

# SANBIRTA



Il secondo Piano regionale socio-sanitario si lega sempre più alle esigenze della società

## Continua l'opera di «autoriforma»

Assessore, dopo 4 anni avete deciso di mettere in soffitta il primo Piano socio sanitario. Vi siete accorti che non andava più bene?

Dal 1985 molta acqua è passata sotto i ponti. Molti problemi sono maturati in questi quattro anni e molte esperienze sono state consumate. Il secondo Piano socio sanitario regionale si colloca rispetto al Piano del 1985 in un rapporto di continuità diversiva. Vorrei anzitutto dire della «continuità». Il Piano sviluppa le sue proposte lungo le linee maestre tracciate nel 1985.

E quali erano queste «linee»?

Ovviamente sono costretto a schematizzarle. Innanzitutto ci ravviciniamo agli obiettivi della valorizzazione della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro e dell'educazione sanitaria del potenziamento dell'assistenza sanitaria di base a livello del distretto di base. E per far ciò riteniamo che il coinvolgimento dell'intero arco delle autonomie di base nel governo locale della salute era quantomai necessario, anche per contribuire allo sviluppo della partecipazione democra-

tica. Altri aspetti fondamentali di quel Piano erano la qualificazione ed integrazione dei servizi a livello territoriale (Ussl) nonché in rete regionale l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle socio assistenziali, la razionalizzazione dell'uso delle risorse, ed in ultimo la sollecitazione dell'autonomia contributiva delle risorse culturali della Regione e valorizzazione di tutte le energie scientifiche.

Tutto questo rispondeva e tuttora risponde (ecco perché ho parlato di «continuità») all'obiettivo di tracciare un modello funzionale del Servizio Sanitario Regionale capace di dare risposte ai bisogni di assistenza sanitaria dei cittadini ma anche di dare corpo alle idee forza della riforma sanitaria del 1978 e di trasformare in profondità le caratteristiche

del sistema sanitario ereditato dalla passata gestione mutualistica.

Veniamo invece all'aspetto della «diversità» del secondo Piano.

Bene, proprio le vicende degli anni successivi al 1985 nazionali e regionali hanno permesso di verificare la validità delle opzioni di fondo che ho appena esposto e di mettere a fuoco le correzioni di tiro e le modifiche di strategia dettate dall'esperienza e dall'evoluzione dei riferimenti generali della programmazione socio sanitaria. Più in concreto hanno fatto da ineluttabile per la stesura del II Piano socio sanitario le indicazioni formulate dal Consiglio regionale con la risoluzione n. 497 del luglio 1985 relativamente alla metodologia di costruzione della

proposta ai suoi contenuti di massima e alle priorità da essa innescate.

E quale «metodologia» avete adottato?

La proposta di Piano è stata formulata con il concorso dei risorse culturali e professionali presenti a livello delle strutture sanitarie e delle istituzioni universitarie dell'Umbria.

Con il II Piano socio sanitario regionale l'Umbria rinnova la scommessa avviata nel 1985, quando il Consiglio regionale approvò il Piano senza poter disporre di alcun riferimento nazionale. Anche questa volta infatti a nove anni dalla promulgazione della legge di riforma

sanitaria manca un Piano Sanitario Nazionale al cui interno inquadrare le scelte strategiche della programmazione regionale umbra. Ed anche questa volta l'Umbria decide di «fare da sé». Come? Ne parliamo con l'assessore regionale alla Sanità Guido Guidi.

concretizzare le linee maestre della programmazione.

E sul piano dei contenuti quali «innovazioni» vi sono?

Sul piano dei contenuti veniva raccomandata una programmazione selettiva cioè per progetti conformemente alla scelta compiuta nella predisposizione dell'ultimo Piano regionale di sviluppo. Per la selezione dei «progetti» si è tenuta presente l'elencazione della legge 595 del 1985 unico riferimento attuale (anche se datato) per il programmatore regionale. I progetti sono stati inoltre distinti in «azioni programmatiche» e «progetti obiettivi» intendendo per questi ultimi — come indica la legge 595 — una serie di azioni che impegnano risorse e competenze anche al di fuori della

rea del Servizio Sanitario Nazionale.

Sul piano delle priorità la risoluzione del Consiglio regionale impegnava la Giunta a intervenire rispetto ai distretti di base alla prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro con il conseguente assetto dei servizi di sanità pubblica la salute mentale i servizi socio assistenziali il sistema informativo socio sanitario e l'Osservatorio Epidemiologico. La risoluzione inoltre demandava al Piano la definizione dell'assetto della rete ospedaliera prevo un ampio confronto in seno alla collegività regionale la progettazione di interventi speciali per l'organizzazione dipartimentale della rete ospedaliera e per la razionalizzazione della gestione economico finanziaria delle

Ussl e la partecipazione della rete delle autonomie locali ai processi programmatici.

Assessore, volendo riassumere per grandi linee, qual è la strategia di questo Piano?

L'architettura del Piano ossia il modo come vengono disposte le sue parti riflette una scelta strategica di fondo che punta ai contenuti subordinando l'organizzazione dei servizi agli obiettivi di salute e rovesciando con ciò la prassi precedente che anteponeva ai contenuti di salute il modello organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. Premessa agli obiettivi di salute dunque con un forte recupero delle strategie delineate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) Salute per tutti nel 2000 Carta di Ottawa Dichiarazione di Adelaide per citare i principali documenti che testimoniano del costante e progressivo passaggio verso problematiche di promozione complessiva delle condizioni di salute e di coinvolgimento delle comunità nella conquista di nuovi stili di vita.

FRANCO ARCUTI

## La forza della programmazione per obiettivi. I progetti finalizzati

La strada della programmazione per progetti in sintesi con i nuovi percorsi tracciati dal Piano regionale di sviluppo è quella scelta anche per la redazione del nuovo Piano socio sanitario.

Sono previsti sedici azioni programmatiche e progetti obiettivi suddivisi in cinque aree: prevenzione tutela sanitaria di lei donna e dell'infanzia assistenza alla cronicità alle fasce di popolazione a rischio di emarginazione e alle malattie ricorrenti assistenze pronte.

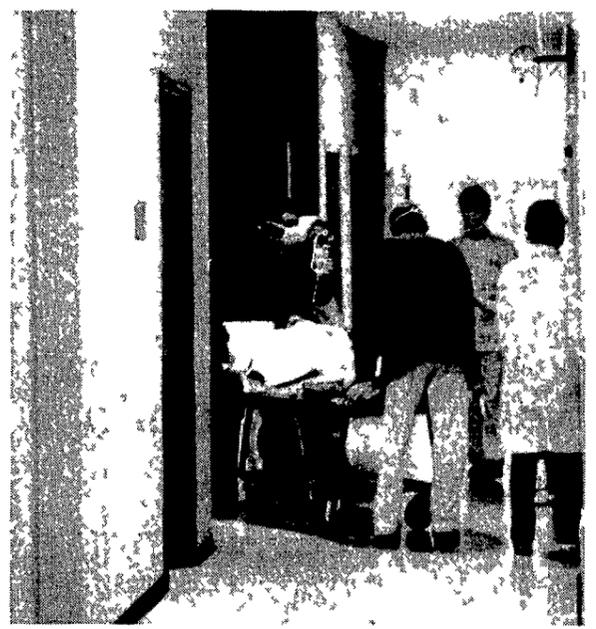
Questi progetti cui si aggiungono due azioni squisitamente «socio assistenziali» in direzione dell'handicap e dei minori a rischio di abbandono sono intersecati da azioni trasversali che ricompongono unitariamente il quadro degli obiettivi sui piani dell'epidemiologia dell'informazione dell'educazione sanitaria della formazione della ricerca finalizzata. Questa forte accentuazione degli obiettivi di salute dà un senso nuovo alle proposte di riorganizzazione dei servizi proposte concepite per rispondere non a modelli

astratti ma all'esigenza di meglio attrezzare la struttura sanitaria ai fini della realizzazione dei progetti.

Due sottolineature a questo proposito per dire anzitutto che la realtà dei servizi socio sanitari viene affrontata con tre azioni programmatiche sia per valorizzare quanto di positivo ha compiuto la riforma sanitaria in Umbria (Progetto «Sanità amica») sia per piegare il fianco del funzionamento del Servizio sanitario regionale verso le esigenze e le aspettative dell'utenza e per rendere «correvole» l'accesso dei cittadini ai servizi (Progetto «Partecipazione e umanizzazione dei servizi») sia infine per inserire nella prassi amministrativa misure che semplifichino e razionalizzano le procedure gestionali che sottendono al funzionamento quotidiano dei servizi (Progetto «Razionalizzazione della gestione amministrativa e contabile»).

Sul piano del riordino vero e proprio merita una citazione particolare l'Ufficio di Direzione dell'Ussl che oltre ad essere razionalizzato nella fun-

zioni e consolidato nel suo ruolo viene ristrutturato mediante la creazione di un forte polo per la prevenzione tale da riqualificare il polo ospedaliero a sua volta restituito alla sua identità. Viene definito lo standard dei servizi di prevenzione sia di Ussl sia multizonali con un cospicuo rafforzamento rispetto all'esistente. Vengono poi date ulteriori indicazioni per la rafforzamento dei distretti e per la riorganizzazione dei servizi territoriali (consulenziali per le tossicodipendenze e per la salute mentale). Degli standards ospedalieri è stato già detto. Si aggiunge che viene dettagliato in termini più operativi il disegno organizzativo dei dipartimenti ospedalieri. Il Piano prevede infine una serie di disposizioni puntuali per il riordino della rete ambulatoriale e poliambulatoriale per i day hospital per le strutture della riabilitazione e le residenze protette per i trapianti di organo. Viene ricondotta all'interno della programmazione regionale la convenzione che disciplina i rapporti con l'Università degli Studi di Perugia.



## Documento «aperto» al dibattito

Il progetto di Piano si presenta come un «documento aperto» alle trasformazioni sollecitate dal dibattito in seno alla collegività regionale. A parte ciò la Giunta è con sapevole necessità di alcune integrazioni rispetto a «capitoli» importanti non affrontati nella proposta per ragioni diverse. Alcune integrazioni si rendono necessarie per inserire alcuni progetti maturi già definiti con altri atti deliberativi o in corso di elaborazione si tratta ad esempio di tutta la problematica dell'urgenza nella fase del Piano regionale per il sangue e del Piano per l'emergenza sanitaria e delle questioni relative alla politica del farmaco.

Ci sono inoltre nel Piano alcuni orizzonti tracciati solo a larghe linee perché al programmatore regionale mancavano (e per molti aspetti mancano tuttora) gli elementi di quadro necessari per definire con precisione la proposta.

## Rete ospedaliera via ai dipartimenti

Per quanto riguarda la rete ospedaliera il Piano si è posto l'obiettivo del suo riordino. Secondo questa proposta il futuro assetto degli ospedali dovrebbe essere il seguente: organizzazione dipartimentale delle Unità organiche e delle Unità operative in tutte le Ussl. Nelle Ussl 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11 il Dipartimento ospedaliero sarà unitario.

Nelle Ussl 1, 3, 5, 8, 12 sono previsti distinti dipartimenti per medicina chirurgica tutela materna infantile (in collegamento con i Servizi territoriali di distretto) psichiatria ed emergenza psichiatrica emergenza. Nelle Ussl 3, 12 sono previsti in aggiunta i Dipartimenti risultanti dalle intersele stipulate con la struttura universitaria ai sensi dell'art. 39 della Legge 833/78. I parametri usati per la determinazione dei posti letto per acuti a livello di Ussl per il

biennio del II Piano Socio-sanitario regionale sono indicatori di risorse e di utilizzo e precisamente la dotazione media dei posti letto la durata media della degenza il tasso minimo di utilizzazione dei posti letto il tasso medio di ospedalizzazione.

OBIETTIVI FUNZIONALI

— Costruzione di un sistema ospedaliero integrato capace di fornire sia le risposte di alta specializzazione sia risposte più elementari e diffuse nel territorio.

— Costruzione di una rete ospedaliera che risponda al bisogno di umanizzazione delle cure.

— Le attività di degenza sono distinte in degenza per acuti in stato di emergenza sanitaria degenza per acuti non in stato di emergenza sanitaria degenza per cure riabilitative e di mantenimento.

# Ussl, decentramento e sistema integrato

Contrariamente a quanto si potrebbe immaginare il Piano non affronta la questione del riassetto della rete delle Ussl, anche se il problema ha caratteristiche di urgenza perché è largamente condivisa la consapevolezza che 12 Ussl sono troppe per l'Umbria. C'è ovviamente una ragione per questa scelta. Le 12 Ussl in Umbria non furono disegnate per un capriccio della programmazione sanitaria esse sono la derivazione del compromesso individuato fin dai tempi di anni Cinquanta come sfondo per la programmazione regionale dello sviluppo socio-economico dell'Umbria. Tutta la successiva progettazione economica sociale territoriale della Regione si basò sia pure con collaborazioni non

marginali su quella ipotesi. Oggi gli scenari sono completamente cambiati tant'è che il Consiglio regionale sta ridisegnando la maglia istituzionale del decentramento umbro in sintonia con tutta la rete delle autonomie locali. Si pone la questione se in questo clima di autonomia complessiva abbia un senso estrapolare il discorso delle Ussl e procedere a una loro ristrutturazione avulsa dal quadro più complessivo. La proposta di Piano risolve il quesito in senso negativo. Non avrebbe alcun senso smontare e rimontare l'edificio del decentramento sanitario prima che sia pronta la nuova planimetria del decentramento generale per non correre il rischio di dover ricominciare daccapo dopo

qualche tempo. E' noto però che su questo tema incombono decisioni unilaterali del livello centrale, il governo ha approvato e poi reiterato un decreto legge che nel modificare profondamente l'impianto istituzionale della «833» determina anche i parametri di riferimento per l'articolazione territoriale delle Ussl individuando livelli di aggregazione più ampi di quelli fissati dalla legge di riforma. I vellei che l'Umbria aveva largamente rispettato nella sua legge n. 65. Praticamente con l'applicazione degli standards decretati dal ministro per la Sanità vi sarebbe spazio in Umbria per non più di tre quattre Ussl. E' chiaro che se il Parlamento dovesse convalidare la proposta del governo

la legge dell'Umbria dovrà tenere le conseguenze per cui è opportuno che il dibattito sulla proposta di Piano si faccia carico anche di ipotesi sul modo come risolvere questo problema in anticipo se del caso con le decisioni sul nuovo assetto istituzionale sub regionale. Va anche detto però che il Piano è stato costruito in modo da rendere «indifferente» il contesto istituzionale rispetto alle soluzioni organizzative. La tendenza generale per quanto riguarda gli assetti organizzativi è di lavorare per modifiche che non pregiudichino il riassetto della maglia territoriale delle Ussl. Cio vale anche per le grandi direzioni di utilizzo delle risorse finanziarie. Per esempio da quanto descritto si evince che le mi-

sure di riordino sono tutte concentrate sul livello interno all'Ussl o quando investono il funzionamento del livello di regionale — si basano sul presupposto del consolidamento numerico dell'esistente. Un altro orizzonte non ancora definito in termini di riferimento nazionali è quello dell'assetto della rete ospedaliera anch'essa «sub giudice» per un provvedimento del governo (la legge 109) la cui attuazione non ancora maturata all'epoca in cui la proposta fu lanciata dalla Giunta regionale è stata successivamente impugnata anche dalla nostra Regione «sotto il profilo della legittimità costituzionale».

Nelle more il Piano definisce una precisa ipotesi operativa che prevede la costruzione

di un sistema ospedaliero regionale integrato capace di fornire sia le risposte di alta specializzazione sempre più collegate con i modelli di sportelli della scienza e della tecnologia sia per quelle più elementari e diffuse nel territorio nonché di rispondere al bisogno sempre più vivo di umanizzazione delle cure.

E una strategia che prende atto del fallimento delle precedenti impostazioni basate sostanzialmente sulla razionalizzazione numerica delle sedi ospedaliere e quindi sull'indeclinabile numero dei presidi e la chiusura di quelli meno utilizzati dalla popolazione. Invece che guardarsi alle scottate fisiche degli ospedali ai vari contenitori il Piano guarda alle attività e alle funzioni intrin-

se dei sistemi esistenti evitando inutili sovrapposizioni e dualismi particolarmente nell'ambito dello stesso comprensorio e spingendo quindi verso un processo di integrazione capace di evitare sprechi e di utilizzare razionalmente le professionalità e le risorse.

Questa ipotesi si fa carico anche di evitare molte delle chiusure degli ospedali previsti dal decreto Donat Cattin potenziando i servizi ospedalieri integrati nei vari Comprensori. Solo per alcuni si prevede una graduale trasformazione. Un altro argomento che il Piano tratta sommariamente è quello del personale e degli organici delle Ussl ma qui i limiti determinati dal Piano sono solo cronologici. La

serie di parametri già fissati dalla legge 595 del 1985 avocava al governo la determinazione degli standards del personale ospedaliero a stralcio del Piano sanitario nazionale il decreto di attuazione della legge 109 è divenuto esecutivo dopo l'approvazione della proposta di Piano per cui quest'ultima deve ritenersi integrata dalla delibera con cui la Giunta regionale ha dato applicazione al provvedimento del governo per la parte non soggetta a censura di legittimità.

Infine non è stato possibile per il programmatore regionale le mettere dei punti fermi per quanto concerne l'uso delle risorse finanziarie disponibili per le spese di investimento

quanto meno per la parte più cospicua dell'intervento che è quella derivante dal piano straordinario determinato dalla legge finanziaria per il 1988 per un impegno pluriennale di 30.000 miliardi. L'utilizzazione dello stanziamento è subordinata a criteri generali demeritocratici a un decreto ministeriale non ancora emanato all'epoca dell'approvazione della proposta di Piano (ma demeritocratica non ancora sanata) il Piano quindi si limita a indicare a larghi tratti le linee fondamentali di intervento sia sulle strutture edilizie che sulle grandi attrezzature tecnologiche e biomediche in genere con priorità per il completamento dei programmi già avviati con finanziamenti precedenti.