

RACCOMANDAZIONE DELLA SECONDA CONFERENZA “SANITA’ E COMUNITA’ LOCALI” (Torino, 11 dicembre 2015)

Le raccomandazioni della prima Conferenza “Sanità e comunità locali”, nel dicembre 2014, hanno trovato riscontri importanti nella pianificazione regionale, nelle linee guida e negli obiettivi assegnati ai nuovi direttori generali. Le intenzioni dichiarate, però, non sono ancora diventate azioni e il rapporto generale fra i cittadini e il servizio sanitario resta ancora molto critico.

Soprattutto, la “nuova sanità” del territorio continua ad essere poco visibile, quindi poco esigibile e non valutabile. Come stanno confermando le consultazioni sui Piani delle attività territoriali, per molte comunità locali, è come se non esistesse.

La questione è cruciale e non è riconducibile soltanto a problemi di comunicazione, mette piuttosto in evidenza, come hanno sottolineato molti interventi della Conferenza, **la necessità di un profondo cambiamento culturale** in tutti gli attori, cittadini e professionisti, amministratori locali e responsabili delle istituzioni sanitarie. La stessa Conferenza ha confermato l’esistenza di ambiti nei quali è possibile realizzare azioni del tutto rilevanti e utili per favorire questo processo: la valutazione civica, l’adeguamento della rete dell’emergenza urgenza, la formazione e l’attuazione dei Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali.

Per quanto riguarda il primo punto, è di grande importanza l’estensione a tutto campo del programma di **valutazione partecipata dell’umanizzazione** a tutti gli ospedali della regione e il conseguente obbligo dei direttori generali di adottare, entro il prossimo 31 dicembre, i piani di miglioramento per il superamento delle criticità rilevate dai cittadini. Il programma riconosce alla cittadinanza attiva un ruolo centrale, dalla rilevazione dei dati fino alla definizione dei piani di miglioramento, con l’individuazione e la verifica delle azioni correttive per il superamento delle non conformità. L’attivismo civico, così, assume una funzione di motore nei cicli del miglioramento continuo. E’ una scelta coraggiosa e innovativa, che ha incontrato finora riscontri positivi fra i cittadini e gli operatori e che si deve anche confrontare con varie e prevedibili resistenze. Sul versante civico è necessario superare gli atteggiamenti di sfiducia e/o i complessi di inferiorità che possono frenare un’adesione convinta. Sul versante delle direzioni aziendali bisogna evitare gli atteggiamenti di sottovalutazione e alcune propensioni a “contenere il disturbo”. E’ un’operazione senza precedenti, che richiede l’adozione di procedure inedite e l’elaborazione di nuove metodologie. La cabina di regia già esistente, con la presenza di Cittadinanzattiva, deve restare un punto di riferimento per tutte le équipes per garantire il monitoraggio costante e attento del processo, verificare il rispetto della metodologia e realizzare i necessari momenti di formazione.

La pubblicizzazione dei piani di miglioramento e della loro verifica ad opera dei cittadini non dovrebbe essere una semplice opera di divulgazione ma deve essere considerata **un’occasione per promuovere la “riconciliazione” con le comunità locali**, e l’estensione della valutazione partecipata ai servizi territoriali, già auspicata anche dalla direzione generale dell’assessorato. E’ un’occasione difficilmente ripetibile che non può essere lasciata cadere.

Una componente cruciale dell’opera di riconciliazione è, con tutta evidenza, il completamento e l’adeguamento di un **sistema dell’emergenza urgenza** capace di garantire i sette diritti proclamati dalla Carta dei diritti al pronto soccorso presentata

da Cittadinazattiva, SIMEU e AcEMC.

Deve essere garantito un accesso efficace, anche alla popolazione residente nei territori disagiati. Deve essere anche garantita, soprattutto nell'area metropolitana torinese, un'uscita tempestiva e dignitosa dai locali del pronto soccorso. Deve essere garantito il diritto a non doversi recare al pronto soccorso quando ciò non è indispensabile.

Le misure proposte dalla Carta sono state già in larga parte condivise e deliberate e non possono essere ulteriormente procrastinate. E' indispensabile una rete informatica comune, che permetta di fare viaggiare le informazioni cliniche prima dei pazienti, di realizzare consulti a distanza e di organizzare tempestivamente i trasferimenti appropriati. Molti investimenti sono già stati fatti ed è necessario procedere alla loro integrazione. **Qualunque ritardo a questo proposito, considerata la posta in gioco, assume la connotazione dell'omissione di atti di ufficio.** E' necessario rafforzare e coordinare la rete trasporti secondari per assicurare la necessaria e appropriata mobilità dei pazienti all'interno della rete dell'emergenza urgenza. La disponibilità di posti letto in uscita deve essere adattabile alle necessità per evitare le situazioni di intasamento che mettono a rischio la salute dei malati e degli stessi operatori.

La presentazione e la verifica, pubblica e periodica, dell'attuazione della Carta dei diritti al pronto soccorso possono e devono essere una ulteriore occasione di incontro positivo fra le aziende sanitarie e le comunità locali.

Gli atti aziendali appena approvati segnalano una **rinnovata attenzione per l'assetto dei servizi territoriali e anche una più attenta valutazione dei Percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali**, anche come premessa per la personalizzazione dei trattamenti e lo sviluppo delle assistenze domiciliari, in due realtà è prevista, finalmente, l'apertura dei punti unici di accesso per i soggetti critici. Dobbiamo accogliere con fiducia questi orientamenti del governo regionale e delle direzioni aziendali ma non possiamo dimenticare che, nel passato, analoghe buone intenzioni non sono state seguite dai fatti.

I nuovi servizi devono, in primo luogo, esistere ed essere adeguati. E' indispensabile una forte guida regionale nella definizione dei PDTA con una ampia partecipazione delle associazioni dei malati e non essere lasciata alla discrezione delle aziende che dovranno, invece, garantire una corretta ed efficace implementazione dei percorsi nel territorio e alla loro personalizzazione per i soggetti più critici. Un primo passo deve essere l'adozione dei percorsi sulle malattie reumatiche e cronico intestinali elaborati da Cittadinanzattiva con le associazioni dei malati e le società scientifiche e accolti dalla Conferenza Stato – regioni.

Per trasformare i programmi e le decisioni in azioni concrete e verificabili è necessario il concorso attivo e consapevole di tutti gli attori. Il governo delle relazioni con cittadini, comunità e professionisti, quindi, non è un fatto complementare ma è una risorsa strategica essenziale per il conseguimento degli obiettivi. **Il confronto sui PAT, con eventi pubblici può (e deve) essere e un'occasione per sancire un patto con la comunità locale e consegnare ad essa la possibilità di verificare la congruità dei servizi.**