



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Le linee strategiche per lo sviluppo delle cure primarie.

La strategia dell'Emilia-Romagna si compone di un complesso di atti, indirizzi, iniziative in campi diversi che sono tutti ispirati da una visione delle problematiche attuali che l'assistenza sanitaria nel suo complesso vive, e dalle relazioni che questa ha con altri aspetti della vita civile e del sistema di welfare in generale.

Brevemente, questa visione può essere riassunta nel modo seguente, ripercorrendo la maturazione e lo sviluppo del sistema di assistenza in Emilia-Romagna.

Nel 3° Piano sanitario, facendo leva su un'esperienza diffusa di pianificazione e concertazione locale che aveva portato nel corso degli anni '80 e '90 al ridisegno complessivo della rete dell'offerta di servizi sanitari regionali, fu lanciata l'iniziativa dei Piani per la salute. Questi partivano dall'assunto secondo il quale il sistema dei servizi sanitari non è l'unico determinante della salute, ma che lo stato di salute di una popolazione deriva dall'interazione delle diverse politiche messe in campo dalle Amministrazioni locali, dallo sviluppo e dalla direzione della crescita economica, e dall'azione delle forme associate della vita civile. In questo senso tutti gli stake-holders sono stati coinvolti per progettare le politiche che avevano influenza sulla salute.

La legge regionale di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, la legge 29 del 2004, sistematizza il rapporto tra le Aziende sanitarie e i titolari della pianificazione locale, e definisce il ruolo della partecipazione dei cittadini, dei professionisti e dei manager nella formazione delle decisioni strategiche, operative e professionali.

L'istituzione del Fondo per la non autosufficienza parte dall'assunto, contenuto già nel 3° Piano sanitario, della necessità della coerenza delle politiche che a diverso titolo concorrono ad assicurare il benessere di una popolazione. Più specificamente, nell'ambito della rilevanza che vengono ad assumere le cure primarie nelle strategie regionali, l'istituzione del Fondo intende integrare gli apporti dell'assistenza sanitaria e di quella sociale. Infatti l'assistenza sanitaria di alto rischio, alta tecnologia e alto costo può produrre buoni risultati solo attraverso un'adeguata selezione della casistica (ricerca dell'appropriatezza) e un'assistenza tempestiva e di elevata qualità che mantenga e migliori le abilità funzionali residue dei pazienti dopo le procedure cosiddette di secondo livello. La necessità dell'integrazione istituzionale è del tutto evidente e discende dalle diverse responsabilità sulla spesa sanitaria e sociale. Dunque partendo dalle pratiche di programmazione concertata, è stato delineato un quadro programmatico in cui le responsabilità distrettuali in ordine alla committenza e alla facilitazione dell'integrazione siano coerenti.

Nel 2006 è stato stipulato l'accordo integrativo regionale per la medicina generale, che si pone l'obiettivo dell'integrazione organizzativa dei medici di medicina generale nei

servizi delle Aziende sanitarie. Vengono delineate le caratteristiche dei Nuclei delle cure primarie, la loro funzione e le modalità con le quali sono individuate le funzioni di coordinamento interno alla categoria professionale. Lo sviluppo dei Nuclei delle cure primarie parte e si fonda sull'associazionismo medico, campo nel quale l'Emilia-Romagna ha una rilevante tradizione.

Nel corso del 2007 sono state definitivamente messe a punto le linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti territoriali, e viene qualificata la figura del direttore di Distretto come garante del processo decisionale che porta a definire la committenza e come garante dell'attività strutturata di valutazione della produzione e dei programmi di assistenza assicurati da tutti i Dipartimenti aziendali. Nel documento le funzioni dei Nuclei delle cure primarie ricevono una sottolineatura sul versante professionale che è particolarmente rilevante: in linea con gli orientamenti internazionali più avanzati, la leadership all'interno di tali articolazioni è connotata professionalmente, e i processi decisionali sono basati sulle evidenze disponibili e sulla negoziazione intra/inter-professionale integrativa o sostitutiva delle evidenze cliniche.

Nell'ottobre 2007 la Giunta regionale, dopo un lungo e approfondito dibattito con le rappresentanze delle Istituzioni e della società civile, ha approvato il primo Piano sociale e sanitario 2008-2010 (ora all'attenzione dell'Assemblea legislativa per l'approvazione definitiva). Questo Piano ha l'obiettivo di portare a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. Un processo avviato con le leggi regionali n. 2 del 2003 (legge quadro sui servizi sociali) e n. 29 del 2004 (legge di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale). Il Piano propone una trasformazione di ottica e il riconoscimento della necessità di declinare assieme le problematiche della sanità e del sociale per fare del welfare una parte costitutiva del sistema civile regionale.

In questa visione, personalizzazione dell'assistenza ed equità non si contraddicono, ma sono possibili solo in una logica di integrazione a tutti i livelli: valorizzando le singole autonomie, e mettendosi in relazione tra loro, tutti i soggetti - Regione, Enti locali, Aziende sanitarie, strutture pubbliche, private no profit e profit, associazioni, volontariato, forze sociali - che a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza, possono contribuire allo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica. Il primo Piano sociale e sanitario, per questo, sviluppa l'integrazione nella programmazione e nella valutazione, nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, definendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti.

Nel documento, già citato, che definisce le linee guida per l'organizzazione dipartimentale delle Aziende sanitarie, e nei gruppi di lavoro costituiti presso l'Assessorato politiche per la salute al fine di accompagnare l'implementazione di queste linee, la valorizzazione del personale infermieristico viene assunto come indirizzo strategico in grado di garantire una maggiore qualità dell'assistenza, accompagnando con progetti espliciti forme di interazione interprofessionale più adeguate al "nuovo" status acquisito da questi professionisti. Ugualmente nel nuovo e primo Piano sociale e sanitario viene ribadita l'importanza dell'allargamento delle competenze infermieristiche nel più generale quadro del miglioramento della qualità dell'assistenza, sia nelle cure primarie che in quelle ospedaliere.

Nel corso del 2007 la maggior parte delle Aziende sanitarie ha stipulato gli accordi contrattuali locali per la medicina generale, articolando i diversi istituti in modo da concentrare le risorse sulle problematiche locali più rilevanti. Ciò ha determinato un ampio ventaglio di soluzioni, che la Regione sta monitorando in collaborazione con le stesse Aziende, in modo da individuare le modalità più idonee alla realizzazione degli obiettivi generali più sopra ricordati. Il monitoraggio regionale si articola principalmente sulle modalità organizzative e sul modello del processo decisionale adottato nelle diverse realtà, in modo da adempiere alle funzioni che la nuova organizzazione assegna. Il focus è centrato sull'assistenza ai cronici, sulla facilitazione dell'accesso alle cure specialistiche e sul miglioramento dell'appropriatezza farmaceutica.

Negli ultimi 2 anni si è sviluppata in Emilia-Romagna una delle più importanti infrastrutture destinate a sostenere dal punto di vista informativo l'assistenza primaria: il Progetto SOLE, Sanità On-Line. Tale progetto, che prevede nel corso di 3 anni investimenti superiori ai 50 milioni di Euro, serve nella prima fase a mettere in connessione i medici di medicina generale con le Aziende sanitarie per lo scambio di richieste di prestazioni e referti di visite specialistiche e prestazioni ospedaliere, mentre in una seconda fase assicurerà l'interoperabilità tra i sistemi installati presso gli studi dei medici di medicina generale, in modo da favorire la continuità assistenziale e costituire quel database strutturato che consenta di basare l'assistenza ai cronici, cioè la realizzazione della cosiddetta medicina d'iniziativa, su un terreno solido e comune alle diverse istanze del Servizio sanitario regionale, pur nel più rigoroso rispetto della privacy.

Recentissima è l'approvazione della legge regionale (n.4/2008) che nel disciplinare gli accertamenti della disabilità semplifica le procedure per il suo riconoscimento mettendole in stretta relazione con la più generale attività diagnostica e terapeutica dei servizi che trattano la cronicità. Ciò significa che la persona con disabilità non deve ripetere, con mero intento fiscale, gli accertamenti clinici già effettuati ma che, al momento della certificazione, che è unica e che consente l'accesso a tutti i servizi in favore della persona disabile, viene utilizzata la documentazione già esistente. Al tempo, stesso la legge prevede misure di semplificazione e fornisce disposizioni in materia sanitaria e sociale finalizzate ad adeguare il sistema normativo all'obiettivo di integrazione tra politiche sociali e sanitarie prevista dal primo Piano sociale e sanitario 2008 – 2010.