

CON IL PATROCINIO



PROVINCIA
DI ROMA



ROMA CAPITALE



REGIONE
LAZIO

PRESENTAZIONE DEL
LIBRO

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DALLA LEGGE 833 DEL 1978 A OGGI



della Dr.ssa Bice Previtiera

lunedì 3 dicembre 2012 - ore 10.30



Camera
dei
Deputati

Palazzo Marini - sala della Mercede
via della Mercede, 55

Presiede

On. Ugo Lisi – On. Giordano Tredicine – Prof. Emilio Mortilla

Modera

Dott.ssa Paola Zanoni

Giornalista

Relatori

Prof. Renato Balduzzi

Dott. Francesco Bevere

Sir Muir Gray

Ministro della Salute

Ministero della Salute

Oxford University, NHS

Director of the National Knowledge Service

Chief Knowledge Officer to the National Health Service

Public Health Director of the Campaign for Greener Healthcare

Prof. Walter Ricciardi

Ordinario di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore

Co-fondatore e Presidente della Società Italiana Medici

Manager

Presidente della European Public Health Association (EUPHA)

Dr. Filippo Palumbo

Direttore generale della programmazione sanitaria e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute

Dr. Carmine Ruta

Direttore del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali

Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS)

Regione Marche

Dr. Salvo Cali

Segretario nazionale del Sindacato dei Medici Italiani (SMI)

Dr. Luigi De Lucia

Responsabile del Centro Studi e Ricerche del Sindacato dei Medici Italiani (SMI)

Dr. Gilberto Gentili

Presidente nazionale della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto (CARD)

Dr. Giuseppe Dell'Acqua

Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste

Dott. Leopoldo Grosso

Vicepresidente e responsabile dell'Università della Strada, Torino.

Docente dell'Associazione Gruppo Abele Onlus

Sarà presente l'autrice.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DALLA LEGGE 833 DEL 1978 A OGGI

NOTE DELL'AUTORE

Attraverso un'analisi storica e normativa dell'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale, l'autore individua le attuali condizioni e criticità, creando lo spunto per immaginare una nuova realtà organizzativa delle varie anime del "pianeta sanità", non più separate e indipendenti, bensì omogenee e fra loro complementari, al solo scopo di fornire un servizio migliore e di ridurre i costi. L'iter concettuale che ha guidato il lavoro è stato, con un approccio sistemico e relazionale, lo studio dello stato e degli orientamenti del servizio sanitario, del concetto di rete, della *clinical governance*, di programmi, protocolli e percorsi assistenziali integrati, con una esemplificazione dei problemi ricorrenti di relazione tra i diversi nodi della rete, nonché di alcune sperimentazioni di reale e riuscita integrazione fra Ospedale e Territorio.

Emerge chiaramente come, se la rete è in sofferenza, sia sempre il cittadino a pagarne le spese. L'odierna missione della sanità pubblica consiste quindi nell'affrontare e risolvere i problemi di relazione fra i nodi della rete.

La riduzione dei posti letto ospedalieri e la nuova caratterizzazione degli ospedali, volti sempre più, giustamente, a curare l'acuzie e le patologie complesse, hanno posto in drammatica evidenza la necessità di prestazioni integrative sul territorio. Esse - tra cui l'educazione all'auto-medicazione e la creazione di strutture di RSA, riabilitazione, lungodegenza e *hospice* - sono però a tutt'oggi carenti per l'assenza di un vero disegno che coinvolga in modo organico il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il medico di continuità assistenziale e dell'emergenza, lo specialista ambulatoriale, il medico dirigente.

L'investimento sul Territorio, alla luce delle evidenze mostrate, si rivela positivo per il sistema, poiché contribuisce a una riduzione dei costi complessivi e delle inapproprietezze. Non può tuttavia essere dettato da motivi ideologici o rivolgersi in maniera indistinta a tutti gli ambiti assistenziali nell'ottica di un generico loro potenziamento, se manca una prospettiva strategica.

E' infatti indispensabile agire secondo un disegno strategico generale di riprogettazione: riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni e riqualificazione del personale, seguendo la logica di semplificazione (ma al contempo di arricchimento) degli assetti relazionali.

Esso deve privilegiare, quindi, quegli ambiti rilevati come efficaci in termini di miglioramento di appropriatezza e qualità delle cure individuali e delle attività di promozione della salute e prevenzione collettiva rivolte ai cittadini, in uno scenario nazionale e internazionale che indica come impostazione per il futuro la "medicina di popolazione", tesa ad affrontare il primo anello della catena e quindi i determinanti sociali di salute. Ci si avvia verso un'organizzazione ospedaliera "per aree differenziate" secondo modalità assistenziale, intensità di cure, durata della degenza, regime di trattamento. Si richiede quindi l'adozione dei provvedimenti necessari a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero, verso una forma di assistenza sempre più in regime ambulatoriale o domiciliare e gestita in modo integrato multiprofessionale e multidisciplinare, fino a raggiungere il traguardo della "transdisciplinarietà", nell'ottica della "conversazione costruttiva"¹. La collettività ha un significato: amplifica le potenzialità del singolo e consente di osare in maniera maggiore rispetto a un semplice individuo. Il lavoro congiunto porta a incidere maggiormente su chi detiene il potere decisionale, come espressione di *governance* partecipata, attraverso lo studio della programmazione e attuazione delle politiche con il coinvolgimento di attori pubblici e privati che

¹Alla Conferenza di Madrid del 2003 sulle politiche per la salute e i valori, Ilona Kikbusch usò il termine "conversazione costruttiva". Successivamente, nel corso dei workshops facilitatori in Galles, Ungheria, Spagna e Scozia, incentrati sull'applicazione pratica della Cornice di Madrid, la "conversazione costruttiva" divenne il mantra per il modo in cui si discute di salute e valori (Marinker, 2006).

interagiscono con l'obiettivo di influenzare i risultati e gli impatti di politiche e programmi. E' un processo con il quale collettivamente vengono risolti i problemi rispondendo ai bisogni della società.

Le politiche sorgono in prima istanza da un impeto di iniziativa, da nuove scoperte della ricerca, da dati epidemiologici che monitorano evoluzioni, percezioni di bisogni, rischi e minacce, dall'evidenza di pubblica insoddisfazione rispetto allo *status quo*, le campagne di speciali gruppi di interesse, partiti politici, le agende correnti dei mezzi di comunicazione. Per dare un corso alla politica, è allora necessario parlare di questi temi.

A un certo punto i decisori politici, gruppi di esperti, scienziati della salute e della società, politici e servitori pubblici, speciali rappresentanti di interesse, amministratori pubblici e private devono sedere insieme e deliberare.

Negli ultimi anni l'aspirazione è stata quella secondo la quale la politica per la salute dovesse essere "basata sull'evidenza". Tuttavia la politica non è solo il prodotto dei dati. Essa emerge dall'interazione di gruppo. In questo, la luce dell'evidenza e della ragione viene inevitabilmente deviata attraverso il prisma dei valori, delle preferenze, delle emozioni, dell'intelletto e della personalità di tutti gli individui che ne prendono parte. Il termine conversazione implica molto di più che "parlare insieme". La definizione riportata dal dizionario della lingua inglese Oxford English Dictionary si riferisce ad "avere trattative con altri", a "vivere insieme" e anche a "società" e "intimità". Il conversatore costruttivo è un negoziatore, un interprete e un esploratore. Come può la "conversazione costruttiva" prendere il posto delle pressioni partigiane e della argomentazione che, più che essere basata sulla verità, mira a conseguire con poco scrupolo la vittoria? Oppure, se non prenderne il posto, permettere la solidarietà e l'efficienza morale nella scelta delle politiche e dei loro scopi?

I membri dei *workshops*, intesi come laboratorio, sono sia autoselezionati sia condotti insieme sulla base di valutazioni in merito alla loro personale idoneità al tema e all'impegno, il compito in mano. Essi interagiscono socialmente, nel senso che i loro valori e pregiudizi personali sono vicini alla superficie delle loro deliberazioni e questo legittimamente. I partecipanti ai *workshops* sono incoraggiati a esplorare e definire i paradossi che abbondano e a esaminarli, in termini dei principi e dei valori che i membri individuali portano al tavolo. Conseguentemente, i valori predominanti espressi sono verosimilmente quelli liberali e permissivi della beneficenza, della scelta e dell'appoggio morale. L'intento del gruppi di lavoro è produrre buon senso e riflessione.

La conversazione costruttiva richiederà qualcosa di più aperto e flessibile rispetto alle regole implicate nel comitato, l'arena nella quale la maggior parte della politica per la salute viene effettuata. I partecipanti al modello di democrazia deliberativa sono chiamati ad agire senza alcuna opinione predeterminata. L'idea è che la discussione in sé e gli argomenti messi in evidenza contribuiscano a rifoggiare le preferenze e che, dopo una discussione siffatta, sia possibile ottenere una cooperazione che includa la maggioranza ampia. Solo così si può parlare di democrazia.

Segreteria Scientifica: Ageing Society-Osservatorio Terza Età
Via Giuseppe Palumbo, 12 – 00195 Roma
Tel. 06.39751914 – Fax 06.39031443