



TAVOLO
**BENESSERE
E COESIONE SOCIALE**

Governance, ruoli e responsabilità nel sistema sanitario metropolitano e della ricerca in Bologna

Giampiero Cilion

con il contributo di



**FONDAZIONE
DEL
MONTE**
1473

INDICE

Premessa	4
1 IL CONTESTO NORMATIVO ED ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO. LE REGOLE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE POSTE A LIVELLO STATALE E DALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: PRINCIPI, VINCOLI ED OPPORTUNITÀ	5
2 LE SEDI LOCALI DELLA REGOLAZIONE E DELLA PROGRAMMAZIONE E LE LORO RILEVANTI PREROGATIVE PROPULSIVE, CONSULTIVE, DI INDIRIZZO, DI VERIFICA E CONTROLLO: PIANIFICAZIONE LOCALE, ASSETTI ORGANIZZATIVI, INDIVIDUAZIONE DI AMBITI TERRITORIALI E DISTRIBUZIONE DI RISORSE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE.	8
3 GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE E DI PARTECIPAZIONE E CONFRONTO	12
4 LE SEDI ED I SOGGETTI DELLA GESTIONE E DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DI RICERCA NEL SISTEMA BOLOGNESE	15
4.1 L'Azienda Usl di Bologna	15
4.2 L'azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna	17
4.3 L'azienda Usl di Imola	19
4.4 L'IRCCS Rizzoli di Bologna	20
4.5 L'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna	23
4.6 Le nuove relazioni di area vasta tra le Aziende sanitarie	23
4.7 Il ruolo di Cup 2000 S.p.a.	25
4.8 Il ruolo dell' Università	26
4.9 Le Aziende di servizi alla Persona.....	28
4.10 I soggetti privati accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari	29



<http://psm.bologna.it>

5 LE ALTRE FORME DI SOSTEGNO E SUSSIDIARIETÀ NEI SERVIZI SANITARI E NELLE FUNZIONI DI RICERCA	30
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA	31

Premessa

La diagnosi della situazione locale dei profili inerenti il sistema della salute e della ricerca, finalizzata alla progettazione ed all'elaborazione degli orientamenti strategici necessari ad avviare un percorso di cambiamento sostenibile, non può prescindere dalla ricostruzione del sistema di governance nell'ambito del quale sono posti in essere i servizi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati e sono svolte le funzioni di ricerca ad essi connesse.

La ricostruzione delle dinamiche organizzative bolognesi, intese come ambito provinciale, dovrà peraltro tenere conto del contesto sovra locale e servirà, nell'ambito delle scelte disponibili a livello locale, a riflettere sulle modalità di programmazione, produzione ed in generale di governance delle funzioni e dei servizi che garantiscano l'esercizio corretto ed equo dei diritti, cogliendo al contempo le ineludibili esigenze di semplificazione, riduzione dei costi, sussidiarietà, partecipazione, uso responsabile delle risorse, complessità e mutevolezza dei bisogni.

Governance, infatti, è ciò che è preposto a regolare, programmare, gestire ed erogare i servizi, in un quadro complessivo che vede l'intervento di diversi ruoli e responsabilità

L'intento di questo capitolo è proprio quello di ricostruire tale quadro e di far intravedere le possibili sfide ed i cambiamenti di un assetto senz'altro raffinato ed avanzato, ma che non può e non deve sfuggire ad ipotesi di adeguamento continuo e di sviluppo. A tal riguardo, assume particolare significato l'attuale configurazione del ruolo pubblico (attualmente incaricato di una trasversalità di funzioni che va dalla programmazione all'erogazione) e del rapporto tra il livello pubblico e quello privato, al fine di comprendere se e come possano trovare risposte le istanze di rivisitazione finalizzate alla maggiore partecipazione dei cittadini, di enfattizzazione delle risorse private ed in generale di sostegno e di sussidiarietà nei servizi, dovendo con ciò infine riflettere su quale tipo di risorse private si possa o si debba puntare per apportare eventuali innovazioni rispetto all'attuale sistema.

1 | IL CONTESTO NORMATIVO ED ISTITUZIONALE DI RIFERIMENTO. LE REGOLE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE POSTE A LIVELLO STATALE E DALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA: PRINCIPI, VINCOLI ED OPPORTUNITÀ

La programmazione e la governance del sistema sanitario metropolitano di Bologna si esplicano in un contesto normativo ed istituzionale eterodeterminato e parzialmente vincolato che prevede quale principi fondamentali e comuni: la centralità del cittadino e la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'art. 32 Cost., degli articoli 1 e 2 della L. n. 833/78 e dell'art. 1 del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. .

In particolare, per quanto attiene al livello regionale, sono tre le fonti normative obbligatorie di riferimento:

1. L.R. n. 29/04 : “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”;
2. L.R. n. 2/03 : “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato d’interventi e servizi sociali;
3. Il Piano Sanitario e Sociale Regionale.

Queste norme prevedono una serie di principi, ai quali anche il sistema bolognese è chiamato ad adeguarsi. In particolare, la legge n. 29/2004 prevede:

- a) la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- b) la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali;
- c) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;
- d) la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- e) il finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale;
- f) la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività;
- g) la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;
- h) la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro

coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;

- i) la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione.

Anche la l.r. n. 2/03, nel prevedere la realizzazione di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, formula alcuni principi, quali il rispetto della dignità della persona, la prevenzione, il contrasto e la rimozione delle cause del disagio; l'adeguatezza, flessibilità e personalizzazione degli interventi, e soprattutto l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche, in particolare con quelle sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche ed abitative.

Certo, in entrambe le fonti, è prevista in modo inequivocabile, l'integrazione fra le diverse forme di assistenza sanitaria e l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Oltre ai citati principi, il sistema incontra necessariamente degli ulteriori vincoli, che sono rappresentati, ad esempio, dalla definizione statale dei compiti obbligatori per i servizi pubblici e dall'indicazione di forme obbligatorie per la loro gestione ed erogazione.

I Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) sono assicurati attraverso le risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica e appunto definiti nel rispetto dei principi di dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza ed economicità dell'impiego delle risorse. Essi rappresentano i limiti quantitativi, qualitativi e tipologici che il servizio pubblico offre ed eroga, quale contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio pubblico che la legge pone a carico di ciascuna Regione nel proprio ambito territoriale e nei confronti dei destinatari del servizio. In particolare, il DPCM del 23.04.08, prevede 3 macro-livelli:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Altro vincolo per le scelte locali è rappresentato dalle previsioni concernenti l'istituzione e l'organizzazione delle Aziende Sanitarie.

Nella l.r. 29/2004 è previsto infatti che la Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:

a) le Aziende Unità sanitarie locali;

b) le Aziende ospedaliere, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica e le Aziende ospedaliere- universitarie;

c) altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende Sanitarie abbiano stipulato accordi contrattuali.

Le Aziende Usl hanno autonomia imprenditoriale e la loro organizzazione ed il loro funzionamento sono determinati nell'atto aziendale, adottato dal proprio Direttore Generale. Le Aziende Usl assicurano, nell'esercizio unitario delle loro funzioni di prevenzione, incluse quelle relative alla sicurezza alimentare ed alla sanità animale, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali.

L'atto aziendale disciplina l'articolazione distrettuale delle Aziende Usl e l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.

Le Aziende Usl sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi.

Sono organi delle Aziende Usl: il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione; il Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori; il Collegio sindacale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

Le Aziende ospedaliere e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni specifiche.

Tutto ciò viene definito in norme regionali, alle quali le scelte locali non possono che asseverarsi, così come vi sono altre indicazioni della normativa statale e regionale che riguardano forme di produzione ed erogazione dei servizi che risultano non disponibili nelle scelte istituzionali periferiche: ci si riferisce ad esempio alla gestione dei servizi da parte delle farmacie territoriali convenzionate e/o dei medici di medicina generale.

Ma, al contempo, la legislazione sopra sommariamente richiamata prevede varie ed incrementali opportunità in favore delle responsabilità e dei ruoli locali, che sono dotati di una peculiare autonomia, sicuramente maggiore rispetto al passato recente, venendogli riconosciuto un penetrante ruolo da esercitare attraverso la programmazione territoriale ed il coinvolgimento in quella aziendale e risultano così attributari di opzioni fondamentali sui ruoli gestionali e /o di produzione dei servizi.

Nell'avviare la trattazione del sistema bolognese, è quindi opportuno ripercorrere, prima ancora che l'assetto dei servizi, le sedi nei quali si esplica l'autonomia degli Enti locali e si possono sviluppare le opportunità e con quali compiti.

2 | LE SEDI LOCALI DELLA REGOLAZIONE E DELLA PROGRAMMAZIONE E LE LORO RILEVANTI PREROGATIVE PROPULSIVE, CONSULTIVE, DI INDIRIZZO, DI VERIFICA E CONTROLLO: PIANIFICAZIONE LOCALE, ASSETTI ORGANIZZATIVI, INDIVIDUAZIONE DI AMBITI TERRITORIALI E DISTRIBUZIONE DI RISORSE NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE.

L'attuale assetto delle CTSS coincide con quello delle Aziende AUSL, pertanto il territorio provinciale bolognese è caratterizzato dalla presenza di due CTSS.

In ragione di tale particolarità, l' art.3 della L.R.21/2003 ha previsto per la provincia di Bologna l'istituzione del Comitato di coordinamento dell'area metropolitana, che garantisce il coordinato sviluppo dei programmi delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, con riferimento sia alle politiche per la salute e per il benessere sociale, sia al funzionamento ed all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Successivamente, come previsto dall'art.11 della L.R. 6/2004 gli organi di governo del Nuovo Circondario Imolese hanno assunto direttamente l'esercizio delle funzioni della CTSS e del Comitato di distretto per l'ambito territoriale di Imola.

Pertanto, le sedi istituzionali del governo strategico nel territorio provinciale bolognese sono:

a) LA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA DI BOLOGNA, composta da Presidente della Provincia, Sindaco del Comune di Bologna, Sindaci dei 49 Comuni o loro delegati. Sono invitati permanenti il Direttore Generale Az. USL di Bologna, il Direttore Generale A.OSP S.Orsola-Malpighi, il Direttore Generale Ist. Ortopedici Rizzoli, il Rettore dell'Università di Bologna, il presidente di turno della Conferenza dei Quartieri del Comune di Bologna.

La CTSS di Bologna è co-presieduta dall'Assessore alle politiche sociali e per la salute della Provincia di Bologna e dall'Assessore alla salute del Comune di Bologna.

La CTSS di Bologna è dotata:

- di un Ufficio di Presidenza con funzioni di organo esecutivo e costituito dai rappresentanti eletti al loro interno dai Comitati dei sindaci di distretto, dal Presidente della Provincia e dal Sindaco del capoluogo; i Direttori generali delle

<http://psm.bologna.it>

Aziende sanitarie del territorio (sia USL che Ospedaliere) sono invitati permanenti, insieme al Delegato del Rettore;

- di un Ufficio tecnico di supporto, che ha il compito di promuovere le iniziative di comunicazione e partecipazione per la salute e l'accesso ai servizi sanitari e sociali. L'ufficio coordina i gruppi di lavoro promossi dalla Conferenza in collaborazione con le Aziende sanitarie e i Comuni.

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria svolge funzioni di programmazione, indirizzo e verifica delle politiche sanitarie e sociali territoriali, che le consentono di valutare, esprimersi ed incidere sugli assetti organizzativi locali e sulla distribuzione delle risorse per i servizi. In sostanza, attraverso la CTSS, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e le aziende sanitarie, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sociosanitarie, sanitarie.

In particolare, in base alla L.R. n. 19/94 ed alla L.R. 29/04, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria :

- partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale e al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali ed esprime parere sui piani annuali di attività;
- esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento. A tal fine viene dotata di strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza;
- esprime pareri obbligatori sui programmi e sui bilanci delle Aziende sanitarie e sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università;
- promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria;
- partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale;
- promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari;
- promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali;

<http://psm.bologna.it>

- assicura l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute.

b) LA GIUNTA DEL CIRCONDARIO IMOLESE, composta da Presidente della Giunta, Ufficio di Presidenza composto da un numero massimo di 5 componenti scelti tra Sindaci, Assessori o Consiglieri dei Comuni del circondario, i 10 sindaci dei Comuni del circondario. Sono invitati permanenti rappresentanti di ASP Imola e dell'AUSL Imola.

Il Circondario imolese, in base alla L.R. n. 6/04, è un ente pubblico con personalità giuridica, dotato di autonomia organizzativa e funzionale, di autonomia normativa in relazione alle funzioni ad esso conferite e di autonomia contabile e di bilancio nell'ambito delle risorse ad esso attribuite dai Comuni, dalla Provincia e dalla Regione.

La Giunta del Circondario Imolese esercita le stesse funzioni dapprima indicate per la CTSS di Bologna, nei confronti dell'Azienda Usl di riferimento territoriale.

c) IL COMITATO DI COORDINAMENTO DELL'AREA METROPOLITANA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA, che è composto dal Presidente della Provincia di Bologna, dai Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, e in ogni caso dai Sindaci del Comune di Bologna e del Comune di Imola, dai Presidenti dei Comitati di Distretto del territorio provinciale e dal Rettore dell'Università degli studi di Bologna, o loro delegati. Sono invitati permanenti i Direttori generali delle Aziende sanitarie e degli Istituti operanti in ambito provinciale.

Il Comitato garantisce il coordinato sviluppo dei programmi delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, con riferimento sia alle politiche per la salute e per il benessere sociale, sia al funzionamento ed all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

d) I COMITATI DI DISTRETTO

In base alle L.R. n. 29/04 e 21/03, in ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni o loro delegati, ovvero dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto e tale Comitato. Il Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, esprime parere sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto, verifica il raggiungimento dei risultati di salute.

Spetta alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, attraverso il proprio regolamento, e all'Azienda Usl, attraverso l'atto aziendale, disciplinare rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.

<http://psm.bologna.it>

Al Comitato di distretto spettano due funzioni a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, socio-sanitarie e sanitarie:

- una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa e alla costituzione delle ASP;

- una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione).

In particolare sono 6 i Comitati di Distretto di Bologna:

- a. Città di Bologna
- b. Pianura Est
- c. Pianura Ovest
- d. San Lazzaro di Savena
- e. Porretta
- f. Casalecchio di Reno

Il raccordo tra gli indirizzi e le priorità espresse dal Comitato di distretto e l'apporto tecnico- progettuale dei tavoli tematici è assicurato dalla funzione dell'Ufficio di Piano, ovvero l'articolazione interna tecnico-amministrativa che rappresenta lo strumento di ambito distrettuale di supporto a tutta la attività programmatoria di zona.

L'Ufficio di Piano svolge una funzione tecnico amministrativa integrata di supporto ai livelli istituzionali e svolge attività istruttoria di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria, nonché attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa, per l'accreditamento dei servizi e la costituzione delle ASP ed azioni di impulso e supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria in merito a utilizzo ed impiego delle risorse e la rilevazione della domanda e dell'offerta dei servizi.

3 | GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE E DI PARTECIPAZIONE E CONFRONTO

Diverse dunque sono le sedi di programmazione strategica e tecnica dei servizi e diversi sono gli strumenti, previsti dalla normativa vigente, con cui realizzarla, tra i quali si richiamano:

L' ATTO D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALE DELLA CSST

La Conferenza territoriale sociale e sanitaria di Bologna e il Nuovo Circondario di Imola hanno approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011. L'Atto di indirizzo e coordinamento triennale costituisce il quadro di riferimento della programmazione territoriale per la salute e il benessere, ed è lo strumento attraverso il quale le Conferenze territoriali sociali e sanitarie esercitano il proprio compito di coordinamento della programmazione distrettuale.

È un atto di programmazione intermedia, che assicura il raccordo tra i diversi livelli di programmazione (regionale, provinciale, aziendale e distrettuale), e individua le aree di intervento strategico per target di popolazione e per tematiche trasversali su cui integrare gli interventi sanitari e sociali, definendo gli indirizzi per la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria territoriale.

In particolare, come indicato nel PSSR, esso definisce gli indirizzi per:

- a. la programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria di livello distrettuale;
- b. l'individuazione delle priorità strategiche nei Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, che sostituiscono i Piani sociali di zona e di cui entrano a far parte anche i Piani per la salute;
- c. gli interventi per la non autosufficienza e l'utilizzo del FRNA;
- d. i programmi formativi e di riqualificazione degli operatori;

È un atto di coordinamento della programmazione distrettuale, che specifica indirizzi e priorità da perseguire in maniera coordinata sul territorio provinciale per garantire un'equa ripartizione delle risorse fra le zone sociali e sanitarie e per promuovere equità e omogeneità di accesso ai servizi da parte di tutti i cittadini, nel rispetto delle specificità distrettuali e delle competenze degli enti coinvolti.

IL PIANO DI ZONA DISTRETTUALE ed il suo PROGRAMMA ATTUATIVO ANNUALE, approvati dal Comitato di distretto ed affidati nella loro realizzazione tecnica agli Uffici di Piano, che assumono i contenuti individuati dal Piano sociale e sanitario regionale.

Ci si chiede, però, se questo quadro di programmazione realizzato in varie sedi e con diversi strumenti, sia da semplificare e sia adeguato ai nuovi orientamenti strategici che possono derivare dalla riflessione cui tende questo rapporto.

Presso le sedi della regolamentazione e della programmazione, si realizzano, infine, anche strumenti di partecipazione e confronto con cittadini e rappresentanze delle parti sociali che si realizzano presso diversi Tavoli, Comitati, Forum e nell'ambito di linee approvate per mezzo di appositi Protocolli d'intesa e che coinvolgono le organizzazioni di volontariato, la cooperazione sociale e le organizzazioni sindacali.

La L. 328/2000, la L.R. n.2/2003 e il Piano sociale e sanitario della Regione Emilia Romagna riconoscono infatti il ruolo e la rilevanza sociale delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale e della cooperazione sociale.

La Regione Emilia-Romagna con le "Linee guida per la partecipazione del Terzo Settore ai processi di programmazione previsti dal Piano Socio Sanitario Regionale" delinea un percorso di partecipazione del terzo settore, che prevede la costituzione di alcuni organismi collegiali e la valorizzazione e l'autonoma costituzione di Forum del Terzo Settore per ogni ambito territoriale di Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il sistema di relazioni disegnato nelle Linee guida prefigura un percorso di lavoro da costruire nel tempo insieme al Terzo Settore e assegna alle Province il compito di promuovere gli interventi orientati a riconoscere la autonoma costituzione dei Forum e i processi di partecipazione congiunta al sistema dei servizi, sostenendo tali processi con adeguati supporti organizzativi e logistici.

Il Terzo settore partecipa attivamente alla elaborazione dell'Atto di indirizzo triennale previsto nel Piano sociale e sanitario ed è pertanto compito degli enti locali creare luoghi e prassi per favorire la partecipazione a tutti i livelli di governo (regionale, intermedio, coincidente con l'ambito della CTSS, e distrettuale) dei soggetti del terzo settore.

Per questa ragione, la CTSS di Bologna ha promosso incontri con il Forum Provinciale del Terzo Settore, con il Comitato Paritetico provinciale del volontariato e con le Centrali Cooperative.

Questi incontri con tutti gli organismi del Terzo Settore presenti nella realtà bolognese hanno altresì rappresentato il momento iniziale di confronto e consultazione per definire le modalità con cui pervenire alla costituzione di un "Tavolo di confronto con il terzo settore", che, come previsto dalle Linee guida regionali, dovrà essere istituito dall'Ufficio di presidenza della CTSS.

<http://psm.bologna.it>

Tra gli obiettivi strategici del Piano sociale e sanitario regionale, si individua altresì la necessità di operare per l'effettivo "coinvolgimento dei cittadini stranieri nella definizione delle politiche pubbliche locali".

La Provincia di Bologna si è pertanto dotata di un organismo idoneo a consentire una reale partecipazione della cittadinanza straniera alle decisioni che riguardano il destino della collettività: il "Consiglio dei cittadini stranieri e apolidi della Provincia di Bologna". Il Consiglio degli stranieri è un'autonoma istituzione politico-amministrativa, a base elettivo-rappresentativa, in grado di elaborare pareri e proposte, di individuare problemi, di discuterli, anche attraverso la costituzione di proprie commissioni tematiche e l'invito di alcuni suoi componenti nelle commissioni consiliari. Al Consiglio degli Stranieri è fornita una rilevante capacità giuridica ed è funzionalmente connesso, in modi diversi e con finalità differenti, con il Consiglio provinciale, con la Conferenza metropolitana dell'Area bolognese, con l'Assemblea del Circondario di Imola, con i Comuni del territorio provinciale.

La ricchezza dell'esperienza dei Piani di zona e dei Piani per la Salute in Emilia Romagna emerge con tutta evidenza anche dal sistema di relazione costruito in questi anni con le Organizzazioni sindacali. Nel nostro territorio le OO.SS hanno partecipato al processo di programmazione sociale e sanitaria ai diversi livelli di governo locale e regionale ed in quanto soggetti portatori di interessi diffusi della società civile, hanno partecipato al dibattito ed al confronto intercorso con gli Enti locali sugli obiettivi e sugli indirizzi prioritari del nuovo sistema di welfare regionale.

Anche a livello provinciale, le Organizzazioni Sindacali hanno partecipato alla programmazione sociale e sanitaria mediante la partecipazione a tavoli di lavoro e procedendo alla sottoscrizione di Accordi e Protocolli di intesa, mirati su singole specifiche questioni di grande rilievo per la qualità dei servizi a livello locale.

Il quadro degli strumenti della partecipazione appare quindi ricco ed ampio; ciò non impedisce comunque di ragionare ancora su prospettive di ulteriore ampliamento e sulla necessità di costruire reti tra i diversi soggetti e strumenti della partecipazione, al fine di non risolvere le loro istanze in una parcellizzazione eccessiva. Infine, ci si potrebbe chiedere se la partecipazione ed il confronto non debba o possa essere estesa anche a soggetti quali le rappresentanze dei soggetti for profit, valutandone ovviamente le forme adeguate.

4 | LE SEDI ED I SOGGETTI DELLA GESTIONE E DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E DI RICERCA NEL SISTEMA BOLOGNESE

Dopo aver illustrato i ruoli e le responsabilità decisionali e tentato di far comprendere in quali spazi essi si possono muovere, è possibile ora tratteggiare l'assetto delle sedi di gestione ed erogazione dei servizi, con l'obiettivo di illustrarne le caratteristiche fondamentali, di far riflettere su possibili scenari di cambiamento interni a tale assetto o di matrice più incisiva, nella consapevolezza dei vincoli e delle opportunità sopra accennate.

4.1 | L'Azienda Usl di Bologna

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. Essa costituisce il modulo fondamentale ed obbligatorio, a differenza dei soggetti che saranno individuati nei punti successivi, che la normativa statale e regionale impone quale forma irrinunciabile di "assicurazione" locale dei servizi.

Ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale. Assicura le prestazioni secondo criteri di globalità.

Per la realizzazione di tali fini, l'Azienda assume quali principi guida: il rispetto della persona e la sua centralità; l'equità e l'etica professionale; la qualità clinico-professionale; l'appropriatezza; la compatibilità tra le risorse disponibili e il costo dei servizi offerti; la diffusione dell'assistenza di primo livello per assicurare in modo generalizzato e coordinato la promozione e la tutela della salute.

Inoltre, l'Azienda, concorre alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali degli enti locali di pertinenza per quanto espressamente previsto o delegato.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

a) qualificare l'offerta dei servizi e degli interventi preventivi e clinico assistenziali, sviluppando la capacità di analizzare i bisogni di salute della popolazione, di identificare le priorità, di valutare l'appropriatezza e gli esiti dell'azione svolta;

<http://psm.bologna.it>

b) qualificare l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale, ponendo particolare attenzione all'equità e alla trasparenza delle forme di accesso adeguate alle problematiche complessive dell'utenza;

c) razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili;

d) sviluppare il sistema della continuità clinico assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali integrate che permettano la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;

e) potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere ai bisogni degli individui e delle collettività, migliorando le cure domiciliari e l'appropriatezza delle attività di ricovero, perseguendo una coerente riduzione del tasso di ospedalizzazione;

f) perseguire attivamente il sistema delle alleanze interistituzionali a livello locale, di area vasta, regionale, nazionale ed europeo;

g) porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca in ambito sia territoriale che ospedaliero;

h) perseguire l'obiettivo della valorizzazione, dello sviluppo professionale e della motivazione dei professionisti, utilizzando la formazione quale elemento strategico;

i) concorrere all'evoluzione e all'affidabilità del sistema sanitario regionale dando attuazione alle politiche socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda si articola in Distretti, che:

a) promuovono e sviluppano la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la elaborazione dei relativi programmi di intervento;

b) assicurano l'accesso ottimale alla assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale.

c) svolgono funzioni di committenza, di produzione delle cure primarie e di integrazione dei servizi socio-sanitari.

Sul territorio vi sono 6 Distretti:

- Città di Bologna
- Pianura Est
- Pianura Ovest
- Casalecchio di Reno
- San Lazzaro di Savena
- Porretta Terme.

Inoltre, l'Azienda è organizzata in Dipartimenti, quali strutture complesse, con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, e operano con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della programmazione aziendale, nonché in Unità operative e programmi.

All'interno dell'Azienda Usl sono costituiti diversi stabilimenti ospedalieri e, dal 2011, un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (vedi punto 4.5).

Nella prospettiva della programmazione strategica, occorre chiedersi se l'Azienda Usl debba privilegiare un ruolo diretto di erogatore o di acquirente delle prestazioni e di conseguenza quale pianificazione di assetto debba svilupparsi per continuare ad assicurare le prestazioni sanitarie.

4.2 | L'azienda ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna

Altra grande azienda sanitaria pubblica del bolognese, avente personalità giuridica pubblica propria e dotata di autonomia imprenditoriale, è l'azienda S. Orsola.

Essa costituisce la sede istituzionale dell'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca in quanto Azienda di riferimento per l'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna:

a) eroga e sviluppa, integrandole, assistenza polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale ed internazionale;

b) promuove l'innovazione, persegue la centralità del Paziente/Utente e dello studente e favorisce la valorizzazione dei Professionisti anche mediante la condivisione degli obiettivi e la responsabilizzazione sui risultati;

<http://psm.bologna.it>

c) svolge in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, ricerca e formazione, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca.

L'Azienda adotta come metodo fondamentale di gestione la programmazione basata sulle risorse disponibili, costruita in base agli indirizzi programmatici della Regione Emilia Romagna e dell'Alma Mater Studiorum, in sinergia con la programmazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Tali indirizzi vanno a costituire il quadro di riferimento entro il quale deve essere elaborata la programmazione aziendale.

Gli impegni che l'Azienda assume si basano sulle seguenti macro aree strategiche, che costituiscono i capisaldi della pianificazione strategica:

- a. l'Integrazione Ospedale-Università;
- b. il sistema del governo aziendale;
- c. il ruolo aziendale nel contesto locale e nazionale;
- d. l'ammodernamento delle strutture edilizie, degli impianti e delle tecnologie;
- e. l'equilibrio di bilancio.

Pur avendo gli stessi organi che sono previsti per l'Azienda Usl (Direttore Generale, Collegio di Direzione, Collegio Sindacale) ed i medesimi organismi collegiali (Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie, Comitato dei Garanti, Comitato Etico), gode di una governance peculiare funzionale a garantire la partecipazione alla sua pianificazione da parte dell'Università.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna è organizzata secondo il modello dipartimentale. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione dell'Azienda e tale organizzazione deve assicurare, oltre agli obiettivi previsti dagli indirizzi regionali in materia, l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

A tal fine vengono costituiti i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) in cui si realizza l'integrazione fra le funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza, finalizzata alla qualificazione delle attività, alla realizzazione dei fini istituzionali ed allo sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica.

<http://psm.bologna.it>

La Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, sulla base degli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e nel rispetto dei principi e obiettivi del Piano sociosanitario Regionale e delle specifiche indicazioni regionali, definisce gli obiettivi generali dell'azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto.

Inoltre, l'Università partecipa attivamente alla elaborazione della pianificazione strategica al fine di una programmazione coordinata tra l'Azienda e l'Università.

Nella elaborazione del piano si tiene conto delle priorità indicate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, inerenti l'attività scientifica e quella formativa, e delle necessità di sviluppo delle attività assistenziali.

4.3 | L'azienda Usl di Imola

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed è l'ente strumentale attraverso il quale la Regione Emilia Romagna assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nell'ambito territoriale del Nuovo Circondario Imolese, secondo criteri di globalità.

L'ambito aziendale comprende i territori di 10 Comuni: Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza; Castel Guelfo; Medicina; Mordano; Casal Fiumanese; Borgo Tossignano; Fontanelice; Castel del Rio.

L'Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, e realizza il governo economico dei finanziamenti dei cittadini, perseguendo l'allocatione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Nell'ambito aziendale, le competenze attribuite dalla legislazione e dalle direttive regionali alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sono esercitate dalla "Giunta del Nuovo Circondario Imolese", la quale, in veste di CTSS (vedi punto 2) svolge funzioni di indirizzo, consultive, propulsive e di verifica e controllo, e in particolare definisce le priorità strategiche in area sociale, sociosanitaria – compresa la non autosufficienza - e sanitaria, effettua le verifiche sui risultati aziendali conseguiti ed interviene con proprie prerogative sulla nomina e la vigilanza sugli organi di governo dell'azienda.

L'organizzazione dell'Azienda si ispira al principio della separazione tra le responsabilità di committenza e quelle di produzione delle prestazioni e organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

<http://psm.bologna.it>

La funzione di committenza, propria della Azienda, trae esplicito mandato dalle istanze delle comunità locali, veicolate anche attraverso il Piano di Zona per il benessere e la salute, a valenza triennale, e viene esercitata dalla Azienda nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati.

La Committenza è posta in capo al Distretto, riguarda la programmazione del bisogno riferito alla complessività dell'offerta - assistenza residenziale, domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera – ed è esercitata anche attraverso “piani di committenza annuali”.

Per l'Azienda, il Distretto è unico e comprende tutti i 10 Comuni.

Per l'Azienda Usl di Imola possono valere le medesime considerazioni svolte (vedi in fondo punto 4.1) sulla necessità di riflettere meglio sul ruolo da acquirente o da erogatore che la stessa sia chiamata ad esercitare.

Va tenuto conto, inoltre, che presso l'Azienda Usl di Imola è costituita la società “Montecatone rehabilitation s.p.a.”, un modello privatistico con organizzazione e mission pubblica, che è specializzata nelle funzioni di riabilitazione su casi gravi da lesioni e che è detenuta al 100% in mano pubblica (il 99% in capo all'Azienda Usl). Le riflessioni strategiche dovranno necessariamente concentrarsi anche sulle prospettive di questo soggetto, in termini sia di ruolo che di stabilità, che di allargamento della compagine societaria.

4.4 | L'IRCCS Rizzoli di Bologna

Il Rizzoli è un Istituto ad indirizzo ortopedico-traumatologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico.

È un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari in campo nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e formazione. Sul piano organizzativo la struttura è regolamentata sulla base della normativa regionale, nonché dalle disposizioni contenute nel decreto legislativo 288 del 2003 e dalle previsioni vevoli per le aziende sanitarie in quanto applicabili.

<http://psm.bologna.it>

Premesso che l'obiettivo prioritario rimane la centralità del cittadino e la tutela e cura della salute, l'Istituto Ortopedico Rizzoli riconosce come propria missione il perseguimento, in riferimento alle patologie muscolo scheletriche, di obiettivi di formazione e di ricerca, prevalentemente traslazionale, in campo biomedico e in quello di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente all'erogazione di prestazioni di ricovero e cura.

Attraverso le attività di ricerca e di assistenza, il Rizzoli in condizioni di autonomia ha come ulteriori finalità:

- il consolidamento e lo sviluppo dell'eccellenza nella ricerca e nell'assistenza in ambito muscolo-scheletrico, riconfermandosi punto di riferimento per il sistema sanitario regionale, nazionale e internazionale;
- la valorizzazione della didattica ai fini dell'alta formazione dei professionisti nell'ambito delle patologie muscolo scheletriche, anche in collaborazione con l'Università di Bologna;
- l'orientamento all'integrazione tra la funzione di assistenza, di ricerca e di formazione, in condivisione con le altre Aziende del SSN, del SSR e dell'Università;
- la partecipazione all'attuazione del Piano Sanitario Regionale tramite l'elaborazione degli atti di programmazione e la loro traduzione in attività concrete;
- la partecipazione alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, missione definita come tutela della salute nella sua globalità in relazione al quadro di risorse a ciò destinate;
- l'adesione alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie muscolo-scheletriche e, più in generale, in quelle di competenza dell'Istituto;
- l'adesione alla Rete Regionale dell'Alta Tecnologia per la promozione della ricerca industriale ed il trasferimento tecnologico;
- l'inserimento dell'Istituto nelle attività internazionali.

Le attività che caratterizzano l'istituto, sono:

- l'Assistenza di ricovero e specialistica
- la Ricerca
- la Didattica e la Formazione
- le sinergie tra Ricerca, Assistenza Clinica e Formazione.

<http://psm.bologna.it>

Il Rizzoli costituisce quindi una sede consolidata dell'eccellenza, che svolge funzioni di alta qualificazione di assistenza, ricerca, formazione e gode di governance e prerogative particolari.

Rappresenta un'ulteriore sede della collaborazione istituzionale tra il Servizio sanitario pubblico e l'Università e costituisce il riferimento della facoltà di Medicina dell'Università di Bologna per le funzioni ad indirizzo ortopedico-traumatologico.

Nel far parte di una rete più complessiva di istituti di ricerca pubblici e privati, può operare in sinergia con realtà industriali, applicare i risultati delle proprie attività in ambito di mercato ed in generale "esportare" le proprie attività di eccellenza in campi, settori e confini ulteriori e diversi da quelli propri delle Aziende sanitarie.

Lo IOR soggiace comunque alle stesse relazioni che le Aziende mantengono con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e, nell'ambito di tali rapporti, partecipa in particolare ai lavori della Conferenza e dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza, ne assume gli orientamenti strategici e sottopone ad essa per il previsto parere gli atti fondamentali.

Per quanto riguarda invece, la collaborazione con le Aziende dell'Area metropolitana bolognese, il rapporto si caratterizza per un alto livello di integrazione, che si attua in particolare con:

- la definizione di politiche e progetti per la salute;
- gli accordi di fornitura tra Aziende;
- le sinergie per migliorare la qualità nell'ambito di una riduzione dei costi;
- la valorizzazione di una rete ortopedica a livello metropolitano nella quale lo IOR riveste il ruolo di Hub, prevedendo la concentrazione della casistica complessa e il trattamento delle forme di particolare gravità presso l'Istituto e concertando con le altre strutture sanitarie la realizzazione di percorsi di cura dei pazienti muscolo scheletrici;
- i progetti di riorganizzazione nell'ambito della patologia muscolo scheletrica con rafforzamento delle sinergie in ambito ospedaliero, anche con disponibilità a realizzare unità operative delocalizzate dello IOR per radicare ulteriormente i rapporti con il territorio e favorire l'integrazione fra assistenza e ricerca.

Infine, quale ulteriore sede in cui si realizza la collaborazione tra Regione e Università degli Studi di Bologna per le attività di ricerca e di didattica connesse alla ortopedia ai sensi della L.R. 29 del 2004, l'Istituto promuove l'integrazione tra le attività assistenziali e di ricerca e le funzioni di didattica, nell'ambito della programmazione sanitaria, così come definita a livello regionale e nazionale.

<http://psm.bologna.it>

Tale rapporto è regolato da specifico “Accordo Attuativo Locale”, avente ad oggetto, nel rispetto di quanto stabilito dai protocolli di intesa tra la Regione e le Università regionali, le forme di integrazione delle attività assistenziali e di ricerca con le funzioni di didattica.

Tale accordo attuativo locale disciplina in particolare l’organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), come avviene per le Aziende ospedaliero-universitarie.

4.5 | L’Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

L’istituto delle scienze neurologiche di Bologna è un IRCSS costituito all’interno dell’Azienda Usl di Bologna riconosciuto definitivamente come tale nell’aprile del 2011. È dotato di un proprio statuto, propri organi, proprie sedi e risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, quindi di una propria autonomia tecnica, contabile, e soprattutto scientifica.

Persegue, nell’ambito delle scienze neurologiche, finalità di ricerca traslazionale, innovazione e didattica in stretta collaborazione con l’Università di Bologna.

È ancora in fase di implementazione, ma può costituire un ulteriore nodo di sviluppo dell’eccellenza, potendo progressivamente offrire le competenze e le opportunità che sono state prima evidenziate per il Rizzoli.

4.6 | Le nuove relazioni di area vasta tra le Aziende sanitarie

Con DGR dell’Emilia-Romagna 927/2011, si approvano le nuove direttive regionali che impongono lo sviluppo di relazioni tra le Aziende Sanitarie in ambito di Area Vasta per ottimizzare funzioni di programmazione e gestione dei servizi sanitari e delle attività tecniche ed amministrative.

La programmazione regionale ha preso atto della definizione di tre territori di Area Vasta relativi a Emilia Est, Emilia Centrale e Romagna, chiarendo che l’integrazione interaziendale attraverso Aree Vaste costituisce un’effettiva area di azione per raggiungere ulteriori obiettivi di efficienza non solo nel campo delle funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria ma anche nel campo dell’organizzazione e della gestione dei servizi sanitari.

<http://psm.bologna.it>

Le Aziende, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna e nel rispetto del ruolo esercitato dai livelli istituzionali preposti a competenze di programmazione, governo e vigilanza dei servizi sanitari, sono tenute ad individuare nell'Area Vasta la dimensione strategica ed operativa ottimale per la programmazione integrata dei servizi e la gestione in forma unitaria di specifiche attività amministrative, tecniche, sanitarie ed assistenziali.

Le Aziende, in particolare, devono disciplinare le finalità specifiche della cooperazione tra loro nel rispetto della normativa e della programmazione regionale, perseguendo i seguenti obiettivi:

a) promuovere efficienza e coerenza nella progettazione, organizzazione, gestione e produzione dei servizi sanitari e delle attività di formazione e ricerca, assicurando il raccordo fra le strutture delle aziende e l'armonizzazione delle funzioni e dei servizi esercitati;

b) sviluppare azioni tese a favorire sinergie e condivisione dei processi e delle risorse delle aziende, incrementandone la qualità e promuovendo il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa;

c) ricercare ed individuare forme di razionalizzazione e contenimento della spesa mediante processi di riorganizzazione, aggregazione e centralizzazione di funzioni e servizi;

d) sviluppare l'unificazione di attività amministrative e di servizi posti a supporto alle attività sanitarie;

e) armonizzare programmi, atti normativi o a contenuto generale, regolamenti, modelli e relazioni per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza delle Aziende, ivi compreso il ruolo di Commissioni ed Organismi da istituirsi a livello di area vasta;

f) attuare in maniera omogenea e coordinata gli indirizzi espressi nelle sedi istituzionali di programmazione e governo dei servizi sanitari.

Le Aziende devono avviare e disciplinare, tramite appositi accordi quadro, modalità organizzative idonee ad assicurare forme di consultazioni stabili tra i propri Organi di vertice, nonché tra ulteriori livelli di responsabilità nelle aziende.

A tal fine, in ciascuna Area Vasta deve essere previsto e costituito un Comitato, composto dai Direttori Generali delle Aziende sanitarie facenti parte dell'Area, in grado di assumere compiti di elaborazione e proposta e funzioni di carattere decisionale in via

coordinata e condivisa in merito ai progetti ed agli assetti organizzativi e gestionali di Area Vasta.

L'accordo quadro individua altresì i ruoli e gli strumenti tecnici posti a supporto dell'attività del Comitato e delle finalità della cooperazione, prevedendo che, per lo svolgimento delle funzioni esercitate in ambito di area vasta, venga individuato un Direttore operativo con compiti di facilitazione, proposta, supporto, implementazione delle attività del Comitato di area vasta e delle sue articolazioni settoriali, e di coordinamento operativo e di monitoraggio e controllo della gestione delle attività esercitate. Il Direttore operativo si avvale di un ufficio di supporto, costituito secondo le decisioni assunte dal Comitato dei Direttori e dotato di competenze amministrative, contabili, giuridiche e tecniche, che assume anche le funzioni di segreteria ed assicura il sostegno operativo alle attività di area vasta.

Nella normativa regionale, a differenza di quanto avvenuto in altre regioni, non si è previsto dunque di dar vita a nuovi soggetti strutturati, ma a relazioni funzionali tra le Aziende esistenti (nel caso bolognese, tutte quelle citate in precedenza, oltre alle realtà ferraresi) capaci di creare i presupposti per relazioni stabili tra le responsabilità strategiche e di unificare funzioni sanitarie ed attività logistiche ed amministrative.

Le Aziende sanitarie interessate dovranno quindi riflettere sulle parti di attività e servizi che intendono razionalizzare e gestire insieme tra loro e per fare ciò occorre approvare un accordo quadro, istituire un comitato dei direttori generali, raccordare le nuove funzioni di area vasta con le prerogative delle Conferenze territoriali e delle Organizzazioni sindacali, dar vita ad una struttura operativa.

Sullo sfondo, resta la valutazione sull'adeguatezza dell'ambito territoriale attuale dell'Area vasta Emilia-centro, che unisce le realtà bolognesi con quelle di Ferrara, le cui sinergie non sono affatto così immediate.

4.7 | Il ruolo di Cup 2000 S.p.a.

CUP 2000 è un'azienda partecipata in house con la Regione Emilia-Romagna, gli Enti locali soci e tutte le Aziende Sanitarie della regione ed opera negli ambiti della progettazione, ricerca, sviluppo, sperimentazione e gestione di servizi e prodotti di Information & Communication Technology di reti e-Health e e-Care, generate in ambito Internet, per il settore della sanità e dell'assistenza socio-sanitaria e dei servizi alla persona.

<http://psm.bologna.it>

L'obiettivo di questa complessa attività, è una sanità e un welfare ad "alta comunicazione". Le reti e-Health e e-Care permettono infatti una sistematica condivisione, in tempo reale, dei dati e delle informazioni tra i professionisti della sanità (in primis, tra i medici di famiglia e i medici specialisti e ospedalieri), e tra sistema sanitario e cittadino. In questo contesto, assume particolare rilevanza il progetto e l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico, ovvero della disponibilità on line, per i soli soggetti autorizzati, di disporre dei dati inerenti la storia clinica della persona.

CUP 2000 rappresenta l'interlocutore della CTSS a sostegno di uno sviluppo coerente e omogeneo dei servizi informatizzati, per facilitare l'interoperabilità dei sistemi e l'accessibilità delle informazioni per i cittadini, e per sostenere a livello locale l'implementazione dei progetti regionali (progetto SOLE, utilizzo "tessera sanitaria", Fascicolo sanitario elettronico).

Occorre tener presente, al riguardo, che la società Cup è detenuta per il 56% da enti che fanno riferimento al sistema metropolitano bolognese (Provincia, Comune, aziende sanitarie) e che pertanto spetta innanzitutto a queste (comunque insieme al socio di maggioranza relativa, la Regione) valutare strategicamente il mantenimento della partecipazione e/o lo sviluppo della società, insieme alla possibile individuazione del suo ruolo operativo e di eventuali nuove forme alternative per garantire i servizi a valenza locale.

4.8 | Il ruolo dell' Università

Le Università degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma concorrono, per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale. Le Università partecipano altresì alla programmazione sanitaria regionale mediante parere obbligatorio sulla proposta di Piano sanitario regionale approvato dalla Giunta e sugli atti di programmazione regionale concernenti la definizione degli indirizzi di ricerca del SSR e degli interventi che interessano le strutture sanitarie destinate all'esercizio di attività formative.

Il protocollo d'intesa fra la Regione e le Università:

a) individua l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, assicurandone la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca;

<http://psm.bologna.it>

b) disciplina la programmazione della formazione del personale del SSR e le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati ed individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università.

La collaborazione fra SSR ed Università si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le Aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di medicina.

La programmazione sanitaria regionale individua, inoltre, le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la Regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà.

La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliero-universitarie e nelle altre sedi di collaborazione, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse, definiti d'intesa tra la Regione e le singole Università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione-Università.

A fronte delle disposizioni generali contenute nella normativa regionale e tenendo conto delle sedi e dei rapporti in essere sul territorio bolognese, occorre chiedersi come i rapporti tra sistema sanitario e della ricerca e quindi tra le Aziende e le università possano essere mantenuti e sviluppati e quali sinergie, forme e sedi di collaborazione debbano essere garantite con il sistema sanitario.

Al riguardo, occorre anche aver presente che l'Università è stata di recente interessata da una penetrante riforma (legge 240/2010) che ha portato all'approvazione del nuovo Statuto, rispetto al quale occorre appunto verificare l'impatto sulle relazioni con il sistema dei servizi della salute.

In secondo luogo, la risposta non può prescindere dalle prospettive di sostenibilità finanziaria e gestionale delle Università che sembrano mutare il loro ruolo e che rendono urgente ripensare i tradizionali modelli acquisiti.

4.9 | Le Aziende di servizi alla Persona

A completare il panorama delle strutture pubbliche chiamate a gestire o ad erogare prestazioni, occorre far cenno alle Aziende di Servizi alla persona, nate dalla trasformazione delle Ipab e costituite quali aziende sociali dei comuni incaricate, nella maggioranza dei casi, di garantire servizi socio-sanitari (anziani e disabili) o socio-educativi.

In base alla L.R. n. 2/2003, l'Azienda pubblica di servizi alla persona ha personalità giuridica di diritto pubblico, è dotata di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria e non ha fini di lucro.

Le Asp svolgono la propria attività secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e ricavi e subentrano negli obblighi, nei diritti e nei rapporti attivi e passivi della o delle Istituzioni trasformate; nell'ambito della propria autonomia, adottano tutti gli atti e negozi, anche di diritto privato, funzionali al perseguimento dei propri fini ed all'assolvimento degli impegni assunti nella programmazione regionale e locale.

Sono organi di governo dell'Azienda:

- a) il Consiglio di amministrazione;
- b) il Presidente;
- c) l'assemblea dei soci, o altro organismo di rappresentanza già previsto dallo statuto dell'Istituzione trasformata.

L'Azienda ha un proprio statuto, approvato dalla Regione, che disciplina l'ambito di attività, la composizione degli organi di governo, le modalità di elezione e durata in carica degli stessi, l'attribuzione al direttore delle funzioni e delle responsabilità proprie.

Nel territorio metropolitano di Bologna sono state costituite 8 ASP (3 a Bologna, 2 nel distretto Pianura Est, 1 in Pianura Ovest, 1 a Imola, 1 a S. Lazzaro).

Sulle Asp, è in corso, tanto a livello locale, quanto sul piano regionale, una necessaria e dovuta riflessione che prende le mosse da un monitoraggio complessivo sulle aziende e che, superata la fase burocratica della trasformazione istituzionale, porti ad individuare meglio, rispetto alle situazioni venutesi a creare, il ruolo (gestione? Produzione? Altro?) delle Aziende, i loro settori/servizi d'intervento, auspicabilmente in un'ottica multiservizi e multitarget, e ne possa assicurare prospettive di sostenibilità gestionale e finanziaria e di adeguatezza del bacino territoriale di riferimento.

<http://psm.bologna.it>

Nel frattempo, nel caso specifico di Bologna, è stata avviata la progettazione tecnica finalizzata alla prospettiva della fusione delle 3 ASP di Bologna in un'unica Azienda.

4.10 | I soggetti privati accreditati per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

Nel territorio metropolitano bolognese, all'offerta di servizi sanitari provvedono anche soggetti accreditati dal SSR, che abbiano stipulato accordi contrattuali con l'Azienda di riferimento.

In base alla L. R. n. 29/2004, infatti, la realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinate alle relative autorizzazioni; l'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR è subordinato all'accreditamento istituzionale, e l'esercizio di attività sanitarie a carico del SSR è subordinato alla definizione degli accordi contrattuali, secondo quanto previsto dalla L.R. n. 34/98 .

I soggetti privati accreditati attualmente operanti sul territorio metropolitano bolognese sono:

- 9 Case di cura;
- 3 hospice;
- 52 tra poliambulatori, laboratori, centri specialistici e studi professionali;
- 6 residenze sanitarie psichiatriche;
- 4 strutture per dipendenze

A questi si aggiungono:

- numerose organizzazioni di volontariato (ad es. per i trasporti sanitari, sia dell'emergenza che in regime ordinario);
- altri tanti gestori (come le cooperative sociali) accreditate transitoriamente per servizi sociosanitari (anziani e disabili).

La domanda, quasi ovvia, che viene da formulare è: in prospettiva quale ruolo dovranno e potranno avere questi soggetti? Probabilmente, non è nemmeno possibile una risposta comune ed indistinta: dipende dalla loro diversa natura e dall'ambito/settore di intervento. E la risposta potrà anche essere diversificata nel senso che alcuni potranno contare su un tradizionale modello di rapporto con il soggetto pubblico, per altri si dovrà riflettere su un approccio del tutto innovativo e sfidante nell'esercizio del loro ruolo.

5 | LE ALTRE FORME DI SOSTEGNO E SUSSIDIARIETÀ NEI SERVIZI SANITARI E NELLE FUNZIONI DI RICERCA

Il richiamo appena fatto sulla possibilità di ampliamento del ruolo dei soggetti privati produttori consente di concludere la ricostruzione del sistema di governance dei servizi con un cenno anche alle altre più generali forme di sostegno e sussidiarietà nei servizi sanitari e nelle funzioni di ricerca, che sono già presenti sul territorio e sulle quali si può riflettere nell'ottica di un loro maggiore o più coerente coinvolgimento con l'assetto delle funzioni e dei servizi.

Tutto ciò coinvolge una riflessione, in particolare:

- sul ruolo del terzo settore ed in particolare delle organizzazioni di volontariato, rispetto alle quali è auspicabile una riflessione su cosa possa essere confermato e cosa invece debba essere innovato e valorizzato;
- sul ruolo delle Fondazioni bancarie, per le quali persiste un problema di coerenza delle relative attività con la programmazione istituzionale e locale;
- sul ruolo di altre fondazioni di comunità, o forme di rappresentanza di destinazione di patrimoni e/o di autorganizzazione dei servizi, rispetto alle quali il sistema metropolitano bolognese può vantare alcune esperienze privilegiate, sol se si pensa a ciò che è stato o che potrà essere posto in essere, ad esempio, dalla Fondazione IS.

Il discorso porta infine al ruolo di cui potrebbero farsi garanti fondi e mutue integrative, per le quali occorre che la programmazione strategica competente risolva il dubbio se si tratti di elemento di rottura dell'universalità o forme di sostegno necessario e per quali servizi.

<http://psm.bologna.it>

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

- Bagnasco, A. (1977), *Le tre Italie. La problematica territoriale dello sviluppo italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Barbagli, M. (2000), *Sotto lo stesso tetto. Mutamenti della famiglia in Italia dal XV al XX secolo*, Il Mulino, Bologna.