



PIANO SOCIALE E SANITARIO 2008 - 2010

CAPITOLO 2

L'INTEGRAZIONE SOVRAZIENDALE: LE AREE VASTE

L'integrazione non costituisce semplicemente una scelta organizzativa ma l'attuazione di una nuova concezione della relazione tra Servizi e cittadino in un contesto di crescente complessità organizzativa e tecnologica.

La integrazione tra le diverse componenti del Servizio sanitario regionale si rende necessaria nel momento in cui, per garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo, dell'inclusività e dell'equità d'accesso, il cittadino si colloca al centro di una organizzazione che, storicamente, al pari di ogni organizzazione, tende a privilegiare le dinamiche interne. Questa medesima necessità è poi ulteriormente e decisamente rafforzata dall'incremento di complessità dei processi clinici ed organizzativi nonché dalla diffusione crescente di tecnologie ad alta complessità.

Lo sviluppo delle Aree vaste come luogo della integrazione fra Aziende sanitarie per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche rappresenta uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le rispettive prerogative di autonomia territoriale a due livelli: nella organizzazione dei servizi e delle funzioni ricomprese nella cosiddetta autosufficienza territoriale, nell'ambito di un quadro di coerenza sovraziendale che conferisca all'esercizio di tali prerogative la capacità di migliorare i servizi resi alla popolazione e la migliore sostenibilità economica evitando così i rischi di frammentazione, scarsa qualità e diseconomia; nel consolidare le relazioni riguardanti l'organizzazione delle funzioni e dei servizi sanitari e dei servizi amministrativi e tecnico-professionali logistici o di supporto con bacino di utenza ottimale di dimensioni superiori a quelle della popolazione di una singola azienda e dei servizi amministrativi e tecnico-professionali logistici o di supporto.

Le esperienze di area vasta già attive nel SSR hanno aggregato le Aziende sanitarie secondo criteri geografici, storici e culturali, definendo tre territori di Area vasta relativi a Emilia Ovest (comprendente le Aziende sanitarie delle province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena); Emilia centrale (comprendente le Aziende sanitarie delle province di Bologna e di Ferrara); Romagna (comprendente le Aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini).

L'esperienza di questi anni dimostra che nel campo della programmazione, della produzione dei servizi intermedi e degli acquisti è possibile costruire un graduale allargamento degli ambiti di applicazione delle integrazioni tra le aziende.

Il processo di sviluppo delle aree vaste dimostra che per alcune funzioni sono praticabili forme di concentrazione funzionale e strutturale a livello sovraziendale di servizi amministrativi, di logistica e di produzione sanitaria intermedia. Nel campo degli acquisti vi sono infatti beni per i quali la efficienza di acquisizione è migliorabile attraverso la centralizzazione dell'acquisto. L'esistenza di una struttura regionale di servizio, l'Agenzia regionale di sviluppo dei mercati telematici costituita con DGR 2163/2004 in attuazione della L.R. 24 maggio 2004, n. 11 (Sviluppo regionale della società dell'informazione), si presenta come una opportunità da praticare per volumi di acquisto e per beni ulteriori rispetto a quelli fin qui conseguiti.

L'integrazione interaziendale attraverso aree vaste costituisce una effettiva area di azione per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza nel SSR non solo nel campo delle funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria ma anche nel campo della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari.

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, concorsi, formazione, copertura assicurativa,...) 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 possono giungere fino alla concentrazione fisica dei settori che agiscono su questi servizi, non alterano l'equità di accesso da garantire alla popolazione ma 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 agire congiuntamente per assicurare i migliori standard assistenziali possibili in condizione di massima prossimità geografica. In questi casi, dove la concentrazione provocherebbe cambiamenti nell'accessibilità ai servizi, l'integrazione da realizzare è di tipo funzionale per mantenere i servizi quanto più possibile prossimi ai destinatari senza che questo loro decentramento comprometta la qualità delle prestazioni.

Si individuano i seguenti livelli di integrazione:

- 1) organizzativo – gestionale, concernente l'individuazione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili,
- 2) professionale, concernente l'individuazione e la promozione delle migliori pratiche assistenziali e l'individuazione di funzioni/servizi con bacino d'utenza sovraziendale.

Gli oggetti del primo livello fanno riferimento allo sviluppo dei servizi sanitari, al miglioramento delle condizioni di accessibilità ai servizi e alle tecnologie sanitarie nel rispetto di esplicite garanzie di cura, alla valorizzazione delle risorse immobiliari, tecnologiche e finanziarie a disposizione delle Aziende sanitarie.

Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle reti cliniche integrate e trova nelle direzioni sanitarie delle aziende di Area Vasta gli interlocutori privilegiati.

I principi guida dell'integrazione in Area vasta sono i seguenti:

- 1) Principio della non ridondanza dei servizi per programmare la distribuzione di servizi a 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.