, Fabiola Simonetti

CONTESTO

Alto tasso di patologie croniche nella popolazione e causa di determinanti distali (ambientali) e prossimali (stili di vita) interconnessi tra loro con le seguenti conseguenze:

- 86% di tutte le morti
- 77% di anni di vita in buona salute perduti
- 76% di tutte le malattie.

Tali evidenze di mortalità e morbilità sono riferibili a 4 fattori di rischio: fumo, alcool, sedentarietà e scorretta alimentazione.

Il 60% delle risorse in sanità (stima OCSE) sono assorbite dall'assistenza/cura a tali patologie croniche legate anche al costante incremento della popolazione anziana. A fronte di tale spesa solo il 3% viene destinato alle attività di prevenzione.

Tale modello non è sostenibile in prospettiva, già la Carta di Ottawa del 1986 indicava la necessità di operare per:

- 1) COSTRUIRE UNA POLITICA PUBBLICA PER LA SALUTE
- 2) CREARE AMBIENTI FAVOREVOLI PER LA P.d.S.
- 3) DARE FORZA ALL'AZIONE DELLA COMUNITA'
- 4) SVILUPPARE LE ABILITA' PERSONALI
- 5) RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI

ANALISI PUNTI DI FORZA

Coinvolgimento di tutti gli stakeholder nei percorsi/processi

- Disponibilità di metodologie efficienti ed efficaci (EBP, buone pratiche, Linee Guida ecc.)
- Capacità di azioni trasversali
- Organizzazione di Reti
- *Empowerment* individuale e di comunità
- Salutogenesi vs patogenesi

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Diffusa autoreferenzialità
- Assenza di un modello organizzativo omogeneo nella regione
- Mancanza di risorse economiche e umane nei diversi S/UO di P.d.S.
- Difficoltà ad intervenire sulla complessità
- Difficoltà ad applicare interventi di rete e ad applicare la progettazione partecipata
- Sporadicità degli interventi di P.d.S.
- Mancanza di tracciabilità/filiera della P.d.S.
- Mancanza di una progettazione globale (intersectoriale, multiprofessionale)
- Mancanza di un linguaggio e cultura di P.d.S. comuni

PERICOLI

Operatori non ben formati (limiti nella formazione medica incentrata sulla diagnosi/cura)

- Mancanza di una diffusa efficacia dimostrata
- Demotivazione dell'operatore a causa di riscontri a lungo termine dell'efficacia degli interventi
- Dispersione data dalla complessità degli interventi intersectoriali
- Frammentazione data dal tentativo di gestione della complessità

- Incapacità di fare sintesi delle conoscenze
- La difficoltà di gestire la progettazione partecipata può portare al fallimento degli interventi

OPPORTUNITA'

Prevenzione universale e per tutti i target di popolazione

- Salute in tutte le politiche
- Approccio alla persona e alla comunità
- Salutogenesi
- Attività curricolari nel mondo della scuola che accompagnino lo sviluppo psico/fisico dei ragazzi in tutte le età
- Benessere a scuola e migliore rendimento scolastico dei ragazzi
- Benessere per la comunità
- APPROCCIO OLISTICO

LE TRE PRIORITA'

Priorità 1 - Strutturazione di servizi di P.d.S. con un referente e una Unità Operativa per Area Vasta con formalizzazione, mediante atto pubblico, di un gruppo operativo di P.d.S. ovviamente rappresentativo di tutti i Servizi

Priorità 2 - Formazione su strumenti e metodi di P.d.S. a rappresentanti di tutte le articolazione della sanità e rappresentanti del polo sociale e del polo educativo

Priorità 3 - Strutturazione e applicazione di Linee Guida per la P.d.S. in ogni Area Vasta con la creazione di una Rete a livello regionale

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

Costruzione di linee guida per la P d S a livello regionale

PROPOSTE DI SOLUZIONE

Definizione di criteri minimi di base per la strutturazione di UUOO/SS di P d S

MODALITÀ OPERATIVE

Formalizzazione con atto pubblico (determina o altra formulazione) di un gruppo operativo di P.d. S. con un responsabile e una U.O. (componente fissa e componente variabile), gruppo interdisciplinare e plurispecialistico (scuola, sanità , sociale, pubblico, privato, terzo settore)

WS10. LA SALUTE MENTALE CHE VORREMMO

Facilitatori: Maurizio Belligoni, Maurizio Ercolani

Partecipanti: Giancarlo Brociani, Stefano Marconcini, Enrico Palmucci, Elisabetta Palmieri, Giuliana Grifantini, Sauro Santini, Maria Balducci

CONTESTO

La regione Marche si trova oggi a dover varare il nuovo progetto obiettivo salute mentale alla luce del nuovo accordo nazionale: "Piano di azione Nazionale per la salute Mentale" provenendo da un vecchio progetto Salute Mentale mai applicato, e dall'ultimo rapporto dell'ARS (2009) i cui risultati non sono mai stati presi in considerazione.

ANALISI PUNTI DI FORZA

- Una legislazione che se pur datata delineava un sistema di qualità (progetto obiettivo salute mentale 2004/2006 ecc...)
- Una rete strutturale sviluppata dal 1978 ad oggi, in buona parte del territorio marchigiano i servizi territoriali e le strutture residenziali consentono tassi di mobilità passiva tendenti allo zero
- Una buona gestione dell'emergenza psichiatrica
- La distribuzione diretta dei farmaci, oltre ad essere un punto di contatto importante con l'utenza è anche un risparmio economico, ma è ad oggi limitata ad alcune realtà

ANALISI PUNTI DI DEBOLEZZA

- Presenza di alcuni territori che agevolati dal finanziamento storico a pie di lista modello, hanno un modello organizzativo inefficace perché espelle l'utenza dal proprio territorio e contemporaneamente implica un forte consumo di risorse
- Non operatività del sistema informatizzato di raccolta dati, disponibile da oltre 10 anni
- I dipartimenti unici provinciali rischiano di innescare processi di deresponsabilizzazione (come già avvenuto in altre realtà) seppure presenta la possibilità di differenziare funzionalmente le strutture esistenti
- Non esistono strutture e servizi per adolescenti, per DCA ed altre patologie emergenti (borderline)
- Ambiguità della situazione di Ancona con i rapporti con l'azienda ospedaliero universitaria

OBIETTIVI PERSEGUIBILI

- Informatizzazione di tutti i servizi, oggi la mancanza di dati è assoluta
- Budgettizzazione in base alle esigenze reali dei territori e non legato al consumo storico; discutere sul consumo storico e non su utilizzi reali e presenti non migliora né efficacia né efficienza
- Differenziazione dell'offerta delle strutture nel territorio (patologie emergenti)
- Risoluzione del "problema Ancona" con differenziazione dei posti letto in uscita, trasformazione in posti di riabilitazione e/o spdc a porte aperte
- Creazione di servizi e strutture residenziali e diurne per adolescenza
- CSM aperti nelle 24 ore con posti letto
- Distribuzione diretta nei CSM dei farmaci atipici
- Creazione di strutture per utenze ex OPG realmente riabilitative e non contenitive (numero operatori adeguato alla funzione)
- Riduzione degli utenti in residenzialità extra regionale e potenziare il territorio per seguire l'utenza anche al proprio domicilio di proprietà
- Potenziare le sinergie con i MMG

PROPOSTA DI SOLUZIONE E MODALITA' OPERATIVA in ordine di PRIORITA':

1. Obbligo per tutti i servizi di utilizzare il sistema informatico a suo tempo sperimentato da Macerata e Senigallia
2. Conversione in posti letto riabilitativi (SRR – SRT) dei posti letto “ex SPDC” ad oggi ancora assegnati alla Clinica Psichiatrica di Ancona ma in via di trasferimento in AV2
3. Distribuzione diretta nei CSM dei farmaci atipici da subito
4. Revisione, in chiave riabilitativa, del “progetto Fossombrone” per gli utenti provenienti dagli OPG
5. Budget mirati alla popolazione servita (numero, incidenza patologia,...) ed al territorio (orografia, estensione,...)
6. Diminuzione graduale ma costante dei fondi per la residenzialità extra regionale e implemento di pari quota per i servizi territoriali finalizzati a seguire l'utenza al proprio domicilio in collaborazione con i MMG
7. Programmare una distribuzione territoriale (valida dal punto di vista epidemiologico) di servizi specializzati, anche specifici per adolescenza
8. Accorpamento, ove strutturalmente possibile, dei CSM con le SRR – SRT, per garantire una apertura del CSM in h24 e l'utilizzo di posti letto all'occorrenza (Night Hospital)