

La riorganizzazione della rete ospedaliera

1. Il PSN 2003-2005: Il ripensamento del ruolo dell'ospedale: l'ospedale come luogo di alta tecnologia e concentrato sull'acuzie; integrato con il territorio; non più "sotto casa"; una tendenza al ricovero diurno e alla deospedalizzazione

Negli ultimi venti anni i mutamenti intervenuti nel nostro Paese, come nella gran parte dei Paesi industrializzati, hanno reso alquanto obsoleto il modello di assistenza concentrato prevalentemente sulle strutture ospedaliere come luogo delle tecnologie e delle professionalità più avanzate.

La crescita dell'aspettativa di vita e l'incremento parallelo e conseguente delle patologie cronico-degenerative hanno fatto lievitare altri bisogni, collegati alla necessità di assicurare assistenza a domicilio, riabilitazione, assistenza nelle fasi terminali della vita.

In questo scenario si inseriscono le scelte del Piano Sanitario Nazionale 2003-05 di procedere ad un "ripensamento del ruolo dell'ospedale", ossia una ristrutturazione della rete ospedaliera per renderla più idonea a soddisfare le esigenze di una popolazione che cambia, e che si sviluppa secondo alcune linee:

- sede di alte tecnologie, specializzato per le patologie acute, non più riferimento per ogni problema di salute e "sotto casa";
- non luogo isolato ma fortemente integrato con il territorio,
- sviluppo degli ospedali di eccellenza, nell'ambito di una rete più ampia di ospedali¹
- parallela crescita sul territorio di un sistema di servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria²;

Ciò al fine di offrire al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità.

Le indicazioni del Piano sono pienamente coerenti – come un percorso di indicazioni nazionali – con quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 sulla definizione dei LEA (allegato 4, che richiama le scelte di sviluppo delle forme di ospedalità breve, Day hospital e Day Surgery, della deospedalizzazione e di appropriatezza delle prestazioni ospedaliere).

¹ Il PSN richiama la necessità di creare reti di eccellenza, similmente alla rete degli "Ospedali nel mondo", dove concentrare le tecnologie e le competenze più avanzate, assicurando il più avanzato trattamento possibile sia sul versante diagnostico sia su quello terapeutico. Gli ospedali sono collegate in rete tra loro e con sedi periferiche, anche tramite forme di teleconsulto (che consente una crescita delle capacità professionali anche nelle sedi locali).

Un sistema che il Piano definisce "a collegamento verticale"; ed altri indicano *come "hub and spoke"* (termine presente nella DGR Emilia-Romagna sul riordino della rete ospedaliera in attuazione del PSR 1999-01; poi ripreso anche dalla Regione Sicilia e da altri). Un "hub"

² Ecco cosa afferma il PSN: "Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici.

Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale"

Inoltre proseguono quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni 2001 con il quale le Regioni si impegnavano a portare gradualmente a quattro ogni mille abitanti il numero di posti letto per pazienti acuti e, allo stesso tempo, ad innalzare ad un posto letto per ogni mille abitanti le strutture per lungodegenze e riabilitazione, oggi molto carenti*.

2. *Gli standard della rete ospedaliera: 4, 5 posti letto per 1.000 abitanti e spetta alle Regioni definire il “quantum” dei posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza; accenni alle norme precedenti*

Va rilevato che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 impegna le Regioni su diversi obiettivi di razionalizzazione della rete ospedaliera:

- abbassa lo standard di dotazione media regionale ospedaliera, portandolo a 4,5 posti letto per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, da raggiungere entro l'anno 2007, e precisando che è ammessa una variazione nei limiti del 5% in rapporto alle diverse condizioni geografiche del Paese. Spetterà, pertanto, alle Regioni definire la quota di p.l. della riabilitazione ospedaliera, anche considerando la possibilità di ampliare l'ambito di attività riabilitativa sul territorio;
- promuovere il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno e le forme di deospedalizzazione;
- pervenire entro l'anno 2007 al tasso di ospedalizzazione pari a 180 ricoveri per mille abitanti residenti, di cui in regime diurno di norma pari al 20%;
- stabilire, nelle tariffe ospedaliere, un valore soglia di durata della degenza nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si abbatte la tariffa; fino all'adozione dei provvedimenti regionali il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, oltre il quale si applica una riduzione di almeno il 30% della tariffa piena.

In precedenza legge 16 novembre 2001, n. 405 (di conversione, con modificazione, del Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347 recante "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), attuativa dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, prevedeva lo standard di 5 posti letto ospedalieri per mille abitanti dei quali 4 per mille per acuti (cioè per le patologie gravi, nelle fasi in cui non sono trattabili in ambulatorio o a domicilio) e 1 p.l. per mille abitanti per riabilitazione e lungodegenza

Inoltre il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza operava nel senso dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, prima di tutto attraverso l'elencazione di 43 DRG ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario, promovendone in tal modo l'erogazione in day hospital/day surgery.

Inoltre l'allegato 4 chiarisce la necessità di un “ripensamento del ruolo dell'ospedale” e stabilisce la necessità di promuovere l'appropriatezza clinica tramite linee guida e percorsi clinico-diagnostici.

Nuovi standard per i Lea.

E' utile richiamare anche la legge 30 dicembre 2004, n. 311, (legge finanziaria 2005) che, all'art. 1, comma 169, prevede la determinazione, entro il 30 giugno 2005, di standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, di esito e quantitativi dei Lea.

Gli standard sono elaborati dalla **“Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”** e poi sono adottati con regolamento ministeriale (Salute e Economia) sentita la Conferenza Stato-Regioni.

Sistema hub and spoke

Diversi autori, e poi la Regione Emilia-Romagna (DGR1 marzo 2000, n. 556 – Linee guida di attuazione del PSR 1999-2001 sul ruolo della rete ospedaliera regionale) prevedono una modulazione della rete ospedaliera in relazione della complessità del case mix assistenziale.

Si prevedono così :

ospedali integrati di livello aziendale o zonale;

aree di attività di livello regionale, integrate secondo il modello hub and spoke (in cui l'Emilia-Romagna inserisce: cardiologia intensiva e cardiocirurgia; sistema di emergenza-urgenza; neuroscienze; trapianto di organi e tessuti; terapia intensiva neonatale e pediatrica; terapia dei grandi ustionati; terapia dei grandi traumi).

Si concentra la produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub) e si organizza il sistema di invio da centri periferici sotto-ordinati (spoke), cui compete principalmente la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Sempre meno l'ospedale rappresenta la sede esaustiva del percorso diagnostico-terapeutico e sempre più tale percorso dovrà trovare nella organizzazione sanitaria e socio assistenziale del territorio il suo inizio e la sua conclusione.

È soprattutto questo rapporto collaborativo ed integrativo che può rendere il processo efficace, in grado di utilizzare tutte le possibili sinergie.

Ciò che è da costruire è un percorso parallelo che faccia corrispondere continuità e variabilità delle esigenze assistenziali del paziente e continuità e variabilità della risposta assistenziale, superando la logica dell'intervento finalizzato alla risoluzione del singolo episodio clinico, a favore di un approccio integrato, finalizzato invece ad una gestione globale della salute del cittadino.

L'evoluzione del ruolo del comune e l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria nella normativa

L'integrazione socio-sanitaria costituisce da sempre un obiettivo prioritario del Servizio sanitario nazionale, come necessario presupposto per rispondere ad un bisogno di salute ampio e complesso, in particolare nelle fasce a rischio, quali l'area materno-infantile, gli anziani, i disabili, i malati mentali, i tossicodipendenti, i malati terminali, i malati di HIV.

La natura di questi bisogni è composita e la loro tutela richiede la collaborazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali e l'integrazione tra livelli organizzativi e gestionali delle istituzioni coinvolte.

Le modalità storicamente previste per attivare l'integrazione sono diverse.

La legge istitutiva del Ssn, L. 833/78, unifica in un'unica struttura, l'unità sanitaria locale, i diversi servizi volti alla tutela della salute e attribuisce la gestione stessa dei servizi sanitari all'ente più vicino ai cittadini, il Comune o l'Associazione dei Comuni.

Nasce, presto, la necessità di ripartire competenze e risorse tra Comuni e unità sanitarie locali, basti pensare agli interventi normativi degli anni '80, e prima di tutto il DPCM 8 agosto 1985 sull'integrazione socio-sanitaria.

Il passaggio successivo, fortemente improntato alla ricerca di strumenti di maggiore efficienza e razionalizzazione delle spese, è riconducibile alla trasformazione delle unità sanitarie locali in aziende, con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. La riforma ha separato il momento politico da quello tecnico, escludendo gli enti locali dalla gestione dei servizi sanitari. Nella

modifica introdotta dal decreto legislativo 517/93 si attribuisce una corresponsabilizzazione all'ente locale, nell'ambito della definizione degli indirizzi e nelle attività di verifica delle attività, tramite la Conferenza dei sindaci da istituire in ogni Azienda USL. L'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria diviene, con questa riforma, più complesso. L'unica previsione in materia di assistenza sociale nel d.lgs. 502/92 riguarda la possibilità, per l'ente locale, di delegare le attività sociali e le relative risorse all'azienda USL, che può erogare le prestazioni solo dopo l'acquisizione dei finanziamenti.

Il primo Piano sanitario nazionale, relativo al triennio 1994-96, recupera l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria, da realizzarsi prima di tutto nel distretto. Il piano evidenzia: *“la struttura di molti bisogni, che costituiscono gran parte dell'attuale domanda di salute (età geriatrica; relazione madre-bambino; disabilità, malattia mentale; tossicodipendenza) richiedono necessariamente che la tutela della salute sia organizzata in modo tale da garantire l'integrazione dei tre momenti specifici di intervento (sanitario, socio-sanitario integrato, assistenziale)”, con relativa “necessità di programmare, organizzare e costituire l'offerta di servizi socio-sanitari integrati come un progetto unitario coinvolgendo i due diversi referenti istituzionali degli interventi sanitari e sociali: il comune associato in U.S.L. ed il comune singolo”.*

La storia successiva è ben nota agli operatori della sanità: la Conferenza dei sindaci ha avuto concrete difficoltà ad operare, sia per la grande frammentazione e diversità dei Comuni in Italia, sia per la scarsa stabilità dei Direttori generali delle aziende sanitarie, e non ultimo per la complessità politica dei rapporti tra organismi eletti dalla cittadinanza e un organo nominato dalle Regioni.

Numerose Regioni hanno individuato altre forme di corresponsabilizzazione degli enti locali, con organismi misti e rafforzando l'uso della delega o delle intese. In questa materia, gli strumenti operativi utilizzati sono stati principalmente quelli individuati dalla legge n. 412/90 sulle autonomie locali, e principalmente l'accordo di programma, il consorzio, le convenzioni, la Conferenza dei servizi.

L'integrazione socio-sanitaria ha acquistato una nuova centralità in epoca recente, per lo stesso cambiamento del quadro epidemiologico, con crescente aumento delle patologie cronico stabilizzate, di quelle cronico degenerative soprattutto legate all'invecchiamento della popolazione, e patologie di origine sociale dovute all'aumento delle differenze sociali (immigrazione; barriere culturali per l'ingresso nel mercato del lavoro). Questo tipo di patologie non può trovare una risposta esaustiva nei tradizionali centri sanitari (ospedali e servizi ad alta specializzazione), ma richiede la costruzione di una rete di servizi socio-sanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi.

Questa consapevolezza è maturata in una serie di riforme istituzionali, che nel settore sanitario si sono incentrate nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 e nel decreto legislativo n. 229/99. La cosiddetta “Riforma ter” del Servizio sanitario nazionale prevede forme nuove e incisive di partecipazione degli enti locali al sistema sanitario (in buona parte recependo quanto già previsto da diverse Regioni) nell'ambito della programmazione regionale, aziendale e distrettuale, con concorso alla definizione del piano sanitario regionale, del piano attuativo locale e del programma delle attività territoriali. In secondo luogo con partecipazione nei percorsi di verifica dei risultati delle attività sanitarie e della stessa attività dei Direttori generali.

Altre novità riguardano l'integrazione socio-sanitaria: il decreto individua nuovi criteri per distinguere le prestazioni in questa incerta area tra sanitario e sociale (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, con la sottocategoria delle “prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria caratterizzate dalla particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che rientrano nei LEA), nel tentativo di chiarire cosa compete al Comune e cosa alle aziende sanitarie. Il decreto specifica – ed è un aspetto di sostanziale novità - che il distretto è tenuto a garantire anche le prestazioni socio-sanitarie, e a programmarle in forma concertata con i Comuni tramite il piano delle attività territoriali (PAT).

In attuazione di queste norme, l'atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001 identifica criteri per definire le prestazioni socio-sanitarie (anche in questo caso riprendendo in larga parte quanto già previsto da diverse Regioni), tra cui i criteri dell'appropriatezza, della modulazione di intensità e di complessità dei fattori produttivi; ribadisce l'importanza della valutazione multidisciplinare del bisogno, la predisposizione dei piani personalizzati di assistenza, l'approccio progettuale. La tabella allegata al decreto, inoltre, individua, per grandi aree, i servizi e le prestazioni da iscrivere alle nuove categorie identificate dal d.lgs. 229/99, e le relative competenze ed oneri tra aziende USL e Comuni; problema che ha posto ancor più drammaticamente la necessità di individuare nuove risorse a favore degli enti locali per coprire i servizi, e rispondere ad una domanda sociale senza precedenti.

Il recentissimo Piano sanitario nazionale 2003-2005 (approvato con DPR 23 maggio 2003) ha posto l'integrazione socio-sanitaria tra i principi fondamentali del sistema sanitario italiano, e come uno dei punti di riferimento per la graduale transizione del sistema dalla "sanità" alla "salute". Il Piano dedica particolare attenzione ai servizi territoriali. Indica, infatti, come obiettivo fondamentale, la costruzione di una "rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"; nonché "la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari". Affronta in maniera esplicita il problema del rapporto tra salute e sociale, indicando che *"Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria"*, e fissa obiettivi di tutela per le aree più a rischio. Il Piano richiama, inoltre, uno dei nodi centrali del problema: la necessità di individuare nuove e specifiche risorse per questa area, anche per far fronte alle prestazioni escluse dai LEA. Tema che viene ripreso anche dal "libro bianco del Welfare" del Ministero del Lavoro e della Solidarietà Sociale del luglio 2003.

Nel settore sociale, un riferimento normativo organico è intervenuto solo con la legge n. 328 del 2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), benché la riforma dei servizi sociali dovesse accompagnare la stessa istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978. La legge, all'art. 8, stabilisce che le Regioni, nel determinare gli ambiti territoriali delle zone sociali, prevedono inventivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti di norma coincidenti con i distretti sanitari. Una indicazione importante, in quanto un distretto che coincida territorialmente con l'ambito sociale può rappresentare meglio la comunità locale, essere facilitato nelle modalità programmatiche ed operative.

A seguito della legge, è stato emanato anche il primo "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003" (D.P.R. 3 maggio 2001), che ribadisce l'importanza di garantire l'unitarietà del processo programmatico rendendo tra loro compatibili le indicazioni del Programma delle attività territoriali del distretto con quelle del Piano di zona dei Comuni indicato dall'art. 19 della legge 328/2000. A tal fine, nel Piano di zona vanno individuate le soluzioni più idonee non solo per l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, per l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria.

3. LEA e LIVEAS

La vera svolta in questo ambito si ha nella fase attuale, caratterizzata da una profonda trasformazione dell'assetto istituzionale del Paese in senso federalistico, prevista dalla riforma del titolo V della Costituzione, approvata con la legge costituzionale n. 3 del 2001.

Questa trasformazione è rilevante su diversi ambiti, partendo dall'affermazione del principio fondamentale della sussidiarietà, verticale (fra istituzioni) ed orizzontale (intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini, e quindi al luogo dove nasce il "bisogno"), prevedendo che la generalità delle competenze sia attribuita al livello regionale e locale, mentre allo Stato siano attribuite le competenze espressamente indicate. Come fondamentale elemento di unitarietà, stabilisce che spetta al livello

centrale, con competenza esclusiva, la *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* (art. 117, comma 1, lettera m).

I livelli, pertanto, costituiscono l'elemento di unitarietà in un sistema che sceglie la differenziazione come valore. Come è noto, nel settore sanitario, i livelli di assistenza hanno avuto una definizione con l'accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, i cui contenuti sono stati poi recepiti nel DPCM 29 novembre 2001.

Il decreto indica i servizi e le attività socio-sanitarie che rientrano nei LEA nell'allegato 1C, che recepisce le indicazioni dell'atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001 e fornisce ulteriori indicazioni. L'allegato, tuttavia, ha suscitato discussioni e conflitti, in quanto prevede un riparto di competenze e oneri tra ASL e Comuni rispetto ad una serie di prestazioni socio-sanitarie (come l'assistenza domiciliare integrata; l'assistenza ai disabili gravi ed altre), che rende urgente individuare risorse nuove per gli enti locali, di entità ben più ampia di quelle attualmente previste nel Fondo sociale nazionale. Risorse, invece, che non sono identificate se non per la possibilità di coinvolgimento dell'utenza nel fronteggiare i costi, rischiando così di creare nuove difficoltà per le fasce “deboli” o più a rischio della popolazione. Tale attribuzione di oneri finanziari è stata infatti effettuata senza disporre di una serie informazioni sugli oneri che già oggi i Comuni e l'utenza sopportano, sull'incremento di questi che la nuova disciplina avrebbe comportato, sulla possibilità reale dei Comuni per farvi fronte in ogni area del Paese, ricorrendo anche al concorso dell'utenza.

Se i LEA socio sanitari suscitano problemi, ancora mancano i livelli essenziali di assistenza nel settore sociale (cosiddetti LIVEAS). E anche la definizione dei LIVEAS sembra trovare un ostacolo molto difficile nella necessità di individuare non solo le prestazioni socio sanitarie e sociali, ma anche le risorse per erogarle.

I Presidenti delle Regioni, nel documento presentato alla Conferenza Stato-Regioni il 17 luglio 2003, come base di discussione sulla materia, richiedono di affrontare unitariamente il tema delle prestazioni e delle risorse, sia per la necessità di garantire l'effettiva erogazione delle prestazioni ai cittadini, sia perché ritengono impensabile caricare sugli enti locali responsabilità specifiche, a fronte di diritti esigibili dal cittadino, non prevedendo i finanziamenti per erogare servizi e prestazioni.

Il tema è pertanto, ancora aperto, ma la soluzione costituirà la base per garantire l'integrazione socio-sanitaria nel nostro Paese con elementi di indispensabile unitarietà.

I nuovi Accordi della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta

L'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale stipulato il 20 Gennaio 2005 e reso esecutivo il 23 Marzo 2005 e l'Accordo Collettivo Nazionale di pediatria stipulato il 28 Gennaio 2005 e reso esecutivo il 15 Dicembre 2005, contengono importanti norme:

si promuovono le forme associative “evolute” della medicina generale, ed in particolare l'art. 26 prevede come obbligatorio (perché nasce dalla scelta programmatica regionale e non dalla libera associazione dei medici) l'equipe territoriale.

Si tratta di una forma di integrazione funzionale dei medici di medicina generale e di altre figure professionali del territorio, senza vincolo di una “sede unica” (ossa con superamento dei singoli studi professionali), ma possibilmente con una sede comune (che si aggiunge ai singoli studi professionali e in cui medici ed altri operatori operano con turnazione) volte a discutere i casi clinici complessi; definire percorsi di cura in modo integrato con gli altri servizi distrettuali, definire obiettivi di continuità assistenziale(con coordinamento con i Medici di Continuità Assistenziale) , appropriatezza prescrittiva etc. L'obiettivo ultimo è la presa in carico delle persone con problemi complessi.

Le modalità operative per costituire le equipe sono definite dagli accordi decentrati regionali. Gli stessi accordi regionali possono prevedere UTAP – Unità territoriali di assistenza primaria, come organismi distrettuali di cure primarie, ma solo in forma sperimentale; in accordo con le OO.SS. e prevedendo la partecipazione volontaria dei medici. Le UTAP prevedono una sede unica; rendono più facile le forme di integrazione e anche gli obiettivi di continuità delle cure e anche lo svolgimento di forme di assistenza specialistica di base, nonché la presa in carico dei pazienti. Ovviamente non possono essere realizzate dovunque; lo schema di PSN 2006-08 suggerisce, laddove non sia possibile creare UTAP, un ampio utilizzo della telemedicina.

4. Le forme dell'integrazione

La citata normativa, soprattutto quella più recente, appare fortemente connotata dal valore dell'integrazione tra sanitario e sociale, anche in un modello che prevede la titolarità separata nell'esercizio delle funzioni sociali e sanitarie e la separazione delle competenze finanziarie.

La normativa, inoltre, affronta il tema dell'integrazione da più punti di vista, generalmente riconducibili ai seguenti:

- *integrazione istituzionale*, che richiede la definizione di collaborazioni fra istituzioni diverse (ASL, Amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute globale, che comprende la vita della persona nella comunità. E' un passaggio spesso complesso, perché richiede la definizione di strategie e politiche aziendali non conflittuali, ma sinergiche e coordinate tra loro tra reti locali del *welfare* spesso lontane tra loro e processi espliciti e chiari di pianificazione strategica (a livello regionale, aziendale, distrettuale);
- *integrazione gestionale*, nelle scelte organizzative ed operative tra le diverse strutture operative: in modo unitario nel distretto e specifico nei diversi servizi che lo compongono e tenendo conto delle risorse sanitarie e sociali (operando per progetti, o con altre forme di collaborazione tra le unità operative);
- *integrazione professionale*, strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali (l'integrazione tra professionisti richiede la costituzione di unità valutative integrate, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento; la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture territoriali etc.)

Questi aspetti intendono creare le basi per costruire l'unitarietà del percorso diagnostico-assistenziale del cittadino. Integrazione, per il cittadino - come si è prospettata in apertura di questo contributo - significa essenzialmente questo: unitarietà e coerenza del percorso assistenziale che deve seguire, senza necessità di innumerevoli e frammentati passaggi tra operatori, servizi o aziende diverse, che può aumentare il senso di insicurezza e fragilità della persona e anche creare un serio rischio per la tutela della salute.

Le scelte regionali

Con la riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni, chiamate ad esercitare nuove competenze in un ambito di autonomia ben più ampio, stanno operando in modo diverso.

Anche se, in generale, si può dire che l'obiettivo della integrazione sociosanitaria e della realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali sul territorio è ben presente nella programmazione regionale, la stessa incontra molte difficoltà operative.

Alcune Regioni sono impegnate in profondi processi di trasformazione dell'assetto dei servizi sanitari (basti pensare alla Regione Marche, che ha costituito un'unica azienda unità sanitaria locale, articolando il proprio territorio in zone), mentre altre stanno consolidando modelli già attivati, pur ricercando nuove modalità operative, come l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Lombardia.

La normativa in materia sanitaria sul distretto è ancor più presente, anche se a macchia di leopardo: la maggior parte delle Regioni ha indicato i criteri per una dimensione più ampia dei distretti, in modo da facilitare una programmazione concertata con gli enti locali; tutte le Regioni indicano la necessità di costruire una forte rete di servizi sociosanitari territoriali integrati; diverse stanno indicando nuove modalità operative, che coinvolgono le funzioni di tutela e produzione del distretto. Lo stato di realizzazione, invece, di questa normativa è ancora deludente.

Ancora scarsa è la normativa regionale in attuazione della l.328/00 sul sistema dei servizi sociali. Ma un certo movimento è in atto: come evidenzia una recente indagine promossa dal Formez e realizzata dall'Istituto per la ricerca sociale (Irs) alcune Regioni stanno approvando nuove leggi generali, piani sociali o socio sanitari, linee guida per i Piani di Zona.

I percorsi regionali e, conseguentemente locali, non nascono oggi, hanno una storia alle loro spalle che ha registrato scelte differenziate anche sul tema della integrazione sociosanitaria. Alcune Regioni hanno puntato ad una integrazione generale nell'USL, o USSL, o ULSS, quando ancora essa poteva essere intesa come espressione delle autonomie locali, altre Regioni hanno attribuito certe funzioni all'USL e ne hanno mantenute altre in capo ai Comuni. Non poche Regioni infine hanno purtroppo ignorato il problema e mantenuto una sostanziale separatezza.

Il processo di progressiva estromissione dei Comuni dal sistema istituzionale sanitario, e la aziendalizzazione sancita dal d.lgs. 502/92, hanno rimesso in buona parte in discussione le scelte degli anni '80. Soprattutto dopo la l. 328/00 che ha finalmente dotato il sociale di una legge quadro sostitutiva di quella Crispi di fine '800 ed ha attivato la programmazione intercomunale di ambito, numerosi Comuni, a partire dai più grandi e dotati, tendono a ritirare le deleghe all'Asl e ad attivarsi per sviluppare un sistema di servizi sociali integrato, al suo interno, e gestito direttamente dagli stessi Comuni, associati almeno per la funzione programmatica a livello di ambiti zonali.

L'aspetto nuovo in questo processo non è tanto la maggiore differenziazione dei modelli regionali, che costituisce il normale sviluppo di un assetto di tipo federalistico, quanto l'incertezza sui principi generali di riferimento (sui quali l'unico passo avanti è la recente approvazione della legge 5 giugno 2003, n. 131 di attuazione della riforma costituzionale), e anche sull'assetto istituzionale, con diversi disegni di legge di riforma ulteriore della Costituzione all'esame del Parlamento.

Gli strumenti di intervento – le scelte regionali

Gli strumenti operativi per raggiungere l'unitarietà del percorso sono diversi: per l'integrazione istituzionale, alcune Regioni hanno scelto di collocare tutti i servizi, sanitari e sociali, in un'unica istituzione, rendendo quasi obbligatoria, per i comuni, la delega dei servizi socio-assistenziali all'azienda USL. L'unitarietà della istituzione ha facilitato, ma non ha automaticamente garantito l'unitarietà dei percorsi e l'integrazione dei servizi. E', infatti, importante, che rimanga un legame tra l'ente delegato (l'azienda USL) e l'ente delegante (il Comune) e che quest'ultimo non si senta del tutto espropriato della funzione di programmazione e controllo (una delega "solidale", come definita da alcuni PSR, ad esempio PSR 2003-05 dell'Umbria). E tale soluzione, come si è detto, incontra per lo più crescenti resistenze dei Comuni.

Nei Piani sanitari regionali l'integrazione tra servizi sanitari, e tra questi e i servizi sociali costituisce, generalmente, una priorità strategica. Talora le Regioni hanno adottato il metodo dei progetti-obiettivo (usuali soprattutto per le attività afferenti alle aree: materno-infantile; anziani con particolare riferimento alla non autosufficienza; handicap; salute mentale; patologie che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa, come le patologie oncologiche e le infezioni da HIV). Anche questi strumenti, pur rilevanti, non sono in sé sufficienti a garantire l'integrazione, soprattutto se non vi è la chiara destinazione di risorse finanziarie e di personale per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

I Piani sanitari e i più recenti piani sociali regionali, talora anticipati da linee guida regionali per la programmazione zonale, riprendono anche l'indicazione, contenuta nella normativa nazionale, di una condivisione dei programmi nel distretto. Lo strumento è costituito dalla stipula dei Programmi delle attività territoriali (PAT), o in talune Regioni dei "piani territoriali di salute", e dei Piani di zona, che devono risultare fra loro coerenti soprattutto per la parte socio sanitaria, trattata dagli uni e dagli altri. Importante anche la costituzione di uffici tecnici di piano, a livello di ambito, con personale sia dell'Asl che dei Comuni.

Altro strumento generalmente promosso dalle Regioni, dove non si operi la delega, è quello della definizione di intese. Occorre chiarire che la collaborazione va intesa come processo attivo, e non si conclude con la negoziazione e la stipula formale dell'atto. Gli strumenti sono quelli già indicati nella normativa, che offrono numerosi sviluppi nella pratica: gli accordi di programma, le convenzioni, i protocolli d'intesa, le conferenze di servizi, i contratti di servizio. Gli accordi devono definire le modalità di gestione dei servizi, identificando chi ha la responsabilità di produrre i servizi, nei singoli settori (Comune o azienda Usl), o decidendo di acquistare congiuntamente servizi da terzi, o di gestirli congiuntamente, anche prevedendo la costituzione di consorzi o di società miste pubblico-privato (la definizione di un'azienda mista azienda Usl e Comune può costituire un potente strumento di integrazione, ma occorre che siano chiariti i ruoli di proprietà, di committenza, le modalità operative etc.).

Anche nel socio sanitario si configurano così modelli diversi, quelli emiliano romagnoli o campani che tendono a valorizzare il ruolo dei Comuni associati negli ambiti, quello toscano che intende sperimentare la Società della salute costituita da Comuni e Aziende Asl per la gestione integrata dei servizi territoriali sociali e sanitari, quello veneto che tuttora intende realizzare l'integrazione socio sanitaria nell'Azienda sanitaria, quello lombardo che affida le funzioni di acquisto programmazione e controllo sul sanitario e il sociosanitario alle Asl, che devono però rinunciare a tutte le funzioni dirette di produzione, rimanendo ai Comuni il solo socioassistenziale.

Val la pena di richiamare che accanto alle differenziazioni istituzionali e organizzative fra le diverse regioni, e talora anche entro le singole regioni, permangono più che consistenti differenze sul piano della dotazione dei servizi e dei livelli di prestazione erogati. Il monitoraggio dei LEA sociosanitari realizzato dalla ASSR, pur con dati parziali e in fase di sviluppo, le evidenzia con livelli regionali di spesa sanitaria procapite, per le singole prestazioni socio sanitarie previste, fortemente differenziati.

I diversi modelli regionali si traducono anche in forme innovative di programmazione e gestione integrata, perseguita utilizzando lo strumento delle sperimentazioni gestionali. Ci soffermiamo su due di esse.

Quello delle Società della salute della Regione Toscana, che parte da lontano ed in particolare dalla programmazione di area vasta prevista dalla Regione già dal 1994 e confermata, con alcune importanti innovazioni, nel PSR 2002-2004. Con questo Piano, la Toscana ha scelto di configurare un solo livello locale di governo del territorio, tramite l'unificazione funzionale tra la preesistente zona socio-sanitaria (che, in Toscana, rappresentava un'articolazione dell'azienda Usl, con ambito territoriale parzialmente coincidente con le preesistenti unità sanitarie locali) e il Distretto, creando le Zone-Distretto. In quest'ambito la programmazione degli aspetti sanitari e sociali è unitaria, da realizzarsi tramite la definizione di un "Piano socio sanitario della Zona-Distretto", di attuazione del Piano attuativo locale, stipulato in accordo con gli enti locali e che sostituirà il "Piano di Zona - Distretto" ed il "Piano sociale di Zona" precedentemente previsti. Si intende creare in questo modo la base programmatica per garantire una effettiva integrazione delle attività e al contempo una semplificazione delle procedure.

Come sviluppo di questo modello, la Regione prevede l'istituzione, in alcune realtà ed in via sperimentale, di apposite società miste senza scopo di lucro, denominate "Società della Salute", cui affidare le funzioni della Zona - Distretto in materia di gestione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali e di erogazione delle cure primarie, prodotte direttamente ovvero acquistate da produttori esterni. La soluzione organizzativa viene motivata dall'esigenza di attribuire all'ente

locale, oltre alle funzioni di programmazione e controllo delle attività territoriali, anche la "compartecipazione" al governo comune del territorio ed alla gestione dei servizi, realizzando appieno l'integrazione sociale e sanitaria.

La previsione di affidare ad un organismo societario, come tale distinto dall'azienda USL, con propri organi e poteri decisionali autonomi, funzioni proprie dell'azienda stessa nel governo del territorio e nella gestione dei relativi servizi viene proposta come "sperimentazione gestionale". Il rischio – paventato da alcuni – è quello di pervenire ad una dismissione da parte dell'azienda Usl di competenze istituzionali ed esclusive che ricadono nella diretta responsabilità del direttore generale. L'aspetto positivo è una corresponsabilità di obiettivi e programmi, una nuova strada per rendere migliore ed effettivamente operativo il distretto ed i percorsi dell'integrazione. Alle Società della salute partecipano ASL e Comuni e possono parteciparvi altri enti no profit, come associazioni di volontariato e terzo settore. La Regione stabilisce i principi base e coordina gli accordi bilaterali che ASL e Comuni assumono in merito ai compiti e ai metodi di finanziamento delle "Società della salute". Rimangono alcune incertezze, che attengono al rapporto con i soggetti privati, alla possibilità che le Asl perdano peso nella gestione della sanità territoriale.

Esempio di innovazione di diverso segno è quello lombardo, che intende portare a completamento il modello organizzativo del Servizio sanitario regionale delineato con la L.R. 11.7.1997, n. 31, le cui peculiarità si riconducono alla scelta fondamentale della Regione di separare i soggetti acquirenti, costituiti dalle aziende sanitarie locali, dai soggetti fornitori, pubblici e privati, chiamati a concorrere per l'erogazione delle prestazioni sanitarie sulla base di regole uniformi, consentendo ai cittadini un'ampia scelta dei luoghi di cura. In attuazione della legge, gli ospedali sono stati scorporati dalle ASL e ricondotti alle aziende ospedaliere (precisamente 27 AO, cui afferiscono la generalità degli ospedali della Regione).

Il PSSR 2002-2004 prevede che la ASL sviluppi ulteriormente la propria capacità di Programmazione, Acquisto e Controllo dei soggetti erogatori, in particolare nella stipula dei contratti tra ASL ed erogatori, ma anche che "ceda" a soggetti esterni la produzione di tutti i servizi che ancora rimangono a gestione diretta. La finalità è di consentire alle ASL, nelle loro articolazioni distrettuali, di concentrarsi sul governo della domanda. Si prevede, così, l'esternalizzazione di "prestazioni sociosanitarie e sociali" e di "servizi di prevenzione", da individuare successivamente, dopo un percorso di accreditamento.

L'accesso ai servizi socio sanitari

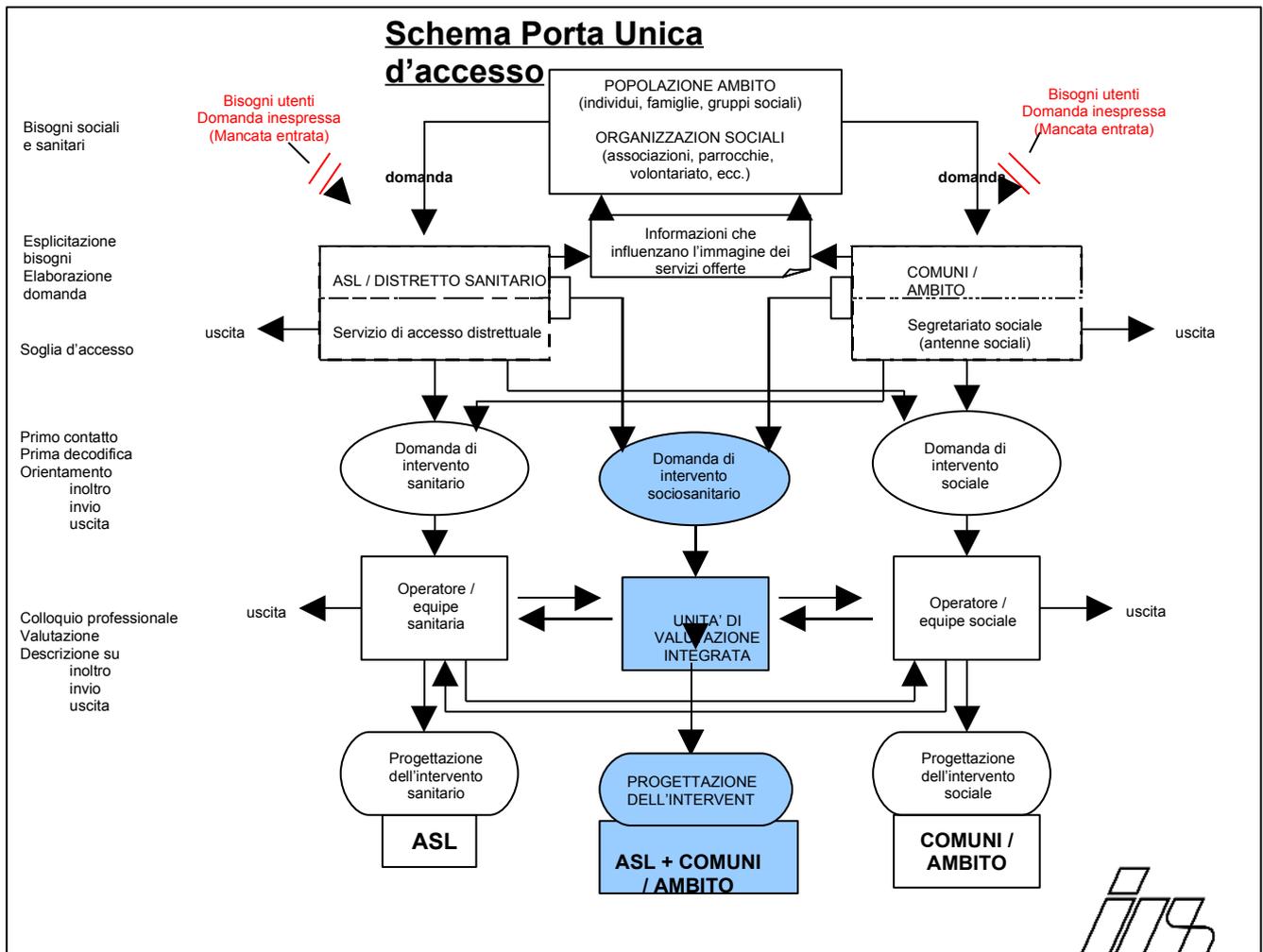
Le diverse scelte relative ai sistemi istituzionali gestionali e organizzativi hanno evidenti ripercussioni anche in ordine alle modalità di trattamento dei bisogni, di accoglienza della domanda, di definizione dei percorsi assistenziali.

Diversa ovviamente è la situazione dove viene enfatizzata la libertà dell'utenza, posta in rapporto con produttori di servizi e prestazioni in competizione fra loro, e dove invece, considerando la ricorrente debolezza di questa domanda, si tende a orientarla e sostenerla attraverso un rapporto diretto con servizi che presidiano l'accesso e tutelano l'utente anche lungo il percorso.

Sono sistemi in via di definizione, o in evoluzione, che comportano in materia socio sanitaria la collaborazione fra le Aziende sanitarie e i Comuni a livello territoriale e, che devono quindi essere in primo luogo negoziati e programmati nei PdZ e nei Pat.

Ci limitiamo qui a citare tre istituti ricorrenti e raccomandati anche dalla programmazione nazionale: la porta unitaria d'accesso, l'unità di valutazione integrata o multidimensionale, il care (o case) manager.

Alleghiamo uno schema che potrebbe indicare il percorso del cittadino portatore di una domanda a contenuto socio sanitario.



Conclusionione

L'integrazione socio-sanitaria sta cominciando a passare da una definizione di intenti alla identificazione di strumenti operativi, che non possono che coinvolgere attori diversi, compresi i produttori pubblici, privati no profit e profit. Soprattutto di grande rilievo è il confronto, la negoziazione, la ricerca di soluzioni sperimentate concretamente della elaborazione dei Piani di Zona, realizzati in ben 11 regioni e in avvio in altre ancora. Al di là dei contenuti, spesso ancora inadeguati come accade ovviamente nell'avvio generalizzato di una esperienza così impegnativa, essi hanno chiamato gli attori reali, sul territorio, ad un impegno comune per fronteggiare crescenti problemi che l'evoluzione dei bisogni e il limite delle risorse disponibili pongono soprattutto nel campo dei servizi socio sanitari.

Le scelte regionali, comunali e aziendali saranno determinanti in questo senso, ma occorre anche chiarire ai diversi livelli, nazionale incluso, cosa si intende garantire a tutti i cittadini e con quali risorse.

La difficoltà è di operare in un sistema in profonda trasformazione, con confini ancora piuttosto incerti, e soprattutto la necessità di definire priorità sociali e socio-sanitarie e le relative risorse, che coinvolge lo stesso sistema di welfare che si intende realizzare.

Ricerca ASSR sul nuovo modello di ospedale

(effettuato nell'anno 2003; coordinato dal Dott. Maurizio Mauri, responsabile scientifico della ricerca e commissario straordinario dell'Istituto dei tumori di Genova; i risultati sono pubblicati in apposito Supplemento di Monitor,

“L'ospedale nuovo non si misura sui posti letto, ma sulla capacità di dare prestazioni di salute”. sintetizza così le conclusioni del lungo lavoro compiuto dall'equipe multidisciplinare che ha realizzato il Progetto di ricerca finalizzata rivolto alla definizione dei “Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza”.

IL DECALOGO PER L'OSPEDALE DEL TERZO MILLENNIO

(Ricerca ASSR sul Nuovo Modello di Ospedale, 2003)

Il lavoro condotto dall'equipe multidisciplinare è stato, per la prima parte, la definizione di una “filosofia” dell'ospedale, individuando i criteri e i bisogni cui deve rispondere una struttura dedicata alla cura della salute nell'Europa del Ventunesimo secolo. Questi principi, calati poi nella concretezza delle diverse linee guida, sono stati riassunti in un decalogo, che riproduciamo sinteticamente.

1. Umanizzazione - Centralità della persona

Vanno garantite privacy, comfort, accoglienza, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione, informazione. Va altrettanto garantita la lotta al dolore in tutte le sue forme. Il concetto corrente di ospedale come luogo di dolore, sofferenza e morte, dovrà essere trasformato in quello di ospedale “aperto”, ossia luogo di speranza, di lotta al dolore e sollievo alla sofferenza, di guarigione o cura.

2. Urbanità - Integrazione col territorio e la città

La localizzazione deve puntare a rendere massima la fruibilità sia in trasporto condizioni ordinarie sia in caso di emergenza o catastrofe: accessibilità, viabilità, sicurezza dei percorsi, percorsi alternativi, punti critici (strette, ecc.), sicurezza idrogeologica (esondazioni, frane), sismica (presenza di faglie importanti vicine o di condizioni favorevoli all'amplificazione dello scuotimento sismico) anche per il funzionamento di impianti e apparecchiature.

3. Socialità - Appartenenza e solidarietà

Caratterizzare l'edificio come “ospedale aperto” ossia integrato da attività “perisanitarie”: esercizi commerciali, alberghieri e di ristorazione, servizi (poste, banca) e attrezzature collettive (asilo nido). Prevedere spazi per attività culturali e di intrattenimento (biblioteca, auditorium). Nell'area di accoglienza saranno organizzati spazi per le associazioni di volontariato e di assistenza sociale.

4. Organizzazione - Efficacia, efficienza e benessere percepito

L'organizzazione deve attenersi a questo enunciato: il modello tradizionale, per “funzioni”, tipicamente verticale e a forte gerarchia all'interno delle singole aree specialistiche, non è adatto a garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione indispensabili.

Il modello dipartimentale, al contrario, è idoneo a superare l'odierna suddivisione delle competenze, contribuendo a rendere esplicite e condivise le finalità di lavoro di persone che afferiscono a discipline e professionalità diverse. Favorisce l'uso ottimale dei posti letto, del personale e di tutte le risorse.

5. Interattività - Completezza e continuità assistenziale

L'apertura completa dell'ospedale alle strutture territoriali e ai medici di famiglia comporterà una stretta collaborazione prima, durante e dopo il ricovero, con condivisione delle informazioni, in forma integrata. L'interconnessione col territorio sarà indispensabile in un sistema basato sulla centralità del malato che eviti disagi, disorientamento, duplicazioni di prestazioni.

Si dovrà prevedere il potenziamento dei sistemi informatici, in particolare di Internet e di Intranet, favorendo la possibilità di prenotazioni dal territorio (medici, farmacie) e di trasmissione telematica di esami, dati, risultati.

6. Appropriattezza - Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse

Il posto letto non sarà più il principale parametro di riferimento per il dimensionamento, bensì il numero delle prestazioni erogabili, e cioè la capacità di prestazioni diagnostiche e terapeutiche del sistema (casi trattati). Saranno utilizzate diverse tipologie di degenza in relazione all'intensità delle cure e alla tipologia di assistenza richiesta:

a) terapie intensive (intensive care);

b) alto grado di assistenza (high care);

c) basso grado di assistenza (low care);

d) degenze solo diurne (day-hospital; day- surgery);

e) ospitalità in albergo per malati autosufficienti che, per motivi logistici o di opportunità, pur non bisognosi di ricovero, debbano soggiornare in vicinanza dell'ospedale per eventuale intervento d'urgenza o per controlli e prestazioni ripetuti.

7. Affidabilità - Sicurezza e tranquillità

Per conservare un'immagine di affidabilità saranno necessari preparazione, aggiornamento continuo e impegno di tutti gli operatori, attraverso una collaborazione interdisciplinare; l'uso di linee guida e protocolli e percorsi di cura basati su prove di efficacia (EBM); impianti e apparecchiature costantemente mantenuti e a norma; organizzazione e rispetto dei flussi e dei percorsi (malati, visitatori, medici, materiali etc) con protezione da indebite intrusioni.

8. Innovazione - Rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico, informatico

Dovrà prevedere sistemi costruttivi che consentano il montaggio, lo smontaggio, lo spostamento, l'aggiunta degli elementi attraverso lavorazioni a secco, non polverose, non rumorose, ecc., nonché l'espandibilità e l'adeguabilità semplice degli impianti idromeccanici, elettrici di sicurezza, ecc..

Dovrà prevedere aree "polmone" per le probabili espansioni, specie nei settori ad alta potenzialità innovativa (es.: diagnostica per immagini).

9. Ricerca - Impulso all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico

Dovrà permettere e favorire lo sviluppo di un'attività di ricerca prevalentemente clinica ed epidemiologica continua, integrata e in collegamento e collaborazione con strutture esterne.

Dovrà inoltre predisporre luoghi e strumenti per la ricerca, e in particolare un sistema informatico in grado di supportarla, che consenta quindi attività integrata clinica, di ricerca e amministrativa.

10. Formazione - Aggiornamento professionale e culturale

Si dovrà dare una rilevanza sempre maggiore alle aree destinate specificamente alla formazione, alla didattica, alle riunioni scientifiche, ai convegni. Aprire queste aree alla città, significherà consentire loro di svolgere una funzione di "ponte" tra interno ed esterno.