

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

1. Gli indirizzi nazionali

- 1.1 Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
- 1.2 Il decentramento delle autonomie e delle responsabilità
- 1.3 L'Aziendalizzazione
- 1.4 La intersectorialità degli interventi
- 1.5 La 'nuova' programmazione strategica

2. Le politiche della Regione

- 2.1 I vincoli e le opportunità
- 2.2 I punti di riferimento
- 2.3 I livelli di governo e le relazioni con gli Enti locali
- 2.4 Il problema finanziario
- 2.5 Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001

3. Lo stato della Regione e le tendenze evolutive dei servizi sanitari

- 3.1 Programmazione sanitaria e programmazione territoriale
- 3.2 Caratteristiche demografiche e sociali
- 3.3 L'utilizzazione dei servizi sanitari
- 3.4 Le risorse strutturali
- 3.5 La spesa sanitaria: andamento e previsioni
- 3.6 L'impatto sul Sistema sanitario regionale
- 3.7 Le esigenze della programmazione sanitaria

4. Il Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001

- 4.1 Le scelte strategiche
- 4.2 La programmazione negoziata
- 4.3 Gli obiettivi specifici
- 4.4 Lo stile delle scelte di programmazione
- 4.5 Gli oggetti
- 4.6 Le priorità

Parte Seconda

Verso un sistema regionale per la salute

5. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie

- 5.1 I Piani per la salute
- 5.2 Il Dipartimento di prevenzione
- 5.3 Le aree di intervento prioritario
 - Alimentazione
 - Infortuni e malattie correlate con il lavoro

6. Le Reti Integrate dei Servizi

- 6.1 Le necessità di programmazione
- 6.2 La programmazione funzionale
- 6.3 Le Reti Integrate dei Servizi
- 6.4 Forme e significato delle Reti Integrate dei Servizi
- 6.5 I livelli di organizzazione
- 6.6 Le condizioni dell'autosufficienza degli ambiti territoriali
- 6.7 Aree di attività di livello regionale

7. L'Aziendalizzazione

7.1 Il governo del sistema regionale delle Aziende sanitarie

Il governo aziendale

Regione ed Aziende sanitarie

Aziende sanitarie ed Enti locali

La programmazione strategica

L'organizzazione delle Aziende sanitarie

La direzione strategica

Il governo clinico

Gli strumenti del governo clinico

Il governo finanziario

7.2 L'articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie

Gli indirizzi nazionali

Le indicazioni regionali

Lo stato attuale e le scelte possibili

Il Distretto

Le relazioni con gli Enti locali

Il Dipartimento delle Cure Primarie

7.3 L'integrazione della medicina generale

La situazione attuale

Aree di intervento e ambiti di responsabilità

7.4 Assistenza domiciliare integrata

Gli obiettivi

L'organizzazione

I criteri di eleggibilità dei pazienti

7.5 L'integrazione tra cure primarie e assistenza ospedaliera

Le cure primarie e l'assistenza ospedaliera

La dimissione protetta

L'assistenza specialistica ambulatoriale

7.6 L'accesso ai servizi

8. L'integrazione socio-sanitaria

8.1 Le indicazioni strategiche e le priorità

8.2 L'integrazione con la Rete dei servizi socio-assistenziali

8.3 La Rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti e per i disabili adulti

8.4 I progetti speciali

Le demenze senili

Famiglie, infanzia ed età evolutiva

La salute dei cittadini stranieri immigrati

Le dipendenze patologiche

Le medicine non convenzionali

9. Il programma di modernizzazione del Sistema sanitario regionale

9.1 Le politiche per la qualità

Le esigenze di modernizzazione

Le politiche per la qualità dei servizi sanitari

L'assistenza farmaceutica e la realizzazione di una appropriata politica del farmaco

L'accreditamento e gli accordi contrattuali

Le Linee guida

La strategia organizzativa

Le relazioni con gli utilizzatori dei servizi e i cittadini

9.2 Lo sviluppo della infrastruttura regionale

- Le esigenze
- Le risorse umane
- Il sistema universitario ed il SSR
- L'area logistica regionale
- La politica dell'informazione

9.3 Il fondo per la modernizzazione

- Gli obiettivi
- Le caratteristiche

9.4 I programmi per la qualità: aree di intervento prioritario

- Area cardiologica
- Area oncologica
- Infezioni ospedaliere
- Prevenzione delle antibiotico-resistenze
- Trattamento della tubercolosi

9.5 I programmi speciali

- Salute donna
- Chirurgia di giorno
- Le cure palliative e l'assistenza nella fase terminale della vita
- Hospice
- Il sistema regionale per l'assistenza ai traumi
- Salute mentale

10. Disciplina del rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale

1. GLI INDIRIZZI NAZIONALI

1.1. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 presenta tre caratteristiche fondamentali, fra di loro logicamente connesse e coerenti: a) riconferma i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, relativi all'universalismo delle garanzie e alla solidarietà nella contribuzione al finanziamento; b) privilegia il fine, la tutela della salute, rispetto ai mezzi, la produzione e la distribuzione dei servizi, indicando sia obiettivi di salute sia strategie di cambiamento nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema dei servizi sanitari; c) persegue la costruzione di un sistema sanitario al tempo stesso nazionale, relativamente alla uniformità nelle garanzie di assistenza, e regionale, rispetto alla autonomia e alla responsabilità delle Regioni nella programmazione e nella organizzazione dei servizi.

In questo contesto, il PSN individua alcune indicazioni essenziali che riguardano:

- a) la definizione di obiettivi di salute e di modelli di organizzazione del sistema, piuttosto che di standard di servizi, in armonia con la piena regionalizzazione del SSN;
- b) il richiamo alla necessità di garantire la intersectorialità degli interventi a tutela della salute e a garanzia della integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, che rinvia all'applicazione del principio di sussidiarietà, sia orizzontale, a livello delle comunità locali, sia verticale, fra i diversi livelli istituzionali di governo;
- c) la definizione dei livelli essenziali di assistenza e la quantificazione del relativo fabbisogno finanziario attraverso una quota capitaria, come specificazione del sistema nazionale delle garanzie e delle risorse necessarie per farvi fronte, rispettivamente;
- d) la individuazione delle strategie per il cambiamento nella organizzazione dei servizi sanitari, basato su un sistema di Aziende sanitarie, territoriali e ospedaliere. Nel sistema delle Aziende, il PSN rafforza e sviluppa la funzione di governo della domanda e di committenza dei servizi su quella di produzione, coerentemente con un forte richiamo al mandato fondamentale, comune a tutte le Aziende sanitarie, di tutela della salute della popolazione.

Decentramento delle autonomie e delle responsabilità; regionalizzazione e aziendalizzazione del sistema ed intersectorialità dei programmi di intervento rappresentano i tre elementi essenziali del "nuovo" Sistema Sanitario Nazionale. Il modello operativo emergente prevede l'evoluzione da un sistema verticalmente integrato e ordinato gerarchicamente, secondo uno schema di comando e controllo centralizzato verso un sistema ad integrazione verticale debole, regolato principalmente attraverso accordi strategici poliennali fra soggetti diversi, che selezionano obiettivi di salute e individuano i servizi e le prestazioni.

1.2. Il decentramento delle autonomie e delle responsabilità

Il completamento del processo di regionalizzazione del governo della sanità attraverso la definizione delle funzioni delegate trasferite alle Regioni; le norme sul federalismo fiscale previste dalla relativa Legge delega assieme al nuovo ruolo dei Comuni contenute nella Legge 419/98 "Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" evidenziano una forte accelerazione del processo di autonomia e di responsabilizzazione a livello regionale ed infraregionale, sia per gli aspetti finanziari che per quelli organizzativi. Particolarmente rilevante, anche per effetto della Legge regionale 153/98 "Riforma del sistema regionale e locale", la forte valorizzazione della funzione di indirizzo, verifica e controllo delle attività delle Aziende sanitarie attribuita agli Enti locali.

Il decentramento delle responsabilità amministrative sulla organizzazione dei servizi ha essenzialmente per oggetto l'autonoma determinazione delle Regioni della combinazione ottimale dei livelli di assistenza (ridefiniti dal PSN in assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro; assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) e dei relativi fattori, entro un modello generale di funzionamento del sistema definito per quanto riguarda le funzioni ed il ruolo dei principali soggetti.

Il decentramento fiscale implica invece la responsabilizzazione delle Regioni relativamente al finanziamento di tutte le funzioni trasferite, inclusa la sanità, attraverso la compartecipazione al gettito fiscale (con una limitata autonomia nella modulazione delle aliquote nazionali) anziché per la tradizionale via di trasferimenti statali vincolati.

Il quadro emergente è l'evoluzione del SSN verso un Sistema Sanitario Interregionale, la cui unitarietà rispetto al sistema nazionale delle garanzie è assicurata dall'omogeneità dei servizi offerti, dal livello di finanziamento "adeguato" e dal modello di funzionamento del sistema. Questi tre elementi, opportunamente individuati dal PSN 1998-2000 assumono pertanto il significato esplicito di "parametri di convergenza" dei sistemi sanitari regionali.

I servizi che devono essere uniformemente offerti dal SSN corrispondono ai livelli essenziali di assistenza, quali verranno specificati dal programma appositamente previsto dal PSN. I livelli di spesa attesi per produrre i servizi previsti dai livelli di assistenza (al netto del grado di efficienza operativa dei sistemi sanitari regionali) sono definiti dalla quota capitaria determinata dal PSN per ciascuno dei suoi anni di validità, ponderata in ragione delle caratteristiche sociodemografiche ed epidemiologiche della popolazione di ciascuna regione.

Il modello generale di funzionamento del SSN è quello di un sistema in cui la funzione di produzione dei servizi è programmaticamente subordinata alla funzione di committenza esercitata dalle Aziende UsI nei confronti di erogatori pubblici o privati, accreditati secondo i medesimi, uniformi criteri, in esecuzione del mandato fondamentale della tutela della salute della popolazione.

1.3. L'Aziendalizzazione

Il PSN 1998-2000 e la Legge 419/98 riconfermano esplicitamente la scelta della "aziendalizzazione" come principio guida per la organizzazione e la gestione dei servizi sanitari.

La garanzia di un'attenzione perspicua alle preferenze e alle aspettative dei pazienti e dei cittadini destinatari dei servizi e l'obiettivo di realizzare un miglioramento continuo dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse e della qualità dell'assistenza rappresentano il fine ultimo per cui il mezzo "aziendalizzazione" della organizzazione della produzione dei servizi sanitari viene generalmente giustificato. Il contenuto del processo di aziendalizzazione è tuttavia talora ridotto all'adozione di procedure e meccanismi propri delle organizzazioni di mercato nella gestione dei servizi sanitari e alla introduzione di elementi pro-competitivi nella fornitura e nella remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Per quanto entrambi questi elementi siano certamente importanti, essi sono comunque successivi ed in ogni caso strumentali al problema della definizione e della articolazione organizzativa a livello inter- ed intraaziendale del binomio autonomia/responsabilità, che rappresenta l'essenza dei principi della aziendalizzazione.

Caratteristica essenziale delle Aziende sanitarie è la funzione pubblica di tutela della salute e, sul piano operativo, l'orientamento al servizio, nel rispetto delle aspettative e delle preferenze dei pazienti e dei potenziali utilizzatori. Il servizio reso non si esaurisce nella produzione di una singola prestazione (ad esempio, un accertamento diagnostico o un intervento chirurgico), ma è costituito dall'insieme degli elementi di natura principalmente relazionale e comunicativa che qualificano sia il processo di produzione che la fase di utilizzazione dei servizi sanitari. La integrazione delle singole prestazioni che concorrono a configurare il servizio reso rappresenta quindi una componente essenziale della attività delle Aziende sanitarie.

L'autonomia delle Aziende sanitarie si esprime sia relativamente alla organizzazione delle risorse a disposizione per il conseguimento dei risultati aziendali, sia rispetto alle competenze tecnico-professionali degli operatori che entrano nella produzione delle prestazioni.

Elemento prioritario per il completamento del processo di aziendalizzazione è quindi la definizione di un sistema di governo aziendale (corporate governance), relativamente sia ai risultati economico-finanziari sia a quelli clinico-epidemiologici della attività delle Aziende sanitarie. Obiettivo di questo sistema è definire l'ambito delle autonomie e l'oggetto delle responsabilità nella organizzazione interna alle Aziende, nelle relazioni fra di loro, con la Regione e con gli Enti locali. Oggetto del sistema di governo aziendale è la verifica della coerenza delle strategie e dei risultati aziendali con le indicazioni programmatiche regionali, nonché la valutazione delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

L'articolazione intraaziendale delle autonomie e delle responsabilità comprende invece compiti e responsabilità dei componenti della direzione strategica e le relazioni fra la Direzione generale, le direzioni operative dei servizi e dei dipartimenti e le direzioni distrettuali.

1.4. La intersettorialità degli interventi

L'elemento più innovativo che emerge dalla lettura integrata del PSN e della Legge 419/98 è il forte richiamo alle esigenze di intersettorialità sia nella programmazione degli interventi per la salute sia nella organizzazione dei servizi sanitari. Tali esigenze si esprimono (almeno) a tre livelli:

l'elaborazione di politiche per la salute con l'obiettivo esplicito di contrastare i suoi determinanti più ampi, che richiede programmi estesi ben oltre il campo di intervento dei servizi sanitari e pone quindi il problema del raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale;

l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali, particolarmente per quanto riguarda gli interventi per i soggetti "deboli", che da un lato rinvia alla definizione di strumenti di raccordo fra le competenze del SSN e quelle proprie degli Enti locali, mentre dall'altro richiama i temi della sussidiarietà orizzontale, con la sempre più marcata e organizzata presenza di associazioni no-profit e del volontariato.

l'organizzazione del sistema dei servizi sanitari secondo reti integrate, che si fondano necessariamente sul principio della collaborazione fra i servizi e fra le Aziende sanitarie.

1.5. La "nuova" programmazione strategica

La necessità della collaborazione intersettoriale fra politiche sociali e politiche sanitarie e più in generale di un raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale, associata alla generale tendenza alla devoluzione delle responsabilità organizzative e finanziarie verso i livelli più prossimi alla formazione della domanda ed alla utilizzazione dei servizi ripropone la necessità di un nuovo concetto di programmazione strategica. Oggetto specifico della nuova programmazione strategica è la composizione della pluralità dei soggetti, istituzionali e non, interessati alla salute e alla produzione di servizi sanitari. Compito principale è quindi definire i ruoli e connettere i luoghi della sussidiarietà verticale (i livelli di governo istituzionali, nazionale, regionale e locale) e di quella orizzontale (il raccordo fra i programmi di intervento del servizio pubblico, del privato, del privato sociale e del volontariato).

La strategia già adottata per la elaborazione dei patti territoriali contiene gli elementi per una nuova logica di programmazione negoziata che trae lezione dalle esperienze del passato così come dalle trasformazioni in atto nel

sistema istituzionale ed economico e si fonda sulla ricerca di una diffusa integrazione fra scelte pubbliche e meccanismi competitivi propri dei sistemi di mercato. L'elemento essenziale della programmazione strategica emergente è la sua natura negoziale e valutativa e, quindi anche intrinsecamente competitiva. La competizione fra soggetti e fra programmi si esprime tuttavia essenzialmente nel processo di selezione delle priorità e dei relativi programmi attuativi e nella verifica pubblica e comparativa dei risultati raggiunti ed è quindi più propriamente qualificabile come contestativa.

2. LE POLITICHE DELLA REGIONE

2.1. I vincoli e le opportunità

Coerentemente con i principi della regionalizzazione del SSN, il PSN 1998-2000 definisce le linee di indirizzo generale rispetto a obiettivi di salute, livelli di assistenza e modello del sistema, affidando alla programmazione regionale l'individuazione degli strumenti attuativi e la selezione delle priorità locali. La traduzione di questi indirizzi generali in indicazioni operative per i servizi sanitari della Regione Emilia-Romagna deve a sua volta tener conto delle scelte di politica regionale e delle peculiarità della regione rispetto alle caratteristiche della popolazione e allo stato dei servizi, nonché alle loro tendenze evolutive.

La programmazione sanitaria regionale deve quindi considerare, accanto alle indicazioni nazionali, rispetto a obiettivi di salute e strategie del cambiamento del SSN e al nuovo sistema delle autonomie:

- le indicazioni nazionali, rispetto a obiettivi di salute e strategie del cambiamento e al nuovo sistema delle autonomie;
- le scelte politiche generali della Regione;
- le implicazioni sulla organizzazione del sistema dei servizi della distribuzione della popolazione regionale e delle sue tendenze evolutive, nonché delle aspettative e delle preferenze dei cittadini;
- lo stato dei servizi sanitari regionali e le loro tendenze evolutive;
- le esigenze proprie della programmazione sanitaria.

2.2. I punti di riferimento

- a) Il Piano Territoriale Regionale (PTR) della Regione Emilia-Romagna nella sua parte generale ("La Regione Globale") conduce una accurata analisi delle caratteristiche del sistema sociale della regione e individua le scelte politiche che devono condurre alla elaborazione di strategie generali e di settore, secondo le linee della nuova programmazione regionale;
- b) La Legge regionale 153/98 "Riforma del sistema regionale e locale" e lo stesso Piano Territoriale Regionale evidenziano una forte spinta alla valorizzazione del ruolo degli Enti locali, non solo nella funzione di verifica e controllo, ma anche in quella di indirizzo e di valutazione delle attività delle Aziende sanitarie;
- c) Le direttive regionali di settore. I numerosi provvedimenti assunti nel corso degli ultimi anni hanno fornito indirizzi generali sul modello di funzionamento del SSR e su forme e modi delle relazioni fra le Aziende e fra queste e la Regione, nonché indicazioni specifiche sulla organizzazione dei servizi sanitari. Queste indicazioni si configurano spesso per impatto e proiezione temporale come anticipazioni "a stralcio" del Piano Sanitario Regionale, che hanno talora anticipato scelte strategiche del PSN.

I provvedimenti generali di indirizzo sul modello di funzionamento del SSR contenuti nei Piani delle Azioni aziendali per gli anni 1997 e 1998 hanno definito contenuti operativi e modelli di relazione fra le Aziende e fra queste e la Regione basati su tre principi fondamentali:

- a) il finanziamento delle Aziende sanitarie territoriali in base al criterio della quota capitolaria, ponderata per le caratteristiche socio-demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente, nell'ambito della ripartizione del finanziamento complessivo per macrolivelli di assistenza, che definisce implicitamente gli obiettivi di spesa per livelli di assistenza;
- b) la remunerazione dei soggetti erogatori, pubblici e privati, secondo piani di attività elaborati dalle Aziende sanitarie territoriali in base al volume ed alla tipologia delle prestazioni necessarie per soddisfare le esigenze di tutela della salute della popolazione di riferimento, valorizzati economicamente secondo le indicazioni tariffarie stabilite dalla Regione;
- c) la concertazione fra la Regione e le Aziende sanitarie dei piani di attività e dei bilanci preventivi e la valutazione dei risultati aziendali.

Sul piano operativo, la Regione ha dato indicazioni rispetto a criteri e modalità per la elaborazione da parte delle Aziende sanitarie di Piani di Attività per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata dai presidi a gestione diretta, dalle Aziende ospedaliere e dalle strutture private accreditate. Gli indirizzi regionali specificano i criteri per la selezione delle priorità a livello regionale e locale e per la definizione ed il controllo degli accordi contrattuali con i soggetti erogatori, anche attraverso accordi sottoscritti a livello regionale con le Associazioni della ospedalità privata, relativamente alla assistenza ospedaliera, generale e di alta specialità.

Indicazioni puntuali per la organizzazione del sistema regionale dei servizi hanno invece riguardato, fra l'altro: la rimodulazione della rete ospedaliera regionale e la conseguente riorganizzazione della funzione di assistenza ospedaliera, differenziando l'assistenza per acuti dalla degenza post-acuta e riabilitativa e sviluppando la sua integrazione con l'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare; l'organizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale e lo sviluppo della assistenza domiciliare integrata, in stretto collegamento con i medici di medicina generale, anche grazie agli innovativi accordi regionali in attuazione della Convenzione Unica Nazionale. A questi indirizzi sulla forma dell'assistenza e sulla funzione dei servizi si sono inoltre aggiunti interventi sulla loro struttura ed organizzazione interna come l'istituzione dei Dipartimenti ospedalieri e la riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale.

La recente approvazione della Legge Regionale sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, infine, definisce le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati nell'ambito della programmazione regionale, garantendo livelli uniformi di sicurezza e di qualità nella organizzazione e nella strutture delle unità operative del sistema.

2.3. I livelli di governo e le relazioni con gli Enti locali

Il sistema delle relazioni fra le Aziende sanitarie ed i livelli di governo istituzionali rappresentati dalla Regione e dagli Enti locali esprime le funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo sull'attività e sui risultati Aziendali. L'esercizio efficace di queste funzioni richiede la definizione esplicita del ruolo dei diversi livelli istituzionali e della forma delle relazioni fra le Aziende sanitarie e fra queste, la Regione e gli Enti locali e dei relativi strumenti operativi. L'esperienza di questi anni, formalizzata anche in protocolli di intesa fra Regione ed Enti locali, ha progressivamente costruito un sistema di relazioni che, completando ed innovando in molti punti quanto previsto dalla L.R. 19/1994 sulla organizzazione del SSR, ha garantito un esercizio relativamente soddisfacente della funzione di verifica e controllo sulla attività delle Aziende sanitarie. Le norme previste dalla recente L.R. 153/98 e le previsioni sulle nuove norme nazionali che saranno emanate in attuazione della Legge 419/98 rendono comunque più complesso e potenzialmente conflittuale l'esercizio di questa funzione. L'esistenza di soggetti istituzionali diversi, che a diverso livello e con diverse responsabilità, sono comunque titolari di una funzione di indirizzo, verifica e controllo sulla attività delle Aziende sanitarie comporta il rischio che queste funzioni si ridefiniscano per sottrazione nei confronti del ruolo attualmente svolto dalla Regione, anziché svilupparsi per espansione a comprendere campi di intervento ed attività finora trascurate, così come sarebbe richiesto anche dal forte richiamo alla intersectorialità degli interventi a tutela della salute. L'aumento dei soggetti titolari della funzione di verifica e controllo rende inoltre prioritaria la definizione di un programma per la verifica dei risultati aziendali secondo indicatori quantitativi misurabili relativi ai risultati economici, di attività e, quando possibile, di risultato.

In assenza di un tale programma, non solo sarebbe ridotta l'efficacia della funzione di verifica sull'attività aziendale, da chiunque esercitata, ma potrebbero realizzarsi conflitti istituzionali determinati (o comunque giustificati) dalla diversità degli elementi di valutazione eventualmente assunti dai diversi soggetti istituzionali coinvolti, a diverso titolo e/o livello di responsabilità.

2.4. Il problema finanziario

La spesa per l'assistenza sanitaria rappresenta oltre l'80% del bilancio regionale complessivo ed è quindi destinata a svolgere un ruolo centrale nel determinare la capacità della Regione di rispondere alle nuove funzioni di governo proprie di un sistema federale. In particolare, l'introduzione del federalismo fiscale prevista dalla relativa legge delega impone di completare rapidamente la strategia di risanamento finanziario attraverso la sua riorganizzazione strutturale ed operativa avviata nel 1996.

Attualmente, il SSR è attestato a livelli di spesa che comportano per il 1998 un disavanzo previsto di circa 450 miliardi, pari ad un eccesso di spesa rispetto alla quota capitaria assegnata di lire 114.000 per ogni cittadino della regione.

Questo disavanzo è parte di un andamento in netta e progressiva riduzione negli ultimi tre anni, in assoluta controtendenza con quanto osservato in tutte le altre Regioni, che hanno invece visto aumentare, nello stesso periodo, i loro disavanzi.

Anche se la Regione ha dovuto far ricorso al proprio potere impositivo per far fronte ai mutui accesi per il ripiano dei disavanzi dei primi anni '90, il SSR sembra quindi aver sviluppato una adeguata capacità di controllo della sua spesa. Il definitivo consolidamento degli strumenti per il governo della spesa sanitaria rappresenta uno dei principali obiettivi del PSR 1999-2001, attraverso lo sviluppo del sistema di responsabilità interno alle Aziende e la progressiva adozione di strumenti di controllo esterno, incluse le procedure di certificazione dei bilanci aziendali.

La conclusione del processo di rientro finanziario richiede tuttavia il contemporaneo aumento delle entrate da trasferimenti statali, attraverso il rispetto degli impegni assunti dal Governo con il Documento di Programmazione Economico-Finanziaria 1998-2000 di adeguare le disponibilità finanziarie all'effettivo fabbisogno del SSN e la piena applicazione dei criteri di determinazione della quota capitaria assegnata alla Regione Emilia-Romagna.

2.5. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001

I provvedimenti già assunti rispetto al funzionamento del sistema dei servizi e le relazioni istituzionali realizzate in conseguenza della applicazione del principio della autonomia e della responsabilizzazione anche nei rapporti fra Regione, Aziende sanitarie ed Enti locali sono pienamente coerenti con le indicazioni del PSN e della Legge 419/98, che sono state spesso anticipate dalle scelte di politica sanitaria effettuate dalla Regione Emilia-Romagna. Il PSR 1999-2001 non riguarda quindi né l'organizzazione dei singoli servizi, che sarà affidata a indicazioni puntuali e specifiche, e neppure la riproposizione del modello generale di funzionamento del SSR, che è emerso compiutamente nel corso degli anni e si ritiene di dover semplicemente confermare.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 intende piuttosto inserirsi nell'ambito della "nuova" programmazione strategica, che appare pienamente coerente con le indicazioni politiche del PTR della Regione Emilia-Romagna e

rappresenta una scelta comunque necessitata dalle caratteristiche dell'ordinamento proprio del SSN, che ha fortemente valorizzato la autonomia e la responsabilità aziendale e la collaborazione intersettoriale con gli Enti locali. Le esigenze di programmazione alla base del PSR riguardano quindi essenzialmente le scelte di politica sanitaria rispetto alla natura ed alla intensità del sistema delle relazioni interne ed esterne alle Aziende sanitarie ed agli interventi per la modernizzazione del sistema dei servizi sanitari regionali (di cui peraltro anche il sistema di relazioni è parte integrante), piuttosto che la programmazione particolareggiata dei suoi specifici settori di attività. In particolare, oggetto specifico del PSR sono:

- a) la definizione del sistema delle relazioni funzionali fra le Aziende sanitarie, autonome nelle loro opportunità organizzative della produzione e della distribuzione dei servizi sanitari, ma interdipendenti fra di loro e nei loro rapporti con gli Enti locali e con la Regione;
- b) la definizione compiuta del sistema di autonomia/responsabilizzazione aziendale, nella sua duplice componente clinico-assistenziale ed economico-finanziaria. La sua articolazione inter- ed intraaziendale rappresenta lo strumento per l'esercizio della autonomia nella elaborazione delle strategie per l'attuazione locale delle indicazioni regionali e, contemporaneamente, di responsabilizzazione esterna per la soddisfazione del mandato fondamentale di tutela della salute della popolazione comune a tutte le Aziende sanitarie;
- c) la indicazione degli obiettivi di innovazione e di modernizzazione del sistema relativamente ai servizi offerti, alle forme della produzione dei servizi ed alle modalità della loro offerta ai cittadini.

Il raggiungimento di questi obiettivi richiede anche la introduzione di elementi di competizione all'interno del SSR, che siano in grado di produrre gli incentivi idonei a sviluppare i necessari processi di modernizzazione e di innovazione tecnologica ed organizzativa.

A questo scopo, il PSR 1999-2001 adotta la programmazione negoziata, come strumento per la selezione competitiva delle priorità e dei programmi e per la valutazione contestativa dei relativi risultati; valorizza il significato competitivo interaziendale della mobilità sanitaria, evidenziandone le necessarie ricadute finanziarie sulle Aziende; istituisce un fondo per la modernizzazione del SSR, per stimolare le Aziende sanitarie a sviluppare soluzioni organizzative efficaci per realizzare gli obiettivi di innovazione identificati dal PSR e trasferirle alle altre Aziende della regione.

3. Lo stato della Regione e le tendenze evolutive dei servizi sanitari

3.1. Programmazione sanitaria e programmazione territoriale

Programmazione sanitaria e programmazione territoriale sono strettamente interdipendenti e reciprocamente condizionanti, sia sul piano strettamente operativo che su quello strategico. Infatti la programmazione sanitaria è subordinata alla programmazione territoriale, in quanto condizionata dalla diffusione degli insediamenti abitativi e produttivi per quanto riguarda le scelte rispetto alla distribuzione geografica e al funzionamento dei servizi ma è anche contemporaneamente partner paritetico, o addirittura condizionante rispetto alle scelte di politica territoriale, al fine di garantire efficacia alle politiche ed ai programmi di intervento per la salute.

La rete dei servizi sanitari e sociali peraltro costituisce una base fondamentale dello sviluppo economico e della qualità della vita nella regione, in quanto i servizi sanitari rappresentano essi stessi una risorsa per la occupazione e fanno parte delle risorse di contesto che la programmazione territoriale deve considerare fra le opportunità produttive dei territori. Contemporaneamente, la programmazione della distribuzione geografica dei servizi e, in larga misura, la scelta del modello della loro organizzazione interna sono condizionate dalle caratteristiche degli insediamenti abitativi, dall'andamento demografico, dal sistema dei trasporti, nonché dalle dimensioni e dalla qualità del sistema formativo universitario, che esercita effetti diretti ed indiretti sulla organizzazione delle unità produttive attraverso la numerosità e la qualità della offerta.

Queste considerazioni richiedono una sia pur breve analisi delle caratteristiche demografiche e sociali della Regione e delle sue implicazioni sulle tendenze evolutive dei servizi sanitari.

3.2. Caratteristiche demografiche e sociali

La popolazione dell'Emilia-Romagna presenta tre caratteristiche fondamentali che influenzano il livello ed il tipo di consumi sanitari: invecchiamento progressivo, solo parzialmente temperato da una ridotta ripresa della natalità; crescente presenza di popolazioni immigrate da diversi paesi extra-comunitari; elevati livelli di reddito e sofisticati modelli di consumo.

a) Riduzione e invecchiamento della popolazione

L'Emilia-Romagna è, dopo la Liguria, la regione italiana con la più elevata proporzione di anziani e di vecchi. Nel 1997, le proporzioni di residenti ultrasessantacinquenni e ultrasettantacinquenni erano pari rispettivamente al 21,6% e al 9,8% della popolazione, molto superiori a quella delle regioni Veneto e Lombardia, a cui la Regione Emilia-Romagna viene spesso impropriamente assimilata.

La popolazione della regione, in diminuzione fin dagli anni '80, ha registrato negli ultimi due anni una lieve ripresa, dovuta principalmente alla regolarizzazione degli stranieri immigrati, con un incremento nel 1996 di 12.000 residenti rispetto al 1995 e di circa 8.000 nel 1997.

Il processo di invecchiamento, negli ultimi anni ha registrato un costante aumento. La proporzione di ultrasessantacinquenni è passata fra il 1994 ed il 1997 dal 20,8% al 21,6%, con un massimo del 25,9% nell'ambito territoriale della Azienda UsI Bologna città ed un minimo del 18,4% nella Azienda UsI di Rimini. Ancora più marcato è l'aumento della popolazione di età superiore a 75 anni, passata nello stesso periodo dallo 8,7% al 9,8%, con un valore massimo nella Azienda UsI Bologna città (12,1%) e minimo nelle Aziende UsI di Rimini e di Cesena (7,9% e 8,1%, rispettivamente).

La timida ripresa del tasso di natalità, che passa dal 7,1‰ del 1990 al 7,6‰ nel 1997, con punte massime a Reggio Emilia (8,6‰), Rimini (8,5‰) e Modena (8,4‰) non è stata quindi sufficiente ad invertire il trend demografico della regione, che continua a caratterizzarsi per un invecchiamento della popolazione che avviene sia per l'allungamento della aspettativa di vita (invecchiamento "dall'alto"), sia per la riduzione della numerosità delle classi di età più giovani (invecchiamento "dal basso").

L'evoluzione futura è verso una riduzione della popolazione, stimabile attorno al 1,0‰ per l'anno 2010 (pari a circa 4.000 unità), associata ad un suo ulteriore invecchiamento, con un aumento della proporzione di ultrasessantacinquenni, in cui assumerà un peso rilevante la popolazione di 80 anni e oltre. Le proiezioni di popolazione fanno prevedere che nel 2010 la proporzione di soggetti di età superiore a 65 anni raggiungerà il 24,7% della popolazione della regione (verso l'attuale 21,6%). Gli anziani con oltre 80 anni rappresenteranno il 33,3% della popolazione anziana (con età pari o superiore ai 65 anni) ed il 8,2% della popolazione complessiva, a fronte dell'attuale 5,5%.

Un elemento particolare di complessità per la programmazione regionale è dato dalla elevata variabilità osservata a livello provinciale e comunale nelle caratteristiche della popolazione residente. Mentre alcune aree condividono, talora in forma molto accentuata, le tendenze complessive regionali alla riduzione quantitativa e all'invecchiamento della popolazione (Piacenza, Bologna, Ferrara), altre sono in fase di espansione (Reggio Emilia, Modena, Rimini, Cesena) e presentano una più accentuata tendenza al ringiovanimento della struttura demografica, in conseguenza sia di una ripresa della natalità sia di dinamiche migratorie più vivaci, che hanno neutralizzato efficacemente la componente naturale, negativa quasi in ogni comune della regione. L'instabilità della evoluzione demografica dei territori regionali è comunque evidenziata dalla ripresa della natalità segnalata negli ultimi anni nella area metropolitana di Bologna, che appare tuttavia ancora insufficiente ad invertire le tendenze del saldo naturale.

L'impatto dei mutamenti delle dimensioni e della struttura della popolazione sui costi della assistenza sociale e di quella

sanitaria rappresenta una delle principali incognite dei sistemi sanitari dei paesi ad economia sviluppata. L'assunzione che l'invecchiamento della popolazione comporti ineluttabilmente un aumento dei costi dell'assistenza è tuttavia ingiustificata per almeno due motivi. In primo luogo, l'aumento della proporzione di soggetti anziani in una popolazione non si accompagna necessariamente ad un aumento della frequenza e/o della durata e/o della gravità della disabilità dei suoi soggetti, che è determinata dagli stili di vita e dalle condizioni di vita e di lavoro degli individui e delle comunità. In secondo luogo, proiettare nel futuro il costo dei servizi attualmente resi agli anziani non tiene conto delle profonde trasformazioni in corso sulle modalità di assistenza alla popolazione anziana quanto a tipologia dei servizi e a forme di intervento.

La semplice trasposizione nel futuro degli attuali costi dell'assistenza erogata ad una popolazione anziana con gli attuali livelli di disabilità secondo forme e modelli organizzativi dei servizi destinati ad una rapida trasformazione tende quindi a sovrastimare il futuro fabbisogno finanziario. Questo si applica soprattutto ad una Regione come l'Emilia-Romagna che ha fortemente privilegiato le politiche di prevenzione e di promozione della autosufficienza nella popolazione anziana, gode di un robusto tessuto sociale, ricco di associazioni di volontariato, ed è particolarmente impegnata nella diffusione di forme innovative di assistenza.

Per quanto riguarda invece la distribuzione delle risorse finanziarie regionali, la variabilità fra i diversi ambiti territoriali nella intensità del processo di riduzione e di invecchiamento della popolazione rafforza la necessità di mantenere il metodo della distribuzione del Fondo sanitario regionale alle Aziende territoriali secondo il criterio della popolazione ponderata. Le differenze nelle tendenze demografiche dei diversi ambiti territoriali richiedono un progressivo affinamento dei criteri di ponderazione, che ne aumentino la sensibilità alle differenze nella dimensione quantitativa e nella composizione qualitativa della popolazione per i diversi livelli di assistenza.

b) Immigrazione

La Regione Emilia-Romagna è stata negli ultimi anni oggetto di insediamento di una forte immigrazione, proveniente quasi esclusivamente da paesi al di fuori della Unione Europea.

In aggiunta agli immigrati che hanno ottenuto la residenza nella regione per effetto del Decreto 489/95, nel 1996 la Caritas stimava presenti nella regione oltre 82.000 immigrati, di cui 72.000 extracomunitari, per circa due terzi di sesso maschile. Le presenze più rilevanti sono segnalate nelle province di Bologna (22.415), Forlì (12.768), Reggio Emilia (11.867) e Modena (11.065).

Una forte immigrazione di provenienza extracomunitaria pone grandi problemi di accoglienza, di fornitura di servizi, d'integrazione sociale e di convivenza civile. La composizione di queste correnti migratorie sotto il profilo della provenienza, età, sesso, livello di qualificazione scolastica e lavorativa rappresenta sicuramente una delle variabili che condizioneranno maggiormente l'evoluzione dell'offerta di servizi sanitari. L'immigrazione è infatti portatrice di culture e bisogni non omogenei a quelli della popolazione residente, che comportano la necessità di diversificare i servizi offerti in rapporto alle diverse necessità, aspettative e preferenze dei diversi gruppi di popolazione presenti nella regione.

c) Il reddito e i consumi

Il livello e la struttura dei consumi delle famiglie emiliano-romagnole sono fra i più elevati ed evoluti del paese, e rivelano un diffuso benessere e una larga propensione all'acquisto di beni e servizi tipici delle economie più sviluppate. La popolazione della regione Emilia-Romagna dispone di un reddito pro-capite superiore di circa il 25% rispetto alla media nazionale. Il PIL per abitante (a prezzi costanti 1995) è passato da circa 29 milioni nel 1980 (anno in cui era il più alto fra le Regioni italiane) a 36,7 milioni nel 1995 (in cui la Regione Emilia-Romagna era seconda dopo la Lombardia). Il reddito netto medio per abitante nel 1998 è stato stimato dal Rapporto Prometeia in 31,7 milioni (il secondo più alto a livello nazionale appena dopo la Liguria che presenta un reddito pro-capite di 31,8 milioni). Lo stesso rapporto segnala tuttavia una forte variabilità interprovinciale, che va da un reddito disponibile di 36,8 milioni pro-capite di Bologna ai 28,4 milioni di Ferrara.

Nel 1998 i consumi sono stimati in 27 milioni per abitante (al terzo posto dopo la Valle d'Aosta, con 31,1 milioni e il Trentino Alto Adige, con 29,7 milioni), ma anche in questo caso con un ampio range di variabilità, compreso fra i 32 milioni della provincia di Bologna ed i 23,5 milioni per abitante della provincia di Ferrara.

Questi livelli di consumo si ripercuotono anche sulla domanda di prestazioni sanitarie, e si esprimono in una più elevata richiesta di prestazioni ed in aspettative più sofisticate rispetto alla qualità del servizio, con un ovvio effetto sulla quantità e sul tipo di consumi sanitari e quindi anche sulla spesa sanitaria complessiva.

d) Diffusione abitativa, in assenza di polarizzazioni specifiche.

Il territorio regionale è stato investito negli ultimi anni da un processo di diffusione abitativa al di fuori delle città capoluogo che ha prodotto una urbanizzazione diffusa, a bassa densità abitativa, senza evidenti poli di attrazione esclusivi.

Lo sviluppo di questo processo comporta costi elevati dei servizi che si associano a costi individuali crescenti, in termini monetari e non (tariffe e tempi di percorrenza effettiva). La dispersione della popolazione come ulteriore determinante dell'aumento dei costi nella produzione e nella distribuzione dei servizi avviene in concomitanza al diffondersi di una maggiore trasparenza rispetto ai risultati economici delle aziende pubbliche e alla accelerazione del processo di responsabilizzazione finanziaria nel confronto degli ambiti istituzionali in cui avviene la formazione della domanda.

3.3. L'utilizzazione dei servizi sanitari

Il consumo di servizi sanitari da parte della popolazione regionale è più elevato di quello osservato a livello nazionale e delle altre regioni con caratteristiche economiche simili a quelle dell'Emilia-Romagna, anche dopo aver eliminato le differenze nella composizione per età della popolazione, per tutti i principali servizi.

I dati disponibili dall'indagine ISTAT sullo stato di salute della popolazione e sulla utilizzazione dei servizi sanitari relativi al 1994 mostrano ad esempio, che a parità di caratteristiche demografiche, la frequenza con cui i cittadini della regione Emilia-Romagna accedono a visite specialistiche o sono ricoverati in ospedale è superiore del 28% e del 17% rispettivamente, alla media nazionale. Complessivamente, si consumano ogni anno a livello regionale oltre 20 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali e circa 1 milione di accessi ospedalieri, in regime ordinario o in day hospital. L'andamento dei tassi di ricovero in ospedali per acuti ha tuttavia subito una netta flessione fra il 1996 ed il 1997, passando da 189,3 a 183,6 ricoveri per 1.000 abitanti, con una riduzione in valore assoluto oltre 18.000 ricoveri. Nello stesso periodo è rimasta invariata la proporzione di ricoveri di cittadini emiliani in strutture ospedaliere extraregionali (che contribuisce al tasso complessivo di ricovero per circa 9 punti), così come la quota di ricoveri in strutture private accreditate (che contribuisce al tasso di ricovero complessivo per circa 28 punti per 1.000 residenti). Invariata rispetto al 1996 è anche la frequenza di accessi in day hospital (una forma di assistenza incentivata dalle politiche regionali rispetto alla degenza tradizionale) che ha contribuito nel 1997 per un ulteriore 53% al tasso di utilizzazione dell'ospedale.

La tendenza alla riduzione nella frequenza del ricorso alla assistenza ospedaliera è evidente in tutte le Aziende sanitarie, anche se le variazioni sono particolarmente significative nelle Aziende di Reggio Emilia (da 186,5 a 172,6‰), Imola (da 211,5 a 201,6‰), Ferrara (da 192,0 a 176,9‰), Ravenna (da 188,3 a 179,1‰) e Rimini (da 211,5 a 205,8‰). Le forti politiche regionali di intervento sia per la riduzione dell'offerta ospedaliera e l'aumento di servizi alternativi domiciliari in strutture residenziali, sia per il contenimento della produzione, attraverso la definizione di piani di attività programmati fra Aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati sembrano quindi aver iniziato a manifestare i loro effetti.

Questi effetti sono evidenti anche nell'analisi dei dati relativi al primo semestre 1998, in cui il tasso di ricovero ordinario nelle sole strutture della Regione Emilia-Romagna presenta una ulteriore riduzione del 5%, passando dal 174,5‰ osservato nel 1997 al 165,3‰.

L'elevato livello medio di ricoveri ospedalieri complessivamente osservato non deve peraltro indurre a trascurare l'elevata variabilità fra aree geografiche della regione.

I tassi standardizzati di ricovero ordinario in ospedali per acuti presentano una variazione di oltre il 20%, passando dal valore massimo di 205,8‰ della popolazione residente della Azienda territoriale di Rimini ai valori di 175,7‰ osservati a Modena e di 179,1‰ a Ravenna.

Un ulteriore elemento di forte differenziazione fra ambiti territoriali è rappresentato dal ricorso alla assistenza in day hospital, fra lo 80,8‰ nella popolazione residente nell'area di Ferrara e valori attorno al 42‰ osservati a Bologna città, Imola e Bologna Sud.

Queste osservazioni rinviano a due ordini di problemi: 1) la dipendenza dei consumi dai livelli della offerta locale, chiamando quindi in causa la programmazione regionale e le sue azioni di riequilibrio territoriale; 2) l'integrazione fra servizi ospedalieri e forme alternative di assistenza territoriale e la appropriatezza clinica nella utilizzazione delle risorse disponibili, che rappresentano l'area in cui devono esprimersi la programmazione e la gestione locale e la competenza tecnica e professionale di tutti coloro che operano nel sistema sanitario regionale.

3.4. Le risorse strutturali

Gli elevati livelli di consumi ospedalieri non sono associati a una dotazione complessiva più elevata di strutture ospedaliere di numero di posti letto e di personale, rispetto a regioni che presentano livelli di utilizzazione inferiori. Gli alti livelli di consumo di assistenza ospedaliera nella nostra regione sono piuttosto associati alla elevata "capacità produttiva" degli ospedali dell'Emilia-Romagna che alla loro dimensione quantitativa.

Questo elemento è evidenziato anche dall'analisi dell'andamento nel tempo della utilizzazione dei servizi ospedalieri in rapporto al numero di posti letto disponibili. Nell'arco dei 20 anni compresi fra il 1978 e il 1997, il numero totale dei ricoveri negli ospedali pubblici della regione è rimasto sostanzialmente invariato (aumentando di circa il +6,6%), mentre il numero dei posti letto si è ridotto a circa la metà, passando dai 32.898 esistenti nel 1978 ai 18.153 del 1997, con un tasso di posti letto per abitanti sceso da 8,3‰ a 4,6‰. I recenti provvedimenti di rimodulazione della rete ospedaliera prevedono per l'anno 2000 una ulteriore riduzione dei posti letto per acuti, che dovranno raggiungere una dotazione complessiva di 4‰, anche per effetto di una loro parziale riconversione nella nuova funzione di lungodegenza riabilitativa e post-acuzie.

Queste imponenti trasformazioni sono state rese possibili sia da modificazioni nei processi produttivi ospedalieri, sia dal contemporaneo sviluppo di una forte rete per l'assistenza territoriale.

Alla prima categoria appartengono: 1) la diffusione di forme di assistenza alternative alla degenza tradizionale, come la chirurgia di giorno, che nel 1996 rappresentava il 15% dell'attività chirurgica elettiva per le indicazioni più consolidate; 2) lo sviluppo di processi organizzativi che favoriscono la dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati che, riducendo la durata media di degenza (passata da 12,8 giorni del 1978 a 7,7 giorni del 1997, con una riduzione del 39,8%), aumentano la intensità di utilizzazione dei posti letto disponibili, come dimostra l'aumento del 76,8% dell'indice di

rotazione, passato da 21,1 pazienti per posto letto a 37,3 pazienti.

Alla seconda categoria appartiene invece la diffusione di una forte rete per la assistenza residenziale e semiresidenziale (RSA, Case protette, Centri Diurni) orientata principalmente alla popolazione anziana, che ha raggiunto nel 1997 il 3,2% degli anziani ultrasettantacinquenni, e dovrà raggiungere il 4% nell'anno 2000. A questo si è aggiunto il più recente sviluppo della Assistenza domiciliare, che complessivamente nel 1997 ha riguardato circa l'1% della popolazione regionale, nelle sue diverse forme categoriali (assistenza ai pazienti oncologici terminali e ai pazienti con AIDS) o generali (Assistenza domiciliare integrata e Assistenza sociale).

La articolazione dei servizi territoriali, alla cui attività concorrono in sempre maggiore misura i medici di medicina generale, rappresenta uno dei tratti più distintivi del Sistema sanitario regionale, a fronte della difficoltà che la medicina del territorio continua ad incontrare in altre regioni.

Questa direzione di sviluppo ha anticipato le indicazioni del PSN per la diffusione dei servizi territoriali che possano fungere da valide alternative alle tradizionali forme di assistenza centrate sull'ospedale e risponde alle necessità derivanti dalle caratteristiche della popolazione della Regione di articolare l'offerta di servizi secondo livelli e forme di assistenza più adeguati a rispondere ad una domanda altamente differenziata ed esigente e di esercitare un attento controllo dei costi complessivi del sistema.

3.5. La spesa sanitaria: andamento e previsioni

Negli ultimi 10 anni, la spesa sanitaria regionale ha presentato un andamento in cui sono riconoscibili tre fasi nettamente distinte: una prima fase di crescita, relativa al quadriennio 1989-1992; una fase di controllo, fra il 1993 e il 1996; una terza fase, iniziata nel 1997, di contenimento della crescita a valori nettamente inferiori e in controtendenza rispetto a quello osservato a livello nazionale e nelle altre Regioni dell'Italia centro-settentrionale.

Rispetto all'anno di riferimento 1992, la spesa corrente pro-capite 1997 è aumentata per l'Emilia-Romagna del 4,6%, contro un aumento medio nazionale del 10,5%. A livello regionale, la Lombardia ha presentato nello stesso periodo un aumento del 15,9%, il Veneto del 12,6%, la Liguria del 7,8%, la Toscana dell'11,6%.

Rispetto alla media nazionale, la spesa sanitaria dell'Emilia-Romagna è caratterizzata da una maggiore incidenza percentuale della spesa per beni e servizi e per personale dipendente rispetto alla media nazionale. Questi valori devono tuttavia essere considerati contestualmente alla spesa per l'assistenza in strutture di ricovero accreditate (Case di cura private, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, etc.), di gran lunga inferiore nella Regione Emilia-Romagna rispetto alla media nazionale. Queste voci di spesa sono infatti fra di loro complementari e riflettono principalmente la proporzione della spesa sostenuta direttamente da strutture del SSN o da altre strutture.

Il confronto della spesa sanitaria pro-capite per beni e servizi, personale e assistenza farmaceutica convenzionata osservata nel periodo 1994-97 in Emilia-Romagna rispetto a Lombardia e Veneto, due Regioni con una diversa struttura demografica, ma relativamente omogenee per caratteristiche sociali e dotazione di servizi, che rappresentano quindi un termine di riferimento più valido dei valori nazionali, dimostra un incremento percentuale nella nostra Regione sensibilmente inferiore per tutte e tre le voci di spesa. Mentre l'Emilia-Romagna presenta un aumento del 3,6% della spesa per beni e servizi, del 15,4% per il personale e del 4,2% per la farmaceutica, i tassi di incremento complessivo sono pari a 11,4%, 20,5% e 14% per la Lombardia e a 8,5%, 21% e 15,7% per il Veneto.

La composizione della spesa per macrolivelli di assistenza evidenzia una struttura in cui la componente imputabile alla assistenza ospedaliera in regime di degenza è stimabile attorno al 49%. Questa quota è in ulteriore riduzione per favorire lo sviluppo di forme e livelli di assistenza alternativi alla degenza, che rappresenta una delle principali priorità del PSN.

L'alta diffusione dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani ha raggiunto nel 1997 una dotazione di oltre 3,2 posti per 100 anziani ultrasettantacinquenni. Molti ambiti territoriali sono prossimi a raggiungere nel 1998 l'obiettivo previsto per l'anno 2000 di un'offerta di 4 posti residenziali e semiresidenziali per 100 abitanti di età superiore a 75 anni.

L'espansione di questi servizi ha avuto ovvie ripercussioni sulla spesa sociale a rilevanza sanitaria a carico del Fondo Sanitario Regionale, che nel 1997 ha superato i 400 miliardi, pari ad oltre il 5% della spesa sanitaria complessiva.

Per effetto di queste trasformazioni, il Sistema sanitario regionale è attestato a livelli di spesa che comporteranno un disavanzo rispetto alle entrate ordinarie stimabile per il 1998 in 450 miliardi, pari ad un eccesso di spesa rispetto alla quota capitaria assegnata di 114.000 lire pro-capite. La imminente, seppur progressiva, introduzione del federalismo fiscale, che sostituisce alla attuale forma di finanziamento del SSR basata su trasferimenti centrali a destinazione vincolata la compartecipazione regionale al gettito di alcune imposte nazionali per soddisfare i fabbisogni complessivi delle funzioni esercitate dalle Regioni, impone di completare rapidamente la strategia di risanamento finanziario del SSR attraverso la sua riorganizzazione strutturale avviata negli ultimi anni. L'efficacia di questa strategia richiede tuttavia che sia data piena attuazione agli impegni assunti dal Governo per un adeguamento delle disponibilità finanziarie complessive all'effettivo fabbisogno del SSN e una corretta applicazione dei criteri per il loro riparto fra le Regioni.

La strategia attuata in questi anni appare l'unica che permetta di realizzare contemporaneamente le esigenze di controllo della spesa, per soddisfare gli obblighi di responsabilizzazione finanziaria imposti dal nuovo sistema istituzionale, e di modernizzazione del sistema, per rispondere adeguatamente alle aspettative di un sistema sociale sempre più differenziato nelle preferenze e sofisticato nei consumi. Le caratteristiche del SSR e le caratteristiche demografiche e

sociali della regione non si limitano infatti a determinare alti livelli di spesa sanitaria, ma comportano anche esigenze di trasformazione e di innovazione per rispondere alle elevate aspettative della popolazione, che comprendono anche la domanda di nuovi servizi e di forme di assistenza alternative a quelle tradizionali. Di qui la validità di una politica sanitaria che non si è limitata semplicemente al contenimento dei costi, ma ha affrontato anche il rischio di combinare il rigore finanziario, comunque dovuto, con un profondo processo di modernizzazione del sistema sanitario, in ogni caso necessario.

3.6. L'impatto sul sistema sanitario regionale

Il quadro emergente dall'analisi delle caratteristiche e delle tendenze evolutive della popolazione regionale evidenzia una crescita quantitativa delle condizioni di bisogno sanitario e sociale, associata ad una forte differenziazione della qualità nella domanda di servizi legate essenzialmente a:

- crescente proporzione di popolazione anziana;
- presenza di nuovi gruppi di popolazione immigrata, prevalentemente in età giovane, che presentano necessità assistenziali peculiari, derivanti da stili di vita e attitudini culturali non omogenee a quelle tradizionali della popolazione ospite;
- sofisticazione delle preferenze e delle aspettative dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari, derivante dalla evoluzione del livello e della qualità dei consumi.

Questi aspetti mettono in tensione la capacità di fornire servizi adeguati a costi sostenibili, che devono essere contemporaneamente:

- sempre più articolati e differenziati, per soddisfare le esigenze derivanti dalla diversificazione delle necessità e delle aspettative della popolazione;
- diffusi sul territorio, per far fronte alla dispersione abitativa;
- potenzialmente autosufficienti per i diversi ambiti territoriali, per soddisfare le aspettative sempre più esigenti e sofisticate dei cittadini ed ovviare ai costi individuali legati alla mobilità;
- comportare costi sostenibili per le comunità di riferimento, a livello regionale e locale, alle quali il processo di responsabilizzazione finanziaria che accompagna il progressivo trasferimento di competenze verso livelli più prossimi alla popolazione servita riferisce sempre più specificamente le spese.

L'aumento quantitativo e la differenziazione qualitativa della domanda rendono impossibile approntare risposte adeguate aumentando semplicemente il volume dell'offerta, oppure perseguendo soltanto l'innovazione di processo e la standardizzazione di prodotto, per ricercare una maggiore efficienza operativa dei servizi.

Produrre una maggiore quantità delle stesse cose nelle stesse forme non è una risposta adeguata e neppure sufficiente al livello dei problemi da affrontare. E' necessario invece elaborare risposte innovative sul piano della distribuzione dell'offerta e della organizzazione delle forme di produzione dei servizi, che tengano conto anche delle esigenze proprie della "nuova" programmazione sanitaria.

3.7. Le esigenze della programmazione sanitaria

Le esigenze tecniche della programmazione e della organizzazione dei servizi possono essere largamente riconducibili a due temi generali:

- 1) il problema della distribuzione dei servizi, a fronte delle opposte esigenze di garantire accessibilità tempestiva ad un ventaglio di opportunità assistenziali sufficientemente ampio da soddisfare le aspettative e le preferenze dei destinatari e di concentrare interventi tecnicamente sempre più complessi in poche strutture, che garantiscano elevati livelli di qualità a costi contenuti;
- 2) come realizzare, fin dalla fase di programmazione, le condizioni dell'appropriatezza nella produzione e nella utilizzazione dei servizi sanitari.

Le tendenze della programmazione sanitaria a fronte della disponibilità di risposte tecnicamente sempre più complesse a una domanda progressivamente più divaricata sono orientate verso la concentrazione della produzione dei servizi per ricercare da un lato economie di scala e, soprattutto, di scopo alle unità produttive e dall'altro le competenze professionali ed i requisiti organizzativi necessari per garantire qualità a prestazioni sempre più tecnicamente sofisticate e complesse.

Le evidenze sul rapporto fra volumi di attività, costi e qualità tecnica dei servizi ormai acquisite per numerosi interventi sanitari suggeriscono di concentrare talune funzioni complesse in unità operative che garantiscano un volume di attività sufficiente a realizzare gli assetti organizzativi e i servizi collaterali e di supporto indispensabili e permettano a ciascun operatore di acquisire e mantenere le competenze e le capacità necessarie.

Esistono tuttavia altrettanto valide ragioni programmatiche ed organizzative a favore della massima diffusione possibile dei punti di erogazione dei servizi, per garantire loro accessibilità, tempestività e flessibilità rispetto alle esigenze e alle preferenze locali e per favorire la partecipazione attiva dei pazienti e dei cittadini.

Vi sono infatti sufficienti evidenze per sostenere un decadimento della accessibilità dei servizi in funzione della loro distanza dai potenziali destinatari. Questo vale soprattutto per quanto riguarda i servizi con finalità preventive, ma anche per forme di assistenza alternative alla degenza tradizionale, come il day hospital o la chirurgia di giorno, che richiedono una maggiore partecipazione attiva dei pazienti e delle loro famiglie al processo assistenziale.

La necessità di soddisfare contemporaneamente le opposte esigenze di prevenire i rischi di decadimento della qualità e di aumento dei costi di gestione dei servizi inseguendo la diffusione territoriale della popolazione e di aumentare e diversificare l'offerta per far fronte alla crescita quantitativa e alla divaricazione qualitativa della domanda rappresenta il primo e principale problema della programmazione strategica del SSR.

Il secondo problema riguarda la necessità che le condizioni della appropriatezza della utilizzazione dei servizi non siano confinate al momento della gestione, ma vengano esplicitamente considerate sin dalla fase di programmazione strategica.

Appropriatezza e necessità dei servizi in rapporto alle caratteristiche cliniche e assistenziali dei pazienti sono i due elementi che qualificano il carattere essenziale dei livelli di assistenza indicati dal PSN, che definiscono le garanzie del SSN e devono quindi essere omogenei in tutto il territorio nazionale. La combinazione di questi criteri introduce due vincoli alla programmazione, che deve essere attenta sia alla distribuzione quantitativa della offerta, sia alla appropriatezza della produzione e della utilizzazione dei servizi. Questa esigenza di qualificazione delle garanzie offerte dal SSN è particolarmente avvertita nella Regione Emilia-Romagna, che presenta livelli particolarmente elevati di consumi sanitari, ed è quindi particolarmente esposta al rischio di un uso inappropriato dei servizi sanitari.

L'appropriatezza clinica si esprime compiutamente a livello delle scelte individuali del singolo clinico a fronte di uno specifico problema assistenziale, ed è usualmente riferita alle sue competenze professionali. Le competenze professionali si esprimono tuttavia sempre in rapporto alle opportunità e alle risorse disponibili da un lato, e alle aspettative e alle preferenze degli utilizzatori dall'altro.

La diffusione delle forme più efficaci di assistenza sanitaria, sia in assoluto sia in relazione ai loro costi di produzione, così come previsto dal PSN e, più in generale, l'appropriatezza nella utilizzazione dei servizi sanitari hanno quindi i loro principali determinanti nei principi e nei criteri della programmazione della dotazione strutturale e di organizzazione funzionale del sistema dei servizi, incluso il sistema di remunerazione dei produttori, da cui le pratiche professionali traggono i loro incentivi impliciti ed espliciti e le condizioni ottimali di espressione.

Programmazione della distribuzione dei servizi, selezione prioritaria delle prestazioni e dei servizi efficaci ed appropriati in relazione alle necessità dei pazienti, informazione e partecipazione dei cittadini alle scelte di priorità del SSR, arricchimento delle competenze professionali degli operatori rappresentano obiettivi strettamente interdipendenti e condizioni necessarie per la efficacia della "nuova" programmazione sanitaria.

4. Il Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001

4.1. Le scelte strategiche

Il PSR 1999-2001 è un'agenda integrata di impegni per la salute e di modernizzazione del sistema dei servizi, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari. Questa agenda comprende anche, ma non si esaurisce nella, programmazione e nella organizzazione dei servizi sanitari. In quanto oggetto di intervento del PSR sono tutti e tre i settori strettamente interdipendenti delle politiche per la salute: a) contrastare le condizioni di vita e di lavoro di ostacolo per la salute; b) diffondere comportamenti individuali e stili di vita che favoriscano la salute; c) definire modelli di funzionamento e criteri di organizzazione dei servizi che favoriscano programmi di intervento dei servizi sanitari, integrati fra di loro e orientati al paziente e alla popolazione. Le esigenze dettate dalla dispersione territoriale, dalla crescita quantitativa e, soprattutto, dalla differenziazione qualitativa della domanda a fronte delle ragioni della sostenibilità economica e della qualità tecnica dell'offerta di servizi individuano una evoluzione del sistema dei servizi della Regione Emilia-Romagna secondo due traiettorie potenzialmente conflittuali: la concentrazione e la centralizzazione della produzione dei servizi, per garantire qualità tecnica ed economicità gestionale oppure la loro diffusione, per garantire accessibilità, cooperazione e responsabilità locale.

La composizione di queste due tendenze impone di passare dalla ricerca della omogeneità degli ambiti territoriali come equicapacità produttiva ad un assetto organizzativo che garantisca sia equità di accesso della popolazione a servizi di qualità adeguata sia cooperazione e responsabilità sui risultati nei confronti delle comunità locali. La risposta programmatica a questi due obiettivi è principalmente ricercata nella realizzazione di un sistema diffuso di servizi integrati in rete, sostenuto da una robusta infrastruttura regionale che funga da supporto tecnico attuativo e da elemento di coesione e di congruenza fra i territori e fondato su un forte sistema delle cure primarie.

La scelta di fondare il nuovo SSR sulle cure primarie risponde a tre obiettivi specifici:

- a) garantire la pronta e conveniente accessibilità ai servizi, la tempestività degli interventi e la continuità dell'assistenza, attraverso la varietà delle sue forme, dei suoi livelli e delle sue intensità;
 - b) valorizzare le risorse di solidarietà presenti nelle famiglie e nelle comunità locali;
 - c) limitare l'uso dei servizi specialistici di secondo e terzo livello alle condizioni di effettiva necessità e appropriatezza clinica, anche attraverso un allargamento delle competenze professionali e lo sviluppo delle innovazioni tecnologiche.
- Nella organizzazione del sistema dei servizi sanitari in funzione di questi obiettivi si esprime essenzialmente il ruolo della "nuova" programmazione sanitaria regionale.

4.2. La programmazione negoziata

La pluralità dei soggetti interessati alla salute e la evoluzione delle forme delle loro relazioni richiede che la programmazione sanitaria abbandoni illusioni dirigistiche e tentazioni particolareggiate per assumere i caratteri di una programmazione "negoziata" che garantisca sia la selezione competitiva delle priorità sia la verifica e la contestabilità delle scelte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i soggetti che hanno interessi nella salute.

Questa constatazione è il significato essenziale e l'implicazione operativa del patto di solidarietà per la salute proposto dal PSN e la conseguenza della scelta di un approccio intersettoriale ai problemi di salute, che impegni e responsabilizzi tutti i soggetti titolari di competenze e portatori di interessi pertinenti all'obiettivo della salute.

Il confronto fra le priorità di tutti i soggetti interessati, pubblici e privati, e la concertazione dei programmi di intervento sono gli strumenti più efficienti e trasparenti per far emergere conoscenze, attivare opportunità ed attribuire responsabilità.

La negoziazione delle scelte di priorità e la valutazione comparativa dei programmi e dei risultati sono gli strumenti essenziali per garantire le condizioni della competizione fra soggetti e fra programmi e la contestabilità dei risultati. La verifica sistematica dei risultati ottenuti di natura esplicitamente comparativa, rispetto ad altri interventi simili o agli obiettivi concordati, realizza invece la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti.

Obiettivo ultimo del PSR è di definire l'ambito della concertazione e individuare gli strumenti per realizzare le condizioni di reciprocità degli impegni e delle responsabilità fra tutti i soggetti negoziali, rappresentati principalmente da Aziende sanitarie, Enti locali, privato accreditato, privato sociale, volontariato.

4.3. Gli obiettivi specifici

Obiettivo del PSR è realizzare un sistema sanitario regionale che, in armonia con le indicazioni del PSN e coerentemente alle scelte strategiche della Regione Emilia-Romagna, sia:

Orientato alla promozione della salute, non solo alla erogazione dei servizi sanitari.

Questa scelta individua la priorità di programmi di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute, ed evidenzia il valore strategico della cooperazione fra SSR, Enti locali e le diverse forme di organizzazione della società civile. In particolare, individua il ruolo preminente degli Enti locali nella selezione delle priorità e nella elaborazione e gestione di politiche per la salute, in aggiunta alla loro funzione di indirizzo e di verifica dell'attività

svolta dalle Aziende sanitarie e ben oltre il loro ruolo diretto in quanto titolari di competenze e responsabilità amministrative nella gestione dei servizi sociali.

Orientato alla offerta di un servizio alla popolazione e ai singoli utilizzatori, non semplicemente alla erogazione di prestazioni.

Questo obiettivo comporta la assunzione della duplice priorità di sviluppare le competenze e le capacità relazionali del sistema e dei suoi operatori nei confronti delle preferenze e delle aspettative della popolazione e dei singoli utilizzatori dei servizi e della valutazione del loro gradimento. Sul versante della organizzazione dei servizi, indica come prioritaria la riorganizzazione dei processi assistenziali verso l'integrazione orizzontale fra - ed entro i servizi e Dipartimenti, orientata alla definizione di programmi di intervento per categorie e sottogruppi significativi di popolazione.

Regionale nella definizione delle garanzie e nel modello di funzionamento, locale nella scelta degli assetti organizzativi e della distribuzione delle responsabilità.

La funzione di programmazione regionale nei confronti del sistema delle Aziende sanitarie si esprime nella definizione delle relazioni fra le Aziende e fra queste, la Regione e gli Enti locali, nel disegno del profilo generale di organizzazione dei servizi e nella articolazione delle responsabilità. Alla autonomia aziendale è affidata la responsabilità delle scelte rispetto agli assetti organizzativi interni ed alla distribuzione ottimale dei servizi in rapporto alla popolazione di riferimento.

Questo comporta la necessità di definire modelli di riferimento per la distribuzione dei servizi nei diversi ambiti territoriali e per la articolazione delle responsabilità cliniche e finanziarie all'interno delle Aziende, nonché un sistema di monitoraggio dei risultati raggiunti, al fine di garantire l'attuazione delle indicazioni fornite.

4.4. Lo stile delle scelte di programmazione

Le soluzioni proposte dalla programmazione strategica regionale relativamente alla organizzazione del sistema devono essere:

- a. informate dalla valutazione delle evidenze disponibili sulla efficacia clinica e sulla efficienza operativa dei diversi assetti organizzativi dei servizi. In assenza di queste, potranno essere considerate esperienze e soluzioni adottate in altri paesi per programmi di intervento e/o forme di organizzazione dei servizi.
- b. Basate sulla valutazione della situazione attuale, relativamente al fabbisogno stimato di intervento, tenuto conto dei volumi di attività attuali e dei problemi emergenti.
- c. Adeguatamente verificate, in quanto corredate da misure di risultato (intermedio e, quando possibile, finale) che permettano di valutare la progressione verso gli obiettivi definiti nel tempo previsto, garantendo anche la responsabilizzazione nei confronti dei cittadini e degli Enti Locali.
- d. Adeguatamente sostenute, in quanto gli obiettivi indicati prevedono adeguate misure di supporto alla attuazione locale attraverso lo sviluppo delle competenze professionali e delle infrastrutture tecniche necessarie e il finanziamento delle soluzioni organizzative "ottimali" attraverso un fondo per la modernizzazione del SSR appositamente costituito.

4.5. Gli oggetti

Il PSR 1999-2001 contiene linee di indirizzo al sistema delle Aziende sanitarie relativamente a:

- a. Definizione di un profilo regionale di organizzazione dei servizi secondo un modello generale di distribuzione territoriale, che garantisca le condizioni di accessibilità a servizi di buona qualità, uniformi a livello regionale ed economicamente sostenibili e definisca le condizioni per l'autosufficienza dei diversi ambiti territoriali.
- b. Disegno di un sistema di governo aziendale che definisca le condizioni di reciprocità nell'ambito della programmazione negoziata; garantisca la produzione efficiente e la distribuzione equa dei servizi, e realizzi le condizioni per la contestabilità dei risultati sia all'interno del sistema sanitario sia ai diversi livelli istituzionali di governo e ai cittadini in generale.
La articolazione del sistema delle responsabilità si applica ed agisce a livello delle relazioni fra Aziende sanitarie, Enti locali e Regione nella elaborazione di Piani per la Salute (PPS), fra le Aziende attraverso la definizione degli accordi contrattuali per l'attuazione dei Piani annuali di attività (PAA), che rappresentano lo strumento di integrazione verticale e la condizione di contestabilità dei risultati; a livello intraaziendale, nei rapporti entro la Direzione Aziendale e fra questa, i servizi e Dipartimenti.
- c. Elaborazione di un programma di modernizzazione del SSR, che valorizzi i punti di eccellenza e le aree di innovazione presenti in molti servizi estendendoli a tutto il sistema regionale. Particolare priorità assumono le politiche per la qualità, e la informazione e la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi.
- d. Creazione di una area logistica regionale, in termini di strutture di supporto e di politiche di sviluppo delle risorse umane e della informazione, a sostegno della attuazione delle politiche di piano e del progetto di modernizzazione del sistema.

4.6. Le priorità

a) Obiettivi di salute

L'orientamento generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute é di valorizzare il ruolo preminente degli Enti locali, riservando alle Aziende sanitarie la funzione di proposta, supporto e consulenza tecnica. Il modello proposto prevede interventi intersettoriali e di durata poliennale, concentrati in aree geograficamente definite o orientati a gruppi significativi di popolazione nei quali il SSR svolge il ruolo di proponente, catalizzatore e di parziale finanziatore.

A questo tipo di interventi principalmente infrastrutturali e con effetti di lungo periodo, si accompagnano interventi di prevenzione primaria della incidenza di malattie e/o disabilità, principalmente orientati alla prevenzione di stili di vita e comportamenti dannosi per la salute e a contrastare le esposizioni professionali di collettività di persone in specifici ambienti di vita e di lavoro.

b) Organizzazione dei servizi

1) Riorganizzazione del SSR secondo un modello di reti integrate di servizi, orientate per settori di attività o gruppi di popolazione, a livello regionale, aziendale e di singolo servizio.

2) Sviluppo della articolazione distrettuale della organizzazione aziendale e istituzione del Dipartimento delle Cure Primarie, come strumento operativo per la gestione integrata dei servizi territoriali.

3) Programmazione regionale dei servizi a valenza sovra-aziendale, che comprende l'assistenza cardiologica e cardiocirurgica ed il sistema regionale dei traumi, nonché forme innovative di assistenza, a integrazione di programmi regionali già presenti, come l'hospice per l'assistenza ai pazienti in stadio di malattia avanzata.

4) Sviluppo di un programma per la modernizzazione del SSR, orientato alla promozione della qualità dell'assistenza e alla informazione, collaborazione e partecipazione degli operatori, degli utilizzatori dei servizi e dei cittadini.

c) Potenziamento dell'infrastruttura regionale del SSR

Il progetto di modernizzazione del SSR richiede lo sviluppo di una forte infrastruttura tecnica a livello regionale, che garantisca le risorse necessarie per lo sviluppo delle competenze richieste dalle nuove funzioni attribuite alle Aziende sanitarie e la coerenza delle strategie aziendali secondo gli indirizzi regionali. Questa strategia comporta prioritariamente una politica per lo sviluppo delle risorse umane del SSR e per la diffusione delle tecnologie informative. A questo deve affiancarsi il rafforzamento dell'area logistica regionale, a sostegno e supporto delle Aziende sanitarie e la istituzione di un fondo per la modernizzazione del sistema, per incentivare lo sviluppo delle soluzioni organizzative ottimali.

5. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie

5.1. I Piani per la salute

1. Le indicazioni nazionali

Il nuovo quadro di riferimento programmatico e normativo nazionale delinea un SSN che, mentre non si propone l'impossibile obiettivo di perseguire autarchicamente la promozione della salute, non si rassegna ad autolimitare il suo ruolo alla sola offerta efficiente di prestazioni sanitarie. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 contiene, infatti, la indicazione di obiettivi di salute e di modifica di stili di vita che possono essere perseguiti soltanto attraverso interventi intersettoriali, in collaborazione con tutti i livelli istituzionali e con i cittadini, sui determinanti strutturali delle condizioni di salute dei singoli e delle popolazioni.

L'enfasi sulla natura intrinsecamente intersettoriale degli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e della disabilità impone di identificare la specificità del contributo di tutti i servizi sanitari al raggiungimento degli obiettivi del Piano, all'interno di uno scenario in cui emergono esplicitamente vincoli e interessi diversi, competitivi e potenzialmente conflittuali con quelli riferibili all'ambito della salute. L'obiettivo ultimo del patto di solidarietà per la salute proposto dal PSN è di affrontare questi problemi al loro adeguato livello di complessità, riconoscendo il ruolo essenziale della collaborazione con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema sanitario.

Questo obiettivo pone problemi nuovi alla organizzazione sanitaria, in quanto implica la sua capacità di conoscere e valutare le condizioni di rischio e lo stato di salute delle popolazioni, di orientare scelte e di sostenere comportamenti individuali e collettivi, in aggiunta alla più tradizionale funzione di offrire servizi e di erogare prestazioni.

2. Le strategie regionali

I programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e della disabilità rappresentano elementi essenziali della strategia aziendale per soddisfare il mandato di tutela della salute della popolazione che caratterizza le Aziende sanitarie, anche se il ruolo preminente o comunque essenziale è svolto da soggetti esterni al sistema sanitario. Un ruolo primario nello sviluppo dei programmi di promozione della salute è svolto in particolare dagli Enti locali, rispetto ai quali le Aziende sanitarie hanno funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica, secondo un modello simile a quello realizzato nei programmi collegati al movimento delle "Città sane".

Per concorrere efficacemente al processo di selezione dei rischi da affrontare prioritariamente e di scelta delle azioni da intraprendere per rimuoverli o controllarli, le Aziende sanitarie devono sviluppare in primo luogo adeguate capacità di analisi epidemiologica finalizzata alla sanità pubblica e di valutazione della efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche.

Il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie deriva dalle conoscenze e dalle competenze tecniche disponibili, ma è soprattutto condizionato dalla percezione, dai giudizi e dai valori di tutti i soggetti che, a vario titolo, fanno parte del problema. Occorre quindi che il servizio sanitario, nel promuovere la difesa della salute, faciliti l'accesso all'informazione e crei le condizioni per un efficace processo di comunicazione del rischio tra tutti i soggetti interessati, sviluppando tutte le competenze necessarie.

Le funzioni di analisi epidemiologica e di valutazione degli interventi e di informazione e comunicazione del rischio hanno una valenza strategica per le Aziende sanitarie e rappresentano quindi compiti e responsabilità propri della direzione aziendale. Analogamente, i relativi piani di intervento devono rappresentare parte integrante dei programmi di attività di tutti i servizi, a tutti i livelli di assistenza.

3. Programmi di promozione della salute

La strategia per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e delle disabilità è articolata su tre settori di intervento:

- 1) Prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute.
- 2) Promozione individuale di stili e comportamenti sani e di abitudini adeguate al mantenimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro.
- 3) Informazione e comunicazione del rischio.

I programmi elaborati su obiettivi specifici, trasversalmente a questi settori di intervento, dovranno comunque tendere a:

- a) Ridurre le ineguaglianze di fronte alla salute e alla utilizzazione dei servizi sanitari.
- b) Migliorare la qualità dei servizi.
- c) Produrre maggior valore sulla base delle risorse disponibili.

Per nessuno dei tre settori di intervento è possibile ottenere risultati apprezzabili impegnando esclusivamente le risorse e le strutture del Servizio Sanitario Regionale, per l'ovvio motivo che i problemi di salute non rispettano le competenze amministrative. Le azioni di piano dovranno quindi essere sviluppate puntando prioritariamente all'approccio intersettoriale e all'integrazione tra i livelli di governo e di gestione, sia in senso orizzontale, sia in senso verticale.

I piani di intervento per i programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie sono programmati su base poliennale nell'ambito dei Piani Per la Salute, elaborati e condotti di concerto con gli Enti locali ed in coerenza con gli indirizzi regionali. Le Aziende sanitarie hanno la responsabilità primaria di coordinare gli interventi dei propri

servizi e di integrarli con i programmi attivati dai Comuni, sviluppando anche appropriate forme di collaborazione con le organizzazioni della comunità sociale.

A questo tipo di programmi principalmente infrastrutturali e con effetti di lungo periodo, si accompagnano interventi orientati agli stili di vita e alle esposizioni professionali in specifici ambiti di vita e di lavoro.

In entrambi i casi il Distretto rappresenta l'ambito di intervento ottimale, anche in ragione del suo ruolo nel garantire il collegamento e la collaborazione con gli Enti locali, mentre il Dipartimento di prevenzione (DIP) è lo strumento di intervento privilegiato. Il Dipartimento di prevenzione svolge sia funzioni di supporto alla elaborazione, al coordinamento ed al monitoraggio dei programmi aziendali ed eventualmente interaziendali, sia attività proprie, legate all'esercizio della funzione di vigilanza negli ambienti di vita e di lavoro e alla tutela della igiene pubblica.

Il DIP può risultare la struttura tecnica più idonea a svolgere funzioni di riferimento metodologico e di coordinamento organizzativo per la elaborazione dei programmi di promozione della salute e di prevenzione della malattia, fornendo competenze specialistiche nel settore della epidemiologia, della tossicologia e della comunicazione del rischio, oltreché per programmi rilevanti per la sanità pubblica, che interessano più servizi aziendali, come ad esempio i programmi di screening o di vaccinazione.

Il DIP dovrà inoltre garantire, sulla base di prove scientifiche di efficacia, la scelta, l'applicazione e la valutazione delle strategie e delle procedure relative alle aree di offerta relative alla profilassi delle malattie infettive e diffuse, alla salute e alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, alla sanità pubblica e veterinaria, e alla tutela igienico-sanitaria degli alimenti e della nutrizione.

4. Prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute

L'efficacia degli interventi di prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute è principalmente condizionata dal fatto che essi derivano da cause che esulano dalla capacità di controllo e di intervento del Servizio Sanitario Regionale.

L'intersettorialità degli interventi rappresenta quindi una necessità che deve essere perseguita creando una rete di relazioni che permetta al maggior numero di soggetti, istituzionali e non, coinvolti in un determinato problema, di realizzare il più ampio spettro di collaborazioni e di esprimere la più ampia gamma di strategie e di forme di intervento. Le Zone di Azione per la Salute (ZAS) sono ambiti territoriali definiti non in base ai confini amministrativi ma alla distribuzione di un problema di salute rilevante e alla rete di relazioni istituite fra soggetti pubblici (Comuni e loro articolazioni gestionali, Province, Aziende sanitarie, Consorzi, Comunità Montane, Agenzie, etc.) e privati (Associazioni di volontariato, Organizzazioni sindacali e rappresentanze delle Città Sane, etc.) a cui è riconosciuta la capacità e che riconoscono sé stessi capaci di poter contribuire alla promozione e alla conservazione della salute della popolazione a fronte di un problema riconosciuto e condiviso.

Le ZAS comprendono ambiti territoriali o gruppi di popolazione qualificati da uno specifico problema di salute, in cui l'attenzione e la capacità di iniziativa e di innovazione dei soggetti interessati consente di verificare la fattibilità di interventi risolutivi (anche attraverso la modernizzazione e la revisione logistica e organizzativa delle strutture del SSR) ed in cui le sinergie di intervento derivanti dai rapporti di collaborazione prospettano risultati migliori, servizi di maggiore qualità o un più efficiente uso delle risorse rispetto ad un intervento dei soli servizi sanitari.

Le ZAS rappresentano quindi la definizione operativa del Patto Per la Salute indicato dal PSN, con il compito di:

- a) sviluppare e attuare strategie comuni, concordate a livello locale fra tutti i soggetti interessati;
- b) coordinare le azioni assunte da tutti i soggetti partecipanti, a fronte dell'affidamento della responsabilità a soggetti, non necessariamente appartenenti al servizio sanitario, che dimostrino forza progettuale e attuativa trainante.

Per il triennio 1999-2001, si ritiene di avviare la costituzione di 8/10 ZAS individuate a seguito della valutazione e della selezione di progetti elaborati da gruppi intersettoriali nell'ambito delle seguenti tematiche:

- Alimentazione (in collaborazione con l'Assessorato all'Agricoltura)
- Incidenti stradali (in collaborazione con gli Assessorati ai Trasporti e alle Politiche Sociali)
- Città anziane
- Città giovani
- Zone socialmente degradate.

Le proposte di istituzione delle ZAS dovranno essere indirizzate a due obiettivi strategici principali:

1. identificare e affrontare i problemi collettivi di salute della popolazione di una determinata area territoriale, omogenea non per coerenza a vincoli connessi a responsabilità amministrative, bensì per la presenza comune di un problema di rilevante influenza sulle condizioni ambientali e/o sociali, attraverso: a) il coinvolgimento attivo della comunità e la messa a disposizione di quest'ultima di strumenti in grado di renderla maggiormente responsabile della propria salute; b) la definizione delle alleanze e delle collaborazioni su cui puntare per raggiungere un livello accettabile di "sostenibilità" del progetto; c) l'identificazione delle cause e delle fonti di pericolo e dei rimedi per ridurre l'impatto sulla salute collettiva;
2. sviluppare la capacità di risposta, l'efficacia e l'efficienza dei servizi attraverso: a) la concertazione degli interventi prodotti a partire dai diversi punti di attacco; b) lo sviluppo di forme di partnership e la creazione di sinergie tra le attività espresse dai diversi attori; c) l'attribuzione delle responsabilità di coordinamento e supervisione al soggetto capace di esprimere innovazione e forza trainante.

L'individuazione delle ZAS sarà effettuata sulla base della elaborazione di programmi che evidenzino la rilevanza del problema e l'appropriatezza degli obiettivi sanitari, le modalità e gli strumenti di intervento, la intersectorialità delle collaborazioni previste, le forme di coordinamento e l'assetto delle responsabilità, la struttura economica della proposta, i risultati attesi a breve, medio e lungo termine.

5. Interventi sugli stili di vita

L'azione concertata tra soggetti pubblici e privati per la promozione della salute della collettività non può essere disgiunta da interventi diretti a promuovere stili di comportamento sani e abitudini adeguate al mantenimento della salute. Il PSN indica interventi prioritari nel settore della alimentazione, del fumo, dell'alcool e della promozione della attività fisica, che sono integralmente assunti come priorità dal PSR, anche in quanto coerenti con specifici programmi regionali già avviati.

Le esperienze fin qui condotte hanno evidenziato che uno degli elementi critici per il successo delle iniziative è rappresentato dalla capacità di penetrazione dell'intervento all'interno di gruppi coesi e socialmente significativi. Se l'adozione di stili di vita "sani" è una opportunità essenzialmente individuale, la condivisione sociale del modello di comportamento è un forte stimolo alla adozione e un sostegno al suo mantenimento.

Gli ambienti di lavoro, a cominciare da quelli del SSR, rappresentano quindi uno dei luoghi elettivi di intervento per promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, con l'obiettivo di integrare le attività di controllo dei fattori di rischio in ambiente di lavoro con gli interventi di prevenzione individuale, primaria e secondaria.

Le azioni più incisive finora condotte negli ambienti di lavoro hanno riguardato prioritariamente e principalmente i rischi connessi alle attività produttive. Le esperienze acquisite ed i risultati ottenuti nel controllo delle nocività ambientali nei luoghi di lavoro permettono di allargare l'ambito di questi interventi a fattori di nocività presenti negli ambienti di vita. Le persone in condizione lavorativa sono primariamente parte di una comunità e sono quindi esposti agli stessi rischi connessi ai comportamenti presenti negli ambienti di vita.

L'allargamento degli obiettivi di intervento negli ambienti di lavoro permette di affrontare globalmente problemi che, tranne casi specifici e peculiari, giocano a entrambi i livelli (ad esempio, l'ipertensione annovera tra i suoi fattori di rischio sia lo stress occupazionale sia la cattiva alimentazione) e consente di contare su un effetto moltiplicatore dell'azione preventiva, reso possibile dal ruolo di trasmettitore dell'informazione svolto da ciascun soggetto in condizione lavorativa almeno nell'ambito della propria famiglia.

Questo approccio aumenta inoltre la efficacia degli interventi di prevenzione individuale, primaria e secondaria, sia in quanto permette di realizzare sinergie fra i servizi di medicina del lavoro e gli altri servizi sanitari, sia in quanto facilita la raggiungibilità della popolazione destinataria degli interventi di comunicazione del rischio o con l'offerta di programmi di diagnosi precoce.

L'ambito lavorativo di intervento prioritario è rappresentato dalle strutture del Sistema Sanitario Regionale. Gli operatori sanitari rappresentano una parte significativa della popolazione regionale, dal punto di vista della numerosità e da quello della autorevolezza e della competenza, e rappresentano quindi una risorsa importante sia come destinatari dei programmi di intervento sia come soggetti privilegiati di disseminazione delle informazioni.

5.2. Il Dipartimento di prevenzione

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN 1998-2000 riconduce i tradizionali sei macrolivelli di assistenza sanitaria a tre livelli, in riferimento alla assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

L'individuazione del livello dell'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro risponde principalmente alla esigenza di sviluppare e valorizzare l'attività del Dipartimento di Prevenzione (DIP), in quanto il PSN indica esplicitamente che attività rilevanti di prevenzione primaria e secondaria debbano essere svolte a tutti i livelli del SSN.

Al DIP sono invece confermate le competenze specifiche relative a:

- profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- tutela dei rischi connessi con l'inquinamento ambientale;
- tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti.

Queste funzioni corrispondono alle attività svolte direttamente dal DIP, in aggiunta alle più generali funzioni di supporto tecnico alla Direzione strategica aziendale ed alla collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali. A fronte del permanere dello statuto di peculiare autonomia attribuito al DIP all'interno delle Aziende sanitarie, stanno i profondi mutamenti della normativa nazionale e comunitaria, che regola compiti e responsabilità delle imprese commerciali e degli insediamenti produttivi e le innovazioni concettuali ed operative introdotte dal movimento culturale della "nuova" sanità pubblica.

La tendenza della normativa nazionale e comunitaria è decisamente orientata verso la ridefinizione delle relazioni fra la Pubblica amministrazione e le imprese commerciali volte a semplificare i rapporti e ad allargare la responsabilizzazione interna rispetto ai controlli esterni. Anche nella sanità, la più recente normativa di settore ha determinato un significativo spostamento dell'esercizio diretto delle attività di controllo da parte dei servizi della Pubblica

amministrazione alla attribuzione ai singoli soggetti della responsabilità di prevenire le possibili ricadute negative sulla sanità pubblica delle proprie attività.

La cultura della "nuova" sanità pubblica ha riproposto il tema degli obiettivi e del ruolo della sanità pubblica, con particolare riguardo alle relazioni con i servizi clinici ed assistenziali. Le soluzioni possibili oscillano fra due estremi, identificabili con nettezza sia sul piano organizzativo che sul piano delle responsabilità, delle competenze e della formazione degli operatori. Da un lato, riconfermare il grande scisma fra la cultura della clinica e quella della sanità pubblica, organizzando servizi di sanità pubblica verticalmente integrati e finanziati con fondi a destinazione vincolata. Dall'altro, elaborare strategie di sanità pubblica che ricerchino programmaticamente l'integrazione fra risorse e competenze tecniche proprie della sanità pubblica e della clinica a livello della comunità da servire.

La prima ipotesi garantisce la sopravvivenza della funzione di sanità pubblica, sottraendola alla competizione di potere e di risorse con i servizi clinici, in perenne ricerca di espansione, ma a rischio del suo isolamento. La seconda tende a recuperare la ampiezza dell'ambito naturale di intervento della sanità pubblica, che non solo comprende anche attività cliniche, ma si estende oltre gli ambiti di intervento propri del sistema sanitario.

Entrambi questi elementi impongono una revisione delle relazioni funzionali del DIP con le altre strutture aziendali, dei suoi assetti organizzativi e delle pratiche operative.

2. Le strategie regionali

La scelta della Regione Emilia-Romagna è decisamente orientata a favorire l'allargamento dell'ambito di intervento della sanità pubblica, comprendendo programmaticamente all'interno dei suoi obiettivi il contributo dei servizi della medicina clinica.

Le decisioni strategiche orientate alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e delle disabilità sono pertanto collocate a livello della Direzione Generale delle Aziende, in quanto, oltre ad implicare la partnership decisionale e la intersectorialità degli interventi con le rappresentanze istituzionali o spontanee delle comunità interessate, comportano necessariamente l'intervento coordinato di tutti i servizi aziendali che possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi. In questo ambito, il ruolo delle peculiari competenze tecniche presenti nel DIP è di consulenza tecnica e di collaborazione operativa, in particolare nelle aree della informazione, educazione e comunicazione del rischio e della epidemiologia.

La autonomia funzionale e organizzativa del DIP si esprime nella responsabilità di organizzare la produzione e la erogazione delle prestazioni necessarie a soddisfare le funzioni relative ai suoi ambiti propri di attività, a livello aziendale e distrettuale, garantendo la necessaria integrazione con i servizi aziendali ed in particolare con il Dipartimento per le cure primarie, a livello distrettuale.

Questa organizzazione richiede una ulteriore separazione fra le attività che possono trovare una collocazione sovradistrettuale e, in taluni casi, sovraziendale, e le prestazioni a valenza individuale, i cui punti di erogazione devono invece essere collocati il più possibile vicino ai loro destinatari, e quindi a livello distrettuale, per favorirne l'accessibilità.

3. Le funzioni di vigilanza

Le condizioni in cui si esercita la vigilanza attraversano una fase di profonda trasformazione, per la riduzione della rilevanza e dell'onere delle autorizzazioni preventive a carico della Pubblica amministrazione e l'aumento delle responsabilità dei cittadini e delle imprese nella progettazione e nel controllo dei rischi che vengono a determinarsi nei luoghi di produzione di beni e di servizi. Esempi paradigmatici sono il D.Lgs n. 626/1994 sulla salute nei luoghi di lavoro e il D.Lgs 155/1997 per la sicurezza igienica dei prodotti alimentari, che hanno portato mutamenti profondi nelle procedure e nelle responsabilità della prevenzione in questi due settori estremamente rilevanti per la sicurezza dei lavoratori e del pubblico.

Questa tendenza, destinata a svilupparsi ulteriormente per effetto delle norme comunitarie, ha determinato da un lato lo sviluppo di nuove figure professionali nel campo dell'igiene e della sicurezza, con specifiche responsabilità nella identificazione e nel controllo dei rischi presso i luoghi di produzione e dall'altro l'aumento della domanda di informazioni e di formazione da parte di cittadini e di imprenditori, singoli e associati, più direttamente coinvolti nelle attività e nelle scelte per la prevenzione.

La crescita della responsabilizzazione dei privati non comporta tuttavia la diminuzione delle responsabilità pubbliche, ma richiede piuttosto una sua trasformazione. Occorre sviluppare un "nuovo" sistema di vigilanza coerente con le tendenze in atto, adeguato ai rischi esistenti e alla loro evoluzione, capace di intervenire sia sui prodotti, sia sulle procedure e sui processi di valutazione e gestione dei rischi.

Il rispetto dei ruoli e delle reciproche responsabilità richiede che la funzione di vigilanza coinvolga tutti gli attori e le parti sociali sulle priorità e sulle modalità di applicazione delle norme attraverso azioni di informazione e di assistenza preventiva, che rappresentano le aree emergenti di esercizio della nuova funzione di vigilanza.

Il nuovo sistema di vigilanza pubblico richiede in particolare:

- operatori competenti, capaci di identificare e selezionare i problemi, di programmare interventi secondo criteri di priorità e di promuovere le necessarie azioni;
- strutture tecniche qualificate, attrezzate e con competenze specialistiche (sulle malattie infettive, in epidemiologia, in tossicologia, in igiene industriale e ambientale, nelle tecniche produttive, nella sicurezza, nella normativa, nella

comunicazione, ecc.) che conoscano la situazione dei rischi nelle aree di competenza, supportino tecnicamente le attività sul campo e siano capaci di intervenire sui problemi di salute più rilevanti;

- interventi coordinati tra i soggetti pubblici che hanno titolo ad adottare decisioni per la gestione dei rischi, in modo adeguato alla complessità e alla dimensione dei problemi. In questa logica è importante definire le competenze e le modalità di integrazione tra coloro che concorrono alla valutazione e alla gestione dei rischi, considerando che le attività ispettive e repressive sono solo un aspetto di tale processo.

4. Lo Sportello per la prevenzione

L'esercizio delle funzioni di prevenzione è tradizionalmente caratterizzato da un elevato ricorso ad autorizzazioni preventive e interventi ispettivi, frequentemente percepiti come procedure burocratiche, inutilmente limitative della autonomia o, addirittura, delle libertà individuali.

Questa percezione deve essere interpretata come un invito alla semplificazione delle procedure e come una richiesta legittima di motivazioni che deve essere adeguatamente soddisfatta da chi ha il compito di tutelare la sanità pubblica. Le relazioni con gli utenti e con i cittadini acquistano pertanto anche per il DIP una rilevanza critica come, e forse più che, nelle altre attività sanitarie. Il PSR intende assumere le relazioni con gli utenti e con i cittadini e la semplificazione burocratica delle attività di prevenzione come una priorità, sviluppando gli Sportelli per la Prevenzione. Tali strutture informative rivolte ai cittadini dovranno essere costituite attraverso la collaborazione tra i Dipartimenti di prevenzione, i Distretti e i Comuni, anche per rispondere alle esigenze determinate dalla recente istituzione degli Sportelli unici per le aziende.

Gli Sportelli per la prevenzione dovranno essere il primo, ed eventualmente il principale, punto di incontro con i cittadini e dovranno collaborare con tutti gli operatori e i servizi interessati per orientare l'organizzazione in modo da:

- aiutare i cittadini nella utilizzazione dei servizi;
- raccogliere le lamentele e le critiche, sia relative a problemi esistenti sul territorio sia a disfunzioni interne;
- promuovere il ruolo e l'immagine della prevenzione, facendo conoscere gli obiettivi, le attività, i programmi e i risultati ottenuti;
- informare sui rischi per la salute, rispondere a quesiti sui temi della prevenzione e facilitare l'accesso alla documentazione;
- produrre strumenti informativi e di comunicazione.

In una visione integrata delle attività di comunicazione gli Sportelli per la prevenzione dovranno inoltre collaborare a:

- gestire il rapporto con gli organi di comunicazione;
- progettare e organizzare iniziative di confronto pubblico su temi riguardanti la salute;
- realizzare progetti di educazione e di promozione della salute in particolare nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei centri di aggregazione sociale e culturale, nei quartieri, utilizzando la rete capillare dell'insieme dei presidi sociosanitari pubblici e privati;
- realizzare progetti di formazione dei soggetti con responsabilità nella gestione della prevenzione (responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, responsabili dei processi di HACCP, etc.).

Appropriate azioni di coordinamento e di supporto dovranno essere sviluppate nell'ambito dell'area logistica regionale al fine di garantire omogeneità nelle diverse aree della regione, realizzare economie di scala nell'uso delle risorse e nei costi di produzione dei prodotti e valorizzare le competenze presenti nei diversi DIP.

5. L'integrazione a livello dipartimentale e aziendale

Il processo di innovazione che deve coinvolgere anche i DIP prevede la riconversione, lo sviluppo di nuove competenze, strumenti e tecnologie con l'obiettivo di realizzare elevati livelli di integrazione entro e fra Dipartimenti di prevenzione, attività dei servizi territoriali a livello distrettuale e sistema regionale dell'ARPA.

Il DIP è una macrostruttura dell'Azienda USL dotata di autonomia funzionale e organizzativa, che collabora in modo sistematico e regolamentato con tutti gli altri presidi dell'Azienda USL.

A livello dipartimentale questo comporta lo sviluppo della più ampia collaborazione tra gli operatori dei diversi servizi nell'ambito di programmi di intervento comuni che porti al rafforzamento delle funzioni specifiche del DIP e delle competenze specialistiche in epidemiologia, tossicologia e comunicazione del rischio per aumentare la capacità delle Aziende sanitarie di rispondere alle nuove esigenze organizzative e agli obiettivi del Piano sanitario. In tal senso, il Dipartimento di prevenzione può rappresentare la struttura tecnica più idonea a svolgere funzioni di supporto metodologico e di coordinamento organizzativo per la realizzazione dei Piani per la salute che saranno sviluppati a livello locale.

L'innovazione organizzata ed il miglioramento della qualità delle attività di prevenzione dovrà essere operata secondo due criteri:

- programmazione e revisione delle attività svolte in base alla disponibilità di prove di efficacia delle tecnologie di prevenzione utilizzate. L'adozione di Linee guida per le attività di prevenzione e l'impegno degli operatori del DIP nella revisione critica sistematica e continuativa su attività svolta, risultati ottenuti e risorse utilizzate richiesto dal sistema di governo clinico aziendale, deve comprendere anche l'area degli interventi di prevenzione svolti dal DIP;
- sviluppo di modalità di organizzazione dell'offerta in funzione delle esigenze dei cittadini. L'integrazione fra DIP e Dipartimento delle Cure Primarie dovrà prevedere anche le modalità organizzative affinché l'erogazione di prestazioni

individuali con finalità preventive possa essere affidata ad altri professionisti o settori sanitari, in ragione di condizioni di accessibilità e di opportunità per il cittadino. Tale integrazione dovrà avvenire assicurando in ambito regionale la maggiore omogeneità possibile nelle forme organizzative.

6. L'integrazione a livello regionale

La maggior parte dei problemi di salute e molte attività preventive presentano una dimensione sovraziendale in quanto:

- presentano elevati livelli di complessità che richiedono l'integrazione di competenze specialistiche e di organizzazioni diverse (ad es. gli alimenti che provengono da manipolazioni genetiche, il rischio da campi elettromagnetici o il controllo dei cantieri per il Treno ad alta velocità);
- presentano ovvie economie di scala (ad es. il censimento regionale degli edifici e delle aziende con amianto);
- richiedono sistemi informativi comuni e capacità di coordinamento per garantire uniformità di valutazione e di interventi nelle varie aree.

In taluni settori, come quello dei rischi ambientali o della sanità pubblica veterinaria, l'esigenza di strutture tecniche specialistiche, intermedie tra il livello locale e quello nazionale, è stata soddisfatta con la costituzione delle ARPA e degli Istituti zooprofilattici.

I processi di innovazione nelle attività di prevenzione sottolineano la necessità di disporre, anche per questo campo, di un supporto tecnico regionale alle attività aziendali, che garantisca l'accesso a conoscenze e competenze specialistiche, l'integrazione tra sistemi informativi, lo sviluppo di una maggiore capacità epidemiologica, livelli adeguati di scambi e di coordinamento tecnico per uniformare strategie e migliorare l'uso delle risorse, formazione, possibilità di collaborazione a progetti di ricerca, ecc.

Questa risorsa dovrebbe trovare collocazione nella area logistica regionale, utilizzando e valorizzando le competenze e le esigenze già emerse a livello regionale con il Centro di documentazione per la salute (costituito presso le Aziende USL della Città di Bologna e di Ravenna), che svolge funzioni di rilevanza regionale nel campo della sanità pubblica, con un diretto collegamento con l'Assessorato regionale alla sanità, ed in collaborazione l'Agenzia Sanitaria Regionale, l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) e con le Istituzioni di ricerca regionali e nazionali.

7. Rapporti fra Dipartimento di Prevenzione e Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente

La costruzione di un sistema integrato delle attività di prevenzione coordinate, indirizzate e regolate dalla Regione si basa sui Dipartimenti di prevenzione istituiti in ogni Azienda sanitaria territoriale, sull'ARPA, sull'Istituto Zooprofilattico sperimentale, sul Centro di Documentazione per la Salute e sulle strutture di riferimento regionali per l'igiene e la sicurezza del lavoro.

Questa scelta organizzativa è ispirata dalla necessità di riordinare in un unico sistema le competenze ambientali e sanitarie affidate a distinte strutture operative. In tale sistema resta ferma la competenza della Regione sulle scelte di programmazione e di indirizzo mentre è affidata alle Aziende e all'Agenzia la responsabilità dell'attività gestionale ed organizzativa dei servizi preposti all'erogazione delle prestazioni.

Le Sezioni provinciali dell'ARPA erogano le prestazioni proprie dell'Agenzia e garantiscono l'esecuzione delle attività analitiche e l'erogazione delle prestazioni di supporto in materia di prevenzione collettiva richieste dalle Aziende sanitarie territoriali per lo svolgimento dei loro compiti di istituto.

I Dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie territoriali e le Sezioni provinciali dell'ARPA esercitano in modo integrato e coordinato le funzioni e le attività di controllo ambientale e di prevenzione collettiva che rivestono valenza sia ambientale che sanitaria ed assicurano:

- 1) la valenza unitaria delle attività e dei compiti espletati dal soggetto titolare della competenza primaria;
- 2) la realizzazione di modalità di rapporto con gli utenti, volte a evitare la frammentazione degli interlocutori pubblici e favorire l'univocità della comunicazione. L'effettiva univocità degli atti tecnici è ottenuta mediante l'individuazione dei livelli di integrazione e coordinamento, necessari alla produzione dei diversi atti. A tal fine sono individuati congiuntamente, attraverso specifici protocolli:
 - le attività e i compiti che, per i forti livelli di integrazione e coordinamento necessari, richiedono la costituzione di gruppi di lavoro permanenti, di norma provinciali. A tale gruppo di attività, rispetto alle quali la verifica periodica delle modalità di lavoro e dei risultati ottenuti è di competenza dei Comitati provinciali, appartengono in particolare:
 - le attività inerenti il funzionamento del sistema informativo;
 - l'informazione sullo stato dell'ambiente e la comunicazione del rischio;
 - l'espressione di pareri tecnici, nonché il supporto tecnico-scientifico agli Enti titolari delle funzioni amministrative, per la elaborazione/validazione degli strumenti di programmazione, pianificazione, gestione ed attuazione;
 - le attività inerenti i grandi rischi;
 - le attività e i compiti, il cui espletamento comunque richiede il concorso esplicito di ARPA e Aziende Usl, di norma attraverso atti tecnici unitari;
 - le attività e i compiti a basso livello di integrazione, che, per il loro svolgimento, non richiedono di norma il concorso di entrambi gli Enti.

8. La sanità pubblica veterinaria

La domanda interna e le esigenze internazionali poste dal nuovo mercato europeo impongono una profonda innovazione nella sanità pubblica veterinaria.

L'accresciuta attenzione collettiva verso i problemi igienico-sanitari e ambientali legati alla convivenza uomo-animali, la costante domanda di sicurezza e integrità dei prodotti alimentari nonché di metodi di produzione ecologici, la maggiore sensibilità sociale per il benessere degli animali, esigono strategie di sanità pubblica veterinaria in grado di assicurare azioni efficienti ed efficaci che forniscano adeguate risposte ad una domanda interna sempre più sofisticata e complessa.

In questa prospettiva vanno privilegiate quelle attività e quegli interventi finalizzati alla tutela della salute del consumatore, ad elevare gli standard sanitari delle produzioni zootecniche ed a valorizzare il rapporto uomo/animale/ambiente.

L'attuazione del mercato unico, nel contesto dell'Unione Europea e gli accordi internazionali nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio per la libera circolazione degli animali e dei prodotti alimentari, impongono che le azioni di prevenzione e controllo della salute degli animali e della salubrità degli alimenti di origine animale siano programmate e gestite prendendo a riferimento uno scenario di livello internazionale, che pretenda adeguati livelli e standard igienico-sanitari, nonché il riconoscimento dell'affidabilità di tali azioni.

Il PSR 1999-2001 individua i seguenti obiettivi prioritari:

- a) innalzare i livelli sanitari delle popolazioni animali, con riduzione della incidenza delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosica;
- b) migliorare l'igiene degli allevamenti zootecnici, con particolare riferimento al benessere degli animali allevati, all'alimentazione degli animali e all'utilizzo dei medicinali veterinari;
- c) garantire un elevato livello di sicurezza e di integrità dei prodotti alimentari di origine animale;
- d) accreditare il funzionamento dei Servizi veterinari territoriali e dei Laboratori di sanità pubblica veterinaria secondo norme di assicurazione della qualità.

Per il conseguimento di questi obiettivi, si individuano le seguenti azioni prioritarie:

- istituzione di un sistema di reti di sorveglianza epidemiologica veterinaria, così come configurato dalla direttiva 97/12/CE, debitamente supportato da una base dati informatizzata di gestione dell'anagrafe zootecnica, dallo sviluppo del Centro epidemiologico presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale e dalla istituzione della figura del veterinario aziendale riconosciuto;
- attuazione di piani di monitoraggio, controllo e, ove possibile, di eradicazione delle zoonosi;
- attuazione di programmi di sorveglianza delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili degli animali (TSE);
- potenziamento qualitativo dell'attività di controllo ufficiale veterinario basato su una corretta analisi, valutazione e gestione dei rischi e su livelli operativi omogenei e accreditati secondo norme di assicurazione della qualità;
- riqualificazione organizzativa e rafforzamento operativo degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, con completamento del processo di adeguamento delle norme EN45000, al fine di assicurare, nell'espletamento dei compiti istituzionali, servizi tecnologicamente e scientificamente avanzati;
- sviluppo delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori di sanità pubblica veterinaria, anche mediante un coerente collegamento con i piani di studio delle Università;
- sviluppo di programmi di ricerca finalizzati a rendere più efficienti ed efficaci gli interventi e le misure sanitarie nel campo della sanità pubblica veterinaria.

9. Tutela degli alimenti

Garantire prodotti alimentari rispondenti a criteri di sicurezza e integrità è requisito preliminare per la tutela della salute pubblica e per la tutela degli interessi dei consumatori e degli operatori.

Tale esigenza assume particolare significato in Emilia-Romagna sia per l'importanza socio-economica delle produzioni alimentari regionali e il rilievo della ristorazione collettiva e pubblica, sia per effetto di una domanda di consumi più sofisticata e rivolta a prodotti alimentari garantiti sotto l'aspetto della sicurezza e dell'integrità e che soddisfino esigenze di qualità.

La crescente complessità della "filiera" alimentare, articolata in varie fasi che vanno dalla produzione primaria al consumo, attraverso la lavorazione, trasformazione, conservazione, distribuzione e somministrazione degli alimenti nonché la variabilità dei fattori, interni ed esterni alla stessa filiera rendono evidente che le garanzie, richieste e dovute, non possono essere soddisfatte unicamente dal controllo ufficiale svolto dai servizi del Dipartimento di Prevenzione.

Il coinvolgimento delle imprese alimentari, dei servizi addetti al controllo ufficiale, delle componenti istituzionali, sociali e tecnico-scientifiche interessate, rappresenta un elemento essenziale per organizzare un sistema nel cui ambito ciascuno, nel rispetto di ruoli e competenze, concorre a realizzare un'organica sinergia di interventi, coerentemente finalizzati a garantire la sicurezza e l'integrità dei prodotti alimentari. In particolare in tale sistema devono essere ricompresi:

- la puntuale attuazione, da parte delle aziende alimentari, di piani aziendali di controllo ai sensi delle vigenti normative;
- il controllo ufficiale da parte dei competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione;
- gli interventi finalizzati a favorire la riduzione e comunque il corretto impiego dei prodotti fitosanitari in agricoltura e delle sostanze farmacologiche in zootecnia, nonché le connesse attività di controllo;
- gli interventi per promuovere la certificazione volontaria di qualificazione dei processi produttivi e di prodotti mediante l'adozione di specifici disciplinari di produzione, nonché le connesse attività di controllo;
- gli interventi di formazione degli addetti, nonché di assistenza e supporto tecnico alle aziende;
- l'attività di istituzioni ed enti tecnico scientifici finalizzata alla ricerca scientifica e lo sviluppo tecnologico nel settore

alimentare;

- la programmazione di interventi economici per il miglioramento strutturale delle imprese.

Il controllo ufficiale degli alimenti è assicurato dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, da istituirsi ai sensi del Decreto Legislativo 7/12/93, n. 517 e del D.M. 16/10/98, e dai Servizi Veterinari per quanto riguarda gli alimenti di origine animale.

L'organizzazione e l'operatività di tali servizi deve essere fondata su:

- livelli di responsabilità chiaramente definiti;

- sistematicità e uniformità d'intervento, così da assicurare un controllo sistematico e continuativo, secondo le azioni e le frequenze previste dalle norme speciali oppure programmate, con piani di lavoro elaborati sulla base delle priorità individuate, delle risorse disponibili, dell'affidabilità dei sistemi di verifica applicati dalle imprese, dai risultati acquisiti.

In particolare, sulla base delle indicazioni regionali devono essere garantiti:

- l'avvio del processo di accreditamento dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi secondo le norme di assicurazione della qualità;

- l'attuazione di organici sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili con gli alimenti;

- l'attuazione di programmi integrati di controllo, tra Servizi Igiene, Alimenti e Nutrizione e Servizi Veterinari, sulla ristorazione collettiva;

- il potenziamento, qualitativo e quantitativo, del controllo sulla produzione primaria con particolare riguardo all'eventuale presenza degli alimenti di residui di farmaci, prodotti fitosanitari e contaminanti ambientali.

L'attività dei servizi addetti al controllo ufficiale è affiancata e supportata tecnicamente e scientificamente dall'ARPA e dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.

Il ruolo di questi enti non può essere circoscritto alla pur importante erogazione di prestazioni laboratoristiche. E' invece indispensabile sviluppare con i servizi territoriali una costante integrazione professionale e sinergia operativa, nella fase di programmazione delle attività e nelle azioni di controllo e valutazione.

E' quindi necessario che il funzionamento di laboratori per il controllo ufficiale degli alimenti sia conforme alla norma europea EN 45001 e al D.Lgs 120/92 e, a tal fine, è opportuno procedere ad una debita razionalizzazione, sul territorio, delle strutture laboratoristiche.

5.3. Aree di intervento prioritario

Alimentazione

Una corretta alimentazione e la disponibilità di alimenti salubri e integri influenzano in modo positivo lo stato di salute e concorrono a prevenire e limitare molte patologie significativamente collegate ad un'errata alimentazione o conseguenti all'assunzione di alimenti igienicamente non rispondenti.

Una sana alimentazione rappresenta pertanto uno degli obiettivi di salute da perseguire mediante strategie di intervento in grado di promuovere nei cittadini la capacità di fare scelte consapevoli, di fronte alla complessità dell'offerta e dei messaggi pubblicitari e orientate verso un apporto alimentare adeguato agli standard nutrizionali raccomandati, nonché volte ad assicurare prodotti alimentari sicuri ed integri.

Al riguardo, considerata la complessità del settore, per le implicazioni di ordine culturale, sociale e economico, è indispensabile che per il conseguimento di tale obiettivo di salute, si realizzino le necessarie collaborazioni e sinergie di intervento che coinvolgano le diverse Istituzioni nonché i molteplici Enti e soggetti che sono impegnati nel campo dell'alimentazione e nutrizione.

Ciò premesso si ritiene indispensabile che le strategie per promuovere la corretta alimentazione prevedano interventi volti a:

- realizzare programmi di educazione alimentare tesi a sviluppare orientamenti consapevoli per corretti comportamenti alimentari, promuovendo la piena integrazione tra i molteplici settori che intervengono in tali ambiti, nell'obiettivo di elevarne il grado di sistematicità e di continuità e di sviluppare un compiuto sistema di verifica della efficacia;

- attuare interventi per promuovere la trasparente e corretta informazione, alimentare e nutrizionale, ai consumatori, anche per sviluppare la conoscenza delle caratteristiche dei prodotti alimentari e delle tecnologie di produzione;

- sviluppare la produzione e diffusione di prodotti alimentari con caratteristiche di qualità e salubrità rispondenti ad una corretta alimentazione;

- promuovere programmi e intese volte ad introdurre l'utilizzo di alimenti prodotti con metodi biologici e di produzione integrata nella ristorazione collettiva pubblica;

- assicurare la raccolta e l'analisi delle informazioni sui consumi alimentari ad attivare sistemi di sorveglianza nutrizionale.

Per la realizzazione di tali interventi sono indispensabili, nel breve periodo, azioni specifiche per porre in essere:

- protocolli d'intesa e operativi tra i diversi soggetti istituzionali (Giunta Regionale, Province, Comuni, Scuola) per definire e realizzare progetti condivisi e comuni in materia di alimentazione e nutrizione, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, associazioni dei consumatori, forze economiche e produttive interessate;

- programmi di informazione ed educazione alimentare rispondenti a requisiti di sistematicità e continuità, nonché basati su "linee guida" che ne definiscano obiettivi, contenuti, strumenti e modalità di verifica;

- modalità di accesso all'informazione da parte dei cittadini (linee telefoniche dedicate, sportelli informativi, ecc..).
In tale contesto strategico è indubbio l'importante ruolo che il S.S.R. può e deve svolgere sia nell'esercizio delle specifiche competenze igienico-sanitarie che nel contribuire ad orientare le scelte alimentari della popolazione.
A tal fine è indispensabile che il S.S.R. garantisca il contributo di idee ed interventi assicurando:

- la connessione degli interventi di prevenzione primaria e secondaria con quelli assistenziali;
- la promozione di iniziative integrate coinvolgendo i diversi settori sanitari (Dipartimenti di prevenzione, Aziende e presidi ospedalieri, le strutture specialistiche per i disturbi dell'alimentazione, i Distretti, la Medicina Generale e la Pediatria di base);
- l'attivazione, nell'ambito del Servizio di Igiene degli Alimenti della Nutrizione, dell'area funzionale Igiene della Nutrizione sviluppandone la disponibilità delle competenze professionali necessarie;
- l'attuazione di interventi informativi e formativi per il personale sanitario;
- la partecipazione e il confronto dei cittadini.

Infortuni e malattie correlate con il lavoro

1. Il problema

La salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è un obiettivo prioritario per lo sviluppo della società e per assicurare attività lavorative produttive e competitive. Sebbene questo convincimento sia ampiamente consolidato e gli sforzi intrapresi

siano significativi, gli effetti negativi sulla salute dovuti al lavoro risultano ancora elevati.

Secondo i dati di fonte INAIL, che peraltro non comprendono alcune aree lavorative e non tengono conto del fenomeno sommerso, in Emilia-Romagna ogni anno si verificano circa 70.000 infortuni con più di 3 giorni di assenza dal lavoro: 5 – 6 lavoratori ogni 100; di questi, moltissimi avvengono sulla strada. Nel 4% circa degli infortunati rimane un danno permanente. Nel 1996 in particolare si sono verificati 121 casi mortali e in 2.768 lavoratori sono rimasti danni permanenti.

A questi occorre aggiungere 748 infortuni con esiti permanenti e 24 mortali in agricoltura. I comparti in cui si verificano il maggior numero di infortuni (in 10-11 lavoratori ogni 100 per anno) sono: le costruzioni (12.291 casi nel 1996), la metalmeccanica (8.715 casi) e la lavorazione del legno (2.089 casi). Per la gravità al primo posto è, invece, il comparto dei trasporti.

Per l'evoluzione tecnologica e dell'organizzazione del lavoro, e anche per i successi delle azioni preventive e di controllo dei rischi, le malattie professionali sono largamente in diminuzione: nel 1996 sono stati definiti 392 casi mentre nel 1994 erano stati 658.

Appaiono al contrario in crescita le cosiddette malattie "correlate con il lavoro" che possono essere determinate, cioè, anche da cause professionali. Tali problemi riguardano soprattutto l'apparato osteo-articolare e la salute mentale, ma anche tumori, patologie cardiovascolari e altro. Il problema della compatibilità tra lavoro e disabilità interessa, inoltre, un crescente numero di persone anche a causa dell'allungamento del periodo lavorativo e delle nuove tecnologie.

Le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro sono state rafforzate in campo nazionale dal recepimento delle Direttive europee del settore e, in particolare, dal D.Lgs 626/1994. Queste norme impongono un più diretto coinvolgimento delle imprese e introducono nuove figure addette alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione, Medico competente, Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza). L'attenzione per la qualità del lavoro, la valutazione dei rischi, la formazione e l'informazione, un sistema di comunicazione tra i soggetti interessati nell'azienda e con i servizi addetti alla vigilanza dovrebbero diventare elementi strutturali della nuova organizzazione del lavoro in sintonia con l'attenzione alla qualità del prodotto.

2. Obiettivi e strumenti operativi

Il PSN pone l'obiettivo di ridurre la frequenza degli infortuni del 10% in particolare nei settori produttivi a maggior rischio e di ridurre ulteriormente il numero delle malattie correlate con il lavoro.

Per migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori è necessaria l'interazione tra i diversi soggetti interessati. In tale contesto il PSR 1999-2001 pone, in particolare ai Dipartimenti di prevenzione, i seguenti obiettivi:

1. sorvegliare l'evoluzione dei rischi e dei danni da lavoro per mettere in luce gli aspetti e le tendenze epidemiologicamente più rilevanti;
2. promuovere e monitorare l'applicazione delle normative;
3. collaborare a migliorare il coordinamento delle Amministrazioni pubbliche deputate al controllo e alla promozione della salute nei luoghi di lavoro;
4. facilitare la informazione e la formazione nelle piccole aziende dei diversi soggetti interessati e, in particolare, dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
5. migliorare la qualità degli interventi di prevenzione nonché di quelli dei professionisti della salute nei luoghi di lavoro;
6. promuovere l'integrazione tra i servizi sanitari per facilitare l'accesso ai lavoratori con patologie professionali o correlate con il lavoro e garantire una migliore assistenza sia nella fase diagnostica che in quella della riabilitazione e del reinserimento lavorativo.

Secondo un modello di rete collaborativa e sulla base di criteri e modalità da concordare a livello regionale e locale gli

strumenti operativi comprendono, tra l'altro:

- la organizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica su scala regionale con particolare attenzione al fenomeno infortunistico e alle patologie correlate con il lavoro;
- la valutazione e la sperimentazione di linee guida e di protocolli operativi per affrontare i principali rischi per la sicurezza, per le patologie osteo-articolari e per i rischi biologici in particolare in ambiente sanitario;
- l'avvio di azioni coordinate delle attività di informazione, formazione e vigilanza tra i soggetti pubblici deputati al controllo e alla prevenzione nell'ambito del Comitato di coordinamento regionale istituito ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs 626/1994;
- la organizzazione di attività di informazione e assistenza per i Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e per gli altri soggetti interessati da assicurare in particolare attraverso gli Sportelli della prevenzione e sulla base di protocolli di intesa con le Organizzazioni sindacali e le Associazioni di categoria;
- la realizzazione del progetto interregionale di monitoraggio dell'applicazione del D.Lgs 626/1994;
- il coordinamento degli interventi di sorveglianza, assistenza e vigilanza sui cantieri dell' "Alta Velocità";
- la realizzazione di piani mirati di prevenzione con il coinvolgimento delle aziende e dei professionisti della sicurezza, di programmi specifici di vigilanza soprattutto nei comparti delle costruzioni, della metalmeccanica, del legno, della sanità e dell'agricoltura;
- la realizzazione di piani di miglioramento delle condizioni di sicurezza, in particolare relativamente al rischio biologico, nelle strutture sanitarie.

6. Le Reti Integrate dei Servizi

6.1. Le necessità di programmazione

Anche nella nostra regione esistono differenze sostanziali fra aree geografiche in termini di accessibilità, livello di utilizzazione dei servizi, risultati finali e costi della medesima funzione.

I determinanti di questa variabilità sono attribuibili sia a tradizioni locali profondamente radicate, relative alla storia della offerta, dei servizi e alle abitudini e aspettative della popolazione, sia alle strategie assistenziali e ai comportamenti professionali degli operatori. Differenze nei profili dell'assistenza ricevuta da cittadini con problemi clinici simili, siano esse dovute a differenze nell'offerta dei servizi o ai comportamenti professionali degli operatori, rappresentano in ogni caso l'esempio manifesto di una non uniformità del sistema, che può nascondere problemi di equità ed è comunque indice di problemi di efficienza allocativa o di efficienza operativa della singola struttura. La necessità di garantire ai cittadini maggiore uniformità relativamente alla accessibilità e alla qualità dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del SSR, richiede quindi indicazioni esplicite sul profilo di distribuzione dei servizi e dei relativi livelli di attività attesi in ciascun ambito territoriale.

Dal momento che la condizione di uniformità richiesta deve riguardare i servizi offerti ed effettivamente utilizzati, non semplicemente il numero e le dimensioni delle strutture presenti, il raggiungimento di questo obiettivo richiede interventi programmatici e gestionali che interessino sia l'offerta che la domanda di servizi sanitari, nonché le forme e i livelli della loro utilizzazione appropriata, da parte dei cittadini e degli operatori, secondo le rispettive responsabilità.

Compito ed obiettivo della programmazione è la indicazione di criteri per la definizione dei livelli e delle forme dell'offerta, per la produzione efficiente dei servizi e per l'adozione di Linee guida per la loro utilizzazione appropriata. Questi obiettivi soddisfano contemporaneamente:

- a) la esplicitazione delle garanzie offerte dal SSR attraverso i livelli essenziali di assistenza;
- b) le necessità operative delle Aziende sanitarie nella programmazione e nella organizzazione dei propri servizi;
- c) la definizione delle esigenze di conoscenze e competenze tecnico-professionali e relazionali degli operatori.

In armonia con le linee della "nuova" programmazione regionale, le indicazioni programmatiche sulla distribuzione dei servizi dovranno:

- a) riguardare i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni offerte ai cittadini, non le dotazioni strutturali ritenute necessarie per la loro produzione [servizi, non letti];
- b) prevedere strategie di supporto alla attuazione locale e criteri di verifica del grado della loro realizzazione e dei risultati ottenuti, in modo da garantire che l'autonomia aziendale nella attuazione delle indicazioni regionali si associ alla responsabilizzazione nei confronti della Regione e degli Enti locali.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario avviarsi in un campo relativamente inesplorato della programmazione sanitaria, sommariamente riconducibile al disegno di reti integrate di servizi.

6.2. La programmazione funzionale

L'obiettivo di molta della programmazione sanitaria tradizionale è rivolto a definire per ciascun ambito territoriale l'insieme di servizi sufficiente per soddisfare localmente le necessità assistenziali della popolazione residente. Questo approccio conduce ad una presenza pervasiva di servizi, che rischia di ostacolare la piena utilizzazione delle risorse disponibili, creare inutili duplicazioni nella offerta e far decadere la qualità dell'assistenza, in quanto i servizi programmati non permettono volumi di attività sufficienti, e sufficientemente variati, da mantenere aggiornate le competenze e le conoscenze degli operatori ed adeguata l'offerta di servizi e gli assetti organizzativi delle strutture. D'altro canto la concentrazione dell'attività in grandi strutture autosufficienti se permette volumi di attività necessari per mantenere aggiornate le competenze individuali e sostenere la funzionalità delle strutture, può anzi essere disfunzionale rispetto alle esigenze di accessibilità di servizi e alla continuità della cura, soprattutto a fronte del moltiplicarsi delle forme e dei luoghi della assistenza e del numero delle professionalità coinvolte.

La programmazione sanitaria più recente ha invece esplicitamente assunto come elemento centrale la definizione delle relazioni funzionali entro e fra i diversi servizi, con l'obiettivo di combinare le esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascun servizio con le ragioni della efficienza allocativa del sistema, che deve tener conto delle economie di scala e di gamma nella distribuzione delle risorse fra i diversi livelli.

Questo approccio pone come problemi centrali della programmazione i temi delle dimensioni complessive e della composizione ottimale delle unità produttive e dei criteri e delle soglie di riferimento e di rinvio reciproco fra servizi complementari, a diverso livello di complessità.

Un esempio di questo approccio è dato dai problemi e dalle opportunità derivanti dalla scelta di molte Aziende sanitarie di raggruppare stabilimenti ospedalieri diversi in un unico presidio, che, rappresentando la loro unità funzionale, riconosce implicitamente la complementarietà "obbligata" fra i servizi localizzati in sedi diverse di assistenza ospedaliera per acuti.

L'obiettivo della riprogrammazione funzionale del sistema dei servizi regionali è di operare una revisione dei modelli di

distribuzione territoriale e di integrazione funzionale dei diversi livelli e forme dei servizi, al fine di:

- superare gestioni frammentarie di servizi, che si qualificano tendenzialmente come aggiuntivi e raramente come sostitutivi;
- garantire dimensioni e composizione ottimali delle unità operative dal punto di vista della funzionalità e della economicità;
- attivare processi di sussidiarietà fra le diverse forme e livelli di intervento.

6.3. Le Reti Integrate dei Servizi

Per comporre i requisiti programmatori della diffusione ottimale dei servizi e delle competenze professionali, i criteri tecnici della garanzia di alti volumi di attività, gli obiettivi clinici della continuità della assistenza e le esigenze economiche della sostenibilità dei costi, il PSR 1999-2001 avvia un processo di rimodulazione funzionale del sistema dei servizi regionali secondo il concetto delle Reti Integrate dei Servizi. Questo processo integra, completandolo, il programma di rimodulazione della rete ospedaliera e di riorganizzazione della assistenza ambulatoriale e territoriale in corso nella Regione a partire dal 1997, focalizzando l'attenzione sulla composizione ottimale di servizi e sulle relazioni funzionali fra le diverse forme e livelli di assistenza introdotti con queste trasformazioni.

La programmazione secondo reti di servizi è una logica generale della organizzazione, che privilegia l'attenzione sulle relazioni funzionali (le maglie) rispetto alla organizzazione interna delle unità produttive (i nodi), che presenta livelli multipli di applicazione ed ha profonde implicazioni politiche e gestionali.

Dal punto di vista della programmazione dei servizi, il concetto di rete si applica a tutti i livelli del sistema dei servizi. A livello del sistema regionale dei servizi, enfatizzando la integrazione intersettoriale delle risorse necessarie per garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata alla popolazione residente in un definito ambito territoriale; a livello intra-aziendale, evidenziando la necessità di integrare i piani di attività delle diverse unità operative secondo programmi orizzontali, orientati a sottogruppi di popolazione e focalizzati sul servizio reso anziché sulla prestazione prodotta; a livello di singolo servizio, orientando l'organizzazione della produzione dei servizi secondo team multiprofessionali, ordinati per processo e orientati all'utilizzatore anziché secondo ambiti di competenza e linee gerarchiche proprie degli ordinamenti professionali.

La adozione del concetto di rete integrata per guidare le scelte sulla configurazione del sistema dei servizi regionali ha implicazioni profonde sia sul piano concettuale sia sugli strumenti gestionali:

- a) La omogeneità da garantire a livello regionale si misura e deve essere valutata in base alla garanzia di equità di accesso della popolazione ad una assistenza di qualità adeguata, piuttosto che in termini di equicapacità nella dotazione strutturale dei diversi ambiti territoriali.
- b) Il concetto di rete mette in crisi il concetto di localizzazione della struttura operativa, e quindi anche il suo significato di proprietà esclusivo e di patrimonio della comunità locale. In una rete integrata, le sedi fisiche delle strutture si giustificano principalmente in funzione delle esigenze della rete, come luoghi di produzione di programmi integrati al servizio di comunità allargate. La logica di rete privilegia infatti l'efficienza allocativa del sistema sulla efficienza operativa della singola unità produttiva.
- c) Dal momento che l'enfasi programmatica ed organizzativa a tutti i livelli è sulle relazioni funzionali multiple fra i singoli nodi di produzione, il problema centrale della funzionalità del sistema è dato dai criteri di scelta e dai livelli di soglia delle decisioni relative all'invio fra i diversi punti della rete (ad esempio, la decisione di ricoverare) e, più in generale, dalla estensione delle funzioni di confine fra i livelli di assistenza (ad esempio, le cure intermedie) non tanto dalla efficienza della organizzazione entro ciascun servizio.
- d) L'attenzione sui nodi è principalmente centrata sulle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Relativamente agli stabilimenti ospedalieri, ad esempio, il problema riguarda la individuazione della loro dimensione ottimale, tenendo conto delle esigenze di funzionalità complessive determinate dai servizi di supporto, generale e tecnico, e dalle economie di scopo originate dalle funzioni presenti, a fronte delle esigenze di rete, che si esprimono principalmente attraverso la accessibilità e le relazioni funzionali con le altre strutture ospedaliere.
- e) L'adozione del concetto di rete integrata per la programmazione della rete dei servizi del SSR ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto questo concetto è incompatibile con la competizione fra le singole unità produttive e richiede invece la loro cooperazione all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

6.4 Forme e significato delle Reti Integrate di Servizi

L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle Reti Integrate di Servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento debbano essere disponibili in qualsiasi punto della rete. In questo modo, il sistema delle relazioni programmato fra le unità produttive permette di fare l'uso più efficace delle risorse disponibili nell'ambito della intera rete, favorire l'equità territoriale attraverso la garanzia di uniformità delle condizioni di accesso a servizi di eguale qualità, sviluppare soluzioni in cui le potenzialità di assistenza sanitaria si estendono oltre ed esorbitano da quelle effettivamente presenti entro i confini di ciascuno dei singoli nodi della rete.

Questo modello di organizzazione adotta come modalità di relazione fra i punti di erogazione la mobilità degli operatori, in luogo della mobilità dei pazienti in funzione della centralizzazione delle competenze professionali e delle risorse strutturali; rafforza le interdipendenze funzionali fra i servizi presenti nello stesso ambito territoriale, facilitando l'integrazione e la continuità dell'assistenza.

In particolare:

- il termine "rete" indica che l'assistenza è prodotta e distribuita da una rete di interconnessione fra équipe multiprofessionali, in cui la gestione delle relazioni, anziché la centralizzazione della produzione, è l'elemento programmatico più rilevante;
- il termine "integrate" sottolinea l'enfasi sulle esigenze di governo, contro i rischi di diluizione e di dispersione delle attività. La individuazione della rete di servizi e la conseguente attenuazione dei confini formali e l'allargamento delle aree di intervento dei singoli servizi non deve comportare una riduzione delle possibilità di esercizio della funzione di verifica e controllo. Lo sviluppo della organizzazione in rete dei servizi deve quindi procedere di pari passo con la compiuta attuazione del nuovo sistema di governo aziendale;
- il termine "servizio" sottolinea l'enfasi sul prodotto offerto, rappresentato dalla erogazione di un servizio integrato non dalla produzione di prestazioni.

I modelli operativi di configurazione del sistema secondo il concetto di rete sono numerosi e potenzialmente infiniti, in quanto si distinguono principalmente per la intensità e la eventuale natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, alcuni dei quali possono essere individuati come critici in quanto dotati di funzioni peculiari. Nel campo sanitario, le applicazioni possibili riguardano due soluzioni relativamente estreme:

- organizzazione dei servizi afferenti alla medesima linea di produzione secondo il modello "hub & spoke", che prevede la concentrazione della produzione della assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente sotto-ordinati (spoke) cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento;
- organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate che prevede la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia fra i punti di produzione.

Il modello hub & spoke si configura come un sistema di relazioni fra unità produttive in cui i pazienti sono trasferiti verso una o più unità centrali di riferimento (gli hub) quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche (gli spoke) viene superata.

Questa versione del modello presenta una alta componente gerarchica nella relazione fra i nodi e può essere qualificato come una razionalizzazione del sistema produttivo attraverso la centralizzazione della produzione di attività complesse in centri di riferimento. Può quindi essere convenientemente adottato per concentrare i servizi caratterizzati da bassi volumi di attività o da una elevata tecnologia. Questa forma è attualmente adottata per le attività di trapianto e, parzialmente per la neurochirurgia.

I documenti attuativi specifici del PSR puntualizzeranno l'applicazione di questo modello per l'assistenza ai traumi, la prevenzione ed il trattamento dei problemi di sterilità e di infertilità e per il trattamento chirurgico delle neoplasie ginecologiche.

Il modello delle 'reti cliniche integrate' si presta ad essere utilmente applicato anche a servizi diversi da quelli ospedalieri, servizi a valenza territoriale, a connotazione sanitaria e sociale, appartenenti anche ad amministrazioni diverse da quella aziendale e/o gestiti da soggetti non pubblici.

6.5. I livelli di organizzazione

Le reti integrate possono essere caratterizzate come organizzazioni "virtuali" di servizi, le cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento o verso categorie specifiche di utilizzatori dei servizi. La logica di rete si applica infatti sia a livello dell'intero sistema regionale, del sistema dei servizi aziendali e distrettuali, così come dei singoli servizi.

A livello aziendale, la logica di rete si esprime nella integrazione delle prestazioni in processi di produzione di servizi in favore di categorie di soggetti o nell'ambito di programmi di intervento.

La linea di autorità verticale è garante della appropriatezza tecnico-professionale della singola prestazione e fa principalmente riferimento, nel sistema di governo aziendale, al capo dipartimento. La linea di responsabilità orizzontale è invece principalmente responsabile della erogazione del servizio che risulta dalla integrazione delle diverse prestazioni,

che si caratterizza principalmente per la tempestività degli interventi e la continuità della cura.

Nel sistema di governo aziendale, queste dimensioni della qualità che comportano di norma l'intervento di servizi oltre l'ambito dipartimentale fanno principalmente riferimento al responsabile del presidio, nel caso della assistenza ospedaliera ed al capo distretto, nel caso della assistenza territoriale.

A livello del singolo servizio, la logica di rete si esprime nella organizzazione di servizi ambulatoriali o di day hospital, dedicati a problemi clinici specifici che permettono la soluzione "completa" del problema durante un unico accesso, garantendo l'integrazione di tutte le competenze e le tecnologie diagnostiche (ed eventualmente terapeutiche) necessarie, a partire dalla domanda originata all'interno della organizzazione/amministrazione.

I documenti attuativi delle linee di indirizzo del PSR preciseranno le indicazioni specifiche per la offerta di servizi integrati diagnostico-terapeutici per problemi clinici elettivi, secondo le linee indicate nel piano di modernizzazione.

Aree prioritarie di intervento sono rappresentate dalla definizione diagnostica e dall'eventuale intervento terapeutico dei casi sospetti di neoplasie della cervice uterina e della mammella, a partire da quelli individuati nell'ambito di programmi di diagnosi precoce.

A qualsiasi livello di operatività, lo sviluppo di un'organizzazione per reti integrate richiede comunque almeno cinque condizioni essenziali:

- a) la definizione della numerosità della popolazione necessaria per sostenere una rete di servizi o, se si preferisce, le condizioni di autosufficienza degli ambiti territoriali, oltre i quali cessano di circolare operatori e cominciano a muoversi i pazienti;
- b) la individuazione dei servizi presenti e le loro relazioni funzionali, distinguendo nell'ambito di una determinata funzione i servizi essenziali (che devono essere presenti e contigui nei diversi nodi di produzione), dai servizi e dalle attività complementari e da quelle integrative, che possono essere collocate in qualunque altro punto della rete;
- c) lo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze relazionali necessarie per la creazione e la gestione di équipe multiprofessionali. Il carattere essenziale dei team multidisciplinari, indipendentemente dal livello a cui si realizzano, è quello di organizzarsi attorno ad una ristrutturazione dei processi assistenziali orientati a specifici programmi, al di fuori delle linee di autorità tradizionalmente separate e distinte per ciascuna professione. Lo sviluppo e la gestione efficace dei team multidisciplinari rappresenta pertanto l'elemento più critico nell'organizzare, a qualsiasi livello, risposte assistenziali integrate ed orientate per problemi;
- d) lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, logistiche e professionali, sia per la conservazione nel tempo e la trasmissione a distanza delle informazioni cliniche necessarie per la gestione della assistenza ai pazienti, sia per la produzione e l'utilizzo condiviso di linee di guida e di percorsi assistenziali;
- e) la definizione di un preciso sistema di articolazione delle autonomie e delle responsabilità, sia gestionali sia tecnico-professionali.

Elemento preferenziale nella organizzazione di Reti Integrate di Servizi è la inclusione, quando possibile, di centri universitari, per potenziare la loro funzione di luogo della produzione e diffusione delle innovazioni e sviluppare le opportunità di formazione.

Riconoscendo la criticità di questi requisiti per lo sviluppo delle reti integrate di servizi, il PSR 1999-2001 prevede un piano di modernizzazione del sistema, che comprende lo sviluppo delle competenze tecniche e relazionali delle risorse umane del SSR, la creazione di un'area logistica regionale ed un fondo di modernizzazione, per il finanziamento delle soluzioni organizzative ottimali che saranno sviluppate dalle Aziende sanitarie secondo questi obiettivi.

6.6. Le condizioni dell'autosufficienza degli ambiti territoriali

L'obiettivo di garantire equità di accesso a servizi di qualità adeguata attraverso lo sviluppo di un'organizzazione del sistema dei servizi di tipo reticolare richiede la definizione operativa delle caratteristiche che qualificano l'autosufficienza degli ambiti territoriali elementari in cui si articola il SSR. Queste condizioni rappresentano l'insieme delle caratteristiche relative alla dimensione e alla funzionalità dei servizi riferiti ad un determinato ambito territoriale, che sono necessari per soddisfare localmente la domanda di assistenza attesa nella popolazione residente sulla base delle sue caratteristiche epidemiologiche e demografiche.

Per ciascun ambito territoriale, la situazione di autosufficienza corrisponde quindi al dimensionamento ottimale di servizi operanti a livelli "efficienti" di funzionalità, al netto delle funzioni di terzo livello o di alta specialità, la cui pianificazione e organizzazione, per rarità delle condizioni, complessità dell'assistenza e/o per complessità e rarità delle risorse impegnate nella risposta assistenziale, rientra nelle responsabilità della programmazione regionale.

Le condizioni dell'autosufficienza territoriale rappresentano l'obiettivo e, al tempo stesso, l'unità elementare della programmazione assistenziale, organizzativa e finanziaria del sistema, in quanto:

- a) descrivono i livelli di assistenza che devono essere garantiti alla popolazione residente nei diversi ambiti territoriali. L'autosufficienza si esprime quindi secondo il volume e la tipologia dell'attività effettivamente prestata, piuttosto che rispetto alla capacità produttiva potenziale esistente;
- b) rinviano alla distribuzione per macrolivelli di assistenza assunti a riferimento per la determinazione della quota capitaria da assegnare come finanziamento delle Aziende sanitarie;
- c) sono flessibili rispetto alle strategie e alle politiche aziendali per la gestione della mobilità sanitaria intra ed extra-regionale, attraverso la definizione di alleanze fra Aziende nell'ambito dello sviluppo delle reti integrate di servizi o più semplici contratti di fornitura.

Una significativa mobilità passiva non ulteriormente comprimibile o una mobilità passiva programmata, in quanto rivolta verso Aziende con le quali sono formalizzati rapporti di cooperazione o collaborazione per lo sviluppo dell'organizzazione in rete, dovrà pertanto comportare una coerente variazione nei livelli di finanziamento e quindi anche nella dotazione strutturale della Azienda. Se la base di riferimento per la determinazione della configurazione dei servizi è la popolazione residente nell'ambito del territorio a cui è riferita la condizione di autosufficienza, una variazione della capacità produttiva non correlata ad una modificazione di segno opposto in un altro ambito territoriale esiterebbe, inevitabilmente, in un aumento dei servizi non giustificato e in contraddizione con i principi che sottendono al concetto di autosufficienza territoriale. Decisioni relative a variazioni in aumento o in riduzione della capacità produttiva in rapporto a fenomeni di mobilità dovranno essere subordinate alla prioritaria valutazione dei livelli di

rigidità indotti sulla struttura e sulla dinamica di funzionamento del sistema dei servizi sanitari e alla preliminare definizione e negoziazione di precisi livelli di responsabilità circa la copertura dei costi aggiuntivi.

I criteri fondamentali per definire operativamente il concetto di autosufficienza sono l'esplicitazione dell'ambito territoriale di riferimento e la definizione della tipologia e del dimensionamento dei servizi presenti, inclusi dei fenomeni di mobilità che interessano la popolazione residente nel territorio.

L'articolazione dei livelli istituzionali di governo del SSR, che attribuisce alla Conferenza Sanitaria Territoriale le funzioni di indirizzo e di verifica dell'attività delle Aziende sanitarie, così come l'analisi empirica della mobilità infraregionale individuano il territorio provinciale come l'ambito a cui riferire di norma le condizioni di autosufficienza. All'ambito provinciale deve quindi essere attribuita la responsabilità e il diritto di poter soddisfare la domanda espressa dalla popolazione residente, con la rilevante eccezione dei servizi di alta specialità.

I criteri tecnici per definire dimensionamento e tipologia dei servizi comprendono il mix di servizi presenti; la capacità produttiva potenziale; il livello di operatività necessario perché alla popolazione di riferimento sia assicurata equità di accesso a servizi di adeguata qualità.

Il livello dell'assistenza ospedaliera rappresenta il settore prioritario di applicazione di tali criteri. In primo luogo, l'assistenza ospedaliera è la componente strutturale del sistema dei servizi alla quale è storicamente attribuito un ruolo di nodo operativo fondamentale, che la rende particolarmente funzionale alla realizzazione di un sistema a reti integrate. In secondo luogo, il contenuto assistenziale dei servizi territoriali e la loro configurazione organizzativa è strettamente connesso al consolidamento e allo sviluppo che essi assumeranno all'interno dell'assistenza ospedaliera, sulla base delle scelte strategiche che ne hanno orientato la missione al trattamento della fase acuta degli episodi di cura e non possono trovare risposta altrettanto efficace nell'ambito del sistema dei servizi territoriali, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Riferiti a tale livello assistenziale, i criteri sulla base dei quali definire la configurazione della condizione di autosufficienza devono essere appropriati al disegno di un sistema locale di servizi che sappia assicurare alla popolazione residente equità di accesso a prestazioni appropriate e di elevata qualità. Gli stessi criteri devono essere capaci di assecondare l'organicità degli interventi che interessano il sistema dei servizi su scala regionale e di tradurre operativamente su scala locale gli orientamenti strategici relativi al miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei servizi, alla ottimizzazione d'uso delle risorse, alla organizzazione dei servizi e al miglioramento della qualità degli stessi così come definiti dalle direttive regionali in materia o frutto di specifiche negoziazioni con il livello regionale.

A questo scopo, i criteri da adottare per la definizione delle condizioni di autosufficienza territoriale dovranno fare essenziale riferimento a:

- 1) frequenza delle patologie di interesse ospedaliero attese nel livello territoriale di interesse, tenendo conto delle principali variabili demografiche e induttive che agiscono sulla domanda;
- 2) modalità di trattamento o di presa in carico dell'episodio di ricovero, età e sesso specifico, ritenuta più appropriata o osservata a livello medio regionale;
- 3) livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili.

La configurazione e il dimensionamento risultanti da tale approccio dovranno essere modulati coerentemente alla dinamica dei fenomeni di mobilità e alle scelte strategiche relative agli stessi fenomeni.

Dal punto di vista quantitativo, il mix di servizi che concretizza la condizione di autosufficienza dovrà comunque fare riferimento ad una dotazione di posti letto, nel vincolo degli standard già definiti per l'assistenza ospedaliera, pari a 4 posti letto per acuti, di cui almeno il 10% in regime diurno, ogni mille abitanti e 0,7 posti letto ogni mille abitanti per la funzione di lungodegenza e riabilitazione estensiva. Anche al fine di garantire la coerenza fra sistema di finanziamento ed entità e tipologia della offerta di prestazioni, la distribuzione della capacità produttiva potenziale per i diversi ambiti provinciali dovrà inoltre essere qualificata in ragione di:

- a) composizione demografica dei diversi ambiti territoriali;
- b) livelli di funzionalità attesa della capacità produttiva esistente, al fine di garantire la coerenza fra capacità produttiva, efficienza operativa, domanda di ricovero e obiettivi aziendali di sviluppo di forme alternative di assistenza e di promozione della appropriatezza.

L'indice di rotazione per posto letto (che descrive la produttività dei posti letto esistenti a partire dalle condizioni standard di occupazione media e di durata media della degenza) rappresenta il parametro di riferimento per il governo della congruenza fra tasso di ricoveri ospedalieri programmati a livello aziendale e capacità produttiva potenziale.

Considerando come valori di riferimento ottimali per i posti letto ospedalieri una occupazione media percentuale dello 85% e una durata media di degenza complessiva di sei giorni nel settore delle acuzie, e del 95% e di 30 giorni per la lungodegenza e riabilitazione estensiva, i valori degli indici di rotazione utilizzabili per definire la capacità produttiva necessaria per soddisfare i tassi di ricovero programmati sono di 44 ricoveri per posto letto nel settore per acuti e di 17 ricoveri per posto letto in quello della lungodegenza riabilitativa e postacuzie.

Le indicazioni sulla configurazione dell'autosufficienza territoriale determinata sulla base di questi criteri saranno oggetto di apposita direttiva regionale.

6.7. Aree di attività di livello regionale

La concentrazione della casistica presso strutture ed operatori che garantiscano un adeguato volume di attività è associata ad un miglioramento della qualità dell'assistenza e ad una riduzione dei costi unitari di produzione per alcune

specialità e per numerosi settori di attività.

Per questi servizi e per questi settori, ragioni epidemiologiche ed economiche rendono necessaria una visione programmatica i cui confini si estendano oltre quelli che delimitano l'ambito provinciale e che sappia comporsi adeguatamente su scala regionale. Questi servizi devono quindi essere sottratti alla definizione locale della configurazione della condizione di autosufficienza e la loro programmazione e organizzazione deve essere definita a livello regionale.

Inoltre, le prestazioni rare comportano inevitabilmente una asimmetria informativa nel rapporto medico-paziente particolarmente elevata ed impegni particolari per sviluppare e mantenere la qualità del sistema tecnico di produzione, relativo a conoscenze e competenze dei professionisti e alla gestione delle tecnologie, che richiedono spesso un sistema di promozione della qualità sistematico e specifico.

Qualità e sostenibilità economica sono le principali esigenze cui cerca di rispondere la concentrazione di tali attività assistenziali in centri di alta specialità. Rientrano tipicamente in tale classe le funzioni di cardiocirurgia e di neurochirurgia, i centri di riferimento per trapianti, grandi ustionati, riabilitazione intensiva, traumi, cardiologia interventiva, sistema delle emergenze-urgenze (includendo in tale sistema le Centrali Operative 118, il Pronto Soccorso e la Medicina d'urgenza), cure intensive perinatali, centro antiveleni, procreazione medicalmente assistita, sistema trasfusionale e piano sangue, genetica medica, Centri per la terapia del dolore.

A tale livello è necessario assicurare:

- la congestione minima possibile
- la minima rivalità del servizio
- la massima efficienza tecnica e allocativa
- la minore ridondanza nei servizi
- la massima concentrazione possibile della casistica di pertinenza
- la tempestività di invio dai punti di riferimento periferici.

Su queste funzioni e settori di intervento dei centri di riferimento sarà focalizzata prioritariamente l'azione programmatica ed organizzativa diretta del livello regionale, che dovrà definire la distribuzione territoriale ottimale, le caratteristiche strutturali e il modello di organizzazione reticolare più appropriato a massimizzare gli aspetti di qualità complessiva del servizio e ad ottimizzare la utilizzazione delle risorse rese disponibili, principalmente attraverso assetti organizzativi in rete tipo hub & spoke.

Queste funzioni dovranno inoltre essere integrate con quelle di cardiologia e neurologia, per sfruttare il contributo che queste possono produrre alla creazione di sistemi di offerta relativi all'area della patologia cardio-vascolare, cerebro-vascolare e delle neuroscienze, sui quali sperimentare in via prioritaria una organizzazione a reti integrate.

7. L'Aziendalizzazione

7.1. Il governo del sistema regionale delle Aziende sanitarie

1. Il governo aziendale

Il binomio autonomia/responsabilità nella organizzazione interna della Azienda così come nelle sue relazioni con i soggetti esterni rappresenta l'essenza del processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari. La sua definizione rispetto ai risultati aziendali, la sua articolazione secondo i diversi livelli organizzativi e la individuazione degli strumenti per la sua operatività si esprimono nella organizzazione del sistema di governo aziendale.

Lo sviluppo di un sistema di governo aziendale ha il compito di consolidare ed unificare norme, comportamenti e stili di direzione individuando ambiti di autonomia e linee di responsabilità che permettano la realizzazione delle strategie aziendali rispetto agli obiettivi economico-finanziari e clinico-assistenziali e ne garantiscono la coerenza con il sistema regionale.

Il modello di governo della sanità non ha quindi soltanto un significato gestionale interno, legato alle attitudini del management, ma assume un valore strategico per il sistema ed è pertanto legittimo un indirizzo regionale che:

- a) definisca le condizioni della responsabilizzazione delle Aziende sanitarie fra di loro e nei confronti dei cittadini e degli Enti locali;
- b) garantisca l'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali;
- c) realizzi una più diffusa ma precisa articolazione delle responsabilità rispetto agli obiettivi e ai comportamenti attesi, contrastando il rischio che la flessibilità introdotta a tutti i livelli del SSR dalla scelta di privilegiare le relazioni funzionali sulle afferenze e sulle gerarchie si traduca in irresponsabilità diffusa;
- d) favorisca l'efficienza operativa dei processi di produzione aziendale e l'efficienza generale del sistema, riducendo le occasioni di frizione entro e fra le Aziende, abbassando quindi i costi di transazione.

2. Regione ed Aziende sanitarie

Il sistema delle relazioni fra Aziende sanitarie e Regione è progressivamente evoluto da un processo di concertazione sugli obiettivi finanziari, organizzativi e gestionali delle Aziende di natura essenzialmente qualitativa e ispirato a indicazioni di massima, ad uno guidato da un Piano delle Azioni aziendali basato sulle priorità regionali ed applicato alle singole realtà aziendali. Questo processo evolutivo della funzione di governo regionale sul sistema delle Aziende deve essere portato a pieno compimento, individuando per ciascuna Azienda e per ciascun ambito di riferimento territoriale in cui insistano più Aziende sanitarie un ridotto numero di obiettivi specifici e quantificati, che incorporino quelli previsti dal Piano di attività aziendale e dagli accordi locali fra Aziende, in modo da definire esplicitamente e preventivamente i termini di riferimento del processo di verifica dei risultati economici e assistenziali.

All'andamento di alcuni di questi indicatori preselezionati potrebbero essere collegati interventi straordinari che la direzione aziendale dovrebbe necessariamente ed automaticamente adottare in caso di situazioni di dissesto conclamato rispetto ai risultati economici o ai livelli assistenziali.

3. Aziende sanitarie ed Enti locali

La nuova funzione di programmazione locale e di indirizzo generale riconosciuta alla Conferenza Sanitaria Territoriale dalla Legge regionale 3/99 trova espressione ottimale nella definizione di Programmi Per la Salute (PPS), che sono elaborati congiuntamente dalle Aziende sanitarie presenti sullo stesso ambito territoriale di riferimento, di norma provinciale, ed indicano gli obiettivi di salute selezionati come prioritari ed i relativi programmi di intervento.

Questi programmi poliennali devono integrare gli interventi la cui competenza amministrativa rientra nell'ambito delle responsabilità degli Enti locali, sia quelli più propriamente sanitari o comunque di rilevanza sanitaria, nella responsabilità delle Aziende sanitarie. I Programmi Per la Salute elaborati dalle Aziende in collaborazione con gli Enti locali comprendono quindi sia gli obiettivi generali di salute i cui programmi vanno oltre il campo di intervento proprio dei servizi sanitari, sia obiettivi di integrazione fra interventi sanitari ed interventi di natura sociale. Essi rappresentano la formalizzazione della funzione di indirizzo degli Enti locali a livello aziendale e distrettuale in quanto rappresenta il livello cui è richiesta e si esprime la intersectorialità degli interventi e, al tempo stesso, la specificità locale nella selezione delle priorità, che rappresentano le precondizioni essenziali per il raggiungimento degli obiettivi del Piano. In questo modo, il riconoscimento di nuove e più ampie funzioni agli Enti locali non si traduce esclusivamente nella redistribuzione di competenze prima soddisfatte ad altri livelli istituzionali, ma comporta l'individuazione e l'esercizio di funzioni finora non praticate a livello locale in forma funzionalmente integrata e finalizzata agli obiettivi di salute localmente selezionati.

4. La programmazione strategica

- a) Il Programma Per la Salute (PPS) rappresenta la traduzione operativa su base poliennale delle strategie per la salute e delle politiche degli interventi sanitari e sociali a rilevanza sanitaria relativi all'ambito territoriale di riferimento corrispondente alle Conferenze sanitarie territoriali, così come previsto dalla Legge regionale 153/98. Il PPS esprime gli

obiettivi strategici, gli ambiti della collaborazione e le condizioni della reciprocità fra Aziende sanitarie, Enti locali, privato accreditato, privato sociale, volontariato.

Lo sviluppo del PPS rappresenta l'applicazione concreta ad uno specifico ambito territoriale della programmazione negoziata scelta come riferimento dal PSR. Esso deve essere un processo collaborativo ed intrinsecamente competitivo, che impegna tutti i soggetti presenti nell'ambito di riferimento, sia nella fase di segnalazione e di selezione delle priorità, sia in quella di elaborazione dei programmi di intervento e di selezione dei soggetti operativi.

L'obiettivo finale è di rendere esplicito e soddisfare il mandato di tutela della salute affidato a tutte le Aziende sanitarie, oltre la funzione di committenza propria delle Aziende territoriali nei confronti delle Aziende ospedaliere e di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati. A questo scopo, il processo di elaborazione del PPS deve essere trasparente nelle sue diverse fasi, prevedendo anche appropriate forme di consultazione dei cittadini rispetto alle principali scelte operative.

b) Il Piano Annuale di Attività definisce il volume e la tipologia dei servizi sanitari offerti alla popolazione di riferimento, identificando i soggetti interni ed esterni alla Azienda territoriale che concorrono alla erogazione dei servizi programmati.

Esso rappresenta la traduzione operativa del PPS in termini di prestazioni e servizi necessari, ed evidenzia i conseguenti impegni di risorse da parte (o a favore) dei produttori di servizi. Il PAA deve quindi trovare un corrispettivo piano di produzione della eventuale Azienda ospedaliera che insiste sullo stesso ambito territoriale di riferimento.

Un robusto e trasparente processo di prioritizzazione delle prestazioni e dei servizi offerti, basato sulle evidenze della efficacia clinica e della appropriatezza rispetto alle forme e ai livelli di produzione, è alla base della formulazione dei PAA.

In attesa delle necessarie indicazioni nazionali rispetto ai livelli essenziali di assistenza, tale processo sarà guidato dalle indicazioni regionali e sensibile alle priorità emergenti a livello locale tenendo conto sia dell'impatto sulla situazione finanziaria sia delle preferenze espresse dalla popolazione di riferimento.

Questo approccio alla programmazione sanitaria strategica ha profonde implicazioni rispetto al modello di funzionamento del SSR e alla natura delle relazioni fra i suoi soggetti, in quanto:

1) privilegia la necessità di realizzare la cooperazione fra tutti i soggetti interni ed esterni al sistema sanitario. La scelta della programmazione negoziata ricerca la competizione nella selezione delle priorità e nella valutazione comparativa dei risultati raggiunti, evitando quindi sia la riduzione del sistema sanitario ad un mercato competitivo sia la riproposizione di un apparato verticalmente integrato e gerarchicamente ordinato secondo una linea di comando e controllo.

2) sostituisce i confini e gli ambiti amministrativi dei singoli servizi e delle stesse Aziende sanitarie con aree di competenza e di responsabilità nell'ambito di programmi e progetti di intervento, integrati fra di loro ed orientati alla popolazione e al singolo paziente;

3) richiede la partecipazione alle scelte strategiche da parte dei cittadini e degli operatori, nell'ambito di un puntuale sistema di reciprocità rispetto ai risultati economici, di attività e di risultato a livello di singolo servizio, di Azienda sanitaria e di Regione.

5. L'organizzazione delle Aziende sanitarie

Il tema della articolazione del binomio autonomia/responsabilità rappresenta il tratto essenziale del processo di aziendalizzazione, sia per il completamento del disegno della organizzazione interna delle Aziende sanitarie, sia per la definizione delle linee di interdipendenza fra Direzione strategica, servizi e unità operative.

La definizione del rapporto fra autonomia e responsabilizzazione a livello Aziendale comprende sia il completamento dell'assetto organizzativo dell'Azienda, soprattutto a livello dei servizi territoriali infradistrettuali, assumendo i nuovi obiettivi e le priorità organizzative del PSN come riferimento, sia la definizione di un compiuto sistema di responsabilizzazione clinica e finanziaria della dirigenza aziendale.

La istituzione a livello infradistrettuale di un Dipartimento delle Cure Primarie è reso necessario dalla opportunità di rafforzare la funzione di assistenza territoriale, dotandola di uno strumento operativo specifico per realizzare l'integrazione delle funzioni di base fra di loro e con i servizi sociali e rispondere alle necessità assistenziali localmente determinate e che possono trovare adeguata soddisfazione a questo livello.

L'avvio di un sistema di governo clinico è imposto non solo dalle modifiche nella organizzazione interna degli ospedali e dei servizi attraverso le strutture dipartimentali, che richiedono comunque di ridisegnare il sistema delle responsabilità gestionali, ma anche dall'impatto sulla autonomia professionale e sulle responsabilità gestionali degli operatori dei nuovi strumenti che il SSN intende darsi, incluse le Linee Guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici che dovranno essere realizzati.

Il completamento del sistema di responsabilizzazione finanziaria è reso necessario e possibile dal nuovo sistema di contabilità economica basato sui centri di responsabilità e dovrebbe assumere due obiettivi prioritari: a) completare il passaggio da un impossibile e ormai indifendibile sistema di controllo sulla legittimità degli atti ad una certificazione del sistema di governo delle Aziende; b) rendere compatibile l'espressione dei risultati di esercizio delle Aziende sanitarie secondo la nuova contabilità economica con le esigenze della valutazione comparativa delle Aziende e della costruzione di un bilancio consolidato proprie della funzione di governo regionale.

6. La Direzione strategica

La Direzione aziendale è primariamente responsabile della soddisfazione dello specifico e distintivo mandato delle Aziende sanitarie di tutelare la salute della popolazione di riferimento e di garantire adeguati livelli di assistenza di buona qualità. Questo mandato si accompagna alla concomitante responsabilità rispetto ai risultati economici e finanziari dell'Azienda, secondo l'impegno sociale di fare il miglior uso possibile delle risorse a disposizione. Qualità, quantità e costi dei servizi resi rappresentano pertanto i tre oggetti della responsabilità aziendale verso l'esterno e, contemporaneamente, gli obiettivi verso cui i responsabili della Direzione aziendale devono condurre l'organizzazione.

La Direzione Amministrativa ha la responsabilità di governare l'organizzazione in modo da:

- garantire l'efficienza e lo sviluppo dei servizi informativi, sia consuntivi che previsionali;
- permettere la rappresentazione economica e finanziaria dell'attività aziendale;
- assistere, come fornitore interno ai servizi di produzione, all'acquisizione delle risorse finanziarie e umane;
- garantire la qualità delle procedure organizzative di natura amministrativa e logistica;
- garantire la legittimità dell'attività e degli atti.

Una funzione critica che ricomprende larga parte di queste responsabilità è rappresentata dalla pre-certificazione del bilancio, relativamente alla veridicità ed alla correttezza delle modalità di costruzione delle diverse componenti, che è destinata ad assumere un'importanza crescente, stante la decisa e rapida evoluzione anche del sistema delle Aziende sanitarie verso l'adozione di procedure di certificazione esterna.

La Direzione Sanitaria è responsabile della produzione dei servizi forniti alla popolazione, in cui sono riconoscibili due componenti principali, che rinviano a responsabilità distinte all'interno della organizzazione: il processo di produzione delle singole prestazioni (la visita, il ricovero, etc.) e la loro integrazione in un servizio o in un programma assistenziale, orientato al singolo o a categorie particolari di utilizzatori, eventualmente articolato su diversi livelli di assistenza (ad esempio, territoriale, ospedaliero e semiresidenziale).

7. Il governo clinico

Il governo clinico fa capo al Direttore Sanitario, responsabile sia della qualità e della efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni, sia della distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo o alla collettività.

Il primo ambito di responsabilità si esprime nelle relazioni con le responsabilità e le autonomie tecnico-professionali e (recentemente) organizzativo-gestionali proprie dei Capi Dipartimento per quanto riguarda la componente assistenziale e con quelle dei responsabili di Presidio per gli aspetti strutturali e organizzativi generali.

Il secondo ambito di responsabilità si esprime invece nella organizzazione dei programmi assistenziali "orizzontali", orientati ai pazienti o a gruppi significativi di popolazione, che risultano dalla integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni. A questo livello sono preminenti le esigenze di tempestività dell'intervento e di continuità dell'assistenza, attraverso l'integrazione delle diverse forme e livelli di intervento sanitario e socioassistenziale, su quelle della appropriatezza tecnica della singola prestazione rispetto alle necessità assistenziali del paziente, tipiche del precedente livello di responsabilità.

Nelle Aziende ospedaliere, la responsabilità dell'integrazione orizzontale, realizzata dai programmi interdipartimentali che organizzano e offrono percorsi diagnostico-terapeutici, è propria del Responsabile di Presidio, mentre nei servizi territoriali che esorbitano dagli ambiti di attività del Dipartimento delle Cure Primarie è oggetto specifico della responsabilità del Capo Distretto.

Al Direttore Sanitario devono quindi far capo sia i responsabili della produzione (le linee verticali) sia i responsabili della integrazione (le linee orizzontali). Entrambe queste linee di responsabilità devono comunque avere visibilità nel sistema di governo aziendale.

8. Gli strumenti del governo clinico

I riferimenti essenziali del governo clinico, e quindi anche gli elementi della verifica dell'efficacia del suo esercizio, comprendono:

- Appropriata delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche ed assistenziali;
- Sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, per gli utenti e i lavoratori;
- Tempestività e Continuità della cura, che qualificano il servizio reso;
- Comunicazione, con i pazienti e fra gli operatori.

L'esercizio del governo clinico si basa su tre strumenti: l'audit clinico, la gestione del rischio e le indagini sul gradimento dei servizi resi da parte dei loro utilizzatori.

Attività sistematica e continuativa, su base dipartimentale di audit clinici multiprofessionali e comparativi per la verifica della attività svolta, dei risultati ottenuti e delle risorse impegnate rappresenta l'elemento principale della responsabilizzazione clinica.

A questo scopo e in prima applicazione, le Linee guida possono essere utilizzate come strumenti di analisi retrospettiva, da svolgersi presso i Dipartimenti sotto la responsabilità dei Capi Dipartimento. Supporto ed indirizzo all'audit clinico dipartimentale e di servizio sarà fornito dall'Area logistica regionale, attraverso lo sviluppo di data base centralizzati a livello aziendale o regionale e la elaborazione e diffusione di Linee guida.

La sicurezza degli interventi e delle strutture, oltre agli interventi previsti dal D.Lgs. 626/94, dovrà essere garantita dallo

sviluppo di sistemi di gestione del rischio per la prevenzione dei rischi e degli eventi indesiderati per i lavoratori e per i pazienti, derivanti da aspetti strutturali, impiantistici, organizzativi e clinici del servizio. Questi sistemi di sorveglianza e di intervento rientrano nella responsabilità principale del responsabile tecnico della struttura (ad esempio, il responsabile del Presidio negli stabilimenti ospedalieri). Indicazioni e feed back per i sistemi di gestione del rischio devono essere forniti dalle segnalazioni dei pazienti, in forma singola o associata, acquisite attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (che dovrà far parte integrante del sistema di gestione del rischio) e/o le diverse forme istituzionalizzate di partecipazione dei cittadini, come ad esempio i Comitati Consultivi Mis ti.

Il piano di modernizzazione del SSR fornisce indirizzi più specifici su criteri e strumenti per la organizzazione del sistema di governo clinico, indicando anche le aree prioritarie di applicazione.

9. Il governo finanziario

L'aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie pubbliche ha profondamente modificato contenuti e significati da attribuire ai sistemi di contabilità. L'equilibrio economico dell'Azienda, che trova migliore espressione nelle nuove rappresentazioni contabili, diventa un fattore sempre più rilevante nel valutare i livelli di performance complessiva dell'Azienda. Il sistema diffuso di responsabilizzazione economica dei diversi livelli direzionali ha nel rispetto delle compatibilità economiche aziendali un indicatore obiettivo e una sfida operativa.

Il bilancio preventivo e il consuntivo di esercizio sono strumenti di trasparenza dei risultati dell'attività aziendale. Appare quindi prioritario sviluppare il loro utilizzo rispetto ai rapporti di programmazione e controllo delle Aziende sanitarie con la Regione e per il confronto fra le diverse realtà dell'ambito regionale.

L'esperienza fin qui maturata ha segnalato da un lato la necessità di rendere maggiormente adeguato lo strumento contabile ai ruoli che è chiamato ad assolvere, sia per le necessità specifiche del contesto sanitario pubblico rispetto a quello di provenienza originaria dello strumento (le imprese e il mercato), sia per le debolezze attribuibili alla inesperienza rispetto a strumenti e tecniche nuove per il contesto sanitario pubblico. A questo scopo è prioritario elaborare metodi e strumenti per raccordare il sistema di rappresentazione contabile adottato dalle Aziende con i sistemi contabili della Regione, in modo da permettere la costruzione di un bilancio consolidato regionale, adeguato al ruolo che la Regione esercita sia come ente finanziatore che come livello istituzionale complessivamente responsabile dei risultati aziendali.

Questo richiede anche di definire e rendere omogenei i regolamenti di contabilità aziendale, per ridurre la discrezionalità e rendere trasparenti le scelte relative alle "politiche di bilancio" e permettere la valutazione comparativa e l'apprezzamento dei risultati raggiunti dal sistema delle Aziende da parte del livello sovraordinato e istituzionalmente responsabile rappresentato dalla Regione.

Essenziale a questo scopo è ottenere una puntuale rappresentazione contabile rispetto alle dinamiche del patrimonio e di quelle relative ai flussi di cassa, che dovrà essere ricercata attraverso un deciso rafforzamento dei documenti previsionali collegati al Bilancio Economico Pluriennale, con esplicito riferimento alle variazioni del patrimonio previste nell'esercizio.

Le priorità regionali riguardano:

- miglioramento ed affinamento delle linee guida e delle norme tecniche ed economiche nella redazione dei bilanci, anche attraverso la revisione del Regolamento regionale 61/95;
- rafforzamento delle capacità organizzative delle procedure informative degli eventi economici nelle Aziende, attraverso la promozione di meccanismi di standardizzazione, di autovalutazione e di miglioramento. Obiettivo della Regione è che entro il triennio tutte le Aziende siano in grado di affrontare le procedure di certificazione di bilancio. A fronte di una rinnovata e migliorata capacità delle Aziende di gestione degli strumenti di rappresentazione contabile, è necessario procedere rapidamente al rafforzamento delle competenze e delle possibilità di intervento regionali attraverso la costituzione di un organismo in grado di:
 - consolidare a livello regionale i documenti contabili delle Aziende sia a preventivo che a consuntivo;
 - definire norme e indicazioni integrative per la formulazione e redazione dei bilanci e vigilare sulla loro corretta applicazione;
 - raccordare le previsioni desumibili dai documenti a contenuto economico patrimoniale con il sistema della contabilità regionale, al fine di verificare la compatibilità delle grandezze finanziarie e dei flussi di cassa;
 - produrre annualmente un rapporto che, anche attraverso l'elaborazione di opportuni indicatori, descriva comportamenti e strategie aziendali sotto il profilo delle rappresentazioni di bilancio.

7.2. L'articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie

1. Gli indirizzi nazionali

Il Piano Sanitario Nazionale individua il Distretto come uno dei tre macrolivelli di assistenza in cui si articola l'attività delle Aziende sanitarie, attribuendogli il coordinamento e l'integrazione delle attività assistenziali territoriali. A livello Distrettuale sono collocate le attività di assistenza medica di base e pediatriche di libera scelta, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale extraospedaliera e sono esercitate le funzioni di integrazione di queste attività fra di loro e con le funzioni specialistiche di degenza e con l'assistenza sociale, nonché di governo della domanda di assistenza, in quanto il Distretto rappresenta il luogo di attivazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti.

Il Distretto è inoltre il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente dagli Enti locali e dalla Azienda sanitaria. Funzione primaria del Distretto è quindi l'analisi delle specificità delle risorse e dei bisogni di salute nelle diverse aree territoriali e la promozione e lo sviluppo della collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative. Più in generale, è compito del Distretto promuovere e valorizzare l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale e informale. La rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari realizzata dall'Azienda Usl, deve contribuire a consolidare anche forme di collaborazione fra la pluralità di soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, per rafforzare e integrare fra loro le reti formali e informali di solidarietà. A questo proposito, di importanza primaria è la valorizzazione ed il sostegno al ruolo della famiglia soprattutto per lo sviluppo delle diverse forme di assistenza domiciliare in alternativa alle forme tradizionali di assistenza, che dagli anziani non autosufficienti si stanno progressivamente estendendo ad altri gruppi di popolazione con specifici problemi clinici.

A livello distrettuale si intrecciano quindi profondamente la produzione di servizi sanitari e sociali e lo sviluppo di integrazioni e sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi sia nella attuazione di programmi per la promozione della salute, l'adozione di comportamenti e stili di vita "sani", al fine di prevenire o contrastare l'insorgenza di patologie e disabilità. Funzionale a questo obiettivo è il ruolo assegnato dal PSN ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta come riferimento immediato e diretto per le persone e le famiglie, indirizzo e guida alla utilizzazione dei servizi e agenti delle funzioni educative e di promozione della salute. Oltre alle sopraindicate funzioni di produzione e di integrazione fra servizi sanitari e sociali, il Distretto è chiamato a garantire, ai propri cittadini/utenti, l'accesso a qualsivoglia servizio (aziendale o extra-aziendale) sia reputato necessario per fornire una risposta appropriata alla domanda di prestazioni. Questa funzione, superando i confini della mera produzione interna al Distretto, si configura in termini di 'committenza' e rende il Distretto stesso porta di accesso privilegiata alle reti dei servizi (aziendali, extra-aziendali, regionali).

2. Le indicazioni regionali

Lo sviluppo della funzione territoriale delle Aziende sanitarie ha sempre rappresentato una scelta prioritaria nella organizzazione del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, che ha disciplinato compiti e ruoli del Distretto fin dalla legge istitutiva delle Aziende sanitarie.

La L.R. 19/1994 e le successive direttive hanno configurato i Distretti come organi dell'Azienda che provvedono alla gestione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie presenti nei rispettivi ambiti territoriali, con la sola esclusione delle attività ospedaliere che fanno capo ai Presidi ospedalieri. La legge regionale attribuisce quindi ai Distretti le funzioni di:

- gestione delle strutture e dei servizi presenti sul territorio destinati all'assistenza sanitaria di primo livello;
- gestione integrata delle attività socioassistenziali e sociosanitarie, in collaborazione con i Comuni secondo diverse forme associative;
- organizzazione dell'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni, sociali e sanitarie direttamente o indirettamente garantite dal Servizio Sanitario Regionale.

A questo scopo la L.R. prevede siano garantite ai Distretti autonomia di spesa nei limiti delle risorse assegnate attraverso la negoziazione di un budget con la Direzione Aziendale, nonché la possibilità di esercitare effettivi poteri di gestione su strutture e servizi dei rispettivi ambiti territoriali.

Le complessità emerse nella individuazione degli ambiti territoriali e nella definizione delle relazioni della Azienda Usl con i suoi servizi e Dipartimenti, l'evoluzione nella forma delle relazioni fra Aziende sanitarie ed Enti locali, accanto alle esigenze di rafforzare la nuova funzione Aziendale, anche attraverso l'esercizio di una forte attività di controllo sono alcuni degli elementi che non hanno permesso a questo modello di trovare una applicazione omogenea ed uniforme su tutto il territorio regionale. La diversità delle esperienze e la diversa efficacia delle soluzioni organizzative adottate nelle Aziende ha evidenziato la persistenza di problemi irrisolti nelle relazioni con gli Enti locali e l'esigenza di dare unitarietà strategica e gestionale alle nuove Aziende sanitarie, completandone la organizzazione interna.

Lo sviluppo di dipartimenti e di servizi organizzati verticalmente, su base aziendale, ha privilegiato le esigenze della produzione di prestazioni su quelle della integrazione fra servizi, enfatizzando le responsabilità tecnico-professionali afferenti ai responsabili di servizio e ai Capi Dipartimento.

Le tendenze emerse dalle esperienze di questi anni trovano motivazione nelle esigenze di rafforzare e centralizzare la funzione di comando e controllo per rispondere alla priorità immediata di contenimento dei costi e di riduzione dei disavanzi, ma hanno anche contribuito a ridurre l'attenzione alla organizzazione della articolazione distrettuale delle Aziende territoriali. Questa attenzione viene ora riproposta con forza dal PSN per quanto riguarda il governo della domanda e l'organizzazione dei servizi e trova una nuova centralità nelle relazioni fra Aziende sanitarie ed Enti locali, previste dalla Legge 419/98 e dalla Legge regionale 153/98.

3. Lo stato attuale e le scelte possibili

Il quadro dello stato di attuazione della articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie della Regione è estremamente diversificato.

La metà degli attuali distretti f° riferimento ad una popolazione di circa 70.000 abitanti, ma sono numerosi i distretti con meno di 50.000 abitanti, e molto pochi quelli con una popolazione di almeno 100.000 abitanti. In alcuni casi, i distretti coincidono semplicemente con la Azienda o hanno una direzione unica, centralizzata a livello aziendale.

Nel frattempo è aumentata quantitativamente e si è differenziata qualitativamente l'offerta di servizi, rendendo ancora più complessa la organizzazione e la gestione dei servizi territoriali e delle relazioni fra di loro, con i servizi sociali e con le localizzazioni distrettuali degli altri servizi aziendali. In base alla attuale disponibilità, un ipotetico distretto con riferimento ad una popolazione di 100.000 abitanti di una Azienda sanitaria media della regione potrebbe oggi contare su:

- 100 medici di medicina generale e 15 pediatri di libera scelta, con in media 1 o 2 punti di guardia medica, notturna e festiva. Questi servizi assorbono direttamente l'11% delle risorse del distretto e sono responsabili di una spesa farmaceutica pari al 23% delle risorse complessive;
- attività di Assistenza Domiciliare, che ha in carico giornalmente 46 persone in ADI, 82 in Assistenza domiciliare sociale a carico del SSN ed eroga assegni di cura a 180 famiglie;
- 3 Presidi ambulatoriali polispecialistici, di cui uno per prestazioni di media/elevata complessità, con la presenza settimanale media di un numero variabile fra 10 e 18 specialisti e due presidi dedicati ad attività di bassa complessità, con la presenza contemporanea di 4 specialisti. La spesa per questo settore è pari circa allo 8% del bilancio complessivo del distretto;
- 6 consultori pediatrici e 4 consultori familiari;
- 13 strutture residenziali e 9 semiresidenziali (RSA, case protette, centri diurni, etc.), con una disponibilità media effettiva di 400 e 120 posti rispettivamente, che assorbono il 22% delle risorse del distretto;
- servizi sociosanitari rivolti alle persone disabili ed ai minori in situazione di disagio nelle quantità giustificate dai bisogni oggettivati;
- servizi amministrativi relativi all'accesso ai servizi e ai rimborsi per spese direttamente sostenute dai cittadini (protesi, presidi medico-chirurgici, etc.), cui un distretto medio dedica circa il 25% delle sue risorse.

Accanto a questi servizi propriamente territoriali, trovano inoltre collocazione in ambito distrettuale le articolazioni organizzative del Dipartimento di prevenzione con particolare riferimento ai servizi sanitari e medico legali rivolti alle persone; le articolazioni distrettuali, territoriali e residenziali del Dipartimento di salute mentale e del SERT, le unità operative di neuropsichiatria infantile; i servizi sociosanitari rivolti alla popolazione portatrice di handicap ed ai minori. Obiettivo prioritario del Piano Sanitario Regionale 1999-2001 è il riordino della organizzazione distrettuale delle Aziende sanitarie, a partire dall'adeguamento degli ambiti territoriali di riferimento, dalla ridefinizione delle funzioni distrettuali e delle sue relazioni con la Direzione aziendale. Questa priorità è determinata da esigenze organizzative e di politica sanitaria: la necessità di azioni incisive e di integrazione fra servizi per realizzare il nuovo assetto organizzativo del sistema regionale dei servizi secondo reti integrate; le difficoltà di organizzare una distinta e visibile funzione di produzione territoriale, a fronte della complessità dei servizi presenti e della varietà delle figure professionali e dei loro rapporti con il SSN; la centralità del livello distrettuale nel sistema delle relazioni istituzionali ed operative fra Sistema sanitario regionale ed Enti locali, in quanto luogo privilegiato della intersectorialità degli interventi di promozione della salute e di integrazione sociosanitaria e di esercizio della funzione di indirizzo e verifica delle attività.

Nei confronti della articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie, il sistema sanitario regionale è di fronte alla necessità di scegliere fra un modello di organizzazione aziendale basato su servizi a forte componente tecnico-professionale a integrazione verticale, di comando e controllo (quale, ad esempio, è attualmente realizzato dal Dipartimento di Prevenzione), ed uno a integrazione prevalentemente orizzontale, caratterizzato dalla comprensività e continuità di interventi multiprofessionali.

Nel primo caso, sono privilegiate le ragioni della produzione delle prestazioni e assumono una ovvia preminenza le competenze specialistiche presenti nei singoli servizi, cui compete la responsabilità primaria degli interventi. La scelta del secondo modello privilegia invece le esigenze della integrazione fra servizi sanitari intra ed extradistrettuali e fra questi ed i servizi sociali, e pone come obiettivo prioritario la integrazione multiprofessionale degli interventi nell'ambito di programmi orientati a categorie di soggetti o a gruppi di popolazione che coinvolgono competenze tecnico-professionali e amministrative diverse.

Il primo modello organizzativo non appare compatibile con l'obiettivo di dare un ruolo effettivo alla organizzazione distrettuale delle attività aziendali in armonia alle indicazioni del PSN ed in attuazione della nuova normativa regionale, in quanto il Distretto si configurerebbe come l'area geografica sede dei punti di erogazione di servizi che trovano altrove la loro direzione tecnico-organizzativa, associata ad un qualche grado di decentramento amministrativo e allo svolgimento di una funzione di rappresentanza della Direzione Aziendale nei confronti degli Enti locali.

4. Il Distretto

A livello distrettuale sono svolte essenzialmente due funzioni: 1) l'attuazione locale delle strategie aziendali, elaborate in collaborazione con gli Enti locali e la verifica della attività svolta e dei risultati raggiunti; 2) l'organizzazione della produzione di assistenza "primaria" da parte dei servizi territoriali, amministrativamente qualificati come sociali o come sanitari.

Le funzioni primarie esercitate a livello distrettuale comprendono quindi sia attività squisitamente gestionali sia attività tipicamente riferibili alla programmazione strategica aziendale:

- 1) il governo della domanda di assistenza rispetto alle aspettative della popolazione e alle strategie di assistenza adottate dagli operatori;
- 2) l'erogazione delle prestazioni e degli interventi sociali e sanitari compatibili con il grado di autosufficienza della rete dei servizi territoriali;

- 3) l'integrazione multiprofessionale di operatori afferenti a diversi servizi e a diverse amministrazioni, per garantire la continuità e la comprensività dell'assistenza;
- 4) l'elaborazione e l'attuazione dei Piani di Iniziativa Locale per gli interventi di prevenzione primaria promossi dagli Enti locali e svolti in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione;
- 5) le relazioni nei confronti degli Enti locali e della popolazione.

Appare quindi necessario distinguere le responsabilità derivanti dalle esigenze proprie della produzione di servizi a valenza territoriale rispetto alle funzioni legate alla integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali in servizi orientati alla popolazione e ai singoli e ai rapporti con la popolazione, nelle sue forme di aggregazione spontanea e nelle sue rappresentanze istituzionali.

La costituzione a livello distrettuale del Dipartimento delle Cure Primarie, unitamente al consolidamento del Servizio sociale e delle espressioni periferiche del Dipartimento di salute mentale contribuisce a realizzare la separazione delle responsabilità tecnico-gestionali da quelle di programmazione strategica. Il DCP rappresenta la forma organizzativa della funzione di produzione dei servizi territoriali presenti a livello distrettuale, con il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione e garantire lo standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria. Questa distinzione definisce le responsabilità proprie del direttore del Dipartimento per le Cure Primarie, nonché degli altri responsabili di servizio o di sezione dipartimentale presenti a livello distrettuale (salute mentale, SERT, etc.) rispetto a quelle del direttore del Distretto.

Il direttore del Distretto è parte integrante della funzione di Direzione Aziendale, da cui riceve il mandato della applicazione locale della programmazione strategica.

A questo scopo:

- realizza l'integrazione fra i servizi presenti in ambito distrettuale, afferenti dal punto di vista tecnico-professionale al Dipartimento delle Cure Primarie, al Presidio Ospedaliero, al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento di Prevenzione e alla assistenza sociale. Responsabilità specifica del direttore di Distretto è di assicurare la continuità delle cure e l'accesso al complesso delle strutture e dei servizi, inclusi quelli erogati in forma di ricovero e di day hospital, attraverso l'integrazione con i servizi specialistici sovradistrettuali;
- assicura le compatibilità logistiche e organizzative tra i diversi servizi e presidi, anche in relazione all'uso ottimale di fattori produttivi di rilevanza generale;
- garantisce l'integrazione fra i servizi sociali e quelli sanitari, contribuendo ad attuare le intese fra Azienda Sanitaria ed Enti locali definite dagli accordi di programma;
- coordina le attività di promozione della salute, promosse dagli Enti locali e sviluppate in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione;
- su mandato della Direzione Generale, mantiene i rapporti con il Comitato di Distretto, con particolare riguardo alle funzioni di indirizzo e di verifica delle attività distrettuali, previste dalla Legge regionale 153/98;
- supporta la Direzione Aziendale nella elaborazione dei Piani per la Salute e nella loro traduzione in Piani Annuali di Attività in rapporto ai fabbisogni previsti a livello distrettuale e partecipa alla definizione degli obiettivi e alla negoziazione del budget con tutti i servizi e i Dipartimenti presenti a livello distrettuale.

5. Le relazioni con gli Enti locali

Nell'ambito delle strategie aziendali, definite nel PPS e specificate operativamente nel PAA, il Distretto ha la funzione di:

- a) partecipare alla elaborazione della funzione di committenza esercitata dalla Azienda territoriale e formalizzata nei PAA, anche attraverso il controllo sui termini qualitativi e quantitativi della soddisfazione degli accordi contrattuali con gli erogatori pubblici e privati sottoscritti dalla Azienda;
- b) informare la popolazione e le sue rappresentanze istituzionali sugli obiettivi aziendali, le soluzioni adottate e sviluppare forme di partecipazione per la definizione delle priorità e la valutazione dei risultati effettivamente raggiunti;
- c) collaborare allo sviluppo dei programmi di promozione della salute a livello collettivo e individuale, in accordo con gli Enti locali;
- d) integrare le risposte assistenziali previste dal PAA fornite dai servizi gestiti direttamente dall'Azienda, dai privati accreditati e dai servizi sociali, con l'obiettivo di garantire la tempestività degli interventi e la continuità dell'assistenza.

L'esercizio efficace di queste funzioni richiede una pronta e completa valorizzazione delle autonomie locali prevista dalla Legge 419/98 e dalla Legge regionale 153/98. In particolare, è necessario procedere alla delega delle funzioni ai Comitati Sanitaria Territoriale.

La Legge regionale attribuisce alle Conferenze Sanitarie Territoriali la titolarità delle funzioni di indirizzo e programmazione generale che si esprime nella elaborazione e nella approvazione dei Piani per la Salute e riserva ai Comitati di Distretto le funzioni di indirizzo delle attività e di verifica dei risultati raggiunti, rispetto alle esigenze locali. Per una piena attuazione di quanto previsto dalla legge regionale e in una logica di massima espansione della responsabilizzazione delle Comunità locali, le Conferenze Sanitarie Territoriali dovranno delegare ai Comitati di Distretto le funzioni di indirizzo e di verifica dell'attività del Distretto con la sola esclusione di:

- a) direttive riguardanti la programmazione complessiva dei servizi sanitari e sociali a livello aziendale;
- b) pareri connessi alla predisposizione e all'attuazione dei Piani per la Salute e alla organizzazione di funzioni a valenza sovradistrettuale;
- c) direttive riguardanti l'allocazione delle risorse fra i diversi distretti e presidi da parte dell'Azienda Usl.

Un programma di valorizzazione delle autonomie locali non può prescindere da un più ampio ed efficace ruolo dei

Comitati di Distretto anche in relazione ai problemi connessi all'accesso alle prestazioni ospedaliere. E' quindi opportuno ricondurre alla competenza generale dei Comitati di Distretto l'insieme delle funzioni organizzate ed erogate in un determinato ambito territoriale, incluse quelle relative all'accesso alle prestazioni di assistenza ospedaliera, in RSA, in Case protette e in strutture residenziali per disabili e minori in situazione di disagio.

Questo obiettivo realizza la massima espansione dei compiti di indirizzo e di verifica dei Comitati di Distretto, estendendo le loro competenze a tutte le problematiche sanitarie del proprio ambito territoriale, relativamente alla verifica dell'accessibilità dei servizi ed alla valutazione dei risultati raggiunti.

Il Distretto é luogo ottimale di integrazione dell'attività sanitaria con quella sociosanitaria e sociale a rilievo sanitario, sia sul piano programmatico che operativo.

Sul piano programmatico, il Distretto rappresenta l'ambito di riferimento istituzionale e territoriale della programmazione degli interventi e delle politiche sociali. Sul piano gestionale, la progressiva differenziazione delle funzioni di assistenza sociale in risposta alle esigenze di specializzazione e/o di articolazione dei livelli di intensità di assistenza residenziale richiede un forte orientamento ad una gestione in forma associata.

Il Distretto, quale articolazione organizzativa dell'Azienda Usl, deve a sua volta assicurare la massima integrazione organizzativa tra il Dipartimento delle Cure Primarie e gli altri servizi sanitari con i servizi sociali residenziali, semiresidenziali e domiciliari presenti nel territorio.

Le forme di gestione associata da parte dei Comuni possono essere ritrovate tra tutte le modalità associative previste dalla Legge 142/90, dalle forme più "leggere" di convenzionamento e di collegamento (come ad esempio gli accordi di programma) alle più strutturate forme consortili, che prevedono la presenza congiunta di Comuni e Azienda Usl nella gestione dei servizi consorziati.

6. Il Dipartimento delle Cure Primarie

Il Dipartimento delle Cure Primarie rappresenta lo strumento organizzativo per garantire la funzione di produzione dell'assistenza primaria relativamente a:

- a. assistenza medica di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, guardia medica);
- b. assistenza specialistica ambulatoriale extraospedaliera;
- c. assistenza domiciliare (ADI, ADP, assistenza sociale, assistenza a malati oncologici e a persone con infezione da HIV);
- d. assistenza extra-ospedaliera, residenziale e semiresidenziale;
- e. assistenza consultoriale, familiare e pediatrica.

Le principali funzioni del DCP, che in ragione delle dimensioni degli ambiti distrettuali ed in sede di prima applicazione può avere valenza sovradistrettuale, comprendono:

- a) fornire l'assistenza sanitaria di primo livello a tutta la popolazione del territorio di riferimento. Concorrono a questa funzione sia i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che gli specialisti ambulatoriali. I primi assicurano l'assistenza medica di base in forma singola o associata presso i propri studi e al domicilio del paziente, anche attraverso l'intervento in forma integrata di altre figure professionali, sia dell'ambito sanitario che sociale. I secondi garantiscono le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative previste dal PAA presso strutture pubbliche o private accreditate;
- b) assicurare servizi sanitari, socio assistenziali e di prevenzione per funzioni orientate a specifici problemi di salute o di fasce di età (disagio psichico, anziani, handicap, percorso nascita, dipendenze patologiche, salute donna-infanzia);
- c) concorrere alla elaborazione dei programmi di attività distrettuali definendo il fabbisogno di prestazioni e di servizi in armonia con la programmazione aziendale e nell'ambito del PAA, avvalendosi anche della collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Il D.C.P. organizza la produzione sia delle funzioni sanitarie e sociosanitarie aziendali, sia di quelle socioassistenziali delegate dai Comuni, con ciò realizzando una piena integrazione gestionale.'

7.3. L'integrazione della medicina generale

1. La situazione attuale

Lo sviluppo della assistenza medica di base rappresenta una delle innovazioni più significative degli ultimi anni nella funzionalità e nel modo di operare del Servizio sanitario regionale. L'applicazione dell'accordo regionale per la medicina generale ha realizzato una profonda trasformazione nelle forme di produzione della assistenza medica di base e, in molti casi, della offerta di servizi, che ha prodotto nuove forme di collaborazione dei Medici di Medicina Generale fra di loro e con i servizi e le attività distrettuali e ha avuto un impatto significativo sulla struttura della remunerazione. Queste innovazioni, oltre che produrre risultati immediati in termini economici, hanno creato le condizioni e la necessità di ridefinire gli assetti organizzativi e il sistema delle relazioni aziendali e distrettuali.

L'integrazione della medicina generale nelle attività distrettuali rappresenta il tratto distintivo più importante delle esperienze di questi anni, e si esprime sia sul piano delle attività che della programmazione.

Attualmente, più del 15% degli oltre 3000 medici della regione svolge la sua attività in forma associata, con collegamenti che vanno dalla condivisione di alcuni obiettivi di attività fino alla condivisione della sede di lavoro e delle risorse professionali.

Oltre il 10% della remunerazione dei MMG è attualmente determinata dalla componente variabile, legata alla esecuzione di prestazioni di particolare impegno professionale nell'ambito di programmi di ADI, all'espansione dei servizi offerti o ad obiettivi negoziati con l'Azienda, relativi al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, del ricorso alla specialistica ambulatoriale o al ricovero ospedaliero. Questo ha comportato una espansione dei tradizionali ambiti di attività dei MMG e la loro partecipazione attiva alla definizione e alla gestione delle priorità di accesso all'assistenza sanitaria specialistica, incluse alcune tipologie di ricoveri "prevenibili".

L'attività delle Commissioni paritetiche per la gestione dei budget negoziati fra Azienda e MMG ha prodotto interessanti e positive esperienze di collaborazione nella programmazione delle attività distrettuali e nella scelta degli investimenti per il loro potenziamento, che anticipano quanto previsto dalla Legge 419/98 e devono essere adeguatamente sviluppate.

L'evoluzione da un rapporto contrattuale ad una collaborazione strategica fra Aziende sanitarie, servizi territoriali e medicina generale è un obiettivo prioritario del Piano sanitario regionale 1999-2001. L'allargamento delle competenze e delle responsabilità dei medici di medicina generale rappresenta una componente essenziale dell'attività del Dipartimento per le Cure Primarie e dello sviluppo della funzione distrettuale di governo della domanda e di integrazione della risposta assistenziale su cui si fonda lo sviluppo della rete ingrata di servizi.

Questo comporta la necessità di affrontare tre problemi prioritari:

- portare i piani di attività (ed i relativi livelli programmati di spesa) dei MMG all'interno del piano di attività del Distretto;
- coinvolgere i MMG nella programmazione delle attività dei servizi territoriali;
- allargare le aree di intervento ed estendere le responsabilità cliniche previste dal sistema di governo aziendale alla medicina generale.

2. Aree di intervento e ambiti di responsabilità

L'associazionismo è una nuova forma di produzione della assistenza medica di base attraverso l'integrazione funzionale dell'attività di singoli professionisti con l'obiettivo di 1) favorire il confronto e la cooperazione professionale, integrando le conoscenze e le competenze specifiche e mettendole a disposizione dell'intero gruppo; 2) arricchire le risorse strutturali ed organizzative a disposizione del gruppo.

La riorganizzazione del processo di produzione della assistenza medica di base permette di esercitare tre funzioni, che pongono la medicina generale al centro della rete integrata dei servizi sanitari:

- a) allargare degli ambiti di intervento professionale del MMG, presso l'ambulatorio e a domicilio del paziente, per svolgere anche attività legate al pronto intervento e alla continuità assistenziale;
- b) segnalare e contribuire alla selezione e alla assistenza dei pazienti eligibili per l'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- c) programmare e gestire il ricorso all'assistenza specialistica, ambulatoriale ed ospedaliera.

L'esercizio di queste nuove funzioni comporta ricadute economiche, dirette ed indirette, ed il riconoscimento di specifiche responsabilità nella organizzazione del Dipartimento per le Cure Primarie e, più in generale, delle attività distrettuali.

Dal punto di vista economico, conservando la remunerazione per quota capitaria come sistema di remunerazione principale delle attività del MMG, è necessario ed opportuno incentivare l'allargamento degli ambiti di intervento attraverso la remunerazione di un numero ridotto di prestazioni critiche per lo sviluppo di servizi territoriali di importanza strategica (ad esempio, l'assistenza domiciliare integrata e l'assistenza medica in strutture residenziali) e rendere compartecipi i medici di medicina generale dell'eventuale raggiungimento degli obiettivi di attività e di spesa sia a livello distrettuale sia a livello di gruppo di medici, in proporzioni da definire.

Tale compartecipazione dovrà essere realizzata sia attraverso una remunerazione aggiuntiva diretta, di risultato, sia attraverso la messa a disposizione di risorse e programmi di investimento aziendali per lo sviluppo di attività critiche e complementari a quelle del MMG.

Dal punto di vista della programmazione e del governo clinico delle attività assistenziali, è necessario realizzare le condizioni per:

- a) consultazione permanente sulla elaborazione degli indirizzi per l'attività distrettuale, sulla negoziazione del budget di distretto e sulla valutazione periodica dei risultati raggiunti, attraverso la partecipazione formale di rappresentanti dei MMG alla gestione del DCP;
- b) partecipazione sistematica e continuativa dei MMG a programmi di audit clinico e alla elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri, con particolare riferimento ai criteri di invio e all'ordine di priorità per la utilizzazione della assistenza specialistica ambulatoriale, alla prevenzione dei ricoveri non necessari e alla tempestività della dimissione.

7.4. Assistenza Domiciliare Integrata

1. Gli obiettivi

L'assistenza domiciliare si propone di realizzare l'integrazione di competenze professionali, sanitarie e sociali, per realizzare programmi di assistenza orientati a categorie significative di soggetti di qualsiasi età, che necessitano di

un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare. La riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari é finalizzata a superare le modalità di erogazione attualmente separate per categorie di pazienti, e ad individuare un modello unico di assistenza domiciliare integrata, sanitaria e socio assistenziale, basato su livelli differenziati di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali espressi dal singolo paziente.

Entro il sistema dell' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si realizzano quindi i tre livelli della integrazione posti ad obiettivo del SSR:

- a) fra competenze professionali, in team multiprofessionali per la valutazione dello stato del paziente, la elaborazione del piano di assistenza personalizzato e la sua erogazione;
- b) fra aree di competenza amministrativa, Aziende sanitarie e Servizi Sociali degli Enti locali, come parte dell' integrazione sociosanitaria;
- c) fra livelli di assistenza sanitaria, in quanto l' ADI rappresenta una alternativa al ricovero ospedaliero, la opportunità per una tempestiva dimissione e, in alcune occasioni e forme, l' alternativa o il complemento all' assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali;
- d) fra la rete integrata di assistenza realizzata dalle risorse del SSR e le reti informali di solidarietà che originano dalle forme di collaborazione sviluppate dai soggetti sociali presenti a livello territoriale.

Gli obiettivi prioritari dell' Assistenza Domiciliare Integrata comprendono:

- assistere pazienti con condizioni trattabili a domicilio, evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in altre strutture residenziali, assicurando comunque la continuità assistenziale e favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti;
- sostenere la famiglia, trasmettendo le eventuali competenze necessarie per l' autonomia di intervento e garantendo un contributo economico;
- facilitare l' accesso all' erogazione dei presidi e degli ausili.

2. L' organizzazione

I criteri generali per l' organizzazione del sistema delle cure domiciliari comprendono:

- a) la valutazione multidimensionale dello stato funzionale del paziente;
- b) l' assistenza erogata da un' équipe multiprofessionale;
- c) la elaborazione di un piano personalizzato di assistenza;
- d) la individuazione di un responsabile del piano assistenziale che coordini ed assicuri gli interventi previsti e verifichi la coerenza delle diverse fasi del processo assistenziale nell' ambito del piano.

Gli obiettivi organizzativi a supporto di queste finalità, da realizzare nell' ambito del Dipartimento per le Cure Primarie, sono:

- individuare un punto unico di riferimento per l' informazione e l' accesso a tutte le cure domiciliari sanitarie e lo stretto collegamento con il servizio anziani per l' accesso alle cure tutelari e socioassistenziali. Tale unico punto di riferimento, in sede di definizione della appropriatezza dell' accesso deve adeguatamente coinvolgere il medico di medicina generale, l' infermiere e l' assistente sociale responsabile del caso;
- istituire i nuclei operativi di assistenza domiciliare (NOAD), composti da medici di medicina generale, infermieri ed operatori sociali per sviluppare la collaborazione e l' integrazione funzionale con l' assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato;
- individuare un responsabile organizzativo per la predisposizione di percorsi assistenziali finalizzati a garantire l' appropriatezza e la continuità delle cure e la programmazione delle relative risorse;
- attivare di un punto di ascolto telefonico, con rapido accesso a personale qualificato, per ricevere e vagliare segnalazioni e fornire consulenza telefonica al paziente e alla famiglia.

Il Dipartimento per le Cure Primarie è l' ambito organizzativo entro cui si realizza l' integrazione funzionale fra tutti gli elementi essenziali della funzione "cure domiciliari":

- i medici di medicina generale, organizzati in gruppi o in altre forme associative, che hanno la responsabilità preminente nella programmazione e nella erogazione della assistenza clinica;
- il servizio infermieristico distrettuale;
- il servizio di assistenza domiciliare di tipo sociale;
- il servizio di assistenza anziani (SAA), per il coordinamento e l' integrazione delle funzioni sociali e sanitarie a favore delle persone anziane;
- il collegamento con i dipartimenti ospedalieri ed in particolare con le unità operative oncologiche, di malattie infettive, di lungodegenza post-acuzie e di riabilitazione estensiva;
- i medici specialisti ambulatoriali;
- la possibilità di attivare tempestivamente altre risorse proprie delle strutture sanitarie delle Aziende.

3. I criteri di eleggibilità dei pazienti

I destinatari a cui é rivolta principalmente l' Assistenza Domiciliare Integrata sono le persone non autosufficienti o a rischio

di non autosufficienza, con particolare priorità ai pazienti con:

- a) patologie in fase terminale;

- b) fasi acute di patologie croniche;
- c) dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta);
- d) bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale;
- e) portatori di gravi disabilità.

Per garantire l'uniformità dell'accesso alle cure domiciliari in ambito regionale sono individuati come requisiti essenziali per l'accesso:

- la presenza di condizioni cliniche e la necessità di interventi assistenziali compatibili con la permanenza del paziente al proprio domicilio;
- la disponibilità di una idonea condizione abitativa, di un valido supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale, che permetta al paziente di ricevere un sostegno continuativo per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

7.5. L'integrazione fra cure primarie e assistenza ospedaliera

1. Le cure primarie e l'assistenza ospedaliera

La riorganizzazione della funzione di assistenza ospedaliera in direzione della connotazione dell'ospedale come sede dell'assistenza a pazienti acuti e la diffusione della funzione di assistenza post-acuzie e di lungodegenza riabilitativa, accanto alle modificazioni indotte dagli incentivi impliciti nel sistema di pagamento a prestazione, impongono la costituzione di programmi integrati di assistenza, che rappresentano l'applicazione intra-aziendale della rete integrata di servizi. La direttiva regionale "Criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna" ha già disciplinato le relazioni fra la nuova funzione di assistenza postacuta e di lungodegenza riabilitativa con le diverse forme di assistenza residenziale e semiresidenziale. Le aree prioritarie di integrazione fra Dipartimento per le Cure Primarie e i presidi ospedalieri riguardano la dimissione protetta e l'assistenza specialistica.

2. La dimissione protetta

La dimissione protetta è una delle principali componenti del processo assistenziale che richiede lo sviluppo di protocolli clinici ed organizzativi relativi a:

- a) programmazione della dimissione. La dimissione è parte integrante della elaborazione del piano personalizzato di assistenza, e la sua data presunta va definita con congruo anticipo;
- b) valutazione della dimissibilità del paziente, e elaborazione del piano di assistenza post dimissione attuata attraverso la valutazione multidimensionale del paziente e la verifica della sostenibilità familiare del carico assistenziale previsto. Essa deve quindi essere concordata fra la équipe ospedaliera e quella territoriale, incluso il MMG e richiede un confronto con le attese e le necessità dei familiari.

Il passaggio in cura del paziente all'équipe territoriale è la fase più critica per garantire l'appropriatezza della forma e del livello di assistenza e della continuità assistenziale. Dal punto di vista organizzativo, richiede il coordinamento della dimissione per garantire il collegamento fra il responsabile ospedaliero del piano personalizzato di assistenza e l'operatore chiave dell'équipe territoriale (di norma l'infermiere o l'assistente sociale) che ha la responsabilità di organizzare i servizi necessari per soddisfare i bisogni assistenziali del paziente, previsti dal piano assistenziale formulato congiuntamente al momento della dimissione.

3. L'assistenza specialistica ambulatoriale

L'attività ambulatoriale che i presidi ospedalieri assicurano a consulenza/supporto del MMG è funzionalmente integrata con l'attività specialistica ambulatoriale erogata da convenzionati interni o da strutture esterne accreditate. Fanno eccezione le attività ambulatoriali pre e post-ricovero, strettamente connesse alla degenza e le prestazioni ambulatoriali nell'ambito della continuità terapeutica specialistica che rientrano nelle competenze proprie del presidio ospedaliero. Esse devono quindi essere gestite al di fuori delle tradizionali forme di prenotazione attraverso i CUP e senza alcun rinvio al medico curante, secondo criteri e tempi erogativi riferiti esclusivamente alle esigenze cliniche dei singoli casi. Il Dipartimento delle Cure Primarie svolge le funzioni di:

- a) erogare direttamente le prestazioni ambulatoriali prodotte attraverso i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni o acquisite tramite le strutture convenzionate esterne accreditate;
- b) garantire la prenotazione e l'accesso alle prestazioni erogate presso le strutture ospedaliere attraverso gli sportelli unici;
- c) provvedere al monitoraggio dei tempi di attesa attraverso la corretta gestione delle liste, in collaborazione con il presidio ospedaliero;
- d) promuovere l'appropriatezza della richiesta di prestazioni, favorendo l'adesione a criteri di efficacia clinica da parte di tutti i medici interessati e l'adozione di percorsi assistenziali condivisi.

A livello del Dipartimento delle Cure Primarie deve realizzarsi la uniformazione e semplificazione dei percorsi per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, concordati tra specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e l'allargamento delle competenze dei medici di medicina generale. Prioritaria è la partecipazione dei MMG ai processi assistenziali riguardanti diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma e forme neurologiche,

secondo Linee di guida e protocolli che definiscano le competenze del medico di medicina generale e quelle del livello specialistico, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie.

Il nuovo modello organizzativo della assistenza specialistica ambulatoriale prevede la presa in carico del paziente da parte della struttura ambulatoriale sia in termini organizzativi (ad esempio concentrando in un unico accesso le prestazioni afferenti ad un profilo diagnostico terapeutico), sia in termini clinico assistenziali.

7.6. L'accesso ai servizi

Il Distretto rappresenta l'ambito territoriale di riferimento immediato per l'accesso ai servizi sanitari per quanto riguarda le procedure amministrative necessarie per le prestazioni specialistiche, le cure domiciliari, le attività di supporto per la fornitura di prestazioni protesiche, l'assistenza integrativa, le certificazioni medico legali, i collegamenti con gli Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP).

Migliorare l'accesso ai servizi consentendo al cittadino di operare una scelta informata fra tutti i servizi disponibili comporta la revisione delle procedure per semplificare e accelerare i percorsi amministrativi; predisporre le informazioni necessarie per la scelta e l'accesso alla gamma di servizi disponibili; identificare un'unica struttura operativa dell'accesso a tutte le attività sanitarie, in grado di raccordare le specifiche unità operative o uffici, compresi gli URP.

Obiettivo del PSR é di superare i singoli punti di accesso monotematici per realizzare "sportelli unici" opportunamente collocati negli ambienti di vita e di lavoro, anche sviluppando adeguate collaborazioni con gli Enti locali, i patronati e le associazioni di volontariato.

Ciò permette di ridurre la pluralità di uffici che svolgono una singola procedura amministrativa e realizza la possibilità di ottimizzare la loro distribuzione migliorandone la diffusione sul territorio attraverso la rete degli sportelli unici e la funzionalità dei singoli uffici. Questi possono svolgere la funzione di backoffice anche in un luogo differente da quello dell'accesso al cittadino, garantendo egualmente risposte specifiche, in stretto collegamento con gli sportelli unici, con il coordinamento di un responsabile dell'accesso.

8. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

8.1. Le indicazioni strategiche e le priorità

Nell'ambito di un processo di riorganizzazione teso a riaffermare una dimensione universalistica del sistema di protezione sociale, a migliorare il rapporto fra stato e cittadini ed a costruire nuove forme di reciprocità sociale, la ridefinizione delle reti dei servizi e degli interventi sociali è una priorità sia per mantenere i livelli di assistenza raggiunti, sia per garantire l'equità sociale degli interventi, sia per sviluppare nuovi ambiti di azione per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione e per l'emergere di nuove categorie di bisogni e inedite priorità:

- I bisogni di una popolazione anziana in crescita.

- I nuovi bisogni legati all'accoglienza e all'integrazione di fasce svantaggiate di popolazione, che spesso vengono a configurarsi come vere e proprie emergenze (nuove povertà, immigrazione, nomadi).

- I bisogni e i disagi delle famiglie, in particolare a basso reddito, nell'accudimento e nell'educazione dei figli e nella cura quotidiana dei bambini, ma in particolare delle persone anziane non autosufficienti e delle persone disabili.

- I nuovi modelli di intervento richiesti per contrastare le dipendenze patologiche che si manifestano sempre più in forme differenziate fra individui e gruppi sociali.

Migliorare la qualità della vita nei soggetti a rischio di emarginazione richiede sia il rafforzamento delle capacità di assunzione di responsabilità ed autonomia, sia il miglioramento delle condizioni di benessere sociale ed ambientale.

In tale contesto si inseriscono gli interventi efficaci di promozione della salute che richiedono obiettivi condivisi ed una progettualità che, pur facendo capo a soggetti diversi (Enti locali ed Aziende UsI) preveda modalità di coordinamento e comunicazione tali da consentire l'effettiva messa in rete delle risorse e delle diverse competenze, istituzionali e professionali.

8.2. L'integrazione con la rete dei servizi socioassistenziali

a) Gli indirizzi nazionali

L'integrazione delle politiche per la salute individuate rappresenta una priorità del Piano sanitario nazionale 1998-2000, come strumento per promuovere la solidarietà, valorizzare gli investimenti di salute nella comunità locale, condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

L'integrazione socio sanitaria deve essere attuata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione istituzionale si propone la collaborazione fra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di salute. Il luogo elettivo della integrazione istituzionale è il Distretto, che viene a configurarsi come ambito territoriale di riferimento, in particolare, per la programmazione zonale degli interventi ad alta integrazione socio sanitaria.

L'integrazione gestionale delle risorse umane e materiali si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento tra attività sanitarie, a rilievo sociale e sociali, tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

L'integrazione professionale infine richiama la necessità dell'adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi domiciliari, a ciclo diurno ed ambulatoriali e residenziali.

b) Le indicazioni regionali

Il ruolo strategico riservato all'integrazione socio sanitaria che deve essere ulteriormente sviluppato e riqualificato dalle politiche regionali, in relazione all'aumento di nuove patologie e forme diverse di non autosufficienza (anziani non autosufficienti, disabili, persone in condizione di grave disagio sociale a seguito di patologie specifiche e dipendenza, etc.) che richiedono una presa in carico e trattamenti assistenziali normalmente prolungati e di diversa intensità assistenziale nel percorso di vita.

L'integrazione sociosanitaria

L'integrazione sociosanitaria assume un ruolo strategico nella programmazione ed organizzazione dei servizi per larghe fasce di popolazione.

L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria implica scelte in ordine ad aspetti istituzionali, alla individuazione di strumenti di programmazione e gestione dei servizi, alla predisposizione di meccanismi di coordinamento e di percorsi formativi per l'integrazione professionale, alla individuazione di procedure qualificate di accesso ai servizi.

Gli aspetti istituzionali

Da alcuni anni, come linea di tendenza, le funzioni relative alle competenze socio sanitarie che generalmente erano esercitate dai comuni associati, attraverso delega di funzioni all'USL, per disposizioni di legge (per le funzioni obbligatoriamente associate) o per scelta organizzativa, sono ora esercitate con strumenti diversi che possono fare riferimento a strutture associative di tipo formale ovvero a soluzioni più elastiche: consorzi fra comuni, consorzi fra comuni ed aziende USL, comunità montane, Istituzioni, accordi di programma ed accordi in genere, gestione diretta da parte di singoli comuni ed ancora, in numerosi casi, con delega all'azienda USL. L'istituto della delega sta tuttavia perdendo gradimento in rapporto ad altre forme associative che garantiscono maggiormente il coinvolgimento degli enti locali.

Nell'individuazione delle scelte organizzative per l'esercizio delle funzioni che attengono alle competenze socio sanitarie, i comuni e le aziende USL devono tenere conto di alcuni vincoli da rispettare. Innanzi tutto per il settore dei servizi socio sanitari, l'ambito territoriale di riferimento per accordi od altre forme di rapporto fra i diversi soggetti deve essere individuato nel distretto, anche in attuazione dell'art. 183 della L.R. 3/99; l'eventuale forma associativa dovrà tenere conto delle disposizioni di cui agli artt. 23 e 183 della citata L.R. 3/99.

La programmazione e pianificazione dei servizi e degli interventi integrati socio sanitari.

L'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria deve immediatamente e necessariamente interessare il momento della programmazione regionale e quello della pianificazione zonale.

A livello della programmazione regionale, il piano sociale (i cui contenuti e le procedure di approvazione saranno previste nella legge regionale di riforma dell'assistenza di prossima approvazione) ed il piano sanitario dovranno individuare previsioni comuni in ordine alla rete di servizi ed interventi sociosanitari da predisporre sul territorio ed ai livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale.

A livello di pianificazione zonale si individua la "zona" di riferimento per la pianificazione dei servizi e degli interventi socio sanitari coincidente con il territorio del distretto sanitario. Tale coincidenza è indispensabile per allocare ed integrare le risorse provenienti dal comparto sanitario e dal comparto sociale e per garantire, in generale, maggior efficienza del sistema.

Il piano sociale di zona prevederà, tra l'altro, la localizzazione dei servizi e degli interventi socio sanitari ed i livelli di integrazione tra risorse sanitarie e sociali.

Il piano sociale di zona che si integrerà con il programma di distretto degli interventi sanitari, dovrà essere approvato con un accordo fra tutti i comuni del distretto, oppure dallo strumento di gestione della associazione di tutti i comuni del distretto eventualmente costituita.

Il distretto inoltre rappresenta l'ambito territoriale di riferimento per l'accesso ai servizi sanitari; di conseguenza appare indispensabile che anche per i servizi socio sanitari venga individuato lo stesso ambito di riferimento.

Sarà necessario individuare un collegamento operativo tra i punti di accesso del distretto ai servizi sanitari ed i punti di accesso già funzionanti ai servizi socio sanitari.

Per quanto riguarda gli anziani ad esempio è necessario collegare operativamente i "Servizi di assistenza anziani" già previsti dalla L.R. n. 5/94 con i punti di accesso degli altri servizi che si andranno a costituire in ambito distrettuale.

Per facilitare il cittadino nell'accesso ai servizi e garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete dei servizi, l'obiettivo è quello di istituire sportelli unificati per l'accesso.

Istituire sportelli unificati non significa ovviamente pensare ad un unico luogo fisico di contatto con i cittadini, ma unificare le procedure, collegare e mettere in rete tutti i punti di accesso del distretto.

Collegata direttamente alla funzione di accesso, particolare importanza assume, per quanto riguarda il settore socio sanitario, la funzione di valutazione del bisogno e di predisposizione del piano personalizzato di assistenza.

In ambito distrettuale ed in collegamento con il Dipartimento delle cure primarie vanno costituiti gli strumenti per la valutazione del bisogno di specifiche aree problematiche. L'unità di valutazione geriatrica territoriale già prevista dalla L.R.5/94 nell'area degli anziani ed incardinata nel "Servizio assistenza anziani", può rappresentare un modello di riferimento anche per gli altri settori socio sanitari.

Occorre precisare comunque che gli strumenti di valutazione del bisogno non dovranno essere orientati ad una classificazione del bisogno di tipo "accademico", ma piuttosto all'individuazione di un programma personalizzato di assistenza che tiene conto della concreta offerta delle opportunità presenti nel territorio. In questo senso va ottimizzata la coerenza tra specificità della domanda e disponibilità dell'offerta assistenziale e di conseguenza, solo in relazione alla concreta possibilità di accesso ai servizi della rete, va individuato il livello di approfondimento della valutazione. Inoltre proprio perché la valutazione è finalizzata ad un concreto accesso ai servizi, vanno individuate procedure semplificate che valorizzino l'apporto del medico di medicina generale e, laddove previsto, dell'operatore sociale responsabile del caso, così come previsto, ad esempio, nella direttiva n. 1379/99 in relazione al settore dell'assistenza agli anziani.

La gestione dei servizi integrati socio sanitari

Stabilito che occorre separare sia in termini concettuali che di scelte operative la funzione di gestione della domanda e di gestione degli accessi (funzione di committenza), dalla attività di gestione (o produzione) dei servizi socio sanitari e che, come prima si è indicato, la funzione di gestione della domanda e dell'accesso deve fare riferimento all'ambito territoriale del distretto, anche attraverso la costituzione di strutture unificate di accesso o precisi collegamenti tra strutture già funzionanti, la gestione dei servizi non deve necessariamente riferimento all'ambito distrettuale.

Diverse potranno essere le forme gestionali dei servizi socio sanitari, così come diverso può essere l'ambito territoriale di riferimento; le scelte saranno fatte in relazione alle esperienze del territorio, alle risorse locali esistenti o che si possono attivare, alle specificità delle diverse aree d'intervento.

Le forme di gestione dei servizi sono quelle previste dalla L. 142/90 e dal D.Lgs n. 229 del 19/6/99: le istituzioni, i consorzi, le aziende speciali e consortili, la gestione diretta, l'acquisizione di servizi presso privati, la concessione ad altri soggetti pubblici e privati, la delega all'Azienda UsI, le società a capitale misto, etc. La scelta in ordine alla forma di gestione dovrà garantire efficienza, economicità, efficacia e perseguire il principio di sussidiarietà e di cooprogettazione con i soggetti del privato sociale.

Nella gestione dei servizi socio sanitari va in ogni caso perseguita una reale integrazione professionale attraverso la

predispensione di percorsi formativi comuni fra operatori di area sanitaria ed operatori di area sociale, la predispensione di strumenti per una valutazione interdisciplinare del bisogno e di strumenti per la valutazione comune di efficacia dell'intervento.

La rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti e per i disabili adulti

Nel corso degli ultimi anni le politiche regionali d'integrazione hanno raggiunto importanti obiettivi soprattutto in relazione allo sviluppo della rete di servizi integrati per l'assistenza agli anziani ed ai disabili adulti. Particolarmente in questi settori, si è sviluppata nel territorio regionale, un'area d'intervento "ad alta integrazione sanitaria", che ha almeno in parte anticipato le indicazioni del Piano sanitario nazionale.

La rete dei servizi per gli anziani non autosufficienti ha fatto registrare uno sviluppo significativo in termini sia quantitativi che qualitativi. I 12.500 posti disponibili in strutture residenziali convenzionate (R.S.A. e case protette) possono assistere il 3,2% della popolazione ultrasettantacinquenne, raggiungendo in numerose realtà territoriali l'indice del 4 posti letto per 100 residenti ultrasettantacinquenni fissato dalla Regione come obiettivo di piano per l'anno 2000. I posti in centro diurno sono circa 1600 e possono accogliere lo 0,5 % della popolazione di età superiore a 75 anni; gli anziani assistiti dall'assistenza domiciliare integrata (con integrazione del fondo sanitario regionale) sono oltre 3.300 e rappresentano lo 0,9% della popolazione di oltre 75 anni; circa 6.900 famiglie godono di un assegno di cura.

Il significativo sviluppo della rete di servizi per anziani non autosufficienti, assieme alla diffusione della funzione ospedaliera di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, pone come prioritario l'obiettivo della rimodulazione e qualificazione complessiva della rete integrata dei servizi domiciliari, di degenza ospedaliera, residenziali e semiresidenziali. Tale rimodulazione punta a rendere più chiara la distinzione fra le caratteristiche dei potenziali utenti che afferiscono alla lungodegenza, da un lato, e alle strutture residenziali extra-ospedaliere, dall'altro, nonché a superare la rigida distinzione tipologica fra Case protette ed R.S.A. La differenziazione delle forme e dei livelli di intensità di assistenza comporta la ridefinizione del sistema di finanziamento degli interventi. Entrambi gli interventi si pongono l'obiettivo di una complessiva riqualificazione di tutto il sistema a rete, che trova nella integrazione tra sociale e sanitario, a tutti i livelli organizzativi, il punto di approdo strategico.

Le normative regionali già approvate hanno indicato una serie di elementi che hanno diversamente sviluppato l'integrazione socio sanitaria nei diversi settori. La L.R. 5/94 sull'assistenza agli anziani non autosufficienti ha consentito lo sviluppo della rete di servizi integrati socio sanitari; ha sperimentato, attraverso gli accordi di programma, procedure di rapporto fra soggetti diversi per una comune programmazione e gestione delle risorse del settore; ha sviluppato modalità comuni e condivise di valutazione del bisogno, attraverso le Unità di valutazione geriatrica di distretto ed i responsabili del caso. La direttiva n. 1637 del 1996 ha definito i criteri per l'attribuzione al Fondo sanitario regionale degli oneri a rilievo sanitario degli interventi sociali a forte valenza sanitaria, favorendo la elaborazione di strategie condivise nella programmazione di servizi ed interventi negli altri settori dell'integrazione.

Per quanto riguarda i disabili, già con il documento regionale "Interventi socio assistenziali nei confronti dei portatori di handicap in età adulta" del 1986 si indicava, relativamente ai servizi a favore dei cittadini disabili, la necessità che essi si sviluppasse nella logica di costruire un percorso "in rete" capace di rispondere ai bisogni riabilitativi, di reinserimento sociale, di assistenza e residenzialità, temporanea o continuativa, con un progetto armonico, unitario e globale.

Significativo è lo sviluppo raggiunto dai servizi per i disabili che si sostanzia, tra l'altro, in una rete di unità di offerta di ospitalità diurna e residenziale per i disabili più gravi che conta n. 194 Centri socioriabilitativi semiresidenziali, n. 34 Centri socioriabilitativi residenziali e n. 32 Gruppi appartamento, con una complessiva disponibilità di circa 2.500 posti. La necessità di rispondere ai bisogni in maniera sempre più personalizzata e diversificata, di potenziare e qualificare i servizi impone di sviluppare un sistema 'a rete' che ha le sue basi fondamentali nell'integrazione tra sociale e sanitario e nella valorizzazione di tutte le competenze e le risorse dei soggetti singoli, delle famiglie, del volontariato e dei gruppi e delle associazioni.

Ciò a partire da tre aree fondamentali di intervento:

- l'area degli interventi riabilitativi,
- l'area degli interventi formativi e di integrazione lavorativa e sociale,
- l'area degli interventi e servizi sociosanitari e assistenziali.

I contesti e le competenze che concorrono alla realizzazione di tali interventi sono, ovviamente, più strettamente reperibili in ambito sanitario per quanto attiene i percorsi di riabilitazione e di mantenimento delle abilità acquisite, mentre coinvolgono ambiti sia sociali che sanitari i percorsi verso l'integrazione sociale e lavorativa e le risposte di residenzialità.

La diversa gradazione ed intensità delle forme di intervento e di coinvolgimento richiamano la definizione di più puntuali e dettagliate indicazioni strategiche ed organizzative. Sono tuttavia già delineabili comportamenti ineludibili che attengono:

- alla necessità, a livello istituzionale, che i soggetti coinvolti individuino momenti e sedi decisionali comuni, valorizzando le varie modalità associative indicate dalla legge 142 del 1990, quali accordi di programma, convenzioni, etc.;
- alla opportunità che a livello di programmazione si individui nell'ambito territoriale distrettuale l'ambito privilegiato a garantire integrazione degli interventi e delle risorse.

In tale logica vanno collocati i temi dell'accesso e della presa in carico affinché il cittadino disabile possa trovare un punto di riferimento unitario e omogeneo in grado di orientarlo nel percorso di costruzione del proprio progetto di vita e quindi nella ricerca delle risposte ai suoi bisogni.

Un punto di riferimento, quindi, che collocato all'interno del Servizio sociale dell'Azienda USL ovvero all'interno di un apposito strumento organizzativo distrettuale individuato sulla base di accordi tra enti locali e Azienda Usl, sia in grado di coinvolgere tutte le competenze necessarie per la valutazione del bisogno e del contesto socioambientale e che diventi quindi sede di definizione del piano personalizzato di assistenza.

8.4. I Progetti Speciali

Le demenze senili

La popolazione anziana affetta dalle diverse forme di "demenza" è in crescita costante. Questa tendenza è destinata a continuare in considerazione della maggior prevalenza delle demenze nella popolazione ultraottantenne e dell'allungamento della speranza di vita.

Il sistema sociosanitario regionale deve attrezzarsi per rispondere adeguatamente a questa nuova sfida.

Se le stime che indicano tra 500.000 e 700.000 i casi di demenza presenti in Italia sono realistiche, è valutabile in circa 40/50.000 nella Regione Emilia Romagna il numero di anziani colpiti da sindromi demenziali, nei diversi stadi della malattia.

La rete dei servizi integrati sociosanitari già accoglie parte questa popolazione, ma il maggior peso assistenziale è tuttora sulle famiglie.

Data la complessità del problema, i rilevanti risvolti di carattere relazionale, affettivo, sociale e giuridico (oltreché sanitario), ogni progetto di intervento in questa area deve caratterizzarsi per un approccio "globale" e con percorsi di forte integrazione sociosanitaria.

Se anche la ricerca medica e scientifica non ha ancora sviluppato gli strumenti terapeutici per la soluzione del problema, è comunque possibile assicurare un'assistenza qualificata per migliorare la qualità della vita a queste persone e alle loro famiglie.

Gli obiettivi prioritari del piano sanitario regionale sono i seguenti:

- sviluppare e diffondere la consapevolezza della possibilità di affrontare i problemi con gli strumenti multidisciplinari e specialistici oggi disponibili;
 - garantire una tempestiva e corretta diagnosi della malattia, condizione indispensabile per la predisposizione e l'attuazione di adeguati percorsi assistenziali;
 - migliorare la qualità della vita dei soggetti colpiti da sindromi demenziali e dei loro familiari;
 - sostenere, anche attraverso attività informative e di formazione, le famiglie e le reti di aiuto informali;
 - adeguare e qualificare la rete dei servizi per garantire idonea assistenza ai soggetti colpiti da sindromi demenziali ed alle loro famiglie;
 - produrre e diffondere linee guida, protocolli che favoriscano una reale attività interprofessionale.
- Per raggiungere questi obiettivi è già in corso un progetto regionale che mira a realizzare:
- la elaborazione di linee guida diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali per l'assistenza alle persone con demenza e alle loro famiglie;
 - il coinvolgimento dei medici di medicina generale, nella segnalazione del sospetto diagnostico e nella gestione dei problemi clinici delle persone con sindromi demenziali;
 - la definizione di un corretto percorso diagnostico ed assistenziale che valorizzi le risorse professionali operanti nel distretto all'interno del modello assistenziale previsto dalla Legge regionale 5/94 per gli anziani non autosufficienti, in rapporto con le unità di geriatria e neurologia dei presidi ospedalieri attivi nel territorio di riferimento;
 - la elaborazione di proposte formative e di aggiornamento sia degli operatori che dei familiari;
 - la definizione di criteri guida per l'adeguamento degli ambienti di vita (domestici e nei servizi residenziali e semiresidenziali) per i soggetti dementi;
 - la proposta di un percorso di qualificazione dei servizi della rete integrata sociosanitaria (assistenza domiciliare integrata, centri diurni, case protette e RSA), valutando l'opportunità e le condizioni per proporre nuclei speciali, con un bacino di riferimento adeguato, per i soggetti caratterizzati da gravi disturbi comportamentali e cognitivi.

Le opzioni di fondo per l'assistenza a persone con demenza, riguardano la qualificazione e "specializzazione" dell'intera rete prevista dalla LR 5/94 ed esclude la creazione di servizi specifici. L'eventuale predisposizione di nuclei speciali per persone con demenza all'interno di alcune strutture residenziali deve rappresentare l'individuazione di un momento specialistico, finalizzato ad obiettivi particolari quali l'assistenza temporanea di persone con gravi disturbi comportamentali, all'interno di una rete che deve essere messa in grado di assistere, in ogni suo punto, alle loro esigenze assistenziali. Perseguire l'obiettivo della finalizzazione e della qualità dell'assistenza in tutti i punti della rete comporta la necessità di riqualificare le strutture per quanto riguarda alcuni requisiti strutturali, formare e rimotivare il personale, elaborare specifici protocolli terapeutici ed assistenziali, etc.

Grande attenzione deve essere posta infine alle forme di sostegno alle famiglie, attraverso la predisposizione di materiali e strumenti di aiuto tecnico, attività di consulenza anche sostenendo l'associazionismo, favorire la nascita di gruppi di auto aiuto, etc.

Famiglie, infanzia ed età evolutiva

Le famiglie costituiscono interlocutori privilegiati ed il riferimento nella comunità locale necessario alla realizzazione delle azioni di promozione della salute.

In questo spirito, l'intervento sociale si innesta e contemporaneamente fa da cornice all'attività dei servizi educativi, sia intrecciandosi con il sistema dell'istruzione, sia costruendo e realizzando piani di intervento integrati con i servizi sanitari.

Il principio dell'integrazione implica convergenza sugli obiettivi, definizione congiunta dei processi, individuazione degli attori nelle azioni e delle rispettive responsabilità, e si realizza attraverso l'interdisciplinarietà delle competenze professionali.

Le aree di intervento prioritario sono:

- Il sostegno alle famiglie. Nella promozione della salute, l'attività integrata tra servizi sociali (Centri per le famiglie) e sanitari (Consultori familiari) può definire la collocazione privilegiata d'iniziativa di informazione e sensibilizzazione all'interno dei Centri per le famiglie. In tal modo si vuole contribuire alla costruzione, anche nella percezione dei destinatari, di un quadro di natura coerente ed unitaria nel quale confluiscono apporti diversificati, ma coordinati. La possibilità di realizzare livelli informativi integrati che offrano la mappa delle opportunità, delle risorse e dei servizi per le famiglie con bambini, ha un ruolo importante nel migliorare il rapporto cittadini/ istituzioni nei diversi settori che riguardano la vita quotidiana delle famiglie.

- Aiuto e consulenza per la prevenzione del disagio psichico nella famiglia. Occorre individuare percorsi integrati e interventi mirati che permettano un collegamento coerente e strutturato fra area sociale e sanitaria per la prevenzione e la tutela del benessere della coppia nella fase critica di trasformazione verso la genitorialità; per supportare le situazioni di conflittualità di coppia, con particolare attenzione alla funzione genitoriale, alle coppie nella seconda metà della vita e ai componenti della coppia nei diversi momenti della separazione.

- Aiuto e sostegno alle donne che hanno subito violenza. In questo ambito, l'impegno è quello di promuovere una riflessione approfondita sulle esperienze in corso, che senza la pretesa di prefigurare modelli, consenta tuttavia di comprendere tutte le implicazioni connesse alle diverse forme di aiuto, avendo attenzione alla specificità dei singoli interventi da attuare.

- Il sostegno ai bambini disabili. L'area degli interventi a favore dei bambini disabili e delle loro famiglie è per definizione area di lavoro comune per servizi sociali e sanitari, nella quale il sistema della rete dei servizi necessariamente si allarga alla rete delle relazioni sociali, formali ed informali. In carenza di un coinvolgimento attivo delle istituzioni scolastiche, di un supporto competente alle risorse della famiglia e della rete parentale, di un contributo costruttivo dei servizi per l'attivazione di sinergie con il privato sociale, i processi riabilitativi perdono gran parte della loro efficacia.

- La prevenzione e recupero del disagio e della devianza minorili. La realizzazione di percorsi attenti e responsabili in ambito socioeducativo, che miri alla valorizzazione delle risorse e delle potenzialità delle famiglie, della scuola, delle occasioni culturali, ricreative e sportive del territorio, rappresenta lo strumento privilegiato di intervento, per favorire e sostenere uno sviluppo equilibrato nell'infanzia e nell'adolescenza. Contemporaneamente, si pone l'esigenza di una integrazione forte tra intervento sociale e sanitario, quando, alle azioni orientate alla generalità della popolazione, si accompagna la necessità di una presa in carico specifica, la quale può essere efficace solo se frutto di una progettazione e di una realizzazione condivise.

In questo ambito si collocano in particolare alcune priorità importanti sulle quali la Regione è fortemente impegnata:

- il progetto interistituzionale "Gli strumenti di tutela dei diritti dei minori", che affronta il tema del maltrattamento e dell'abuso, con l'obiettivo esplicito di costruire percorsi e modelli di interazione tra servizi e tra istituzioni, che garantiscano unitarietà nell'approccio e nella metodologia di intervento;

- l'istituzione e la qualificazione di flussi informativi integrati, capaci di rappresentare il quadro complessivo delle prestazioni sociali e sanitarie, offrendo la possibilità di una conoscenza più ampia e approfondita sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.

La salute dei cittadini stranieri immigrati

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 individua la popolazione migrante tra i soggetti deboli cui indirizzare prioritariamente gli interventi di tutela della salute.

Le nuove norme sull'immigrazione (legge 6 marzo 1998, n.40; DPCM 24/10/1998 n.249, D.Lgs. 25/7/1998 n. 286) hanno sancito "la piena parità di trattamento e la piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale ed alla sua validità temporale".

Restano tuttavia esclusi da una specifica tutela sanitaria gli immigrati irregolari, che presentano peraltro i maggiori rischi sanitari.

La necessità di prevedere un Progetto speciale per la tutela della salute degli stranieri immigrati deriva dalla considerazione che il territorio della Regione Emilia-Romagna è stato oggetto negli ultimi anni di un consistente afflusso di soggetti provenienti da paesi esterni all'Unione Europea (circa 100.000 stranieri di cui circa 90.000 extracomunitari secondo i dati Caritas 1997).

Gli immigrati non regolari sono i cittadini stranieri più a rischio, a causa del combinarsi di irregolarità giuridica e di disagio sociale.

Oltre agli interventi urgenti e d'emergenza, in aggiunta a quanto previsto dalla L.40/98 (tutela gravidanza, maternità e minori, vaccinazioni, profilassi internazionale, malattie infettive), è necessario sviluppare programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Si tratta quindi di facilitare l'accesso ai servizi del SSN, definendo percorsi specifici per gli immigrati non regolari, anche assicurando l'assistenza sanitaria di base in sinergia con le istituzioni locali e le associazioni di volontariato. L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine stranieri immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici (in primo luogo delle Aziende sanitarie), del privato sociale e del volontariato, che nel settore ha una presenza determinante ed una funzione non surrogabile.

A questo scopo vanno promosse iniziative destinate ai cittadini stranieri e finalizzate a diffondere informazioni e conoscenze tali da facilitare l'iscrizione al SSN e da consentire un tempestivo utilizzo dei servizi sanitari di tipo preventivo e curativo.

Occorre estendere lo sviluppo di iniziative e servizi (sulla base delle esperienze in parte già esistenti sul territorio regionale) rivolti alle cittadine straniere immigrate, per l'informazione, l'assistenza e la cura, con particolare riferimento alla gravidanza ed alla maternità responsabile, realizzando "spazi" consultoriali per donne e bambini.

A questo scopo è necessario attivare, a livello locale, tutti gli attori coinvolti nella gestione dell'assistenza agli stranieri immigrati: Enti locali, forze sociali, associazioni di volontariato che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione, per avviare progetti comuni di intervento volti a favorire l'uscita dall'emarginazione e a tutelare la salute come diritto dell'individuo ed interesse della collettività.

Vanno inoltre promossi interventi diretti ad eliminare la persistenza di pratiche e mutilazioni sessuali lesive della condizione e della integrità fisica delle donne immigrate.

Per il rispetto delle culture d'origine e per favorire l'integrazione si dovrà favorire la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari, prevedendo interventi di mediazione socioculturale finalizzati all'eliminazione di barriere sociolinguistiche che limitano l'accesso ai servizi ed il concreto esercizio del diritto alla salute.

Per le persone dedite alla prostituzione, occorre sviluppare azioni di prevenzione e di riduzione del danno già previste dal Progetto regionale avviato nel 1996, per prevenire o contenere i danni alla salute di operatrici/operatori del sesso e di clienti, contrastando la diffusione dell'infezione da HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili, in forte incremento negli ultimi anni.

Ciò può avvenire sia tramite attività informative di sensibilizzazione (svolte soprattutto da Unità di Strada) sia garantendo una maggiore accessibilità dei servizi sociosanitari (consultori, poliambulatori).

Per quanto riguarda i cittadini stranieri immigrati con dipendenze patologiche, occorre creare le condizioni che permettano l'accesso al sistema dei servizi anche da parte dei soggetti stranieri, consentendone l'inserimento in programmi terapeutici e di recupero di lunga durata, superando eventuali problemi di ordine amministrativo e finanziario.

Le dipendenze patologiche

Nel settore delle dipendenze patologiche è da tempo avvertita la necessità di definire le modalità di integrazione delle competenze, delle risorse e degli interventi. A tale scopo è in fase di adozione da parte della Giunta regionale un Protocollo d'intesa con la Confederazione delle Autonomie Locali dell'Emilia-Romagna (CALER), il cui contenuto diventerà riferimento essenziale del Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Il Protocollo, valorizzando le funzioni assegnate ai Comuni dal DPR 309/90 e dal D.Lgs. 112/98, definisce puntualmente gli obiettivi, il ruolo di ciascun soggetto istituzionale coinvolto nel settore, le sedi di programmazione degli interventi, gli impegni finanziari in capo a ciascun soggetto, le azioni e le modalità di integrazione gestionale e professionale.

Il Protocollo individua nella Conferenza Sanitaria territoriale la sede per la definizione degli indirizzi e dei programmi che impegnino congiuntamente i Comuni e le Aziende Usl all'assunzione dei compiti previsti e nel Comitato di Distretto la sede in cui tali indirizzi vengono specificati relativamente alle risorse da impegnare ed alle forme di collaborazione fra SERT e Servizi sociali comunali.

In protocollo ha l'obiettivo di costruire un sistema che, chiarendo le differenze fra competenze istituzionali e gestione degli interventi, consenta di individuare modalità di rapporto fra Aziende Usl ed Enti locali che garantiscano unitarietà di programmazione e di indirizzi e integrazione operativa prevedendo il coinvolgimento anche del sistema degli Enti ausiliari e delle Associazioni di volontariato.

Le competenze degli Enti locali evidenziano due tipologie di interventi: una riconducibile in senso stretto alle funzioni socioassistenziali finalizzate ad assicurare le essenziali condizioni di vita ed al recupero delle competenze scolastiche, lavorative e di integrazione sociale e quindi rivolte in modo diretto alle persone tossicodipendenti (servizi alla persona), l'altra riconducibile invece ai compiti propri degli Enti locali in materia di prevenzione primaria.

Questa differenziazione è necessaria in quanto le due tipologie richiedono diverse strategie di programmazione e gestione degli interventi.

I servizi alla persona fortemente connessi ai progetti personalizzati di cura e riabilitazione dovranno essere ricondotti al SERT quale punto unico di erogazione.

Enti locali ed Aziende Usl dovranno annualmente concordare l'entità delle risorse da assegnare ai SERT per gli interventi

di natura economica e le procedure di accesso per i servizi indicati nel Protocollo.

Rientrano tra i servizi alla persona anche gli interventi rivolti a persone tossicodipendenti nell'ambito di progetti individuali orientati alla "riduzione del danno".

Tra gli interventi previsti nel Protocollo (sanitari e sociali) assumono particolare valenza per il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 le azioni integrate.

Si intendono per azioni integrate quelle rivolte a persone, a gruppi e organizzazioni, che, per essere efficaci, richiedono il concorso di competenze proprie del Servizio sanitario e di competenze proprie delle funzioni socioassistenziali degli Enti locali.

Tali azioni dovranno fare riferimento a programmi e indirizzi concordati tra Azienda Usl ed Enti locali ed a percorsi operativi coerenti con la modalità di gestione dei Servizi sociali assunta dai Comuni (forma singola, associata secondo quanto previsto dalla L. 142/90 e sue modificazioni o delegata alla Azienda Usl).

Sono azioni integrate:

1. prevenzione primaria nella scuola, nei quartieri, nei gruppi formali ed informali ecc.;
2. integrazione sociale anche in collaborazione con il volontariato e l'associazionismo (attività ricreative, culturali, del tempo libero ecc.);
3. interventi di riduzione del danno;
4. interventi in carcere;
5. inserimento scolastico e lavorativo (recupero dispersione scolastica, formazione professionale ed inserimento lavorativo);
6. inserimenti in strutture socioassistenziali semiresidenziali e residenziali;
7. assistenza sociale e tutela giuridica (domanda di invalidità, pratiche relative alla casa ecc.);
8. sussidi economici ad integrazione del reddito individuale o familiare;
9. assistenza domiciliare con finalità di aiuto alla famiglia e di aiuto domestico.

Le Medicine non Convenzionali

La visione globale di promozione della salute e di continuo miglioramento della qualità impongono la consapevolezza che la sola attenzione alla appropriatezza delle cure prestate e dell'uso delle strutture sanitarie, in modo efficace ed efficiente, non è sufficiente a garantire la positiva e soddisfatta percezione da parte degli utilizzatori. Del resto, non tutte le pratiche cliniche finora adottate dalla medicina "convenzionale" possono definirsi di provata efficacia e grande sarà l'impegno di tutti per ampliare il ventaglio delle conoscenze nei diversi campi della sanità in tema di medicina basata sull'evidenza.

L'attuale logica di programmazione richiede inoltre di tenere conto delle esigenze espresse dalla popolazione assistita, anche quando queste non siano ritenute di provato valore scientifico, classicamente inteso. Né si può ignorare che un numero crescente di cittadini ricorre spesso a pratiche e terapie non convenzionali per problemi attinenti al proprio stato di salute e che sul mercato è rilevante la quota di prodotti utilizzati a questo scopo. Non sono estranee a questa diffusione le diverse iniziative editoriali e dei mass media, sulla cui veridicità dell'informazione sono scarse le garanzie di correttezza ed appropriatezza.

Anche nella nostra Regione alcuni medici e veterinari, sensibili alla necessità di ridurre il ricorso ai farmaci tradizionali e di rivalutare i metodi di trattamento più naturali e rispettosi della qualità di vita, hanno già inserito nella loro pratica clinica e nelle loro prescrizioni alcune attività di tipo "non convenzionale" (omeopatia, agopuntura, etc.) ed alcune Aziende sanitarie hanno già avviato progetti sperimentali per mettere a confronto ed integrare alcune di queste pratiche con i tradizionali metodi della medicina occidentale.

La risoluzione del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 ha invitato gli stati membri ad affrontare i problemi connessi all'utilizzo di medicine non convenzionali (MnC), al fine di garantire un'ampia libertà di scelta contestualmente ad un buon livello di informazione e sicurezza.

Si ritiene opportuno acquisire dati certi sulle diverse tipologie di "medicine alternative", affinché sia possibile fornire la più corretta ed appropriata informazione sia ai potenziali utilizzatori sia al personale sanitario coinvolto (medici di medicina generale, pediatri, riabilitatori, etc.). Sarà quindi avviato un "tavolo di lavoro", con il mandato prioritario di approfondire i temi dell'utilizzo delle medicine non convenzionali, valutare gli aspetti di efficacia, anche derivati dal confronto con la medicina tradizionale, nella consapevolezza che anche le medicine "complementari" possono essere studiate secondo i canoni scientifici, senza preconcetti, in modo obiettivo e determinato. Nell'ambito dell'Area Logistica Regionale, il Ce.V.E.A.S. (Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria) si attiverà, coinvolgendo gli esperti dei diversi settori delle MnC, per definire i confini di ciò che è sicuramente accertato e ciò che appartiene alle opinioni o alle intuizioni non verificate.

Al "tavolo di lavoro" è demandato di:

- analizzare la domanda di MnC nella Regione, attraverso la definizione di idonei strumenti di rilevazione delle principali realtà operanti in Emilia-Romagna;
- valutare le proposte di studi e ricerche nel settore delle MnC, tenendo anche conto di quanto previsto al punto 4 della risoluzione 29.5.97 del Parlamento Europeo, nel rispetto delle regole comunitarie sulla sperimentazione sull'uomo;
- individuare eventuali strategie di possibile integrazione delle MnC alla Medicina tradizionale, anche in campo veterinario;
- promuovere iniziative per la definizione di "codici" che regolamentino le diverse pratiche di MnC, anche attraverso la collaborazione con i soggetti istituzionalmente competenti (Ordine dei Medici, dei Veterinari, etc.), a tutela della

professionalità e della trasparenza nei confronti dell'utenza.

9. IL PROGRAMMA DI MODERNIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

9.1. Le politiche per la qualità

1. Le esigenze di modernizzazione

La Regione Emilia-Romagna gode di un buon sistema di assistenza sanitaria, che presenta numerose e diffuse punte di eccellenza. Esiste tuttavia una elevata variabilità fra i diversi ambiti territoriali e fra i diversi servizi rispetto alla tempestività di accesso, alla efficienza operativa, e ai risultati ottenuti, sia in termini della qualità tecnico-professionale che del gradimento dei pazienti.

Obiettivo generale del PSR 1999-2001 è di trasferire quanto è stato realizzato in molti punti di eccellenza a tutto il sistema sanitario regionale. Questo obiettivo nasce da due ovvie considerazioni: non avrebbe senso ricercare l'omogeneità che deve comunque essere garantita ai cittadini della regione riducendo i servizi di cui già godono molti di loro; è legittimo e doveroso ritenere che, se molti risultati positivi sono stati ottenuti in numerosi luoghi, essi possano essere realizzati anche altrove.

Strategie efficaci per diffondere e generalizzare le condizioni e gli interventi che hanno condotto ad ottenere risultati invidiabili richiedono anche di investire nuove risorse finanziarie per l'innovazione di processo e di prodotto.

L'elemento essenziale e prioritario è però elaborare un progetto di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari della regione. Il SSR non ha ancora sviluppato, ed ha una forte necessità di:

- attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica e efficacia rispetto ai costi dei servizi e dei programmi offerti;

- valutazione delle aspettative e delle preferenze della popolazione rispetto ai servizi sanitari e del loro gradimento da parte degli utilizzatori;

- tecnologie informative moderne, che integrino quanto si è finora spontaneamente sviluppato per isole di automazione costruite attorno a singole procedure, senza un disegno strategico che ne garantisca coerenza e integrazione.

Modernizzare non significa abbandonare i principi fondamentali del SSR ma piuttosto rinvigorirli, imparando anche dalle migliori pratiche professionali adottate in altri settori dei servizi pubblici e privati. Anche un sistema sanitario evoluto come quello della Regione Emilia-Romagna è tuttora ai margini di alcune innovazioni organizzative e tecnologiche che sono ormai diventate patrimonio comune di altri settori, compresa la pubblica amministrazione.

Condizione necessaria per perseguire l'obiettivo di modernizzare il SSR è di porre esplicitamente la qualità del servizio reso, nelle sue diverse accezioni, alla base del mandato strategico di tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e definire gli strumenti operativi perché questo mandato possa essere tradotto in pratica.

2. Le politiche per la qualità dei servizi sanitari

Il concetto di qualità del servizio applicato alla sanità ha assunto tanti significati da essere praticamente privo di valore, a meno che non vengano chiaramente specificate le componenti che si intendono privilegiare. Le dimensioni essenziali della qualità del servizio che il PSR 1999-2001 individua prioritariamente come mandato delle Aziende sanitarie riguardano la necessità clinica ed assistenziale dei servizi, la appropriatezza e la tempestività degli interventi e la rispondenza dei servizi alle aspettative e alle preferenze dei loro destinatari. Queste dimensioni della qualità individuano prioritariamente come luogo del cambiamento le competenze professionali e relazionali degli operatori, gli assetti organizzativi dei servizi e la comunicazione del SSR con i pazienti e con i cittadini.

Le esigenze della qualità tecnico-professionale del servizio impongono che gli interventi e le singole prestazioni rese dal SSR siano efficaci quanto a risultati finali e sicuri da effetti indesiderati; appropriati rispetto a necessità cliniche e assistenziali del paziente e al livello organizzativo di erogazione; tempestivi rispetto alla storia naturale della malattia e alle possibilità di intervento.

Il contesto organizzativo e strutturale entro cui prestazioni ed interventi sono prodotti e distribuiti agli utilizzatori può rappresentare un fattore limitante o, viceversa, un forte sostegno per favorire queste caratteristiche. Per questo, il regolamento applicativo della Legge sull'Accreditamento delle strutture sanitarie e socioassistenziali recentemente approvata rappresenterà un elemento essenziale del sistema regionale della qualità.

L'elemento essenziale resta tuttavia l'autonomia e la responsabilità professionale di tutti gli operatori, a tutti i livelli del SSR.

I pazienti hanno il diritto di aspettarsi che coloro che si prendono cura di loro siano adeguati al compito che gli è stato affidato, mentre l'amministrazione ha il dovere di dimostrare e garantire che essi lo siano effettivamente. Il programma regionale per la revisione sistematica e continuativa dell'attività svolta, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate, condotto a livello dipartimentale da tutti gli operatori coinvolti, rappresenta l'occasione di espressione della autonomia professionale e di responsabilizzazione verso i pazienti, i cittadini e l'amministrazione.

Un servizio tempestivo e sensibile alle esigenze dei suoi utilizzatori richiede una adeguata informazione ed una buona conoscenza delle aspettative e delle preferenze della popolazione.

Saper ascoltare i pazienti e la popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza e ai servizi sanitari, e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute proposto dal PSN. Questo richiede lo sviluppo di forme evolute e intrinsecamente bidirezionali di comunicazione con la popolazione destinataria ed, eventualmente, utilizzatrice degli interventi sanitari. Gli strumenti di comunicazione devono assumere come principio che l'ordine di priorità ed il grado di pertinenza e di

rilevanza dei diversi attributi dei servizi sanitari presentano diversità sostanziali fra cittadini, pazienti ed utilizzatori dei servizi e, in ogni caso, non sono necessariamente coincidenti con quelli della istituzione sanitaria e/o dei singoli esperti con cui il cittadino o il paziente entra in contatto.

Lo sviluppo di un "sistema comunicazione" ispirato a questi principi rappresenta la priorità del PSR 1999-2001 per realizzare l'obiettivo di creare un sistema sanitario sensibile non solo alle necessità, ma anche alle aspettative e alle preferenze dei cittadini della Regione Emilia-Romagna.

3. L'assistenza farmaceutica e la realizzazione di una appropriata politica del farmaco.

L'esigenza di formalizzare indirizzi per meglio definire l'area dell'assistenza farmaceutica ed il percorso per realizzare una appropriata politica del farmaco deriva dalla perdita di efficacia delle disposizioni contenute nel DPR 128 del 27 marzo 1986 e dalla osservazione che l'attuale assistenza farmaceutica presenta diversi punti di debolezza e criticità. Anche sul territorio regionale esiste un disomogeneo sviluppo dei programmi di assistenza farmaceutica, la necessità di percorsi diagnostico-terapeutici concordati e formalizzati, con particolare attenzione al rapporto costo/beneficio nelle scelte e, infine, la possibilità di dedicare strutture all'informazione scientifica "indipendente".

La riorganizzazione dell'assistenza farmaceutica nelle Aziende sanitarie deve avvenire in conformità a due aspetti fondamentali:

1. le indicazioni e gli obiettivi esplicitati dai Piani sanitari (Nazionale e Regionale), in ordine ai principi dell'efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari, con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica intesa nel senso più ampio del termine (somministrazione di farmaci, allestimento di preparati per nutrizione artificiale, fornitura di dispositivi medici, etc...), dell'efficienza produttiva, al fine di scegliere modalità organizzative che consentano di garantire un uso ottimale delle risorse;
2. l'esistenza di un forte mandato normativo in ordine alle attività legate al governo, alla verifica ed al controllo del servizio e dell'assistenza farmaceutica.

Il perseguimento dell'appropriatezza nell'uso del farmaco si realizza con la pianificazione di attività che permettano di raggiungere i seguenti obiettivi:

- promuovere l'uso di farmaci e dispositivi medici utili affinché essi si trasformino in un bene per la salute pubblica, sulla base delle evidenze scientifiche;
- qualificarne e razionalizzarne l'utilizzo, assicurando la migliore assistenza al cittadino, tenendo conto delle risorse economiche disponibili, orientando gli operatori sanitari alla migliore scelta, tenendo conto del rapporto costo/beneficio, a parità di efficacia e sicurezza, mediante l'adozione di linee guida per le patologie prevalenti, la predisposizione di protocolli operativi, il monitoraggio quali quantitativo dei consumi e della spesa, dei progetti di qualificazione dell'assistenza e nel rispetto dei livelli programmati;
- formare con aggiornamento permanente gli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità/capacità professionali e attitudini, sviluppare la Farmacia Clinica quale servizio orientato al paziente, da realizzarsi in collaborazione con altre professionalità, in un contesto multidisciplinare che realizzi un lavoro in rete e la sinergia delle esperienze;
- definire criteri per garantire la sicurezza del farmaco nelle varie fasi del processo terapeutico nel rispetto di criteri di sicurezza, continuità ed uniformità, promuovere la compliance dell'assistito nei confronti della terapia farmacologica in ambito ospedaliero ed a domicilio, valutare l'accessibilità al farmaco ed al dispositivo medico, individuando adeguati ed appropriati percorsi per la gestione di approvvigionamenti, scorte, dispensazione nelle strutture sia ospedaliere che territoriali;
- garantire la realizzazione e il controllo dei processi volti alla attuazione di una buona politica del farmaco attraverso il miglioramento continuo della Qualità delle prestazioni da parte delle professionalità coinvolte.

L'aumento del numero delle persone anziane e delle polipatologie in questa fascia di età, della prevalenza di determinate patologie, soprattutto quelle cardiovascolari e neoplastiche, a fronte della rimodulazione della rete ospedaliera, richiedono la più ampia integrazione professionale in seno all'équipe assistenziale, per la quale il farmacista rappresenta un importante riferimento in merito a: consulenza, sorveglianza e valutazione complessiva dell'uso del farmaco e dei rimanenti materiali sanitari.

L'assistenza farmaceutica si esplicita nei processi di cura propri dell'Ospedale e del Distretto, in modo da garantire appropriati percorsi di cura alle condizioni di malattia a diverso livello di intensità, sia che siano realizzati in ambito di degenza ordinaria, lungodegenza, assistenza protetta, domiciliare, ambulatoriale, anche in funzione dell'evolversi delle tipologie di intervento sanitario offerto. Pertanto, il raggiungimento degli obiettivi esplicitati richiede la necessità di integrazione dei due ambiti assistenziali farmaceutici, ospedaliero e territoriale. Accanto alle competenze già consolidate emergono infatti ulteriori funzioni correlate a nuove modalità assistenziali (continuità assistenziale ospedale/territorio, assistenza sanitaria territoriale, domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale) e al governo della spesa per l'assistenza farmaceutica nell'ambito della gestione del rapporto con e fra i prescrittori (medici di medicina generale e specialisti ospedalieri e non).

L'assistenza farmaceutica, mirata al raggiungimento di una omogenea politica del farmaco in ambito aziendale, si esplicita con funzioni trasversali ospedaliere e territoriali e si articola in livelli operativi per funzioni specifiche. L'area farmaceutica di coordinamento garantisce la sintesi e l'omogenizzazione delle attività, i percorsi per realizzarle, evitando frammentazioni e disfunzioni delle stesse a fronte di medesimi obiettivi da raggiungere.

L'area per l'assistenza farmaceutica interviene nei processi volti al conseguimento dell'appropriatezza ed economicità

dell'intervento farmaco terapeutico, partecipando alla definizione dei fabbisogni e alla migliore allocazione delle risorse, mediante lo sviluppo del sistema di relazioni con il personale sanitario del presidio ospedaliero e del territorio (anche medici di medicina generale e infermieri per le cure domiciliari), con gli uffici amministrativi.

La possibilità di lavorare assieme ai medici ospedalieri, specialisti e territoriali e con i farmacisti convenzionati, consente di definire in modo esplicito le procedure ottimali da attuare per i problemi clinici e gestionali.

I settori di intervento attribuiti all'area farmaceutica, in funzione delle esigenze e della domanda di servizi, sono mirati alla gestione del paziente nel suo complesso ed alla realizzazione della continuità dell'assistenza ospedale/territorio.

Per la promozione dell'uso appropriato dei farmaci con approccio mirato a problemi clinici si individuano i seguenti ambiti di intervento:

- corretto e consapevole utilizzo dei medicinali, tramite monitoraggio, valutazione degli interventi e informazione sui farmaci, anche con analisi di farmacoepidemiologia per il confronto (permanente) delle prescrizioni ospedaliere e territoriali, con il contributo dei M.M.G. e delle farmacie territoriali;
- assistenza al cittadino a domicilio mediante corretta informazione alla scopo di migliorare la compliance alla cura;
- specializzazione nella preparazione di prodotti per la nutrizione artificiale e per la terapia galenica oncologica in aree controllate per aumentare la sicurezza del prodotto, dell'ambiente e dell'operatore (ridurre il rischio operativo);
- integrazione per le attività di competenza a supporto del medico per la compilazione della ricetta per gli aspetti normativi, informazione al paziente sulle corrette modalità di assunzione del farmaco;
- realizzazione dell'integrazione con il territorio, valutando e adottando appropriati percorsi di assistenza farmaceutica;
- adozione di iniziative atte a garantire la corretta gestione dei farmaci e del parafarmaco nelle strutture protette, residenziali/ semiresidenziali.

4. L'accreditamento e gli accordi contrattuali

Il processo di accreditamento delle strutture sanitarie è lo strumento istituzionale con cui la Regione definisce le caratteristiche qualitative dei servizi offerti dal SSR, nell'ambito delle sue scelte programmatiche. Mentre l'autorizzazione regola i requisiti minimi per l'esercizio di attività sanitarie, l'accreditamento definisce le condizioni di qualità e di uniformità dei servizi garantiti a livello regionale, come vincolo e supporto delle scelte programmatiche della Regione e delle esigenze gestionali delle Aziende.

L'organizzazione della struttura dell'offerta secondo reti integrate di servizi prevista dal PSR rende particolarmente evidente la tradizionale contrapposizione fra accreditamento di ciascuna delle singole e complessive strutture assistenziali ed accreditamento delle diverse unità operative funzionali che entrano nel processo di produzione e di erogazione di un determinato servizio.

L'approccio "per struttura" (ad esempio, un intero ospedale o una RSA) ha il vantaggio della semplicità e della evidente identificazione delle responsabilità di intervento. L'accreditamento "per programmi" è coerente alla scelta programmatica generale orientata alla creazione di reti integrate di servizi, funzionale alla valutazione dei risultati raggiunti e omogenea al punto di vista dei clinici e degli utilizzatori.

Il PSR 1999-2001 enfatizza la complementarietà fra i due approcci, anziché la loro contrapposizione. Il sistema regionale di accreditamento istituzionale dovrà essere basato sulle caratteristiche delle strutture assistenziali, così come previsto dalla Legge regionale sull'accreditamento. Tuttavia, esso dovrà essere integrato da un sistema di verifica che questa capacità potenziale di fornire una assistenza di buona qualità sia effettivamente integrata negli specifici programmi di assistenza. Questa verifica dovrà comportare anche la valutazione dei risultati effettivamente raggiunti e si integra quindi naturalmente con il sistema degli accordi contrattuali fra Aziende territoriali ed erogatori pubblici e privati.

Il processo di accreditamento provvede alla selezione dei possibili erogatori di servizi per conto del SSR sulla base di requisiti uniformi e comuni a tutti gli operatori pubblici e privati, offrendo garanzie di omogeneità del contesto strutturale e organizzativo di produzione della assistenza. Gli accordi contrattuali stabiliti fra le Aziende sanitarie territoriali e gli erogatori pubblici e privati accreditati, interni ed esterni alla Azienda, formalizzati nell'ambito dei Piani annuali di attività delle Aziende sanitarie, indicano volumi e tipologie di attività, specificando la qualità del prodotto rispetto a tempi di attesa, condizioni di appropriatezza e necessità clinica, risultati finali attesi.

Accreditamento e accordi contrattuali rappresentano quindi le condizioni di partenza, i criteri di riferimento e la misura del successo per la valutazione della qualità tecnico-professionale condotta dagli operatori attraverso verifiche continuative e sistematiche sulla attività svolta, sui risultati ottenuti e sulle risorse utilizzate.

5. Le Linee Guida

Il PSN pone fra gli obiettivi prioritari delle strategie del cambiamento organizzativo la elaborazione di strumenti per perseguire l'obiettivo del governo della domanda di salute e di servizi sanitari e della garanzia di efficacia del loro prodotto, oltreché della efficienza produttiva.

A questo obiettivo risponde il Programma nazionale per la produzione di Linee Guida cliniche e organizzative, a partire da 10 temi prioritari selezionati per frequenza, gravità e rilevanza clinica della condizione, costi diretti e indiretti, variabilità di accesso ai servizi, fattibilità entro il primo anno di validità del Piano. Il PSN riserva invece alle Regioni la responsabilità di promuovere la adozione delle Linee Guida, organizzare la loro utilizzazione locale, anche attraverso le necessarie modifiche organizzative dei servizi, e valutarne il relativo impatto clinico ed organizzativo.

Il PSR 1999-2001 recepisce, allargandolo ed espandendolo, l'invito implicito nelle indicazioni del PSN di fondare le

strategie del cambiamento organizzativo sulla promozione della qualità tecnico-scientifica, attraverso un programma di revisione sistematica e continuativa della attività svolta, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate, cui dovranno partecipare tutti gli operatori del SSR, secondo le rispettive competenze e responsabilità. La utilizzazione di Linee Guida e di percorsi diagnostico-terapeutici, a partire dalle condizioni più frequenti e rilevanti ed il cui trattamento presenta la maggiore variabilità rappresenta il principale strumento a supporto di questo programma regionale. Le Linee Guida sono lo strumento con il maggior grado di formalizzazione fra quelli disponibili, applicabile quindi per i problemi clinici e assistenziali per cui esistono solide prove di efficacia (o di non efficacia) dei diversi interventi e forme di assistenza.

La strategia della Regione Emilia-Romagna prevede quindi, accanto e a sostegno del programma delle Linee Guida:

a) diffondere le evidenze scientifiche comunque disponibili, anche se non ancora formalizzabili in Linee Guida e in percorsi diagnostico-terapeutici, a supporto della elaborazione locale di pratiche "ottimali" di comportamento organizzativo e clinico;

b) sviluppare ulteriormente il sistema di benchmarking dei servizi assistenziali e di quelli amministrativi per la valutazione comparativa dei risultati e dei relativi processi organizzativi e assistenziali, al fine di individuare le pratiche migliori presenti nei diversi servizi e nelle varie Aziende ed analizzare le condizioni della loro trasferibilità;

L'impegno prioritario indicato dal PSR privilegia l'organizzazione della diffusione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, del supporto alla loro adozione sistematica e continuativa da parte dei servizi aziendali e della valutazione del loro impatto economico, organizzativo ed assistenziale, rispetto alla elaborazione di nuove Linee Guida, che porterebbe a prodotti certamente ripetitivi e di qualità difficilmente superiore alle numerosissime Linee Guida già disponibili.

Obiettivo del PSR è favorire l'adozione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, che rappresentano la loro traduzione operativa anche in termini organizzativi, a partire da quelli già disponibili a livello internazionale, e delle Linee Guida elaborate dall'Agenzia Sanitaria Regionale o prodotte a livello aziendale, in conformità ai criteri indicati dal Piano Nazionale.

L'esperienza internazionale dimostra che la adozione delle Linee Guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici può essere un processo lungo e complesso, non privo di resistenze. Per garantire l'efficacia del programma è quindi opportuno:

a) concentrare le scarse risorse disponibili per favorire la adozione di un numero ridotto di Linee Guida relative alle condizioni e agli interventi identificati come prioritari dal SSR, in ragione di frequenza e gravità della condizione o del problema; di impatto sui costi, diretti ed indiretti, della assistenza; evidenze di variabilità nelle condizioni di accesso ai servizi e/o nei profili di trattamento.

b) fra le numerose Linee Guida spesso disponibili per lo stesso problema clinico, selezionare quelle che soddisfano almeno i seguenti criteri:

- interdisciplinarietà nello sviluppo e nella definizione dei profili di cura ottimali individuati;

- esplicitazione delle fonti utilizzate e della metodologia adottata per il loro sviluppo;

- esplicitazione delle aree prioritarie di intervento clinico e dei benefici attesi;

c) entro ciascuna Linea Guida, concentrare l'attenzione su un numero limitato di obiettivi specifici, chiaramente definiti ed augurabilmente misurabili, che rappresentano le priorità assistenziali critiche rispetto alle quali si vuole raggiungere l'omogeneità dei comportamenti professionali e/o degli assetti organizzativi;

d) utilizzare inizialmente le Linee Guida in modo retrospettivo, per elaborare i criteri di valutazione della attività svolta e dei risultati ottenuti richiesta obbligatoriamente a tutti gli operatori, prestando specifica attenzione alla valutazione dei fattori locali favorevoli o di ostacolo alla adozione delle loro raccomandazioni.

Il lungo dibattito che ha opposto le Linee di Guida elaborate internamente a quelle importate dall'esterno ha evidenziato chiaramente che esistono vantaggi e svantaggi in entrambe le soluzioni. Le Linee Guida internamente prodotte hanno maggiori probabilità di essere adottate e seguite dai clinici che hanno contribuito alla loro elaborazione, ma corrono anche il rischio di incorporare pratiche professionali idiosincratice. Le Linee Guida "esterne" danno maggiori garanzie sulla conformità delle indicazioni rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma incontrano spesso resistenze alla adozione nella pratica professionale locale. La scelta di utilizzare inizialmente in modo retrospettivo le Linee Guida permette la valutazione della loro applicabilità e il loro eventuale adattamento rispetto alle esigenze ed alle caratteristiche locali e dovrebbe favorire il successivo uso proattivo, come strumento di guida alla operatività clinica e assistenziale;

e) sviluppare un programma di formazione dei responsabili della adozione delle Linee Guida, a livello della Direzione aziendale e di dipartimento.

6. La strategia organizzativa

L'identificazione della qualità del servizio come mandato specifico delle Aziende sanitarie pone la responsabilità generale della adozione delle Linee Guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici entro la Direzione strategica dell'Azienda, individuando nel Direttore Sanitario il responsabile operativo. Al Direttore Sanitario compete in particolare la supervisione delle attività svolte a livello dipartimentale ed il coordinamento delle valutazioni di programmi interdipartimentali, in collaborazione con il responsabile di presidio.

La recente istituzione dei dipartimenti e la attribuzione ai direttori di dipartimento di una responsabilità specifica sulla

programmazione della attività e sulla garanzia della qualità tecnico-professionale dei servizi resi ha realizzato l'ambiente organizzativo più idoneo per la promozione della qualità tecnica dell'assistenza. Il dipartimento garantisce la presenza di tutte le competenze che si riconoscono in un determinato ambito tecnico-professionale che fornisce linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e standard di prodotto che danno valore alla qualità tecnico-professionale degli interventi e delle prestazioni erogati. La istituzione del Dipartimento per le Cure Primarie ha anche la funzione di affrontare la difficoltà di diffondere le condizioni organizzative per la promozione della qualità nei servizi territoriali e nella medicina generale, esercitando il governo clinico al proprio interno e raccordandola con quella aziendale.

Al direttore di dipartimento, in quanto responsabile della produzione, compete quindi anche la responsabilità della adozione delle Linee Guida e della loro traduzione nei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, curando in particolare la loro compatibilità con gli assetti organizzativi e le risorse disponibili localmente. Questa attività si integra quindi, completandola con le funzioni relative alla elaborazione dei piani di attività, alla negoziazione delle risorse necessarie e alla organizzazione di quelle disponibili.

Il mantenimento ed il miglioramento continuo degli standard di prodotto e di processo forniti dalle Linee Guida devono essere garantiti da una attività sistematica e continuativa di valutazione critica della attività svolta, dei risultati ottenuti e delle risorse utilizzate, a cui partecipano obbligatoriamente tutti gli operatori del Dipartimento, secondo le aree di specifico interesse e responsabilità.

Tempestività dell'intervento e continuità dell'assistenza sono invece primariamente attribuiti dei programmi di intervento, che integrano l'attività svolta da più servizi, eventualmente a livelli diversi. Queste dimensioni della qualità sono essenzialmente quindi multiprofessionali, con un orientamento alla popolazione destinataria, anziché basati sul singolo servizio produttore. Le responsabilità rispetto a queste dimensioni della qualità si collocano quindi a livello prevalentemente interdipartimentale ed eventualmente territoriale.

7. Le relazioni con gli utilizzatori dei servizi e i cittadini

L'accesso ai servizi e la utilizzazione sono condizionati in buona parte dalle conoscenze che i cittadini hanno sulle loro caratteristiche e sul loro funzionamento. I malati ricordano i loro rapporti con i servizi sanitari non solo per il trattamento che hanno ricevuto, ma per l'esperienza umana che hanno vissuto.

Un operatore indisponibile, o semplicemente incapace di spiegare in termini semplici e comprensibili il trattamento programmato, le sue presumibili conseguenze e le sue possibili alternative, nega al malato e ai suoi familiari la possibilità di esprimere liberamente e in modo consapevole eventuali preferenze per le diverse forme di assistenza possibili e ne riduce in molti casi le probabilità di successo. La diffusione di forme di assistenza alternative alla degenza pone sempre più spesso il paziente di fronte ad offerte che mettono in crisi le tradizionali aspettative nei confronti dei servizi e richiedono che il malato e la famiglia assumano parte del carico assistenziale usualmente soddisfatto dai servizi.

Un servizio tempestivo e sensibile alle esigenze dei suoi utilizzatori richiede una adeguata informazione ed una buona conoscenza delle aspettative e delle preferenze della popolazione. La corretta gestione delle liste di attesa è un obiettivo di interesse comune, per il cittadino che si aspetta di ottenere risposta nei tempi più brevi, e per il servizio che vede appesantita la propria attività da prenotazioni mancate.

Il miglioramento di molti processi assistenziali e di molte situazioni di rischio è legato al diretto coinvolgimento dei malati e dei cittadini, sia nella individuazione dei punti critici che nella gestione delle soluzioni. In molti casi il solo intervento dei servizi non è adeguato e richiede l'integrazione con forme di supporto agli individui e alle loro famiglie a cui altri soggetti (gruppi di self-help, associazioni di malati o di familiari, etc.) possono utilmente concorrere.

L'adozione di comportamenti più sani e sicuri da parte dei singoli cittadini è influenzata dai messaggi delle organizzazioni sanitarie e dalle relazioni con gli operatori. In alcuni contesti, come la scuola o i luoghi di lavoro o le stesse strutture sanitarie, un'azione di educazione e di promozione della salute può avere particolare rilevanza. Le scelte su questioni che hanno effetti sulla salute, legate all'offerta di servizi sanitari o alla gestione di rischi ambientali, trovano nella comunicazione tra le parti interessate la soluzione più efficace, oltre che quella più rispettosa dei diritti individuali e degli interessi delle collettività. In tale contesto il servizio sanitario ha un duplice ruolo di avvocato della salute e di garante che tutti i soggetti interessati siano consapevoli dei termini del problema e che vi siano le condizioni per un effettivo scambio informativo.

Questi esempi di quotidiana attualità configurano una organizzazione sanitaria in cui gli aspetti comunicativi sono presenti in modo capillare e rivestono un'importanza critica.

La comunicazione per la salute è, quindi, un'attività strategica delle Aziende sanitarie per influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sulle preferenze e sul gradimento dei servizi utilizzati.

La comunità sociale deve partecipare direttamente, nelle forme associative spontanee e attraverso le sue rappresentanze istituzionali, alle decisioni sulla salute, con la consapevolezza della necessità di cambiamenti del concetto di salute, del comportamento e degli atteggiamenti nei confronti dei servizi. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso oculato di risorse sempre più limitate rendono la partecipazione dei cittadini e l'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

Sviluppare il coinvolgimento dei malati e della popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza e ai servizi sanitari, e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute proposto dal PSN. La valorizzazione di tutte le strutture e la individuazione del sistema comunicazione fra i compiti delle Aziende sanitarie configurano il programma operativo elaborato dal PSR che, per realizzare queste indicazioni, assume due obiettivi prioritari:

a) sviluppare all'interno delle Aziende sanitarie un "sistema comunicazione" a cui, in una logica integrata, concorrano gli esperti delle diverse tecniche di comunicazione e le strutture dedicate (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Servizio di Educazione alla Salute, Ufficio Stampa, Sportello Unico, Sportello della Prevenzione, etc.), quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna. Per essere efficace tale "sistema comunicazione" dovrà:

- essere direttamente collegato al sistema delle responsabilità cliniche e organizzative e avere titolo per partecipare alle fasi di decisione strategica;

- promuovere la qualità della comunicazione in tutte le azioni e i progetti mirati al conseguimento di obiettivi di salute;
- saper affrontare i problemi della comunicazione del rischio e delle campagne e dei progetti di informazione ed educazione alla salute;

- sviluppare forme più evolute e intrinsecamente bidirezionali per la consultazione della popolazione destinataria ed, eventualmente, utilizzatrice degli interventi sanitari.

Tutti gli operatori sanitari svolgono una funzione comunicativa, che è parte del ruolo professionale e deve essere rafforzata, utilizzata e valorizzata.

In ogni struttura sanitaria cui accedono i cittadini si verifica una situazione di domanda informativa: nelle sale di attesa, negli ambulatori, nelle stanze di degenza, al CUP. Le persone che ogni giorno frequentano questi ambienti si attendono una piena informazione e risposte adeguate ai loro quesiti, anche in base alle quali giudicheranno il servizio ricevuto.

Per raggiungere questi risultati, l'Azienda sanitaria deve essere sviluppata come un sistema integrato attraverso una rete di relazioni interne tra i vari componenti, che indirizza i malati e i cittadini e non chiede loro di trasformarsi in agenti di collegamento o in esploratori.

Dovranno essere avviate iniziative di formazione ed approfondimento sul tema della rete di relazioni interpersonali e con gli utilizzatori dei servizi sanitari. Tali iniziative dovranno coinvolgere tutte le diverse professionalità (medici, infermieri, tecnici, amministrativi) in particolare quelle che operano a diretto contatto con i cittadini, affinché sia da tutti recepita la consapevolezza che non può essere realizzata una buona comunicazione con il cittadino se non è contestualmente perseguito il miglioramento della rete di relazioni interne alla struttura aziendale.

La valorizzazione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in sinergia con lo sportello Unico, costituisce un impegno a migliorare la rete informativa interna e dovrà ritenersi una garanzia dell'impegno aziendale a facilitare l'accessibilità alle informazioni e la partecipazione del singolo cittadino. Per questo tutte le aziende adotteranno un regolamento di pubblica tutela e formalizzeranno un corretto sistema per la gestione dei reclami. La tutela e la partecipazione dei cittadini, attraverso le associazioni ed organizzazioni di tutela e volontariato in campo sanitario, è assicurata anche dalla presenza di Comitati Consultivi Misti, ormai esistenti in tutte le aziende sanitarie, e dal Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dal lato dell'Utente, istituito presso l'Assessorato alla Sanità. A questi organismi, nella stessa logica integrata al "sistema comunicazione", è riconosciuta particolare competenza sui temi della qualità dal lato della domanda e sarà garantita la massima trasparenza e comunicazione da parte delle istituzioni di riferimento.

b) Organizzare una funzione di riferimento a livello regionale che svolga compiti di coordinamento e di supporto per l'elaborazione di strategie comunicative, la preparazione e la realizzazione di progetti informativi, di educazione alla salute e di comunicazione del rischio, la progettazione di indagini sulle preferenze, sulle aspettative, sugli atteggiamenti dei cittadini e per rispondere a problemi complessi che richiedono supporti tecnici specialistici non facilmente reperibili a livello locale. A questo scopo il ruolo di supporto a livello regionale per il coordinamento tecnico delle attività di comunicazione per la salute che integrerà i servizi e le competenze tecniche disponibili presso le diverse Aziende sarà svolto dal Centro di documentazione per la salute (CDS) costituito presso le Aziende Usl della Città di Bologna e di Ravenna.

9.2. Lo sviluppo della infrastruttura regionale

1. Le esigenze

Il Piano Sanitario Nazionale prevede l'avvio di una forte politica per la informazione e la ricerca finalizzata e l'avvio di un Programma Nazionale per la Qualità, che comprende la elaborazione di Linee Guida cliniche ed organizzative.

Questo obiettivo nazionale riconosce implicitamente che le strategie e i programmi di intervento elaborati a livello regionale e locale, così come le scelte assistenziali effettuate dai clinici e dagli operatori sanitari devono essere guidate dalle migliori evidenze scientifiche di efficacia e di appropriatezza, per poter essere inserite in un articolato ed esplicito sistema di autonomia e di responsabilità.

Il programma di modernizzazione del SSR richiede lo sviluppo di una forte area logistica regionale, fatta di conoscenze, competenze e risorse tecnologiche e informative, in grado di offrire i servizi e le competenze per soddisfare le nuove e complesse funzioni attribuite alle Aziende sanitarie, a supporto delle attività e garanzia della coerenza e della coesione nella attuazione delle strategie aziendali.

Obiettivo prioritario comune a tutti gli interventi per rafforzare l'infrastruttura del SSR è rappresentato dalla diffusione

delle informazioni sulla qualità e sui costi degli interventi sanitari prodotta dalla ricerca scientifica, dalla traduzione di queste informazioni nella pratica clinica e dalla verifica continua e sistematica, a livello di servizio e aziendale del loro impatto sulla qualità e sui costi del sistema. Presupposto di questo obiettivo é la crescita di una politica regionale per lo sviluppo delle risorse umane del sistema sanitario regionale.

2. Le risorse umane

Il SSR si trova ad un punto di svolta, politico ed organizzativo. La diffusione dei principi dell'autonomia e della responsabilizzazione a tutti i livelli del sistema conseguenti al processo di aziendalizzazione; la differenziazione dell'offerta e della complessità organizzativa dei servizi per rispondere alle esigenze di utilizzo appropriato da parte degli operatori e dei cittadini e per adeguarsi alla divaricazione di una domanda sempre più esigente ed informata; la necessità tuttora insoddisfatta di trovare forme adeguate di partecipazione dei cittadini e degli operatori alle scelte sulle garanzie offerte dal SSR rappresentano le grandi sfide che stanno di fronte al sistema regionale.

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 sviluppa indirizzi e strumenti orientati secondo quattro principali direttive:

- la tempestiva e agevole accessibilità alle diverse forme di assistenza, secondo le preferenze e le esigenze dei cittadini;
- l'elevata qualità tecnico-professionale dei servizi resi, non semplicemente la quantità delle prestazioni prodotte;
- le relazioni con i pazienti, gli utilizzatori dei servizi ed i cittadini;
- l'integrazione delle prestazioni in servizi appropriati e tempestivi.

Lo strumento scelto é di sviluppare l'integrazione a tutti i livelli, abbattendo le barriere amministrative fra ed entro i servizi, attraverso la riorganizzazione dei processi assistenziali e lo sviluppo di team multiprofessionali.

I nuovi assetti organizzativi e le relazioni funzionali del SSR mettono in tensione le competenze tecniche e, soprattutto relazionali, di tutti gli operatori, a tutti i livelli, nelle relazioni fra di loro e con gli utilizzatori e i destinatari dei servizi. La realizzazione di questi obiettivi é intrinsecamente legata alla adesione e alla qualità dell'impegno degli operatori, a tutti i livelli di responsabilità. L'autonomia e la responsabilità dei singoli professionisti è talmente rilevante nel processo assistenziale a qualunque livello dell'organizzazione sanitaria da rappresentare il punto critico di qualsiasi sistema ed il principale determinante dei risultati del cambiamento.

L'esercizio della autonomia professionale degli operatori del SSR a tutti i livelli di responsabilità, medica ed infermieristica, rappresenta un diritto dei lavoratori ma anche la principale condizione tecnica di operatività delle innovazioni proposte dal PSR nella organizzazione dei servizi e nei loro rapporti con i cittadini.

Il superamento di strutture rigide e di barriere tra i servizi, la ricerca di dimensioni organizzative a carattere dipartimentale e reticolare, la promozione delle collaborazioni multidisciplinari, l'attenzione per la complessità delle attività di prevenzione e di assistenza, sono passaggi difficili, ma obbligati per costruire Aziende sanitarie che sappiano orientare efficacemente le proprie risorse umane.

Obiettivi specifici del programma di sviluppo delle risorse umane sono:

- valorizzare l'autonomia professionale e promuovere le responsabilità, realizzando adeguate forme di partecipazione degli operatori alla elaborazione ed alla valutazione delle scelte strategiche delle Aziende sanitarie;
- riallineare il sistema degli incentivi e delle responsabilità anche in conseguenza della ridefinizione dei processi assistenziali;
- avviare un programma di formazione per il personale a tutti i livelli di responsabilità, per favorire l'acquisizione delle nuove competenze tecnico-professionali e l'elaborazione delle nuove capacità relazionali richieste dal programma di modernizzazione del sistema;
- creare ambienti e condizioni di lavoro sicuri e confortevoli, anche attraverso la flessibilità necessaria per garantire la eguaglianza nelle opportunità del personale femminile.

In questa direzione vanno utilizzati i margini di flessibilità e di innovazione presenti nei contratti di lavoro. La possibilità di differenziare l'assunzione di effettive responsabilità gestionali dall'esercizio di competenze tecnico-professionali e il principio della verifica periodica dei risultati raggiunti sono opportunità da cogliere con attenzione e non pericoli da evitare. Attenzione particolare deve essere dedicata all'uso efficace dell'ormai relativamente ampio e flessibile sistema delle incentivazioni economiche, che deve essere reso più trasparente, coerente fra i diversi livelli di responsabilità e decentrato nella determinazione condivisa degli obiettivi.

Il processo di accreditamento é destinato ad interessare profondamente tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, non solo sul piano strutturale e organizzativo. Nella sua applicazione, saranno adeguatamente valorizzati anche gli elementi della qualità tecnica e relazionale degli operatori che connotano un servizio e i metodi e gli strumenti per garantirli.

L'aggiornamento e la formazione continua degli operatori sanitari assume in tale contesto un ruolo sempre più decisivo per adeguare le conoscenze e le capacità tecniche alla evoluzione dell'assistenza, per adeguare le capacità al livello di responsabilità professionale raggiunta e per mantenere convergenti gli interessi dei singoli con quelli della organizzazione. La corretta definizione degli obiettivi, la scelta appropriata delle tecniche di insegnamento e di valutazione per utilizzare le esperienze degli operatori anche in funzione didattica, in modo da legare l'apprendimento al ruolo professionale e alla innovazione, sono condizioni altrettanto rilevanti, anche se meno considerate, della dimensione degli investimenti finanziari. La nuova organizzazione per reti integrate di assistenza comporta conoscenze e competenze, ma offre anche nuove possibilità di apprendimento, in quanto presuppone e facilita la condivisione di risorse e di esperienze professionali.

Lo sviluppo professionale passa, tuttavia, anche attraverso l'impegno personale di studio e di ricerca che deve essere

adeguatamente riconosciuto e facilitato. Il progresso delle tecniche di accesso alla documentazione non ha facilitato necessariamente un processo generalizzato di aggiornamento professionale. E' opportuno, quindi, che si creino le circostanze per una efficace diffusione delle conoscenze attraverso la valorizzazione dei patrimoni di documentazione esistenti, il potenziamento delle possibilità di accesso, la preparazione di figure professionali capaci anche di guidare gli altri operatori nella organizzazione e nella utilizzazione delle opportunità di informazione.

Il servizio sanitario richiede e offre possibilità di sviluppo alla ricerca scientifica con vantaggi rilevanti per la qualità dei servizi e per la credibilità dell'organizzazione. La ricerca, infatti, è un'occasione di approfondimento che spinge verso posizioni di eccellenza anche nelle attività primarie e impone livelli di confronto esterno pertinenti e impegnativi, che non andrebbe quindi riservata soltanto a poche situazioni esemplari.

L'opportunità di un Piano sanitario nazionale che affronta problemi di salute e di politiche per la salute dovrebbe essere anche l'occasione per la costruzione di nuove forme di confronto tra gli operatori e gli amministratori. In particolare su scala locale dovrebbero essere promosse modalità periodiche e sistematiche di coinvolgimento, soprattutto dei medici, nella analisi delle necessità assistenziali e nella definizione delle priorità.

3. Il sistema universitario ed il SSR

I cambiamenti sociali ed istituzionali che hanno interessato sia l'Università sia il Servizio Sanitario hanno reso ancor più evidente la necessità di stabilire un nuovo e specifico patto, basato sulla gestione efficiente delle strutture pubbliche ed orientato all'esercizio efficace ed unitario delle tre funzioni della assistenza, della didattica e della ricerca. Se nel settore della assistenza le Aziende ospedaliere-universitarie rappresentano una sede di sviluppo e di innovazione, la didattica e la ricerca sono egualmente importanti per il SSR, in quanto rappresentano fattori fondamentali del processo di qualificazione e di modernizzazione.

Il protocollo d'intesa fra Regione Emilia-Romagna ed Università, sottoscritto nel marzo 1998, sviluppa questa opportunità e rappresenta la ripresa di una rinnovata e operativa collaborazione tra le due autonomie che hanno assunto il comune impegno "a promuovere e sostenere lo sviluppo armonico delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca biomedica e medico-clinica". A tale collaborazione va altresì ricondotto il comune concertato sforzo di definire sempre meglio un quadro epidemiologico di riferimento, su base regionale, che sia premessa oggettiva alle elaborazioni programmatiche destinate a prevedere interventi assistenziali coerenti con tale quadro.

Gli accordi attuativi locali dovranno stabilire le articolazioni operative e le soluzioni organizzative di questi impegni comuni, nel rispetto delle peculiarità aziendali e dei principi generali condivisi. Occorre tuttavia esplicitare gli specifici obiettivi da perseguire a livello regionale, gli strumenti e le risorse previsti, i ruoli e le responsabilità assegnati ai vari attori interessati, rispetto a due elementi prioritari:

a) Il buon funzionamento dei servizi dipende principalmente dalla qualità degli addetti, siano essi operatori a contatto con gli utenti o dei servizi di supporto. La loro preparazione e la loro integrazione nei processi di cura dipende primariamente dalla formazione di base ricevuta a livello universitario, che non è limitata al pur preminente ruolo della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Alla necessità di strutturare le relazioni fra SSR e Università tenendo conto dei diversi profili professionali richiesti dal Servizio Sanitario Regionale, deve rispondere una programmazione regionale dei fabbisogni diretta ad evitare carenze nel medio periodo, con particolare riferimento a tutti i professionisti il cui accesso è subordinato al possesso di diploma universitario; laurea; specializzazione post-laurea e/o corsi specifici. Per quanto riguarda specificamente i medici e le Facoltà di Medicina e Chirurgia, tre fenomeni sono destinati a condizionare i prossimi anni:

- il calo degli accessi, a fronte del permanere della numerosità del corpo docente universitario;
- l'esigenza di sviluppare in modo più sistematico e finalizzato la formazione post-laurea;
- la necessità di valorizzare e riallocare risorse professionali in relazioni alle mutate esigenze degli utenti e di procedere all'accreditamento periodico dei professionisti.

In questa prospettiva è indispensabile favorire una programmazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia che assicuri la razionalizzazione delle risorse in funzione del mutato contesto operativo. Particolare priorità riveste la organizzazione delle Scuole di specializzazione, per le quali è necessario dare attuazione alle disposizioni normative relative a valutazione del fabbisogno, identificazione delle strutture accreditate e definizione dei percorsi formativi.

b) I finanziamenti della formazione e della ricerca in ambito sanitario necessitano di un più efficace coordinamento a livello nazionale ed europeo. Il ruolo della Regione può risultare utile a questo proposito se, anche attraverso propri finanziamenti, concorre ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Obiettivi prioritari della ricerca biomedica e sanitaria e della formazione a sostegno del programma di modernizzazione del SSR sono:

- la valutazione dell'efficacia dell'organizzazione dei servizi, la sperimentazione e la diffusione di Linee Guida per la diagnosi, la valutazione e il trattamento delle patologie a maggior impatto sociale, superando la contrapposizione fra procedure basate sull'evidenza e intervento personalizzato;
- lo sviluppo della cultura della valutazione e dell'innovazione nei servizi sanitari, attraverso la formazione degli operatori ed il loro aggiornamento continuo.

4. L'area logistica regionale

Le nuove e complesse funzioni attribuite alle Aziende per quanto riguarda la comunicazione con gli operatori e con il

pubblico; l'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione regionale e della distribuzione dei fattori di rischio ambientali e legati ad abitudini di vita; la istituzione di programmi di valutazione della qualità tecnico-professionale della assistenza richiedono lo sviluppo di una rete di strutture tecnico-operative a supporto del sistema delle Aziende sanitarie della regione.

La funzione di coordinamento e promozione dei rapporti fra le componenti della area logistica regionale è svolta dall'Agenzia Sanitaria Regionale che rappresenta, per competenze tecniche e responsabilità istituzionali, il punto nevralgico dell'azione di supporto allo sviluppo aziendale delle azioni previste dal programma di modernizzazione del SSR.

L'Agenzia Sanitaria Regionale svolge una funzione generale di supporto all'Assessorato Regionale alla Sanità e alle Aziende sanitarie nei settori economico-finanziario, organizzativo e clinico, ha responsabilità operative dirette nel settore dell'accreditamento delle strutture sanitarie a seguito dei nuovi compiti conferiti dalla Legge sull'Accreditamento, e svolge attività di formazione generale e specifica. Il rafforzamento delle competenze e delle responsabilità attribuite alla ASR nell'ambito del programma di sostegno all'attuazione del PSR dovrà essere avviato a partire dalla formulazione del programma di attività per il 1999, che dovrà di conseguenza prevedere una proiezione poliennale degli impegni, nell'ambito del periodo di validità del PSR e nel rispetto delle sue priorità.

Gli indirizzi del PSN, le priorità del PSR e le esigenze di modernizzazione del SSR fanno prevedere un massiccio impegno per la diffusione e la applicazione pratica di processi di revisioni di qualità che utilizzano, retro e prospettivamente, Linee Guida e percorsi diagnostico-terapeutici. Il Centro costituito congiuntamente dalle Aziende territoriale e ospedaliera di Modena, integrato dalla eventuale collaborazione con le Università della regione, ha rapidamente sviluppato competenze ed esperienze che devono essere adeguatamente valorizzate e poste al servizio dell'intero SSR, in quanto rappresentano una risorsa essenziale per lo sviluppo del programma regionale per la qualità tecnico-scientifica dell'assistenza.

Il Centro, in stretto raccordo con l'Assessorato alla Sanità e con l'Agenzia Sanitaria Regionale, con i quali dovranno essere concordati i programmi annuali di attività, dovrà fungere da supporto alle Aziende sanitarie orientando la sua attività a produrre e disseminare gli strumenti operativi per lo sviluppo delle attività di audit clinico presso i servizi delle Aziende sanitarie e fornire le competenze tecniche necessarie agli operatori responsabili a livello aziendale della organizzazione e della conduzione di tali attività.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, nell'ambito della sua attività di accreditamento delle strutture, avrà il compito di verificare che le attività di audit siano svolte effettivamente, appropriatamente secondo i requisiti tecnici adeguati, ed efficacemente, che cioè siano in grado di rilevare i problemi e che ai problemi rilevati seguano provvedimenti conseguenti ed appropriati.

Analogamente, è necessario creare le adeguate sinergie fra le Aziende sanitarie, la Agenzia Sanitaria Regionale e il Centro di Documentazione per la Salute, costituito presso le Aziende Usl della Città di Bologna e Ravenna, che ha maturato competenze ed esperienze nei settori prioritari della comunicazione e della epidemiologia, principalmente nel settore della sanità pubblica ed in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione della regione.

Il valore strategico per le Aziende sanitarie di queste due funzioni nell'ambito degli obiettivi del PSR suggerisce un rafforzamento ed un allargamento di questa attività, per avviare un sistema di collaborazione operativa con le Direzioni strategiche aziendali e con la Regione per:

- descrivere la situazione epidemiologica regionale per quanto riguarda i parametri di salute più rilevanti, effettuando le opportune analisi comparative con la situazione nazionale e fra i diversi ambiti territoriali della regione, anche per la produzione della relazione sullo stato di salute della regione;
- identificare scenari epidemiologici possibili in relazione alle diverse azioni previste e identificare e misurare gli indicatori necessari per monitorare gli effetti delle azioni intraprese;
- collaborare alla organizzazione del "sistema comunicazione" aziendale e fornire il supporto tecnico alla organizzazione dei programmi regionali di comunicazione del rischio legato alla salute e ai servizi sanitari.

5. La politica dell'informazione

Un sistema sanitario moderno è necessariamente un sistema sanitario complesso, in quanto deve differenziare la sua offerta in ragione delle differenze nelle necessità, nelle preferenze e nelle aspettative dei cittadini, che esprimono una domanda non solo crescente, ma anche (e soprattutto) più sofisticata.

Questa complessità può tradursi in una barriera all'utilizzo appropriato e tempestivo dei servizi ed in un rischio alla qualità dell'assistenza, attraverso la caduta della continuità della assistenza, nel tempo e fra servizi, a meno che non sia sostenuta da una tecnologia informativa avanzata.

Il forte sforzo di modernizzazione del Sistema sanitario regionale deve accompagnare l'innovazione dei servizi con l'innovazione informativa a tutti i livelli: a) all'interno dei servizi, come strumento gestionale e di supporto all'assistenza del paziente; b) fra i servizi e con i diversi livelli di governo del sistema regionale, ma soprattutto c) nei rapporti con i cittadini e gli utilizzatori dei servizi sanitari.

Anche se numerose esperienze sono attualmente disponibili in diversi luoghi della regione, manca una politica dell'informazione del Sistema sanitario regionale, in cui queste esperienze siano valorizzate e i loro risultati messi al servizio dell'intero sistema regionale.

La politica della informazione deve sfruttare il potenziale delle tecnologie informatiche a sostegno e stimolo per

modernizzare le modalità di accesso, produzione e distribuzione della assistenza sanitaria e porsi quindi al servizio degli operatori sanitari così come dei cittadini e dei pazienti ed essere utile per la programmazione e la gestione dei servizi.

Gli operatori sanitari necessitano di:

- informazioni accurate, tempestive e complete sulla storia clinica e assistenziale dei pazienti;
- accesso rapido e conveniente ai risultati della ricerca scientifica, incluse le Linee guida sulle pratiche assistenziali, come supporto alla formazione permanente e alla attività di revisione sistematica e permanente delle attività svolte, dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate.

I pazienti ed i cittadini devono poter contare su:

- facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari, non solo attraverso sistemi convenienti di prenotazione delle prestazioni, ma anche eliminando la necessità di spostamenti superflui;
- informazioni sulla disponibilità di servizi (orari di apertura, attività svolte, etc.) e, soprattutto, informazioni necessarie per assumere decisioni informate riguardo alla scelta della forma di trattamento e del luogo di cura.

I programmi di intervento prioritario della strategia informativa riguardano:

- collegamento in rete per la trasmissione dei dati di attività dei servizi dalle Aziende alla Regione;
- riorganizzazione e informatizzazione della attività ambulatoriale, che prevede la messa in rete delle disponibilità dei diversi punti di erogazione delle prestazioni, pubblici e privati, in modo da rendere più efficiente la gestione delle liste di attesa ed allargare il ventaglio delle opzioni offerte al cittadino, oltreché migliorare la efficienza operativa dei servizi e produrre informazioni su volumi di attività e costi;
- gestione delle liste di attesa dei ricoveri ospedalieri, a partire da quelli per interventi chirurgici elettivi (per cataratta, protesi d'anca e di ginocchio, etc.), compresa l'introduzione di sistemi di gestione dell'utilizzo delle sale operatorie;
- sviluppo e integrazione dei sistemi informativi dei MMG, fra di loro e con i servizi distrettuali ed i centri di prenotazione;
- sperimentazione di iniziative di coinvolgimento degli utenti dei servizi e dei cittadini in programmi di diffusione ed utilizzo di informazioni rilevanti ed utili per favorire la partecipazione informata alle scelte assistenziali, a livello individuale e collettivo.

9.3. Il fondo per la modernizzazione

1. Gli obiettivi

Obiettivo del fondo di modernizzazione è di promuovere l'innovazione organizzativa e produrre il cambiamento del SSR incentivando le Aziende sanitarie a sviluppare soluzioni idonee a realizzare gli obiettivi del PSR e ad aiutare le altre a seguirle sulla stessa via.

L'obiettivo principale non è di esplorare aree innovative di intervento del SSR, che configurano piuttosto funzioni proprie dei progetti di ricerca e sviluppo, ma di stimolare le Aziende sanitarie a sviluppare esperienze sui modi, le forme e le soluzioni organizzative ottimali per raggiungere gli obiettivi indicati dal PSR e a mettere le esperienze, le capacità e le competenze acquisite in questo processo a servizio di tutte le Aziende della regione, secondo tre fasi distinte:

- a) stimolare le Aziende a sviluppare soluzioni efficaci per raggiungere gli obiettivi di innovazione identificati dal PSR;
- b) realizzare esempi, maturare esperienze e sviluppare competenze da cui imparare;
- c) favorire la cooperazione fra le Aziende, guidate dall'esempio e dalle esperienze acquisite.

2. Le caratteristiche

Il processo di modernizzazione del SSR per gli obiettivi indicati dal PSR può essere efficacemente garantito creando un sistema di competizione fra le Aziende relativamente al finanziamento di progetti di innovazione organizzativa su base aziendale o interaziendale, eventualmente in collaborazione con enti pubblici o privati. Particolare attenzione sarà posta al coinvolgimento del sistema universitario regionale, che rappresenta nella sua interezza un'importante risorsa per l'innovazione del SSN, non limitata alle sue Facoltà di Medicina e Chirurgia e neppure alle altre Facoltà che fanno comunque riferimento al settore sanitario.

Inoltre, per favorire il trasferimento dei risultati ottenuti all'interno del sistema sanitario regionale, il finanziamento comporta l'impegno per l'Azienda a fungere da centro di sperimentazione regionale e da supporto operativo a tutte le altre Aziende della regione. In questo modo, la competizione realizzata per stimolare l'innovazione non dovrà andare a detrimento della collaborazione necessaria per garantire la coesione e l'omogeneità del sistema delle Aziende regionali.

I criteri di attribuzione del fondo devono garantire la realizzazione della competitività nella selezione dei progetti, rispondendo quindi ad obiettivi di trasparenza e di responsabilizzazione nella utilizzazione del fondo mentre la richiesta di cofinanziamento ha l'obiettivo di attribuire un rischio finanziario alla Azienda proponente, a garanzia della serietà degli intenti e della esistenza delle condizioni di fattibilità del progetto proposto.

Il Fondo di modernizzazione è:

- vincolato a progetti orientati alla modernizzazione del sistema e inclusi fra le priorità indicate dal PSR;
- utilizzabile per qualsiasi parte del progetto (struttura, tecnologie, formazione del personale, ecc.), ad eccezione della spesa corrente, in modo da garantire la sostenibilità a regime della innovazione introdotta;
- legato al raggiungimento di risultati, non limitato alla presentazione del progetto (per quanto una quota non possa essere erogata alla prestazione del progetto esecutivo);

- subordinato ad un adeguato cofinanziamento dal bilancio aziendale, per dimostrare la serietà dell'impegno e la effettiva volontà di perseguire gli obiettivi del programma e per stimolare/garantire una seria valutazione della sua fattibilità, anche in ragione delle competenze disponibili, costituirà titolo preferenziale il cofinanziamento da parte di altre istituzioni pubbliche o private;
- orientato sia alla realizzazione del progetto nella/e Azienda/e proponenti sia allo svolgimento delle attività a supporto delle altre Aziende per il trasferimento dei risultati ottenuti al SSR.

9.4. I programmi per la qualità: aree di intervento prioritario

Il PSR individua una serie di programmi per la qualità della assistenza che rappresentano l'applicazione concreta e specifica di esercizio aziendale delle priorità indicate a livello regionale, e dovranno essere integrate da quelle emergenti a livello locale. La tavola riporta schematicamente le aree di priorità delle dimensioni della qualità tecnica cui si riferiscono principalmente i programmi selezionati, considerati di seguito in maggior dettaglio e per ambito disciplinare.

Programmi regionali per la qualità

Efficacia

- Mortalità ed eventi avversi materni e perinatali
- Mortalità ed eventi avversi associati ad interventi cardiologici
- Sopravvivenza nelle neoplasie
- Identificazione dei casi intervallari e definizione dello stadio alla prima diagnosi di tutti i casi incidenti di tumori della mammella e della cervice uterina
- Trattamento della infezione tubercolare

Sicurezza

- Prevenzione delle infezioni ospedaliere
 - * epidemie
 - * eventi endemici: IVU; IFC; CIV; Polmoniti
- Prevenzione della antibioticoresistenza
 - * ridurre il consumo IVR
 - * ridurre il consumo pseudo profilassi
- Trattamento della infezione tubercolare

Appropriatezza e tempestività

- Appropriatezza delle indicazioni e prioritizzazione delle liste di attesa per by-pass aorto-coronarici
- Monitoraggio della appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in degenza ordinaria
- Prevenzione dei ricoveri inappropriati per scompenso cardiaco, asma bronchiale e polmonite
- Audit clinico ed organizzativo dei tempi di conferma diagnostica e di trattamento dei tumori della mammella e della cervice uterina
- Programmazione delle dimissioni protette da ospedali per acuti

Continuità della cura

- Follow up per le neoplasie della mammella
- Qualità della vita nei pazienti oncologici in stadio avanzato

Area Cardiologica

Aree di intervento prioritarie nell'ambito delle patologie cardiovascolari sono la valutazione della appropriatezza delle procedure e la promozione della qualità e della continuità dell'assistenza ai pazienti con ipertensione, angina pectoris e ipercolesterolemia.

Il programma regionale per la valutazione e la promozione della appropriatezza in cardiologia interventistica prevede interventi per la verifica della appropriatezza tecnica, del livello e della tempestività degli interventi, con l'obiettivo di:

- ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni, monitorando sia l'eccesso (sovra-utilizzo) che le carenze (sotto-utilizzo) di uso di prestazioni efficaci;

- monitorare la diffusione e le modalità di uso di nuove tecnologie di cui non è completamente definita la effettiva utilità clinica ed il profilo costo/efficacia, come ad esempio l'uso degli stent;
- garantire la tempestività dell'accesso alle prestazioni, rendendolo coerente con la gravità clinica e le necessità assistenziali del singolo paziente.

Le azioni da intraprendere devono quindi mirare in modo particolare a:

- garantire la conoscenza e la valutazione critica da parte degli operatori interessati delle metodologie disponibili per la valutazione di appropriatezza;
- attivare un sistema permanente per il monitoraggio del "sovra-utilizzo" delle procedure sia diagnostiche (angiografia coronarica) sia terapeutiche (by-pass ed angioplastica, utilizzo degli stent) a partire dalla applicazione di liste di criteri

periodicamente definite e mantenute aggiornate da panel multidisciplinari di esperti regionali;

- utilizzare i criteri derivati da queste attività per definire modalità esplicite di prioritizzazione delle liste di attesa;
- realizzare indagini specifiche per la valutazione del "sotto-utilizzo" di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il programma per l'assistenza ai pazienti con ipertensione arteriosa, angina pectoris e ai soggetti con elevati livelli di colesterolo ematico, si propone l'obiettivo di migliorare la appropriatezza e la continuità assistenziale attraverso una coerente integrazione dei diversi livelli di assistenza extra-ospedaliera, ambulatoriale e ospedaliera.

Questo ulteriore livello di intervento è ben individuato in ambito cardiologico anche nel PSN, sia per il rilievo dato alla prevenzione e al trattamento delle patologie cardiovascolari, che per la indicazione di ben tre aree cardiologiche che saranno oggetto di Linee Guida.

La necessità di sviluppare approcci integrati e multidisciplinari a queste patologie dovrà essere favorita dalla identificazione dei fattori favorenti e di ostacolo a un trattamento ottimale di questi soggetti, per ridurre la notevole variabilità dei comportamenti e la distanza tra i comportamenti medi osservati e quanto raccomandato sulla base delle Linee Guida elaborate da numerose agenzie internazionali.

Tra gli obiettivi della Regione in questo campo vi è quello di fornire alle Aziende un "repertorio" delle modalità di implementazione delle Linee Guida, per favorire l'elaborazione di strategie di adozione delle Linee Guida nell'ambito di programmi di formazione efficaci.

Area Oncologica

L'assistenza oncologica rappresenta un'area prioritaria per la valutazione della appropriatezza degli interventi, della continuità assistenziale e dell'impatto di strategie integrate sulla salute e la qualità della vita degli individui.

I problemi principali evidenziati come critici dagli studi condotti riguardano: a) il ritardo diagnostico; b) la appropriatezza di interventi terapeutici e di programmi di follow-up; c) la assistenza al paziente terminale e l'area delle cure di supporto e palliative.

Per quanto riguarda il ritardo diagnostico, gli studi disponibili hanno evidenziato sia una quota "attribuibile al paziente" per migliorare la quale sono soprattutto necessari interventi informativi, sia una quota "attribuibile al sistema" a sua volta separabile in una dovuta a carenze di tempestività nell'invio da parte della medicina generale ed una invece attribuibile a disfunzioni nel "funzionamento interno" del sistema (tempi di attesa eccessivi nella trasmissione della refertazione, protocolli di esami diagnostici eccessivamente dettagliati, etc).

Per quanto riguarda l'area degli interventi terapeutici è stato dimostrato un utilizzo di interventi chirurgici eccessivamente radicali e mutilanti (ad esempio nei tumori del seno e dell'utero), un sovra-utilizzo di protocolli chemioterapici eccessivamente aggressivi in tumori non particolarmente responsivi a questo tipo di terapia o, di converso, un sotto-utilizzo - o comunque una notevole variabilità - in aree dove la chemio-ormonoterapia ha una buona documentazione di efficacia.

Infine, sul piano dei programmi di follow-up (il caso più studiato in Italia è quello relativo ai tumori del seno) si registra una notevole variabilità di comportamento con la applicazione di pratiche eccessivamente interventistiche in termini di frequenza ed intensità dei controlli malgrado la realizzazione, anche a livello italiano, di Linee Guida e raccomandazioni che hanno avuto una significativa accettazione anche a livello internazionale.

Obiettivi del programma regionale di valutazione e promozione della appropriatezza in campo oncologico sono:

- migliorare la tempestività diagnostica, agendo sulle diverse componenti del ritardo e uniformare i protocolli diagnostici per le principali patologie, promuovendo la diffusione ed accettazione di Linee Guida già largamente disponibili;
- ridurre l'utilizzo di procedure terapeutiche non appropriate, promuovendo l'audit clinico delle prestazioni e monitorando sia l'eccesso (sovra-utilizzo) che le carenze (sotto-utilizzo) di uso di prestazioni efficaci;
- migliorare la continuità assistenziale, definendo protocolli di comportamento "ospedale/territorio" e coinvolgendo attivamente la partecipazione delle associazioni di pazienti nella informazione ai pazienti e nella sensibilizzazione degli operatori;
- migliorare i programmi di assistenza domiciliare in particolare per quanto riguarda la valutazione e il trattamento del dolore, il sostegno psicologico sia al paziente e ai familiari sia alla componente medica e infermieristica .

Infezioni ospedaliere

Il PSN individua nella prevenzione delle infezioni ospedaliere una delle principali priorità di intervento, in quanto è un evento frequente (interessa tra il 5 e il 10% dei pazienti ricoverati), con rilevanti implicazioni economiche e per la salute del paziente, che rappresenta un importante e sensibile indicatore della qualità dell'assistenza prestata, dal momento che ai tradizionali rischi legati ai problemi di igiene ambientale associa quelli derivanti da comportamenti e pratiche professionali e da assetti organizzativi inadeguati.

Il programma regionale per il controllo delle infezioni ospedaliere prevede interventi per la sorveglianza, la prevenzione e la cura delle infezioni ospedaliere e la riduzione della esposizione al rischio per i pazienti e per gli operatori, basati sulla stretta interdisciplinarietà tra le diverse figure professionali, i diversi specialisti, le diverse Unità operative e i vari Dipartimenti interessati.

Le priorità di intervento riguardano:

- a. Epidemie

- Diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale clinica e assistenziale, per la prevenzione di epidemie di infezioni nosocomiali, con particolare riguardo a sedute operatorie; alimentazione parenterale; gestione dei cateteri intravascolari.

- Sistemi di sorveglianza per la identificazione precoce delle epidemie di infezioni nosocomiali sostenute da un unico microrganismo, basati su una revisione giornaliera degli isolamenti effettuati dal laboratorio.

b. Episodi/eventi endemici

- Diffusione e adozione di procedure di buona pratica professionale, clinica ed assistenziale, per la riduzione del 25% della incidenza di infezioni ospedaliere delle vie urinarie, della ferita chirurgica, associate a cateteri intravascolari e delle polmoniti post-operatorie o associate a ventilazione assistita.

Le azioni da intraprendere devono in particolare mirare a:

- garantire la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza, con particolare riguardo alle aree di degenza mediche e chirurgiche; farmacia; laboratorio, economato, anche nell'ambito degli obblighi delle Aziende derivanti dalla applicazione del D.Lgs 626/94;

- attivare un programma per la sorveglianza e il controllo delle infezioni in ogni Presidio ospedaliero, orientato sia ai pazienti sia agli operatori sanitari. Il programma rappresenta un criterio di accreditamento della struttura e deve prevedere a) l'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali a personale qualificato e la definizione di precise modalità d'intervento basate sull'adozione e applicazione di protocolli standardizzati di buona pratica professionale; b) l'attivazione e l'adeguamento di sistemi di sorveglianza sulla effettiva adozione di comportamenti professionali, sulla diffusione dei rischi per il personale e per i pazienti e sulla frequenza delle infezioni, che prevedano obbligatoriamente la partecipazione del laboratorio; c) l'adozione di politiche volte a favorire il comportamento prescrittivo appropriato all'impiego razionale dei chemioantibiotici, per contrastare lo sviluppo dell'antibioticoresistenza.

Prevenzione della antibioticoresistenza

La diffusione del fenomeno della antibioticoresistenza rappresenta uno dei principali rischi di riduzione dell'efficacia degli interventi sanitari. Tale fenomeno é conseguenza di comportamenti prescrittivi inappropriati, che comportano la esposizione ingiustificata dei pazienti a trattamenti antibiotici.

Le strategie preventive efficaci devono quindi essere ricercate nella promozione dell'uso appropriato degli antibiotici, in funzione della corretta indicazione e della gravità del quadro clinico con l'obiettivo di ridurre l'esposizione non necessaria.

Obiettivi del programma regionale contro il fenomeno della antibioticoresistenza sono:

- ridurre il consumo di antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie;
- ridurre il consumo globale di antibiotici in ambiente ospedaliero, con particolare riguardo a quelli utilizzati per la pseudoprofilassi nei pazienti di area critica e in quelli sottoposti a interventi chirurgici;
- ridurre il ricorso, da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ad antibiotici di ultima generazione qualora siano disponibili terapie parimenti efficaci e congrue nei confronti dell'agente eziologico da trattare.

Trattamento della tubercolosi

L'emergere di ceppi tubercolari antibioticoresistenti assume particolare rilevanza, in ragione della potenziale gravità clinica e della pericolosità sociale. Obiettivo del programma regionale per la prevenzione e il trattamento della tubercolosi comprende:

- Pronta diagnosi e tempestivo avvio del trattamento antitubercolare.
- Supervisione dell'intero ciclo di trattamento, al fine di garantire che questo sia completato in almeno l'85% dei casi correttamente diagnosticati ed avviati al trattamento.
- Istituzione di sistemi di sorveglianza basati sul laboratorio ed integrati fra ambito ospedaliero e territoriale, per la identificazione rapida delle epidemie da tubercolosi, con particolare attenzione alle forme di tubercolosi multiresistente a trasmissione ospedaliera o comunque in ambito residenziale.

9.5 I Programmi speciali

Salute Donna

1. Differenze generali di genere

La salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva, che riguardano sia la diffusione di fattori di rischio, la incidenza di malattie e disabilità e la frequenza di utilizzazione dei servizi sanitari.

In molti aspetti della salute e dell'uso dei servizi sanitari, la differenza fra uomo e donna rappresenta l'esempio più immediato e diretto di diseguaglianze rispetto alla salute.

Ad esempio:

- trend crescente nella prevalenza di fumatrici (e in particolare di forti e precoci fumatrici) a fronte di una generalizzata tendenza alla diminuzione;
- incidenza quasi esclusiva nel sesso femminile di disturbi dell'alimentazione (anoressia, bulimia) e nettamente preponderante della osteoporosi e della incontinenza urinaria;
- accesso selettivo a prestazioni di alta specialità, anche tenendo conto della diversa incidenza della malattia (ad

esempio, cardiologia interventiva e cardiocirurgia).

E' quindi giustificato un programma regionale per un'attenzione selettiva ai problemi di genere nei diversi livelli e luoghi di attività di intervento dei servizi sanitari.

2. La dimensione riproduttiva

L'assistenza e la cura della donna nei suoi bisogni di salute e di maternità si é profondamente modificata negli ultimi 20 anni, in Italia come negli altri paesi industrializzati, richiedendo modificazioni culturali, strutturali e procedurali. Questo richiede un ripensamento della rete di strutture sanitarie coinvolte nell'assistenza a queste tipologie di bisogni.

La modificazione del costume sociale ha profondamente cambiato l'epoca della ricerca di maternità, proiettandola dai 20 anni ai 30 anni ed oltre, con implicazioni mediche di grande importanza come l'aumento dei problemi di sterilità e dell'abortività spontanea o dei parti pretermine.

Si aprono nuovi capitoli di attenzione sanitaria fino ad ora letti con scarsa considerazione, quali l'assistenza e la cura dei problemi di sterilità e la loro prevenzione nell'età dai 15 ai 30 anni. Una prevenzione che muoverà le sue attenzioni sulle infezioni pelviche e mestruali, sulle abitudini alimentari, sulle pratiche contraccettive, etc. Una prevenzione fatta di interventi dapprima socioculturali e poi sanitari veri e propri, attraverso le articolazioni del SSR.

L'invecchiamento della popolazione, determinato dal calo progressivo delle nascite nel nostro paese e dal progressivo aumento dell'attesa di vita della popolazione femminile, aprono due scenari di grande attenzione prospettica: il recupero della natalità con nuovi interventi sulla organizzazione dei servizi e la rivisitazione degli interventi di prevenzione e cura delle patologie invalidanti (cardiovascolari, osteoporotiche e preneoplastiche) della popolazione femminile anziana.

Questi interventi non possono eludere l'attenzione per la umanizzazione della assistenza al percorso parto, per l'opzione della analgesia del parto, la identificazione dei livelli specialistici per l'intervento al percorso nascita.

La scelta della gravidanza e la scelta del luogo e del modo del parto rappresentano diritti essenziali la cui esigibilità deve essere garantita dal SSR.

Tale esigibilità richiede l'impegno su due settori: a) la garanzia della sicurezza e della qualità tecnica dei servizi offerti; b) un'offerta di servizi rispettosa delle preferenze individuali.

Mentre il primo obiettivo richiede un sistema di governo relativamente simile a tutti gli altri servizi, il secondo presenta una particolare complessità per la presenza nella società di forti divaricazioni nelle preferenze individuali, riconducibili a fattori culturali, etici e religiosi. Le differenze presenti nella società regionale sono ulteriormente accentuate dalla crescente presenza di consistenti nuclei di popolazioni immigrate, che presentano forti differenze al proprio interno e nei confronti della popolazione originaria della regione.

3. Programmi operativi

La Legge sul Parto recentemente approvata dal Consiglio Regionale ha allargato le possibilità effettive di scelta sul luogo del parto secondo le preferenze individuali e nel rispetto delle condizioni di sicurezza, affiancando all'ospedale, il domicilio della paziente e la casa del parto. Contemporaneamente, ha attribuito ai professionisti la responsabilità di governo della qualità tecnica della assistenza, relativa alla appropriatezza dell'assistenza alla madre e al neonato, istituendo una Commissione regionale permanente.

Alla Commissione spetterà il compito di analizzare morbosità e mortalità materna e perinatale, complicanze in gravidanza, appropriatezza delle procedure di monitoraggio e di intervento farmacologico utilizzate durante il travaglio ed il parto, modalità di espletamento dei parti, diffusione e modalità dell'allattamento al seno, diffusione del parto a domicilio e nelle case di maternità.

L'attività di valutazione della qualità tecnico-professionale dell'assistenza alla gravidanza e al parto dovrà inoltre essere integrata con la valutazione delle informazioni ricevute dalle donne sul percorso nascita ed alla scelta dei modi e dei luoghi del parto, e sul gradimento ai servizi ricevuti.

Interventi ispirati alla stessa politica devono essere elaborati per quanto riguarda la scelta della gravidanza, che affrontino quindi a livello preventivo e assistenziale le aree di:

- prevenzione delle gravidanze indesiderate, secondo metodi tecnicamente efficaci sicuri e compatibili con le preferenze individuali;
- tutela della fertilità, attraverso la prevenzione della sterilità e la diagnosi e la terapia della sterilità singola e di coppia;
- supporto alla famiglia, per l'esercizio della funzione genitoriale e la soluzione di difficoltà sociali o relazionali che ostacolano l'accettazione della gravidanza.

Chirurgia di giorno

1. Le indicazioni nazionali e regionali

Una delle attività cliniche più coerenti con il modello del clinical network, che prevede la concentrazione della gestione del sistema reticolare di produzione, senza individuare a priori una gerarchia tra i punti di produzione, é quello delle attività di chirurgia di giorno.

Infatti, per tali attività le competenze tecniche e professionali, nonché le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi clinici della popolazione di riferimento possono essere rese disponibili in qualsiasi punto della

rete. Il modello adotta come modalità di relazione l'outreach dei professionisti piuttosto che la centralizzazione dei pazienti e delle competenze. Trattando la chirurgia "relativamente" semplice, la day surgery si presta bene a rappresentare le necessità di gestione delle relazioni tra le équipes l'elemento programmatico più rilevante, relegando in secondo piano la centralizzazione della produzione, che meglio si raccorda alle attività cliniche di alta specializzazione. La realizzazione di attività di day surgery trova legittimazione in ambito nazionale nella legge del 18 luglio 1996, n.382 "Disposizioni urgenti nel settore sanitario" e in ambito regionale da quanto proposto nelle linee guida per la "Rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna". Un'ulteriore opportunità, in ambito regionale, per l'avvio di nuove modalità organizzative delle cure chirurgiche, è offerta dalla "Direttiva per l'istituzione dei Dipartimenti Ospedalieri", che supera l'attuale struttura divisionale degli ospedali e propone un approccio organizzativo che si basa sulla programmazione integrata delle attività e un utilizzo razionale e condiviso delle risorse.

2. Gli obiettivi del PSR

I principali obiettivi di questo modello di assistenza chirurgica nel caso di problemi "minori" in relazione alle caratteristiche della patologia, alle condizioni del paziente e alle tecniche di intervento, sono i seguenti:

- facilitare i pazienti e le loro famiglie, da un punto di vista psicologico e sociale riducendo la durata della degenza e assicurando pari efficacia dei trattamenti associata a maggiore appropriatezza;
- ridurre le complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata;
- semplificare le procedure di accesso ai servizi, assicurando tempi di risposta sanitaria più rapidi e conseguentemente ridurre le liste di attesa per interventi chirurgici;
- facilitare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio creando una continuità tra il domicilio e l'ospedale;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Gli strumenti operativi comprendono:

- Chirurgia ambulatoriale: la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili senza ricovero e senza necessità di osservazione postoperatoria, in studi medici, ambulatori o ambulatori protetti, in anestesia locale e/o locoregionale.
- Chirurgia di giorno/day surgery: la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato entro le 24 ore, in anestesia locale, locoregionale o generale.

La efficacia della day surgery nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati è condizionata da:

- a) una accurata valutazione tecnica della eleggibilità dei pazienti e della gamma di interventi idonei ad essere praticati con tale modalità;
- b) una gestione dell'intero processo terapeutico/assistenziale in qualità e sicurezza;
- c) un utilizzo efficiente della nuova modalità assistenziale.

Esistono numerosi elenchi di interventi praticabili in regime di chirurgia di giorno, a cominciare da quello predisposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Tutti gli elenchi disponibili in letteratura sono comunque frutto di elaborazione e condivisione da parte dei professionisti a vario titolo protagonisti di tale modello assistenziale.

Sarà compito delle singole Aziende valutare la gamma di interventi erogabili in regime di chirurgia di giorno, sulla base del coinvolgimento locale dei clinici, delle condizioni organizzative, della pianificazione progressiva del trasferimento dall'ospedalizzazione ordinaria a quella diurna.

Nella logica del PSN, anche per il PSR documenti specifici conseguenti alla definizione della programmazione strategica regionale dovranno approfondire i nodi organizzativi e strutturali delle attività. In particolare, per la chirurgia di giorno la definizione conseguente al PSR dovrà analizzare e definire i temi legati a:

- eleggibilità dei pazienti ed idoneità degli interventi;
- gestione del processo terapeutico-assistenziale in qualità e sicurezza;
- selezione (sulla base di criteri clinici e sociofamiliari);
- consenso informato;
- fase operatoria;
- dimissione e sorveglianza domiciliare del paziente.

Nell'ambito del sistema informativo dovranno inoltre essere identificati gli indicatori legati alla valutazione di efficienza e qualità nelle successive fasi del processo terapeutico assistenziale, secondo logiche coerenti con il binomio autonomia-responsabilità dei professionisti, che costituisce la linea fondamentale che sottende i contenuti della nuova programmazione regionale.

Le Cure palliative e l'assistenza nella fase terminale della vita

Il principio ispiratore della riorganizzazione dei servizi sanitari è basato sui livelli di intensità delle cure erogate in relazione ai bisogni assistenziali, sia in ambito ospedaliero sia distrettuale.

In questo contesto va realizzato il potenziamento degli interventi di terapia palliativa e antalgica e l'organizzazione del sistema delle cure palliative nelle sue articolazioni assistenziali quali le unità di cure palliative ospedaliere, residenziali e l'ospedalizzazione a domicilio.

Per quanto riguarda la terapia del dolore occorre precisare che tale modalità terapeutica è oggi efficacemente erogata

per patologie croniche spesso invalidanti, e per patologie neoplastiche in fase terminale. Queste ultime sono parte integrante delle cure palliative mentre le prime sono attività che si inseriscono nel complesso più generale delle attività mediche da erogarsi in forma integrata tra ospedale e territorio. Attività per le quali viene previsto un apposito progetto nell'ambito delle Reti di tipo Hub & Spoke.

Il programma di assistenza alle persone nella fase terminale della vita si realizza sia con la continuità assistenziale assicurata da tutti i servizi coinvolti sia con l'attivazione di alcune strutture dedicate.

Il programma di attuazione delle cure palliative prevede:

- la formazione ed aggiornamento agli operatori
- il coinvolgimento ed il supporto ai familiari
- l'attuazione di strumenti di monitoraggio e valutazione delle terapie palliative.

Il programma di attuazione delle cure palliative prevede inoltre la realizzazione di strutture di ricovero dedicate alle cure palliative che abbiano requisiti strutturali ed organizzativi in grado di assicurare il nuovo approccio di assistenza globale.

E' necessario quindi attuare i principali percorsi assistenziali per rendere fruibili a questi pazienti:

- le strutture di degenza ordinaria e day hospital dedicate a pazienti acuti in ambito ospedaliero;
- l'assistenza domiciliare integrata in ambito distrettuale;
- attivare strutture di ricovero dedicate alle cure palliative per potenziare gli interventi di terapia palliativa, terapia del dolore;
- realizzare l'ospedalizzazione domiciliare per i pazienti che necessitano al domicilio di interventi complessi di terapia del dolore o di controllo degli altri sintomi che richiedono una assistenza diretta dell'équipe di cure palliative in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Attualmente questi pazienti sono seguiti nell'ambito ospedaliero presso strutture di degenza ordinaria e day hospital dedicate a pazienti acuti. In ambito distrettuale é stato realizzato il programma di assistenza domiciliare ai pazienti oncologici in fase terminale. Tale attività ha permesso di assistere al proprio domicilio oltre il 39% dei deceduti per patologia neoplastica, realizzando un'assistenza domiciliare integrata nella quale sono stati coinvolti medici di medicina generale, specialisti ospedalieri e organizzazioni di volontariato.

L'esperienza positiva di tale programma sperimentale ha evidenziato la necessità di verificare alcuni percorsi assistenziali ed ha individuato la necessità di potenziare gli interventi di terapia palliativa, terapia del dolore e di ridisegnare l'assetto organizzativo delle strutture assistenziali dedicate alle cure palliative così come previsto dal piano sanitario nazionale e dalla legge 39/99.

La caratteristica principale di questi pazienti è quella di avere la necessità di un'assistenza globale basata sia su interventi medici specialistici quali il controllo del dolore e degli altri sintomi, ma anche e soprattutto di un supporto psicosociale e di una attenzione ai familiari che si prendono cura del paziente.

Questa modalità assistenziale richiede anche strutture di ricovero dedicate alle cure palliative che abbiano requisiti strutturali ed organizzativi in grado di assicurare questo nuovo approccio assistenziale.

Queste strutture di ricovero per le cure palliative possono essere inserite in un contesto ospedaliero quale struttura per postacuti per offrire assistenza a pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia necessario un supporto da parte della struttura ospedaliera per erogare assistenza complessa nelle fasi ultime.

Va sottolineato infatti che i due terzi dei pazienti necessitano di un controllo del dolore a volte ottenuto con interventi complessi.

Qualora le condizioni cliniche dei pazienti non curabili in fase avanzata di malattia lo permettano ed in presenza di volontà esplicita e di validità di supporto da parte della famiglia e da privilegiare sempre l'assistenza domiciliare integrata erogata dai MMG e dalle équipe distrettuali con la consulenza di medici specialisti. Tale modalità si inserisce nell'ambito del più ampio progetto di riorganizzazione delle cure domiciliari previsto dalla delibera di giunta regionale n. 124/99.

Una piccola percentuale di pazienti (10%) richiede al domicilio interventi complessi di terapia del dolore o di controllo degli altri sintomi tali da richiedere una assistenza diretta dell'équipes di cure palliative in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Qualora non sia possibile l'assistenza domiciliare per fattori strutturali o di mancanza di un valido supporto familiare è necessario realizzare strutture residenziali (Hospice) per le cure palliative che offrano al paziente il comfort e l'accoglienza della propria casa.

Hospice

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN 1998-2000 prevede, tra gli obiettivi che é essenziale realizzare, l'ottimizzazione dell'assistenza erogata, nella fase terminale della vita, alle persone a cui, a fronte della impossibilità di attuare interventi risolutivi e della opportunità di evitare forme di accanimento terapeutico, resta comunque necessario garantire una assistenza palliativa, ovvero l'assistenza sanitaria, infermieristica, psicologica, sociale e di supporto generale utile per la gestione dei problemi indotti da malattie croniche in fase attiva, progressive, in stadio evolutivo avanzato, per le quali la prognosi é limitata, il decesso a breve termine é l'unico scenario prevedibile e il fulcro dell'assistenza é la qualità della vita.

In particolare, tra i punti critici dell'assistenza ai pazienti in fase terminale, é particolarmente rilevante la carenza di

strutture, autorizzate e accreditate, che rispondano al modello dell'"hospice", intendendosi con questo ogni struttura organizzativa in grado di svolgere, a favore di pazienti con quadri morbosi in fase terminale, attività di cure palliative fondate su interventi obbligatoriamente coerenti con il principio della residenzialità che privilegi, in tutti i casi possibili, l'erogazione delle cure palliative al domicilio del paziente e nel medesimo tempo, quando ricorrano particolari condizioni, permetta di adattare i processi assistenziali alla severità dei bisogni in strutture appositamente create e rispondenti a criteri di organizzazione e operatività che ne permettano di distinguere comunque la natura non ospedaliera.

2. Obiettivi

Le finalità essenziali dell'hospice sono:

- 1) la definizione e la realizzazione di un programma di intervento personalizzato e appropriato, orientato al controllo dei sintomi come alla salvaguardia della dignità personale e della capacità di autodeterminazione, come alla garanzia del comfort e della facilitazione dell'espressione di collaborazione attiva da parte dei famigliari;
- 2) la realizzazione del programma di intervento al domicilio del paziente e, solamente quando ricorrano le condizioni di seguito esplicitate, in una struttura specificamente attrezzata e capace di costituire una valida alternativa al domicilio stesso;
- 3) l'accompagnamento alla morte e la preparazione e il supporto al lutto dei famigliari.

In particolare, un programma assistenziale di hospice, organizzato sulla base di fasi differenziate nel contesto delle quali sia specificato a quali, tra bisogni evolvuti per quantità e severità, si propone di dare risposta adeguata, deve essere in grado di garantire l'erogazione onnicomprensiva e integrata di assistenza domiciliare medica, infermieristica e specialistica, assistenza spirituale e psicologica, interventi di supporto alla famiglia, terapie e presidi per il trattamento del dolore e il sollievo dagli altri sintomi che comportano alterazioni decisive della qualità della vita, assistenza in condizioni di ricovero.

In questa fase della evoluzione del sistema sanitario regionale, le attività di hospice devono integrare e supportare, dal punto di vista sia organizzativo che operativo, i programmi sviluppati a livello del NODO di distretto. Pertanto, gli hospice che sono già operativi o che verranno attivati dalle Aziende, rispetto a quest'ultimo, potranno svolgere tre diverse funzioni di supporto, complemento o sostituzione.

La funzione di sostituzione è ammessa solamente nel caso della istituzione di team ospedalieri per le cure palliative, fortemente integrati con le funzioni di hospice svolte a livello distrettuale e costituiti da medici e infermieri esperti, psicologi e operatori sociali operanti in reparti dedicati alla erogazione di assistenza in regime di ricovero basata su modelli non ospedalieri: ridotta intensità diagnostico-terapeutica tradizionale, non orientata alla esecuzione di manovre dirette a prolungare la vita e caratterizzata dal trattamento del dolore e degli altri sintomi più importanti presentati dai pazienti in fase terminale.

3. Criteri organizzativi e condizioni di eleggibilità dei pazienti

Per il triennio di validità del PSR, in conformità con la Legge 26/02/1999, n. 39 "Disposizione per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000" e al fine di assicurare a tutte le Aziende sanitarie la possibilità di partecipare attivamente all'esperienza, si ritiene di dare priorità a quei progetti che vedano coinvolte più realtà, in una logica di collaborazione interaziendale.

Alle attività di hospice con residenzialità domiciliare sono eleggibili pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia prevedibile, sul piano clinico e con un ragionevole grado di certezza, una sopravvivenza non superiore a 6 mesi e siano garantite volontà esplicita e validità di supporto da parte della famiglia.

Sebbene appaiano prioritariamente eleggibili per l'assistenza di hospice domiciliare i pazienti oncologici, si ritiene di suggerire la realizzazione di esperienze che vedano coinvolti pazienti con altre condizioni o patologie in fase terminale, anziani, pazienti con AIDS, nefropatici cronici non ulteriormente dializzabili, pazienti cardiopatici scompensati.

Alle attività di hospice con residenzialità ospedaliera sono eleggibili i pazienti non curabili in fase avanzata di malattia per i quali sia necessario un ambiente più attrezzato per erogare assistenza complessa nelle fasi ultime, oppure sia impossibile conservare il paziente al proprio domicilio per esplicito desiderio dei familiari di non assistere al decesso del congiunto nel proprio domicilio, oppure per mancanza di supporto familiare.

Poiché, in ogni caso, è consistente il rischio di un'incoerenza tra risorse disponibili e domanda di hospice in condizione di ricovero, si ritiene di dover limitare le esperienze di istituzione di letti dedicati in conformità con il disegno di legge nazionale.

Per quanto concerne la collocazione strutturale degli hospice, essi potranno:

- derivare dalla trasformazione di parti di ospedali esistenti o essere contigue, a condizione che l'Unità di Cure Palliative abbia la medesima dignità delle altre discipline mediche e sia assicurata l'attivazione del team multidisciplinare per le Cure Palliative;
- essere sviluppate in strutture di degenza del sistema extra-ospedaliero, di cui sia comunque accreditata la conformità con i requisiti essenziali definiti per le Unità di Cure Palliative ospedaliere;
- essere realizzate in strutture completamente svincolate da strutture ospedaliere o di assistenza extra-ospedaliera, dovendo, in questo caso, operare come parte integrante dei servizi sanitari territoriali e in stretta connessione funzionale con i servizi di cure palliative.

L'accesso ai finanziamenti previsti dal Governo a supporto dell'obiettivo di potenziamento dell'assistenza attraverso

l'istituzione di strutture di hospice residenziale avverrà in subordine all'approvazione dei progetti da parte dell'Assessorato regionale alla Sanità che ne giudicherà la validità in conformità con i criteri qui espressi e al successivo eventuale accoglimento da parte del Ministero della Sanità.

Il Sistema regionale per l'assistenza ai traumi

1. Le indicazioni nazionali

Il PSN, concentrandosi sui determinanti di patologia traumatica più frequenti in Italia, fissa i seguenti obiettivi:

- riduzione della mortalità derivante dagli incidenti stradali in media del 20% e comunque non meno del 20% nella fascia di età 15-24 anni (in riferimento la situazione del 1993);
- riduzione degli infortuni domestici, con particolare riguardo alle categorie più a rischio (bambini e anziani);
- riduzione della frequenza di infortuni sul lavoro del 10% (rispetto alla situazione del 1996), con particolare attenzione ai settori produttivi a maggior rischio e per gli infortuni più gravi.

Le azioni volte al raggiungimento di tali obiettivi chiamano in causa prioritariamente i sistemi sociali (politica dei trasporti, comportamenti delle comunità e dei singoli individui, traffico, sicurezza stradale, ambienti di lavoro, ecc.).

Il Piano Sanitario Regionale, a completamento di questa logica, entra nel merito delle modalità di intervento rispetto all'assistenza ai traumi, essendo dimostrato che la qualità dell'erogazione dei servizi stessi (in termini di tempestività e appropriatezza degli interventi) influenza la mortalità e la disabilità secondaria alla patologia traumatica.

2. La situazione regionale

In Emilia-Romagna, l'incidenza dei traumi (in particolare dei traumi più gravi conseguenti a incidenti stradali) è in crescita e interessa prevalentemente le fasce giovanili della popolazione.

I traumi maggiori, pur assorbendo la maggiore quantità di risorse sanitarie, sono percentualmente poco frequenti: si stima che su tutto il territorio regionale ogni anno si verifichino circa 2.000-2.500 traumi gravi, pari al 5% della totalità dei traumi che determinano un ricovero in ambiente ospedaliero.

La distribuzione territoriale è disomogenea, poco influenzata dalla densità della popolazione residente e legata invece alle caratteristiche della rete stradale, ai flussi di traffico, allo sviluppo delle aree industriali, alla presenza di zone turistiche.

Il trauma cranico maggiore presenta l'incidenza più elevata (interessando più del 50% dei traumi gravi), seguito dal trauma toracico, dalle lesioni addominali maggiori e dalle lesioni mieliche del rachide.

La mortalità associata al trauma maggiore è molto alta, stimabile in circa il 45%, e presenta un andamento tipico in rapporto all'evento. Oltre la metà delle morti avviene "sul colpo", prima dell'arrivo dei soccorritori, oltre un terzo si verifica in ambito ospedaliero, mentre il restante 10% si divide in parti uguali tra decessi prima dell'arrivo in ospedale e decessi successivi alla dimissione dalla terapia intensiva.

E' infine da tenere presente che esiste comunque una piccola quota di traumi che ad una prima osservazione sembrano di gravità moderata ma vanno poi incontro, a breve-medio termine, ad una evoluzione negativa.

3. Il modello di intervento

Il modello di intervento sanitario comprende due aree fondamentali:

- iniziative di prevenzione primaria, attraverso il progetto "Prevenzione degli incidenti stradali", svolto in collaborazione con gli Assessorati regionali ai Trasporti e alle Politiche Sociali;
- lo sviluppo di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati (SIAT), che prevede centri ospedalieri guida (Centri Trauma - CT) di riferimento regionale per una rete di presidi collegati e funzionalmente integrati al fine di assicurare in rapporto ai diversi livelli di gravità del trauma, tempestività e continuità di intervento, appropriatezza del processo assistenziale, nelle diverse fasi di emergenza/urgenza, acuta, post-acuta e di riabilitazione intensiva ed, eventualmente, estensiva.

Al sistema concorrono tutti gli ospedali per acuti dotati di alcuni elementari requisiti specifici, specificati dai criteri di accreditamento, in grado di trasferire, quando necessario, i pazienti al CT in modo rapido ed efficace e di accettare il trasferimento dal CT dei pazienti in condizioni meno critiche.

L'assistenza ai traumi gravi richiede personale competente e preparato, tecnologie sofisticate, prontezza di risposta a costi ragionevoli. I centri idonei ed accreditati per erogare una assistenza appropriata al paziente traumatizzato grave devono necessariamente trattare un volume adeguato di casi, pari secondo gli standard correnti ad un numero di pazienti non inferiore a 500-1.000 casi per anno.

L'integrazione tra Centri guida e strutture ospedaliere e di emergenza collegate permette a queste ultime di svolgere in modo ottimale un ruolo di filtro fondato sulla severità dei casi.

4. Criteri di organizzazione: il SIAT

Il SIAT é un sistema organizzativo e operativo che assicura il collegamento dell'insieme dei servizi e delle strutture sanitarie operanti su un determinato territorio, per fornire una risposta complessiva e appropriata a tutti i pazienti traumatizzati, a qualsiasi livello di gravità.

Il SIAT risponde a quattro criteri fondamentali:

- a) Il SIAT è una funzione di collegamento di organizzazioni già esistenti, e non è una nuova struttura/organizzazione

sovrapposta o affiancata all'offerta attuale.

- Lo sviluppo di questa funzione di collegamento presuppone:

- la creazione di un sistema informativo sui traumi;

- la definizione dei percorsi ottimali di assistenza per ciascuna grande categoria di trauma;

- l'identificazione del ruolo e delle funzioni di ciascuno dei servizi e degli ospedali presenti sul territorio di riferimento del SIAT;

- la messa a punto e l'applicazione, da parte delle Aziende sanitarie dell'area territoriale afferente al SIAT, di un piano di cooperazione destinato a chiarire le modalità con cui si ritiene di dare risposta ai pazienti traumatizzati in modo complessivo e appropriato.

b) Il SIAT è riferito ad un preciso ambito territoriale, in quanto ha la responsabilità di servire la popolazione presente (che risiede o, che transita) in una determinata area geografica.

I criteri essenziali di definizione dell'area di influenza comprendono:

- il numero di abitanti/presenti su un dato territorio, sufficientemente ampio, per produrre un gettito annuo di traumi gravi compatibile con standard operativi del CT qualitativamente accettabili;

- caratteristiche geografiche e urbanistiche del territorio, per garantire tempi di trasporto standard.

Sulla base di questi criteri, l'ambito regionale può essere suddiviso in tre aree, corrispondenti ad altrettanti SIAT:

1. Romagna, che comprende le Aziende sanitarie di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini;

2. Emilia orientale, che comprende le Aziende delle Province di Bologna e di Ferrara;

3. Emilia centro-occidentale, che comprende le Aziende delle Province di Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza.

c) Al SIAT concorrono tutte le Aziende sanitarie dell'area territoriale con tutti i servizi specificamente accreditati, che intervengono sia nella fase di emergenza pre-ospedaliera, che nelle fasi di assistenza ospedaliera in acuzie e post-acuzie.

Poiché l'efficacia del sistema (misurata in base alla capacità di prevenire sia le morti sia le disabilità evitabili) dipende dalla qualità delle azioni compiute da molteplici servizi, intra/extra-ospedalieri e intra/extra-aziendali, la forma di accreditamento più rispondente è quella che:

- riguarda il sistema di risposta, piuttosto che i singoli servizi;

- si basa prevalentemente su selezionati e significativi requisiti di performance e di esito, oltreché su requisiti strutturali e organizzativi.

d) Dal momento che il SIAT è finalizzato a fornire una risposta complessiva e appropriata a tutti i traumi, di diverso livello di gravità, è necessario che:

- l'organizzazione del percorso assistenziale è assicurata dai (è responsabilità dei) servizi: ogni servizio ha il dovere, dopo aver adempiuto al proprio specifico mandato assistenziale, di farsi carico del passaggio in cura del paziente al servizio successivo;

- ogni paziente viene indirizzato, in base alla tipologia e alla gravità del trauma verso l'ospedale più appropriato. Il triage sul campo e l'assegnazione del paziente alla struttura più appropriata ricadono sotto la responsabilità e la competenza dei Servizi di emergenza territoriale (118), mentre la supervisione e il controllo del funzionamento del sistema sono di competenza del Coordinatore del Trauma.

Il piano interaziendale di cooperazione per l'attivazione del SIAT definisce per ciascun ospedale/servizio afferente al SIAT, in base alle caratteristiche strutturali ed operative possedute, il contributo che può essere fornito per la gestione del trauma all'interno del sistema (fase assistenziale in cui interviene, tipo e livello di severità dei traumi, ecc.).

5. Criteri di organizzazione: il Centro Traumi

Nell'ambito dei SIAT individuati, uno degli ospedali della rete, dotato dei necessari requisiti assume il ruolo di Centro Traumi. Il Centro Traumi è la struttura ospedaliera che svolge la funzione di ospedale guida per i traumi maggiori all'interno del SIAT e assicura assistenza alla maggior parte dei pazienti con traumi maggiori provenienti dal territorio su cui insiste il SIAT stesso.

Tali ospedali hanno l'obbligo di mantenere un adeguato livello di addestramento nell'ambito della rete, di mettere in atto/organizzare l'assistenza intra e inter-ospedaliera secondo percorsi ottimali di assistenza, di "guidare" il SIAT in modo che la performance per il trauma maggiore si mantenga sui livelli standard.

6. Criteri e standard operativi per il disegno del sistema e l'accreditamento del SIAT

I punti critici per l'operatività del sistema sono:

1) la definizione dei criteri clinici in base ai quali un trauma è definito maggiore;

2) la definizione delle modalità di identificazione sul campo del paziente con trauma grave;

3) l'individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ottimali in base alle evidenze scientifiche;

4) la definizione del sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza resa;

5) la definizione dei requisiti strutturali e operativi richiesti per l'accreditamento delle strutture e del sistema organizzativo, interno ed esterno.

La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ciascuna categoria di trauma rappresenta uno dei punti cruciali del sistema, in quanto: (a) i piani cooperativi di azione delle Aziende sanitarie afferenti ad un SIAT devono basarsi su tali percorsi ed essere coerenti con essi; (b) l'accreditamento del SIAT si fonderà, oltre che su dati di esito e su caratteristiche strutturali, soprattutto sulla performance del sistema, ossia sul grado di adeguamento dei comportamenti

ai percorsi in questione e sui suoi risultati.

Lo sviluppo dei punti critici relativi al "disegno del sistema" e ai requisiti richiesti per l'accreditamento e il monitoraggio della qualità sarà oggetto di uno specifico Documento di indirizzo regionale.

7. Relazioni tra le Aziende sanitarie operanti sul territorio afferente ad un SIAT e Aziende e Regione

Le Aziende sanitarie afferenti a ciascuno dei tre SIAT della Regione, al fine di rispondere al bisogno del territorio secondo i criteri definiti dai percorsi assistenziali predisposti da una specifica Commissione regionale, definiscono il programma cooperativo di intervento che intendono porre in atto, ossia disegnano, per l'area da loro controllata, il sistema di risposta che ritengono di poter realizzare con le risorse di cui dispongono ("Disegno del Sistema").

L'accreditamento dei SIAT si applica al programma cooperativo di intervento redatto dalle Aziende e tiene conto, oltre che dei requisiti strutturali posseduti, anche dei dati di performance e di esito.

Salute Mentale

Le moderne conoscenze scientifiche hanno permesso alla psichiatria di completare il trattamento e la riabilitazione del disturbo mentale con la promozione della salute mentale e la prevenzione del disagio psichico a partire dai bambini e dagli adolescenti. Questo progresso delle teorie e delle tecniche terapeutiche è fortemente condizionato da due fenomeni. Da una parte si registra un aumento del carico dei disturbi mentali, in particolare nelle regioni ricche, e dall'altra un ridotto accesso delle persone ai servizi specialistici. La tendenza alla diffusione dei disturbi mentali è rilevabile dai dati dell'OMS: la depressione è nel 1990 la quarta causa nel mondo di Anni Vita Soppesati per Disabilità e sarà nel 2020 la seconda causa dopo la cardiopatia ischemica, con un notevole aumento delle persone con disabilità psichica.

L'accesso ai servizi viene evidenziato dagli studi epidemiologici sulla prevalenza dei disturbi mentali nella popolazione generale che dimostrano che solo una minoranza delle persone con disagio psichico o disturbo mentale si rivolge ai Servizi di salute mentale. Questi molteplici aspetti fanno capire che occorre incrementare la promozione della salute mentale, prevenire la disabilità psichica, migliorare l'accessibilità ai Servizi, facilitare la presa in cura globale, garantire la cura completa, permettere la riabilitazione e risocializzazione della persona, tutelandone i diritti umani fondamentali. Con la istituzione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) aziendale, delibera di Giunta regionale del 31.3.98, si è inteso dare una risposta strutturale ai fenomeni prima richiamati proponendo una configurazione organizzativa dei Servizi basata sulla continuità e integralità del percorso assistenziale, e sulla interdisciplinarietà e l'intersettorialità della rete dei servizi. Questi indirizzi di innovazione organizzativa scientifica e organizzativa dei Servizi regionali rendono possibile, inoltre, la realizzazione delle indicazioni innovative del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, contenute nel capitolo della Salute Mentale.

1. Le indicazioni nazionali

Il Piano Sanitario Nazionale rinvia al Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale" il programma specifico e fissa per il triennio 1998- 2000 due obiettivi di carattere generale che vengono assunti nel Piano Sanitario Regionale:

- 1) migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali;
- 2) ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale.

Il primo obiettivo sposta l'attenzione dei Servizi dalla cura del disturbo mentale alla presa in cura e alla cura della persona, chiarendo che la efficacia del trattamento psichiatrico e psicologico va misurata non tanto sulla remissione della sintomatologia quanto sul reale miglioramento del funzionamento sociale della persona assistita.

Questo obiettivo sollecita la qualificazione del servizio pubblico per trattare prima possibile il disagio psichico con un programma di prevenzione e il disturbo mentale con un programma terapeutico integrato. L'attenzione ai problemi psicologici e mentali della persona viene richiamata in relazione alla inclusione sociale come condizione inalienabile dei cittadini. L'organizzazione multidisciplinare e intersettoriale dei Servizi dipartimentali è la dimensione operativa che deve permettere di fornire prestazioni tempestive e complete in modo da garantire il miglioramento continuo dell'assistenza dei servizi e della qualità della vita delle persone in cura.

Il secondo obiettivo di carattere generale, completa la promozione della salute mentale con l'indicazione della prevenzione degli esiti da disturbo mentale grave. L'intervento sui fattori di rischio e la tutela delle persone più esposte alla sofferenza mentale viene considerato obiettivo prioritario con la delibera regionale istitutiva dei DSM.

Il problema delle condotte violente che coinvolge sempre più l'adolescenza e l'infanzia è un indicatore significativo della estensione del malessere psicosociale e della urgenza di organizzare le opportune risposte di contenimento e superamento. Si registra in tutti i paesi industrializzati un incremento dei tentati suicidi, in particolare nell'età evolutiva, e un aumento significativo dei suicidi tra i giovani compresi nella fascia di età 14-24 anni. Dai dati epidemiologici si evidenzia che tra coloro che hanno tentato il suicidio ben l'11% morirà per suicidio. La diffusione dei comportamenti di autoaggressività e di autolesionismo nella fascia di età giovanile porta a considerare la necessità di elaborare anche per la Regione Emilia-Romagna specifici programmi di prevenzione. La definizione di questi obiettivi di salute vanno approntati a più livelli con la integrazione delle istituzioni (in particolare Provveditorato agli Studi) e dei servizi sanitari e sociali che hanno a che fare con i giovani, in particolare con quelli più esposti al rischio e con le famiglie

multiproblematiche. Il programma di prevenzione interistituzionale, intersettoriale e multidisciplinare per ridurre l'incidenza dei tentati suicidi e dei suicidi, trova a livello di Azienda e dei Distretti la sua naturale sede di integrazione e di operatività.

Nella definizione dei Piani per la Salute va perseguito l'obiettivo di riduzione della incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale, organizzando una rete integrata dei servizi sanitari e sociali dipartimentali e interdipartimentali, e una cooperazione tra l'Azienda sanitaria e le altre istituzioni pubbliche e private del territorio. Il programma di prevenzione dei tentati suicidi e dei suicidi va in linea generale così articolato:

- prevenzione primaria: la finalità è quella di favorire il riconoscimento dei primi segni del disagio psichico in modo da organizzare una prima possibile risposta. L'attenzione dei familiari, degli insegnanti, del medico di medicina generale e del pediatra di base va opportunamente formata per riuscire a cogliere i primi segni del giovane all'isolamento e a notare le prime manifestazioni di un possibile stato psicopatologico. In particolare va opportunamente attrezzata la comunità e le sue organizzazioni sociali, sollecitando la scuola ad evitare l'abbandono precoce, sostenendo la famiglia nella risoluzione dei problemi relazionali interni ed esterni al suo contesto e collaborando con il medico e il pediatra per superare una cultura dello stigma della malattia mentale e per favorire il trattamento precoce anche del semplice disagio psicologico. Di fondamentale importanza è la ricerca basata sulla somministrazione di self-report agli adolescenti per riuscire ad ottenere informazioni sugli aspetti psicosociali, di autostima, di disagio psichico o di malessere mentale;

- prevenzione secondaria: la finalità è quella di individuare e monitorare i gruppi sociali ad alto rischio. A livello della comunità bisogna informare e formare i giovani a rischio e le persone in contatto con loro, che le prime manifestazioni di una condotta autolesionistica vanno segnalate al medico e al pediatra di base per studiare la possibilità di un opportuno intervento. La scuola è la sede dove risulta più facile notare i primi segni di crisi, che si possono manifestare con segnali verbali, di scrittura, di comportamento, che se non sono isolati o episodici ma frequenti e concatenati vanno segnalati ai servizi sanitari di base e da questi a quelli specialistici. Di fondamentale importanza sono la costituzione di gruppi di auto aiuto, di sostegno alla famiglia e quando occorre di trattamento psicoterapico.

- prevenzione terziaria: la finalità è quella di dare un sostegno psicologico al gruppo degli adolescenti che hanno già tentato un suicidio e al gruppo di coloro che erano in contatto con un giovane che si è suicidato. Per il primo gruppo il sostegno più appropriato è quello di un trattamento psicoterapico individuale o di gruppo, e quando occorre anche un trattamento psichiatrico, sapendo che la prevenzione ha buone possibilità di successo nonostante che la percentuale di ripetizione del tentato suicidio sia molto alta e la disponibilità a farsi aiutare molto ridotta. Per il secondo gruppo il sostegno psicologico mira a favorire una elaborazione del lutto senza una caduta nella drammaticità della morte ed a superare un "effetto imitativo" senza lasciarsi suggestionare dall'atto finale.

Questi tre livelli di prevenzione richiedono a livello del Distretto una rete integrata dei servizi sanitari e sociali interna ed esterna alla Azienda sanitaria, sapendo che qualsiasi enfaticizzazione del fenomeno suicidio è negativa e può favorire la diffusione dei comportamenti violenti. Questi programmi di prevenzione richiedono un alto grado di professionalità, considerando che occorre mirare l'intervento ai soli fattori di reale rischio

2. Le indicazioni regionali

Gli obiettivi di "migliorare la qualità della vita" e di "ridurre l'incidenza dei suicidi" del Piano Sanitario Nazionale vengono integrati nel Piano Sanitario Regionale con altri due obiettivi di carattere generale:

- 1) miglioramento della qualità e della organizzazione dei Servizi di Salute Mentale;
- 2) facilitazione dell'accesso ai Servizi ed adeguamento della rete di assistenza.

Il primo obiettivo mette al centro della organizzazione e direzione il confronto e il consenso degli operatori sull'attivazione e sulla qualità delle prestazioni sanitarie. Il coinvolgimento di tutti gli operatori è il presupposto per la costruzione del catalogo dei servizi erogati, come risposta appropriata alla domanda di salute mentale dei cittadini e per la formalizzazione di un sistema di garanzia della qualità, come continuo miglioramento dei Servizi in relazione alla valutazione degli obiettivi raggiunti. Per elevare la cultura della qualità e per organizzare un nucleo di operatori con specifiche competenze in ogni DSM viene avviato per il periodo (1999-2001) un Progetto regionale su "Lo standard di prodotto nei DSM tra garanzie per i cittadini e strumenti di pianificazione". Il Progetto vede la partecipazione di tutti i DSM della Regione e interessa tutta la popolazione utente dei DSM.

Il secondo obiettivo esige che l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sia regolato sul miglioramento dei punti di accesso e sulla facilitazione del percorso della rete assistenziale. Questa attenzione al superamento di ogni barriera (culturale, logistica, organizzativa ...) che rende problematico al cittadino il potersi rivolgere al Servizio Sanitario, deve comportare non solo una più razionale dislocazione ed erogazione delle prestazioni ma una maggiore specializzazione dei servizi del DSM. La facilitazione dell'accesso è tale se corrisponde ad una reale capacità dei Servizi di accogliere prima possibile la domanda e di dare una risposta pronta, appropriata e globale. Questo obiettivo assume una grande rilevanza se viene finalizzato alla prevenzione del disagio psichico e della disabilità, e al trattamento precoce e completo del disturbo mentale. In questo contesto va inserito e sviluppato in ogni DSM il Servizio di Consultazione per la Medicina e la Pediatria di base, perché permette di elevare l'appropriatezza dell'indicazione verso i servizi sanitari e di rendere l'integrazione tra i servizi uno scambio di competenze e di strumenti operativi. A questo fine è attivato un Progetto regionale di "Integrazione dei medici e dei pediatri di base nei percorsi assistenziali del DSM" per il triennio 1999-2001 che vedrà la partecipazione dei 13 DSM della Regione.

Al fine di creare una relazione di razionalità tra obiettivi di salute, modelli di organizzazione e allocazione delle risorse si individuano quattro aree di attività dei Servizi:

- 1) Promozione della salute mentale e prevenzione del disagio psichico, dei disturbi mentali e delle disabilità psicofisiche;
- 2) Pronta e completa risposta alla emergenza -urgenza;
- 3) Presa in cura e trattamento intensivo;
- 4) Riabilitazione e trattamento prolungato finalizzato al reinserimento sociale.

La prima area ha come riferimento funzionale la comunità locale, le organizzazioni della società civile e i servizi distrettuali del DSM, in forte e concreta collaborazione con gli Enti locali, quale contesto della articolazione dei servizi sanitari e sociali del territorio.

La seconda area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM (SPDC e Servizio Regionale di Psichiatria e Psicoterapia dell'età evolutiva in via di attivazione) e la interrelazione con l'Ospedale generale, il Servizio "118" e il Servizio di Guardia medica prefestivo, festivo e notturno, la medicina generale e la pediatria di base.

La terza area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi di assistenza e di ricovero del DSM e la loro articolazione con la medicina e la pediatria di base, la medicina specialistica ambulatoriale, i servizi ospedalieri e altri servizi sociali e sanitari pubblici e privati.

La quarta area ha come riferimento funzionale la rete dei servizi distrettuali e aziendali del DSM in stretta integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, che portano a valorizzare il rapporto dei servizi dipartimentali con le comunità riabilitative pubbliche e private, in particolare con le Cooperative sociali per la ricapacitazione, l'addestramento professionale e l'inserimento lavorativo della persona con disturbo mentale grave. Pari valorizzazione va assegnata alle attività per la formazione scolastica e professionale e per l'inserimento lavorativo dei soggetti con handicap in età 15-18 anni, con particolare riguardo anche ai ragazzi/e che presentano disturbi psicopatologici.

La programmazione degli obiettivi di salute per le quattro aree deve avvenire sulla base dei dati di evidenza clinica, di rilevanza epidemiologica, di progresso scientifico e di aspettative di salute del cittadino e della comunità. Su questa base la definizione delle tipologie e degli standard delle strutture e degli organici del DSM può avvenire con la costituzione di gruppi di lavoro a livello regionale, la cui finalità è quella di individuare gli obiettivi di salute per ogni specifica area e su questi di indicare le strategie di intervento per la specializzazione della rete dei servizi in un quadro coerente di promozione della salute mentale.

10. DISCIPLINA DEL RAPPORTO TRA PROGRAMMAZIONE REGIONALE E PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE

Il Piano Sanitario Regionale rappresenta il documento di riferimento programmatico di medio periodo con cui il governo regionale enuncia, coerentemente ai principi e agli indirizzi generali del PSN, le scelte strategiche alle quali fare riferimento nella elaborazione della politica sanitaria e della politica dei servizi.

Il PSR è proposto alla Giunta dall'Assessorato alla Sanità ed è approvato dal Consiglio come atto regolamentare dopo averlo sottoposto alla Conferenza Regione - Autonomie Locali.

L'Assessorato alla Sanità elabora i contenuti del PSR prendendo a riferimento:

- 1) le indicazioni del PSN;
- 2) le scelte di politica regionale;
- 3) l'analisi dei bisogni di salute della popolazione regionale;
- 4) lo stato dei servizi e le evidenze disponibili sulla loro efficacia ed efficienza.

Il processo di selezione delle priorità e delle strategie di intervento è realizzato acquisendo il contributo: delle istituzioni che esercitano funzioni, o che possono esercitarne, sullo stato di salute della popolazione; del volontariato, che contribuisce alla umanizzazione del servizio e alla trasmissione delle istanze etiche e a dar voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati; delle organizzazioni sindacali; delle aziende sanitarie; del mondo professionale; dei produttori, che concorrono alla salute del cittadino e all'esercizio dei suoi diritti con prestazioni e servizi qualificati e tempestivi. Per l'implementazione dei contenuti strategici del PSR vengono seguiti due percorsi paralleli continuamente integrati tra loro: quello della politica di salute e quello della politica dei servizi.

Il primo, la politica di salute, definisce le scelte strategiche relative ai problemi prioritari da affrontare e le linee di intervento intersettoriali con cui perseguire determinati traguardi di salute della popolazione regionale. Coinvolge la responsabilità primaria dei diversi livelli di governo e programmazione regionale e locale: Giunta, Conferenza Sanitaria Territoriale e Enti Locali. In tale ambito, il settore sanitario contribuisce al pari di altri settori che con il loro impegno concorrono a migliorare la salute della popolazione e assicura il supporto tecnico necessitante alla selezione delle priorità.

Il secondo, la politica dei servizi, definisce le scelte strategiche relative al modello di organizzazione dei servizi e alle relazioni tra i diversi livelli di programmazione previsti nel sistema regionale e locale e i diversi livelli di governo o gestione del sistema dei servizi sanitari e sociali al fine di orientare l'offerta e il suo funzionamento verso la configurazione meglio capace di soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. Esplicita le modalità con cui i servizi sanitari della regione danno attuazione agli impegni per la politica di salute attraverso la produzione di prestazioni e servizi di natura preventiva, curativa e riabilitativa. In tale ambito programmatico è essenzialmente e primariamente coinvolto il governo del settore nei suoi diversi livelli di responsabilità.

La politica di salute individua come campo d'azione il sistema di salute inteso come insieme dei fattori che influenzano lo stato di salute e di benessere di una popolazione, delle dinamiche con cui quest'influenza si esercita, per definire strategie d'intervento di tipo multi dimensionale e intersettoriale imperniate sulla promozione della salute.

Con la politica di salute si vuole inserire la politica dei servizi in un quadro di coerenza che considera la salute e il benessere come risultato di un'interazione costante tra l'individuo e altri fattori che contraddistinguono l'ambiente in cui

vive e si relaziona. Il sistema dei servizi sanitari è uno di questi fattori e il suo contributo così come i suoi effetti, in termini di guadagno di salute e di benessere, sono strettamente correlati all'azione d'altri settori d'intervento.

Con la politica di salute l'importanza del sistema dei servizi di cura e assistenza viene relativizzata, nella consapevolezza che le caratteristiche di complessità che contraddistinguono la salute e il benessere della popolazione devono essere poste al centro dello sviluppo sociale ed economico, evitando di affrontarle esclusivamente come ambito specialistico riservato ad un solo settore d'attività. I servizi sono importanti e strategici ma necessitano di affiancarsi ad interventi sull'ambiente fisico e sociale.

In tal senso, e in altri termini, si chiede al sistema dei servizi di contribuire a mantenere una fiscalità capace di non compromettere l'evoluzione d'altri settori d'attività e, conseguentemente, di impegnarsi nel dare risposta a due questioni fondamentali: 1) quali scelte sociali offrono le migliori possibilità agli individui, ai gruppi e alle collettività nel mantenimento e nel miglioramento della loro salute e del loro benessere 2) come può il sistema dei servizi sanitari contribuire a prevenire e ridurre i problemi e agire efficacemente in favore della salute e del benessere.

La politica per la salute assume un approccio strategico il cui fine è: la definizione di obiettivi di salute, intesi come traguardi di riduzione dei problemi di salute che maggiormente affliggono la popolazione e di miglioramento del livello di salute; la selezione dei mezzi e delle strategie d'azione più efficaci da realizzare in associazione con altri settori di attività della vita collettiva.

La politica di salute viene programmaticamente perseguita con gli obiettivi di salute, con cui la Regione definisce i risultati attesi in settori prioritari di intervento secondo definite strategie di azione intersettoriali, e piani per la salute, con cui le Conferenze Territoriali specificano localmente gli obiettivi di salute.

Gli obiettivi di salute definiscono programmi di intervento mirati a specifiche problematiche di salute della popolazione

elaborati con il contributo di diversi settori di attività. La responsabilità di tali programmi coinvolge nel complesso i diversi livelli di governo: nazionale, regionale e locale. Il settore sanitario, nei suoi livelli regionale e aziendale, vi si impegna con il suo sistema di offerta e produzione di servizi preventivi, curativi e riabilitativi.

Gli obiettivi di salute definiscono i problemi di salute e le aree di intervento su cui, su scala regionale, si intende agire prioritariamente, si specificano i traguardi di salute che si intendono perseguire e si indicano le scelte strategiche relative agli strumenti e ai percorsi di azione con cui si aggiornano gli interventi. Gli obiettivi di salute sono elaborati in modo intersettoriale, interprofessionale e interdisciplinare con il coinvolgimento di tutti i settori di attività che contribuiscono o possono contribuire alla salute della popolazione regionale e con le competenze dei professionisti e degli altri operatori del servizio sanitario regionale.

I Piani per la Salute rappresentano la specificazione locale degli obiettivi di salute e si sostanziano in un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori - coordinati dagli Enti Locali a livello di Conferenza Territoriale - che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di riferimento. È la sede del patto di solidarietà per la salute dove gli attori, ognuno per la propria parte, si assumono impegni e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute selezionati come prioritari per la popolazione del territorio di riferimento dalla Conferenza Territoriale, con il supporto tecnico dell'Azienda Sanitaria e coerentemente alle indicazioni regionali.

I piani per la salute individuano, per il medio periodo:

1. i più importanti bisogni di salute della popolazione locale e le risposte in termini di promozione della salute e prevenzione della malattia che i diversi attori si impegnano a dare;
2. i principali bisogni di assistenza sanitaria della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di organizzazione dei servizi sanitari e sociali prodotti dall'insieme dei soggetti pubblici, privato sociale e privato accreditato.

Nella definizione della politica della salute si sostanziano i processi di sussidiarietà e di negoziazione con cui realizzare 1) la selezione delle priorità di intervento che massimizzano l'efficacia e il rendimento delle risorse mobilitate per la salute, 2) l'alleanza strategica tra l'insieme dei soggetti che concorrono o possono concorrere alla salute della popolazione e con cui 3) definire i ruoli da attribuire in termini di sussidiarietà orizzontale con i relativi strumenti di governo. Il processo è diretto dagli organi di governo con il supporto tecnico dei diversi livelli del sistema sanitario e implica la partecipazione degli altri soggetti che interagiscono nel sistema, sia nella fase di selezione dei problemi e delle azioni di interesse prioritario sia nella fase di produzione dei servizi.

La politica dei servizi sostanzia e realizza l'impegno del settore sanitario nei suoi diversi livelli di responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Progetta, pianifica, indirizza, organizza e produce i servizi con cui contribuire a soddisfare i bisogni e gli obiettivi di salute per la popolazione di riferimento, ne esplicita il sistema di verifica perseguendo il miglior equilibrio possibile tra una adeguata qualità dei servizi e la loro sostenibilità economica.

La politica dei servizi si realizza con i Piani Attuativi e il Piano delle Azioni.

Il Programma Attuativo Regionale rappresenta l'insieme degli strumenti con cui la Regione da traduzione programmatica alle scelte strategiche del piano nella parte relativa alla struttura e all'organizzazione dei servizi sanitari con cui contribuire agli obiettivi di salute, definendo

1. l'assetto organizzativo e la distribuzione delle funzioni organizzate secondo il modello hub & spoke ;
2. gli indirizzi, i criteri e gli standard di riferimento per la distribuzione, la configurazione organizzativa e la dinamica di funzionamento dei servizi a larga diffusione contribuenti all'autosufficienza territoriale ai quali le Aziende Sanitarie dovranno fare riferimento nella elaborazione dei Piani Attuativi Locali.

Il programma è realizzato con atti di indirizzo o direttive elaborate con il contributo delle competenze del sistema dei servizi sanitari e quelle di altri settori di intervento con cui il sistema deve interagire per la realizzazione del grado di intersettorialità necessario a massimizzare il rendimento e la qualità degli interventi.

Gli strumenti che compongono e realizzano il programma sono approvati con delibera della Giunta. Per gli atti più significativi è sentita, la Commissione Consigliere Sicurezza Sociale e è acquisito, con particolare riferimento agli atti riguardanti l'integrazione sociale e sanitaria, il parere della Conferenza Regione - Autonomie Locali.

Il Piano Attuativo Locale è la specificazione territoriale della configurazione organizzativa dei servizi con cui il settore sanitario si impegna localmente a contribuire al raggiungimento degli obiettivi di definiti nel piano per la salute.

È il piano con cui si adegua l'assetto organizzativo generale del sistema dei servizi (tipo, natura, volume, distribuzione, relazioni) e delle regole che ne reggono il governo agli indirizzi definiti dal Programma Attuativo Regionale nell'obiettivo di facilitare il raggiungimento degli obiettivi individuati nel Piano per la Salute. Sostanzia il contributo delle Aziende Sanitarie alle azioni per la salute. È elaborato dall'Azienda secondo le indicazioni del Programma

Attuativo Regionale e con un processo che garantisca la partecipazione competente dei professionisti e degli operatori. È inviato alla Regione per la verifica di coerenza con i citati documenti di programmazione e indirizzo, in tal senso formula osservazioni, indicazioni e prescrizioni, ed è approvato dalla Conferenza Sanitaria Territoriale sentite le parti sociali, le formazioni sociali private senza scopo di lucro impegnate nell'assistenza sociale e sanitaria, le organizzazioni delle strutture private accreditate dal SSN. Ha validità triennale.

In caso di inerzia o grave contrapposizione fra Azienda e Conferenza Sanitaria Territoriale la Giunta regionale adotta le iniziative atte a rimuovere le difficoltà presenti anche mediante l'esercizio dei poteri sostitutivi dei quali da tempestiva comunicazione alla competente Commissione Consigliare.

Il Piano delle Azioni è elaborato dalle Aziende Sanitarie e rappresenta lo strumento di programmazione operativa che sostanzia la funzione di committenza e l'impegno a garantire i livelli essenziali di assistenza e il rispetto dei vincoli economico-finanziari previsti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, che specifica gli standard di servizio (tipo, volume, distribuzione, qualità) con cui contribuire al raggiungimento degli obiettivi del Piano per la Salute, che definisce i partner con i quali assicurare alla popolazione di riferimento prestazioni e servizi di qualità nell'ambito di una sussidiarietà orizzontale definita da precisi contratti di fornitura. Con gli accordi e i contratti si esplicitano: gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi; il volume delle prestazioni che ci si impegna ad assicurare, distinte per tipo e modalità di assistenza; i requisiti dei servizi da rendere in termini di accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, di tempi di attesa e di continuità assistenziale; il corrispettivo economico complessivo per le attività concordate risultante dall'applicazione di specificati sistemi di remunerazione coerenti con i principi di appropriatezza d'uso dei servizi; il debito informativo da soddisfare.

- Il Piano delle Azioni costituisce altresì la base informativa per la predisposizione del piano programmatico di cui all'art.11 della L.R. n°19/94, così come sostituito dall'art.181 della L.R. 3/99.

Il Piano delle Azioni è elaborato dall'Azienda a partire da una descrizione delle caratteristiche sanitarie, sociali e demografiche della popolazione di riferimento, del grado di adeguatezza dei servizi dell'Azienda, del loro livello di qualità e dello stato di raggiungimento degli obiettivi fissati per il breve e medio periodo.

- Il Piano delle Azioni ricomprende e integra i Programmi delle Attività Territoriali con cui, per ogni Distretto dell'Azienda e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto: si assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie e li coordinano con quelli di altri livelli assistenziali; si prevedono la localizzazione dei servizi a gestione diretta; si determinano, tramite concertazione con i Comuni, le risorse per l'integrazione socio sanitaria, la ripartizione del loro finanziamento e la loro distribuzione territoriale.

- Il Piano delle Azioni: è approvato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza sanitaria Territoriale e è trasmesso per parere all'Assessorato alla Sanità che ne verifica la coerenza con gli obiettivi di programmazione di breve e medio periodo e, in tal senso, può formulare osservazioni, indicazioni e prescrizioni; ha validità triennale con adeguamento da realizzare per ogni anno di esercizio in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi necessari a soddisfare i bisogni della popolazione, delle evidenze di funzionalità e di qualità dei servizi, e della sostenibilità economica.

L.R. n. 11 del 25 Febbraio 2000 **Piano Sanitario Regionale 1999-2001**, "Il patto di solidarietà per la salute in Emilia Romagna" (allegato)

L.R. n. 3 del 21 Aprile 1999 "Riforma del sistema Regionale e Locale"

L.R. n. 33 del 12 Aprile 1995 "Delimitazione territoriale dell'area Metropolitana di Bologna e attribuzione di funzioni"

L.R. n. 19 del 12 Maggio 1994 "Norme per il riordino del Servizio sanitario Regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992 , n. 502, modificato dal DLgs 7 dicembre 1993, n. 517"