



LA SALUTE: UN DIRITTO DI TUTTI

**Contributo del Forum per un welfare
vicino alla persona, alla famiglia, alla comunità**

Il documento rappresenta il contributo politico del PD faentino per la programmazione futura dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Il documento si collega alla nuova programmazione integrata del welfare di comunità che si sta realizzando in questi mesi: l'Atto di Indirizzo e coordinamento 2009-2011 presentato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Ravenna ha compiuto una lettura attenta dei bisogni di salute e di benessere, analizzando le risorse presenti all'interno della nostra provincia.

Con l'approvazione dei Piani di Zona distrettuale per la salute e il benessere sociale si è realizzato un ulteriore passo: coerentemente con l'Atto di Indirizzo, sono state definite le priorità strategiche, le risorse e le azioni da perseguire.

A completare il quadro, nei prossimi mesi verranno definiti dall'Azienda USL di Ravenna attraverso il Piano Attuativo Locale (PAL) gli obiettivi e le priorità per i servizi sanitari.

Avendo come riferimento le 4 priorità indicate dall'Ordine del Giorno del Consiglio Comunale approvato nel febbraio 2009, il documento del Forum vuole aprire il dibattito locale su questi temi per raggiungere l'obiettivo di garantire a tutte le persone del nostro territorio il diritto alla salute.

Premessa

I dati demografici e le profonde trasformazioni della società italiana ci presentano per il 2020/30 una realtà segnata da un allungamento della speranza di vita (nel 2030 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30% della popolazione), da un decremento delle nascite (attenuato dalla presenza di bambini stranieri), da una situazione giovanile anch'essa contrassegnata da dati in diminuzione (la fascia d'età 15-30 anni nel periodo 1950-1990 si è stazionata fra i 11,5 e 13,5 milioni, nel 2010 sarà di 8,7 milioni e nel 2020 di circa 8,2 milioni).

Nel giro di sessant'anni il numero dei giovani è diminuito in Italia del 27%, in Germania del 5% e in Spagna del 3%, mentre è aumentato del 10% nel Regno Unito e del 19% in Francia. Unico dato positivo, nel breve –medio termine, gli adulti maturi crescono dai 7,5 del 1950 ai 12,5 ,milioni del 2010.

Il confronto e il contrasto demografico fra età pongono problemi di articolazione e di riequilibrio fra i servizi alla persona non solo dal punto di vista organizzativo, quanto piuttosto dell'approccio culturale e politico ad alcuni di essi. In particolare i servizi che si rivolgono alla preadolescenza e alla adolescenza scontano ancora una "lettura" datata ed eccessivamente "socializzante" e scarsamente "educativa", che non fa i conti con la realtà di molte situazioni. Nel solo Comune di Faenza, nel 2007, si sono contate 2476 famiglie monogenitoriali con uno o più figli, pari al 10% di tutte le famiglie faentine (24199). Le difficoltà e le responsabilità genitoriali in questi casi inducono a pensare come e quanto sia onerosa e difficile da sostenere l'educazione dei figli, anche perché si intreccia con altre difficoltà del quotidiano (il lavoro, la casa, le relazioni sociali).

Quello della salute e del benessere sono e saranno due dei grandi settori di investimento e di intervento del XXI° secolo. Di fronte ad una realtà in rapido mutamento **c'è bisogno di coraggio e di ripensare l'assistenza sanitaria territoriale, l'ospedale, l'assistenza e i servizi di prossimità alla persona** (dall'infanzia, alla preadolescenza, alla famiglia, fino alla vecchiaia) perché i bisogni di salute delle persone sono in continuo cambiamento ed economicamente "insostenibili" se non si pone mano ad un salto culturale, organizzativo, strutturale, che muova **dalla "cura"**, dall'attesa e da interventi centrati sul momento immediato (il tempo breve) **al "prendersi cura"**, ad azioni orientate sull'iniziativa che promuove benessere, che verifica, accompagna e segue nel tempo (il tempo medio) lo stato di salute e di ben-essere della persona.

Prevenzione e stili di vita

Il grande tema della prevenzione, di stili di vita adeguati al mantenimento di uno stato di salute personale e collettivo buono (attività fisica, abitudini e comportamenti personali o di gruppo lontani dall'abuso di alcol, di fumo, di droghe , di prevenzione dell'obesità, ecc.) e di politiche generali attente alla qualità della vita (politiche per la casa, per la mobilità e la sicurezza stradale e personale, per un ambiente salubre), della coesione sociale e dell' inclusione della povertà (sostegno alle famiglie, al reddito, alla natalità) sono le direttive di orientamento di ogni azione politica attenta ai valori del benessere e della salute e consapevole del ruolo di protagonista e di responsabilità, che ogni cittadino deve assumere nella nostra società .

1 Integrazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, con particolare attenzione ai servizi residenziali e domiciliari per la non autosufficienza

Superare il sistema gerarchico duale

Per far fronte alle nuove esigenze e garantire la sostenibilità del sistema sociale e sanitario, vanno elaborate politiche per la salute che tengano conto dei cambiamenti demografici, e che tendano a superare di fatto la presenza di un **sistema gerarchico duale**, che vede ancora distinte la “sanità” e il “sociale” e al loro interno i vari segmenti che li compongono.

L'integrazione dei servizi socio-sanitari è una necessità, che parte dai bisogni di salute e di benessere della persona. La presa in carico di una persona in difficoltà e la qualità della continuità assistenziale (in senso ampio) sono gli indicatori che più evidenziano il livello reale di tale integrazione.

Sul versante sanitario è prevedibile un aumento delle malattie croniche e degenerative, che influisce sulla qualità della vita delle persone e sui costi del servizio sanitario nazionale e regionale. Si sta assistendo ad una **transizione epidemiologica** dalle malattie acute e infettive alle malattie croniche, a quelle che conducono ad uno stato di non autosufficienza, che necessitano di interventi e servizi territoriali differenziati (residenziali, semiresidenziali, domiciliari), anche innovativi rispetto al presente e secondo il principio della continuità assistenziale, della contiguità, della vicinanza ai bisogni della persona.

Il territorio distrettuale diventa il luogo, il contesto per conoscere, capire, prefigurare e decidere le misure da adottare e che per il cittadino riguardano

- l'accessibilità alle cure o ai servizi secondo una tempestività e percorsi diagnostici e terapeutici di breve periodo
- il rapporto con i “servizi, con i “luoghi di cura” imperniato sul rispetto della persona ed in particolare della persona che soffre;
- una maggior informazione sulle cause di fragilità e sulle condizioni per mantenersi in salute e per stare bene ;
- una maggior efficienza nei comportamenti organizzativi e procedurali e nei percorsi diagnostici terapeutici, evitando frammentazione e ripetitività di azioni, anche per eliminare o ridurre sprechi e per destinare le risorse secondo intensità e specialità di cura.

La centralità del territorio e dei suoi attori protagonisti comporta un deciso rafforzamento dei “**servizi territoriali**” e il coraggio di **reinventare e riequilibrare** l'attuale **sistema** della “sanità” (spesso rappresentata tout-court dalla sola istanza ospedaliera) e del “sociale” (spesso rappresentato dal solo sistema dell'assistenza), ovvero di un sistema posto “a valle” dei bisogni della persona.

Per invertire questa tendenza e per realizzare questi obiettivi è necessario un salto di qualità del processo di integrazione e conseguentemente una forte presa di coscienza dei futuri amministratori locali.

Il passaggio dai “Piani di Zona” ai “Piani di Zona per la salute e il benessere” deve **innovare** un modello di sanità e di interventi sociali e sociosanitari **per renderlo più unitario**.

Sul versante della sanità si deve puntare ad un deciso rafforzamento del sistema delle cure primarie e ad una valorizzazione dei MMG e della Medicina Associata (Nuclei delle Cure Primarie, Case della Salute) e ad un potenziamento tecnologico e infrastrutturale

del settore ospedaliero (Ala EST), a cui con coraggio dobbiamo guardare anche in termini di cambiamenti.

Sul versante del “sociale” occorre, in maniera predittiva, seguire le fasce di popolazione a rischio maggiore di fragilità, di solitudine e di non autosufficienza e predisporre percorsi di prossimità, di accompagnamento, di verifica, che non vengano a costituire delle “antinomie”, degli spartiacque, ma delle continuità fra le varie opportunità di “cura”.

Sul versante dei servizi per anziani è doveroso: mantenere gli attuali livelli di tutela delle persone non autosufficienti presso le strutture residenziali e semiresidenziali; consolidare i sistemi di dimissioni protette dagli ospedali, privilegiando come luogo di cura il domicilio o, nelle situazioni complesse, soluzioni temporanee in strutture protette; assicurare l’assistenza domiciliare integrata. Un intervento innovativo e molto sentito riguarda il grande settore della riabilitazione sociosanitaria di persone anziane con disabilità temporanea (cadute, incidenti domestici, fratture del femore, interventi chirurgici) o permanente o con problemi di demenza su cui è opportuno intervenire anche con nuovi progetti.

La valutazione di sistema

Un altro importante capitolo di lavoro da aprire riguarda l’intero **sistema di valutazione** della qualità delle prestazioni, dei servizi, dei progetti autorizzati e/o accreditati, degli stessi livelli di integrazione dei servizi,. Per evitare il rischio dell’autoreferenzialità, va sviluppata una cultura della valutazione, che utilizzi il confronto come metodo di lavoro permanente e che valorizzi la collaborazione, ma anche un sistema di valutazione indipendente che verifichi i risultati clinici e il modello organizzativo prodotto, secondo standard di riferimento capaci di rilevare appropriatezza delle richieste e livelli dei servizi erogati, ma anche l’evoluzione degli stessi rispetto ai bisogni di salute delle persone.

Sussidiarietà e partecipazione

La qualità dei servizi sul nostro territorio è frutto di un percorso storico, politico e culturale che ha visto partecipi e protagonisti gli Enti locali, le Istituzioni di pubblica assistenza (ex Opere Pie, ora ASP), i soggetti del Terzo Settore, le organizzazioni della società civile, delle parti sociali e del volontariato. Per quanto riguarda le due ASP del territorio deve essere perseguita la loro riunificazione in un’unica Azienda di Servizi alla Persona.

Le nuove sfide richiamate in premessa richiedono una rinnovata applicazione del principio di sussidiarietà e la partecipazione di tutti per orientare la realtà a favore del bene comune.

Ora si deve realizzare una vera integrazione tra servizi, competenze e professionalità presenti sul territorio, rendere effettiva la partecipazione di ASP, Terzo Settore, Sindacati e imprese alla programmazione e alla definizione delle risposte ai nuovi bisogni. Porre la persona (e non i servizi) al centro del sistema di welfare e realizzare una continuità assistenziale e di cura valorizzando tutte le risorse a disposizione.

Le risposte necessarie ai bisogni di salute mentale

Il tema della Salute Mentale-Dipendenze Patologiche rappresenta uno dei banchi di prova dell’integrazione socio-sanitaria.

La provincia di Ravenna ha la percentuale più alta di utenti dei servizi psichiatrici in rapporto alla popolazione residente, e una spesa pro-capite doppia rispetto alla media regionale.

E’ doveroso ribadire principi e obiettivi della Legge 180/78 sull’inclusività e sulla prossimità delle cure e sul diritto di ogni paziente a essere curato nella maniera meno restrittiva possibile, sperimentando le diverse forme di autonomia, che possono valorizzare le potenzialità della persona.

La Regione ha innovato profondamente il sistema della Salute mentale-Dipendenze patologiche, come il sistema di comunità, l'inserimento della salute mentale e dipendenze patologiche nella programmazione dei Piani di Zona, la presa in carico comune a livello distrettuale, la creazione di una unità di valutazione multi professionale e il passaggio sul Fondo Regionale per la Non autosufficienza per quanto riguarda la residenzialità.

Alcuni problemi da affrontare

- a) le politiche generali di intervento verso persone con bisogni assistenziali complessi;
- b) il sistema di accesso e di presa in carico delle persone con problemi di salute mentale (gli interventi sanitari intensivi, estensivi, socio-riabilitativi, i luoghi di cura, le buone pratiche assistenziali);
- c) la valutazione multiprofessionale dei bisogni di cura e delle risorse da assicurare attraverso un piano assistenziale adeguato;
- d) la co-progettazione e il finanziamento condiviso di percorsi di cura e di presa in carico;
- e) gli inserimenti lavorativi delle persone con problemi di salute mentale (le borse-lavoro, le cooperative di tipo b, nuove sperimentazioni) e l'impegno ad "accompagnare" le famiglie per tempi lunghi o molto lunghi evitando loro paure, angosce, solitudini;
- f) il ruolo delle associazioni delle famiglie delle persone con problemi di salute mentale.

Sul territorio è necessario prevedere e garantire servizi h24 e di sette giorni su sette,

Il ruolo dell'associazionismo delle famiglie

Il supporto alle famiglie e alle loro associazioni al fine di alleviare il carico troppo grave che un congiunto sofferente di disturbi psichici porta con sé è atto dovuto, che deve trovare sul territorio servizi e opportunità per la riabilitazione psicosociale, l'inserimento lavorativo, la presa in carico anche temporanea di situazioni a volte insostenibili.

L'area degli inserimenti lavorativi necessita di riflessioni congiunte, di co-progettazione e di azioni sinergiche per uscire dalle cosiddette attività di "intrattenimento" o di laboratorio protetto per verificare opportunità diversificate di inserimento lavorativo che vadano nel senso di valorizzare le possibilità di autonomia e tutte le potenzialità della persona.

2. Lo sviluppo dell'assistenza primaria territoriale

Nell'arco di pochi decenni la nostra società è profondamente cambiata per l'emergere di fenomeni dal forte impatto sul nostro servizio sanitario.

L'Italia è uno dei Paesi più "vecchi" d'Europa ed è destinato a mantenere questo primato. Ancora molto forte e pervasiva è una cultura che privilegia l'Ospedale come luogo di riferimento dell'assistenza sanitaria o come luogo effettivo di cura.

L'Ospedale e il Pronto Soccorso in particolare hanno assunto una dimensione rassicurante di fronte a eventi improvvisi o complessi, ma non solo. I dati degli accessi al PS sono infatti per circa un terzo "non urgenti" e i ricoveri ospedalieri tramite PS non sono in percentuale molto alta (15 – 20%) e per lo più riguardano persone che hanno come motivo di ricovero la riacutizzazione di una patologia cronica, che se seguita in modo continuativo o programmato, a livello di medicina territoriale, potrebbe non dare esiti complessi e acuti o comunque limitare il ricorso al ricovero ospedaliero.

Nella nostra Provincia la prima causa di ricovero in Ospedale, che riguarda prevalentemente la popolazione anziana, è legata a patologie dell'apparato cardiocircolatorio, a cui fanno seguito patologie dell'apparato respiratorio e da non sottovalutare gli incidenti domestici (fratture del femore, cadute, traumi, ferite).

L'area medica (Medicina Generale) è quella verso la quale è per lo più indirizzata l'utenza del PS, creando problemi non indifferenti di sovraffollamento delle degenze ospedaliere.

Il quadro complessivo della situazione attuale mostra la necessità di **ridisegnare il sistema delle cure primarie e ospedaliere a livello di territorio** con risposte innovative, sostenibili e corrispondenti ai problemi di salute delle persone.

La sanità di iniziativa

I cambiamenti necessari ci portano a riflettere su una "nuova medicina" orientata sui bisogni delle persone e su un sistema imperniato su valori diversi dell'idea di "cura". Creare una relazione stabile con le persone non limitata ai singoli episodi di cura lo si può realizzare se cambia il modello organizzativo della sanità territoriale, di prossimità, se si passa dalla "cura" al "prendersi cura" delle persone con particolare attenzione a coloro che sono affetti da malattie croniche o che secondo modelli di predittività, di familiarità o d'età possono essere soggetti a particolari patologie. In alcuni Paesi sono stati realizzati modelli di gestione delle malattie croniche, il *Chronic care model*, centrati su una organizzazione dei controlli e sul monitoraggio delle patologie croniche.

Per fare questo è indispensabile l'inserimento a pieno titolo dei medici nell'attività dell'assistenza primaria e l'attivazione programmata dei Nuclei di Cure Primarie e il passaggio definitivo di tutti i Medici di Medicina generale alla Medicina di Gruppo.

Il sistema dell'assistenza e cure primarie è caratterizzato da fondamentali specificità:

- eroga le cure vicino ai luoghi di vita delle persone;
- funziona secondo il modello della rete in cui le sedi di produzione ed erogazione delle cure e dei servizi ed i professionisti che operano in tali sedi, sono integrati operativamente da protocolli, procedure, che ne assicurano la relazione funzionale;
- garantisce unitarietà alla cura ed assistenza sia per gli aspetti riconducibili alle problematiche di ordine sanitario, sia per quelli riconducibili alle problematiche di ordine sociale, determinando il processo denominabile come "prendersi cura di";
- comprende le cure e l'assistenza prodotte dalla medicina generale, dalla pediatria di libera scelta, dai consultori familiare e pediatrico, dalla medicina specialistica ambulatoriale, dai servizi rivolti alle fasce deboli

- Ha il compito di garantire al cittadino, sul territorio distrettuale, una risposta ai bisogni che sia esauriente, unitaria, garante di pari opportunità di accesso ai servizi e di equità, proattiva, in grado cioè di intercettare il bisogno anche se non espresso, una risposta caratterizzata da interventi idonei e adeguati.

Il Nucleo delle Cure Primarie

Nell'ambito del sistema dell'assistenza e cure primarie il Nucleo delle cure Primarie rappresenta l'unità operativa fondamentale dell'assistenza territoriale .

Il nucleo delle cure primarie aggrega medici di medicina generale, pediatri di famiglia, équipes infermieristiche territoriali, assistenti sociali, ostetriche, terapisti della riabilitazione ecc.

La forma organizzativa attuale deve evolvere verso il nucleo delle cure primarie e disporre di una sede fisica territoriale ben identificabile dai cittadini, percepibile come struttura ambulatoriale territoriale aperta (fino a 12 ore giornaliere) in cui ottenere risposte al bisogno (comprese urgenze di lieve entità) e l'effettuazione dei programmi di controllo della patologia cronica.

L'assistenza infermieristica e la gestione delle patologie croniche

La presa in carico multiprofessionale del cittadino per realizzare programmi di gestione della patologia cronica secondo il "paradigma dell' iniziativa" (valutazione dei bisogni, orientamento alla prevenzione, coinvolgimento e motivazione degli utenti, autogestione della propria patologia), comporta una ridefinizione dei ruoli delle figure professionali in gioco. **Le attività di assistenza infermieristica assumono un rilievo fondamentale** e pertanto i modelli assistenziali tradizionali debbono evolvere in modelli che sviluppino competenze specifiche e diversificate, orientati ad assicurare forte autonomia professionale (esiste una consistente quota di patologia cronica dove è realizzabile la gestione autonoma di un programma di controllo da parte dell'infermiere).

L'appropriatezza delle cure e la continuità assistenziale

Il Nucleo delle Cure Primarie aumenta l'accessibilità alle cure, favorisce l'integrazione interprofessionale, migliora i livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Il Nucleo delle Cure Primarie sia per le forme assistenziali assicurate nella sede del nucleo, sia per le relazioni con le forme assistenziali assicurate a livello di territorio, ma in altre sedi, ivi compreso l'accesso all'assistenza sociale, che per le relazioni con l'assistenza domiciliare, la continuità assistenziale (guardia medica), l'ospedale (continuità ospedale- territorio / dimissioni protette), può rappresentare la capacità dei servizi sociali e sanitari di prendere in carico, presidiare la continuità delle cure, affrontare la fragilità sociale, attivare in maniera collaborativa la varie risorse della comunità.

In sintesi il Nucleo delle Cure Primarie:

- aumenta l'accessibilità alle cure
- favorisce l'integrazione interprofessionale
- migliora i livelli di appropriatezza clinica ed organizzativa
- garantisce la continuità delle cure e la presa in carico globale del paziente

Il Medico di fiducia

Nel Nucleo delle Cure Primarie **il Medico di fiducia mantiene sia una relazione diretta, di tipo clinico-professionale, con il suo paziente** e sia una relazione di lavoro in team, di condivisione di protocolli di monitoraggio, di gestione efficiente di risorse, di supporto all'azione di auto-cura (del prendersi cura di sé) , di controllo appropriato delle cure (uso controllato e non autonomo dei farmaci).

E' da evitare nella maniera più assoluta il rischio della "ospedalizzazione del territorio" attraverso la valorizzazione di figure di riferimento (es. infermieri), che non si occupino solo della patologia o delle patologie, ma della **persona**, in stretta collaborazione con il

sistema sociosanitario e vigilare affinché i piani assistenziali e gli indirizzi applicativi abbiano un seguito e un finanziamento adeguato.

L'assistenza domiciliare

La permanenza della persona presso il proprio domicilio, la forte integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari, i percorsi assistenziali globali ed integrati costituiscono gli obiettivi determinanti del modello culturale ed operativo della nuova assistenza primaria territoriale.

L'assistenza domiciliare è un costituente fondamentale delle cure primarie il cui modello organizzativo deve evolvere dall'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria alla presa in carico globale della persona assicurando la continuità dell'assistenza: dalla fornitura di servizi, ancorché integrati, al progetto assistenziale personalizzato.

Il progetto personalizzato, attuato da un'equipe multi professionale, soddisfa i bisogni eterogenei della persona, rispettandone la dimensione umana e la sua unitarietà.

Ripensare l'assistenza territoriale

Ridisegnare il sistema dell'assistenza primaria territoriale porta con sé la possibilità/necessità di migliorare e ripensare la stessa assistenza ospedaliera e l'organizzazione della Medicina d'urgenza, anche per non trascurare il pressante ricorso al PS anche da parte di molti bambini piccoli e di molti cittadini stranieri immigrati.

3. Realizzazione dell'Area Vasta Romagna con elementi di qualificazione del sistema di cura ed opportunità per una migliore qualità dei servizi nel nostro distretto;

I costi da sostenere per rispondere alla domanda di cura e di salute e per assicurare la disponibilità di servizi di adeguata qualità saranno sostenibili solo nella misura in cui il sistema sanitario sarà capace di realizzare profonde innovazioni nella programmazione, nella organizzazione, nella gestione e nelle modalità di produzione dei servizi.

La logica tradizionale, di tipo autoreferenziale, tipica della programmazione locale dei servizi sanitari finisce per compromettere adeguati livelli di qualità tecnica e incentivare una competizione tra territori per la "conquista" di risorse limitate. Una "conquista" comunque perdente, perché disperde le risorse e ne riduce il rendimento in servizi alla popolazione.

Negli ultimi anni le aziende hanno cercato di migliorare in modo importante sia l'efficienza d'uso delle risorse, sia la qualità dei servizi. È ancora possibile ottenere risultati significativi in termini di qualità e costi, ma non è più sufficiente agire prendendo a riferimento i confini della singola azienda. È necessario rafforzare la prospettiva sovra aziendale, di bacino ottimale di servizio, all'interno della quale inserire le innovazioni.

Vi sono settori di produzione di prestazioni intermedie o a prevalente funzione tecnico-logistica, sia nel campo dei servizi sanitari (laboratori, officina trasfusionale, logistica farmaceutica) quanto in quello dei servizi amministrativi (servizi di approvvigionamento, logistica economica, gestione stipendi,...) e tecnici (servizi di progettazione, servizi di ingegneria clinica e di fisica sanitaria, servizi informatici e centri di elaborazione dati), che si prestano a concentrazione e integrazione strutturale. Gli interventi di razionalizzazione e di ottimizzazione, che agiscono su questi servizi non alterano l'equità di accesso da garantire alla popolazione, mentre migliorano il rendimento delle risorse e la qualità dei servizi.

In altri settori, in genere quelli direttamente correlati all'assistenza sanitaria alle persone, si può e si deve fare di più e agire congiuntamente per assicurare i migliori standard assistenziali possibili in condizione di massima prossimità geografica, favorendo:

- le necessarie **integrazioni disciplinari e professionali**,
- la necessaria **integrazione territorio-ospedale**,
- la necessaria **integrazione dei livelli di specialità**,
- la necessaria **permanenza delle persone nei territori di residenza**, elevando i livelli di integrazione professionali e disciplinari, di integrazione dei livelli di specialità, ma tutelando anche
- **il diritto di libera scelta**, per il bisogno di ricovero, oltre i confini di competenza aziendale, **attribuendo compiti, ruoli e specificità ai diversi nodi** dell'intera rete assistenziale ospedaliera, cercando di migliorare e rafforzare i rapporti tra gli ospedali e tra gli ospedali e il territorio, sviluppando e implementando linee guida all'interno dei percorsi assistenziali e superando limitazioni o difficoltà legate ai modelli organizzativi e gestionali delle "mobilità" attive o passive

La **strategia di integrazione d'Area Vasta va quindi rafforzata**. Il rafforzamento deve partire da una migliore definizione degli organismi di coordinamento della programmazione e della gestione, delle loro modalità di concertazione con le organizzazioni sindacali confederali, così come va data una strutturazione diversa e migliore al coordinamento delle direzioni generali delle aziende sanitarie.

Area Vasta Romagna: il punto della situazione attuale

In coerenza con il Protocollo d'Intesa siglato nel 2001 dalle Conferenze Sanitarie della Romagna che avviava il percorso dell'Area Vasta, da alcuni anni le aziende sanitarie della Romagna hanno intensificato e migliorato il sistema delle relazioni al fine meglio perseguire l'obiettivo di sviluppare la qualità dei servizi e di assicurare la migliore sostenibilità economica.

La rilevanza politico-programmatica di alcune scelte gestionali, nell'anno 2005, hanno portato le CTSS e le Organizzazioni Sindacali Confederali a sottoscrivere un documento di intenti che definiva le caratteristiche della programmazione di Area Vasta Romagna, indicava nell'integrazione il criterio a base dello sviluppo di progetti di eccellenza e ne declinava i tre possibili livelli: programmatico o di governo, organizzativo gestionale, professionale. Al tempo stesso indicava i principi che dovevano guidare la programmazione dei servizi: **non ridondanza, prossimizzazione, differenziazione, valorizzazione professionale.**

Da allora molti dei progetti condivisi (IRST, Centrale Operativa Romagna Soccorso, Laboratorio analisi e officina trasfusionale di AVR e coordinamenti professionali) hanno preso avvio e, per alcuni di essi si registra un avanzato stato di realizzazione. Il progetto di rete oncologica della Romagna ha visto l'attivazione del suo centro nevralgico e catalizzatore, l'Istituto Scientifico di Ricovero e Studio dei tumori di Meldola.

La realizzazione della centrale operativa Romagna Soccorso ha visto la fusione delle centrali operative di Ravenna, Forlì e Cesena e si prevede entro breve la confluenza della centrale di Rimini.

Nel caso del laboratorio analisi, la messa a regime di questa struttura si è conclusa entro i primi mesi del 2009.

Area Vasta Romagna: è necessario un altro passo in avanti

E' giunto il momento di fare un altro passo in avanti e parlare anche dell'integrazione dei servizi sanitari ospedalieri, che dovrà avvenire sfruttando le migliori condizioni possibili, di qualità e di efficienza e

- le necessarie integrazioni disciplinari e professionali presenti nella rete dei presidi ospedalieri,
- la necessaria integrazione territorio-ospedale,
- la necessaria integrazione dei livelli di specialità.

I principi guida dell'integrazione delle cure e dei servizi in Area vasta dovranno essere i seguenti:

- 1) Principio della **non ridondanza** dei servizi per programmare la distribuzione di servizi ad (medio) –alta complessità assistenziale e alta sofisticazione del sistema tecnico evitando una loro immotivata duplicazione;
- 2) Principio della **inclusività dell'organizzazione, della produzione di prestazioni e servizi** per fare in modo tale da evitare lo spostamento di popolazioni significative ogni qual volta sia possibile erogare le prestazioni in condizioni di maggior prossimità nel rispetto dell'imperativo di qualità tecnica e della doverosa ricerca dell'efficienza d'uso delle risorse.
- 3) Principio della **differenziazione nelle vocazioni distintive o di eccellenza** dei servizi sanitari delle Aziende sanitarie per guidare l'allocazione di risorse integrative, specifiche di terzo livello o sperimentali, per realizzare una rete integrata di servizi la più completa possibile.

Faenza e il suo Ospedale

Nella definizione delle vocazioni distintive tra i nodi della rete appartenenti alle varie discipline, andrà adeguatamente valorizzata la realtà del Presidio faentino, partendo dalle competenze dimostrate, dai servizi presenti e dai progetti realizzati (PAL 2004-2006) e dalle strategie di sviluppo previste da una nuova articolazione della stessa assistenza territoriale e ospedaliera locale e dalla realizzazione dell'Area Vasta.

(NB: Ospedale di Faenza :si rimanda alla Scheda di Lavoro n° 4)

4. Valorizzazione del ruolo e della funzione del nostro Ospedale anche attraverso al realizzazione dell'Ala Est in tempi certi e l'organizzazione efficace dei servizi per l'emergenza

Premessa

Negli ospedali italiani la richiesta di ricovero è in continua crescita nonostante l'attuazione di molteplici strategie di contenimento.

I diversi sistemi sanitari hanno cercato di agire potenziando l'assistenza extra-ospedaliera, agevolando e supportando modalità di dimissione precoce e assistenza domiciliare post acuta.

In tale contesto è particolarmente critica la situazione delle degenze mediche ospedaliere, dovuto all'incremento dei ricoveri e alle difficoltà nella dimissione. In prima battuta questa problematica si accentua nell'area di accettazione in urgenza in quanto la stragrande maggioranza dei ricoveri in area medica (soprattutto in Medicina Generale) avviene in urgenza.

Importante in questa fase è la Medicina d'Urgenza per i ricoveri con degenza breve - 72 ore -prevalentemente internistici che generano specifiche S.D.O .

L'organizzazione attuale degli ospedali non è quindi sempre capace di rispondere alla domanda.

Per decongestionare e migliorare le risposte è necessario non solo agire sull'uscita ma anche sulle modalità di ingresso.

Infermieri e medici sono fra i più orientati ad offrire queste caratteristiche oltre che un'attività clinica sempre più basata su prove di efficacia e sull'evidenza di tipo clinico (evidence-based) e di corretta gestione dei "consumi" sanitari.

Contemporaneamente l'ospedale si caratterizza sempre più per assistere pazienti nella fase acuta della malattia, con necessità di elevato livello di specializzazione e non più dilazionabile accreditamento professionale, di tecnologia e riduzione dei tempi di degenza.

L'ospedale è visto "come una risorsa da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario". La strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, diventano il modello da prendere in considerazione.

Il nostro Ospedale oggi

La valorizzazione del nostro Ospedale si realizza realmente se vengono definiti il ruolo e la funzione, che deve assolvere per fare fronte ai bisogni di salute delle persone del territorio, che ha come riferimento circa 100.000 cittadini, compresi i residenti nei Comuni di Modigliana e Tredozio e nella Toscana- Romagna.

L'Ospedale di Faenza è un Ospedale territoriale dell'ASL di Ravenna, ma anche un Presidio ospedaliero collocato nell'Area Vasta Romagnola, che già fornisce servizi per i Cittadini dei comuni del faentino (Emergenza 118, esami di Laboratorio).

La sostenibilità della sanità

La definizione del ruolo e della funzione del nostro Ospedale non può essere indipendente da una valutazione complessiva della sostenibilità dei costi della Sanità in generale, da una necessità di riequilibrare il rapporto sanità-sociale nei termini di una maggior integrazione, dal rendere i cittadini consapevoli dei cambiamenti sociali, demografici ed epidemiologici che riguardano la nostra comunità, per farli partecipi di azioni politiche, culturali e innovative più che mai necessarie.

Un Ospedale di Territorio

Definire il ruolo del nostro Ospedale quale ospedale di territorio significa collocarlo all'interno di un sistema di cure e di risposte ai bisogni di salute delle persone, che deve vedere una valorizzazione ulteriore dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di famiglia, delle nuove forme associative della Medicina Generale, rappresentate dai Nuclei di Cure Primarie.

L'Ospedale di Faenza è una struttura sanitaria destinata, nel breve e medio termine, a caratterizzarsi sempre di più quale **luogo di cura per acuti e iperacuti** e per un'**ospedalizzazione a ciclo breve**, per cui va ripensata l'organizzazione delle degenze, riferibili ai **bisogni di salute e di cura** delle persone del territorio, che vanno da quelle riguardanti **pazienti in "emergenza-urgenza"**, a **pazienti acuti non differibili, a pazienti bisognosi di una ospedalizzazione programmata di tipo medico o chirurgico, ai pazienti trattabili in regime di ospedalizzazione diurna**. Per questo va rivista anche la sistemazione strutturale riferibile a vari bisogni di cura (Pronto Soccorso; Medicina d'urgenza, Rianimazione, Ala Est e Reparti per l'alta/media/bassa intensità assistenziale media) e di comfort alberghiero..

L'Ospedalizzazione a ciclo breve

Un Ospedale di territorio, che ben si integra con il sistema dei Nuclei di Cure Primarie e dei Medici di fiducia, è chiamato a fornire risposte e a potenziare l'ospedalizzazione breve (*day hospital, day surgery, day care*) e pertanto, ad operare per contenere i posti letto delle degenze ordinarie per poter sviluppare posti letto per l'ospedalizzazione breve. Un Ospedale di territorio deve rispondere ai bisogni di salute della sua popolazione, **garantendo una progressività delle cure e delle prestazioni sanitarie fondata sulla appropriatezza e sulla qualità** terapeutica, funzionale, strutturale e tecnologica della risposta fornita, sulla "presa in carico del paziente" che va comunque inserita anche in un quadro più ampio di opportunità terapeutiche, che l'Area Vasta Romagnola e una Regione come la nostra possono fornire.

Le dimissioni protette

In ambito distrettuale è necessario predisporre un programma di dimissioni ospedaliere protette, che assicuri la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi di cura secondo i bisogni di cura di ogni singola persona (Progetto "sole" di collegamento fra medici di base e medici ospedalieri), che potranno essere soddisfatti, oltre che presso il proprio domicilio (con piani di assistenza domiciliare), anche - nelle situazioni più complesse (riabilitazioni lunghe) - presso le strutture protette.

Il Pronto Soccorso: la porta dell'Ospedale. I percorsi di miglioramento

Uno dei punti critici del nostro sistema sanitario è la richiesta, in continuo aumento, di ricoveri ospedalieri, anche se in effetti l'accesso tramite Pronto Soccorso non è molto alta (15 – 20 %), ma tale da creare un sovraffollamento delle degenze nei Reparti di Medicina, anche per le difficoltà di dimissione.

Il ruolo del Pronto Soccorso, che prima di tutto deve garantire una risposta di equità/prossimità, è oggi tutt'uno con la Medicina d'Urgenza fino a costituire un'unica Struttura Complessa con possibilità di ricoveri per degenze brevi (72 ore) anche per poter sviluppare e organizzare competenze professionali multiple per la dovuta valutazione e pianificazione clinico-professionale dei ricoveri nei Reparti a più alta intensità assistenziale o per assicurare una continuità dei percorsi assistenziali in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, attraverso il Responsabile del caso.

Strutturalmente il blocco "Pronto Soccorso - Accettazione-Medicina d'Urgenza" del nostro Ospedale si mostra, da diversi punti di vista, abbastanza inadeguato ed in alcuni momenti eccessivamente affollato e anche sovrautilizzato da molti cittadini (in particolare gli stranieri immigrati, che non trovano - al momento - sul territorio un

percorso di cura o una risposta per loro rassicurante rispetto ad un bisogno urgente o ad un'emergenza), nonostante il gradimento del sistema della Medicina associata o la grande fiducia nel Medico di famiglia, che però non fungono ancora da filtro o da deterrente, anche per le richieste meno preoccupanti (codice bianco). I Nuclei di Cure Primarie dovranno perciò essere interessati a queste problematiche per poter organizzare sul territorio risposte adeguate e rassicuranti per tutti i cittadini.

Non è perciò più dilazionabile nel tempo un adeguamento degli spazi per il Pronto Soccorso e per la Medicina d'Urgenza, anche per potenziare il sistema delle Ospedalizzazioni a ciclo breve e a bassa intensità assistenziale e l'istituzione dei Nuclei delle Cure Primarie, a sostegno di tutti i ricorsi al PS dei pazienti affetti da patologie croniche.

L'Ala Est

Una riorganizzazione ed un miglioramento anche strutturale della "porta d'ingresso" dell'Ospedale (PS, Medicina d'Urgenza) si inquadra nel progetto complessivo di ristrutturazione dei Reparti destinati alle "medicine" non chirurgiche e per degenze ospedaliere inquadrabili nelle risposte a media ed alta intensità e per pazienti acuti e iperacuti e perciò necessitanti di infrastrutture, di tecnologie e di comfort alberghiero adeguati. Come disponibilità logistica è quanto mai necessario ampliare l'offerta di spazio per realizzare un parcheggio più capiente dell'attuale, dando corso ai lavori previsti.

La diagnostica per immagini di alto livello

Il nostro Ospedale già ora dispone di una diagnostica per immagini di alto livello e di una diagnostica affiancata al PS/Medicina d'Urgenza, che vanno potenziate e soprattutto adeguate per tempo, ai bisogni di salute delle persone del territorio e anche alle necessità funzionali di un PS, che ha compiti immediati di valutazione appropriata dei livelli necessari di attività assistenziale anche eventualmente presso altri Ospedali della Provincia o dell'area Vasta..

I Reparti chirurgici

(Chirurgia Generale, Urologia, Ginecologia-Ostetricia –Pediatria ; Ortopedia-Traumatologia, Oculistica)

I reparti chirurgici sono parte fondamentale e imprescindibile del nostro Ospedale e devono essere destinati a sviluppare l'attività interventistica per livelli di complessità, ma anche a **gestire in autonomia progetti dell'attività operatoria su base aziendale** o interaziendale. Anche in questi reparti lo sviluppo di una Ospedalizzazione a ciclo breve deve portare a **sviluppare le chirurgie mini-invasive**, anche in accordo con altre sedi ospedaliere dell'Area Vasta .

Non solo Ospedale

Nella logica dell'integrazione fra Presidio ospedaliero, Medici di MG e Servizi del territorio devono essere tenute in grande considerazione anche altre forme di assistenza sanitaria (Hospice) e socio-sanitaria (p.l. per disabilità acquisita, p.l. per dimissioni protette di una certa complessità), che vanno dai ricoveri temporanei o di aiuto in strutture protette fino all'assistenza domiciliare.

La sostenibilità dell'intero sistema sanitario e socio-sanitario è obiettivo prioritario non differibile, che deve indurre a operare con coraggio **per riequilibrare e reinventare** una risposta ai bisogni di cura delle persone, più articolata e meno onerosa, seppur equa e di qualità.