

La U.S.L. non è più, come nella Legge 833/1978, istitutiva del S.S.N., una struttura operativa del Comune, bensì una Azienda infraregionale e quindi dipendente dalla Regione. Parimenti dicasi per le Aziende Ospedaliere.

La vecchia U.S.L. si trasforma così in Azienda di servizi, ente strumentale della Regione in materia sanitaria. I precedenti organi di gestione collegiali (Assemblea Generale/Consiglio Comunale e Comitato di Gestione) sono sostituiti da un Direttore Generale, coadiuvato da un Direttore Sanitario e da un Direttore Amministrativo, e tutta la sua azione si basa sugli strumenti propri dell'economia aziendale.

Oltre alla trasformazione dell'assetto organizzativo delle U.S.L. si attua una riduzione nel loro numero, in modo da ottenere un nuovo, meno polverizzato, azzonamento del territorio.

Lo scopo di questa innovazione è evidente: conferire alla gestione quelle caratteristiche di maggiore incisività, efficienza ed efficacia tali da consentire, in una prospettiva di medio e lungo termine, una migliore gestione delle risorse, realizzando quegli obiettivi di ottimizzazione del rapporto costi-benefici sulla cui mancata realizzazione si è compiuto il ciclo storico del precedente sistema.

Stato di attuazione

Le Regioni, in attuazione della riforma, hanno pertanto dovuto provvedere alla:

ridefinizione degli ambiti territoriali delle U.S.L. e costituzione delle nuove aziende (U.S.L. e ospedali);

nomina degli organi direttivi e di controllo delle aziende;

emanazione di norme specifiche per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle aziende.

Le leggi regionali con le quali sono stati definiti i nuovi ambiti territoriali sono state adottate quasi tutte nel secondo semestre dell'anno 1994 ed alcune anche nel corso dell'anno 1993 (Bolzano, Trento, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Sicilia).

Alla fine del 1995 tutte le Regioni avevano definito gli ambiti territoriali delle USL e provveduto alla emanazione di regole, sia pure in modo parziale, per il riordino dei servizi sanitari regionali.

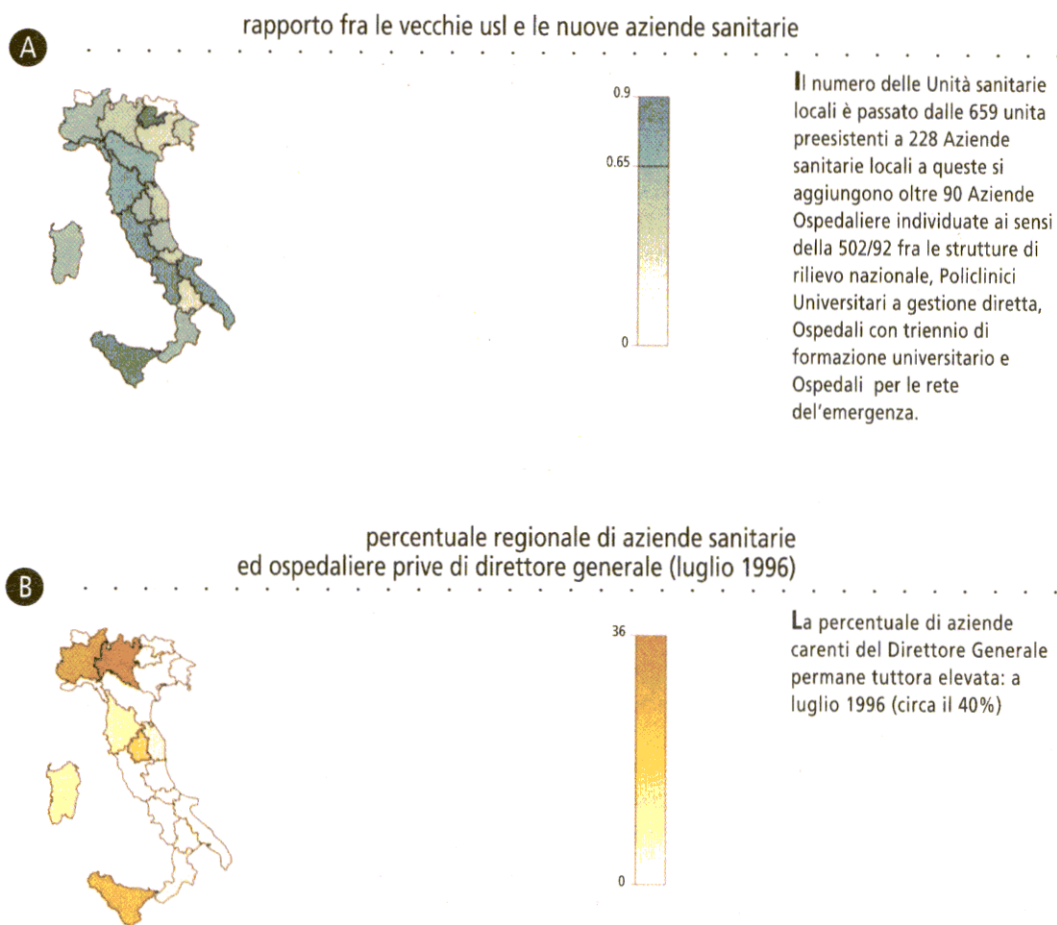
Nel corso del 1995 tutte le regioni, ad eccezione della Sardegna che vi ha provveduto durante il 1996, hanno nominato i Direttori Generali delle USL e delle Aziende Ospedaliere. Tuttavia la situazione, fra ricorsi amministrativi e invalidazione da parte dei TAR di alcune nomine, rimane ancora non compiutamente definita (Fig. 1).

Un ulteriore aspetto da evidenziare è rappresentato dal fatto che solo alcune regioni hanno emanato specifiche leggi di contabilità e di finanziamento per gli enti di gestione dell'assistenza sanitaria (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Puglia, Basilicata).

In altri casi (Campania, Sardegna, Sicilia e P.A. di Trento) le norme di riordino del Servizio sanitario regionale contengono norme di carattere generale anche sul nuovo sistema contabile.

Fig. 1

il riordino del Servizio Sanitario Nazionale



1.3 LA PROGRAMMAZIONE QUALE STRUMENTO DI GOVERNO DELLA SPESA

Il modello di programmazione ed il P.S.N.

I Decreti Legislativi 502/92 e 517/93 confermano l'impianto generale del modello programmatico adottato dal legislatore della Legge 833/78 e completano il processo di delegificazione del Piano sanitario nazionale già ampiamente avviato con la Legge 595 del 1985.

Già la Legge n. 833/78, istitutiva del S.S.N., ha adottato la programmazione quale metodo ordinario di governo e di sviluppo del sistema sanitario. Purtroppo, fino al più recente passato, la mancanza di più precisi strumenti operativi e di un più idoneo assetto organizzativo ha ostacolato azioni di governo della sanità tali da soddisfare i criteri di efficienza ed efficacia indispensabili per la riqualificazione del sistema.

Il P.S.N. relativo al triennio 1994-96, approvato con D.P.R. 1 marzo 1994, rappresenta il primo Piano Nazionale emanato dal 1978. Esso indica (art 1, commi 1, 2, 3):

le aree prioritarie d'intervento, anche ai fini del riequilibrio territoriale;

i livelli uniformi di assistenza;

i progetti-obiettivo;

le esigenze di ricerca biomedica e sanitaria applicata;

gli indirizzi relativi alla formazione del personale;

le modalità per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente;

assicurati;

i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del Piano.

Il P.S.N. si pone, nel contesto delle riforme istituzionali ed organizzative, come un concreto strumento di governo.

Il Piano specifica infatti sei livelli uniformi di assistenza da garantire attraverso il S.S.N.:

assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro;

assistenza sanitaria di base;

assistenza specialistica semi residenziale e territoriale;

assistenza ospedaliera;

assistenza sanitaria residenziale e non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati;

attività di supporto all'organizzazione assistenziale

e suggerisce interventi da realizzare nel triennio di riferimento, quali:

l'azzeramento o la forte riduzione della mobilità ospedaliera interregionale per i ricoveri nelle discipline di base;

la riduzione del ricorso alle strutture ospedaliere estere;

la riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali;
il potenziamento delle attività di day hospital, con il suggerimento di trasferire, in ambito regionale, il 10% dei ricoveri ospedalieri in trattamento a ciclo diurno;

lo sviluppo della «ospedalizzazione domiciliare» con la tendenza di trasferire alla ospedalizzazione domiciliare, nel triennio, una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3%.

La programmazione regionale

L'art. 1, comma 5, del Decreto Legislativo n. 502/92 prevedeva che le Regioni adottassero o adeguassero i propri Piani Sanitari Regionali (P.S.R.) ai con tenuti del P.S.N. nel termine di centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione di quest'ultimo.

Al luglio del 1996 sono solo quattro i Piani Sanitari Regionali adottati in conformità ai contenuti del P.S.N. Per altro l'art. 1 del Decreto Legislativo 502/92 prevede la possibilità che i Piani regionali non siano interamente sostituiti ma solamente adeguati alle nuove norme.

Il suddetto decreto ha infatti modificato l'impianto generale, organizzativo, gestionale e di finanziamento del S.S.N., ma non ne ha modificato i principi dettati dalla legge 833/78.

In undici Regioni sono vigenti Piani sanitari adottati in attuazione della normativa precedente al Piano nazionale ed in sei regioni non sono stati ancora emanati Piani sanitari anche se, come è ovvio, una significativa attività programmatica emerge comunque dal contesto dei provvedimenti emanati dalle varie realtà regionali nel settore della sanità ed è sintetizzata nella Fig. 2 che rappresenta il probabile livello di coerenza fra la pianificazione regionale e quella nazionale.

Lo stato di attuazione del P.S.N. aggiornamento al 1996

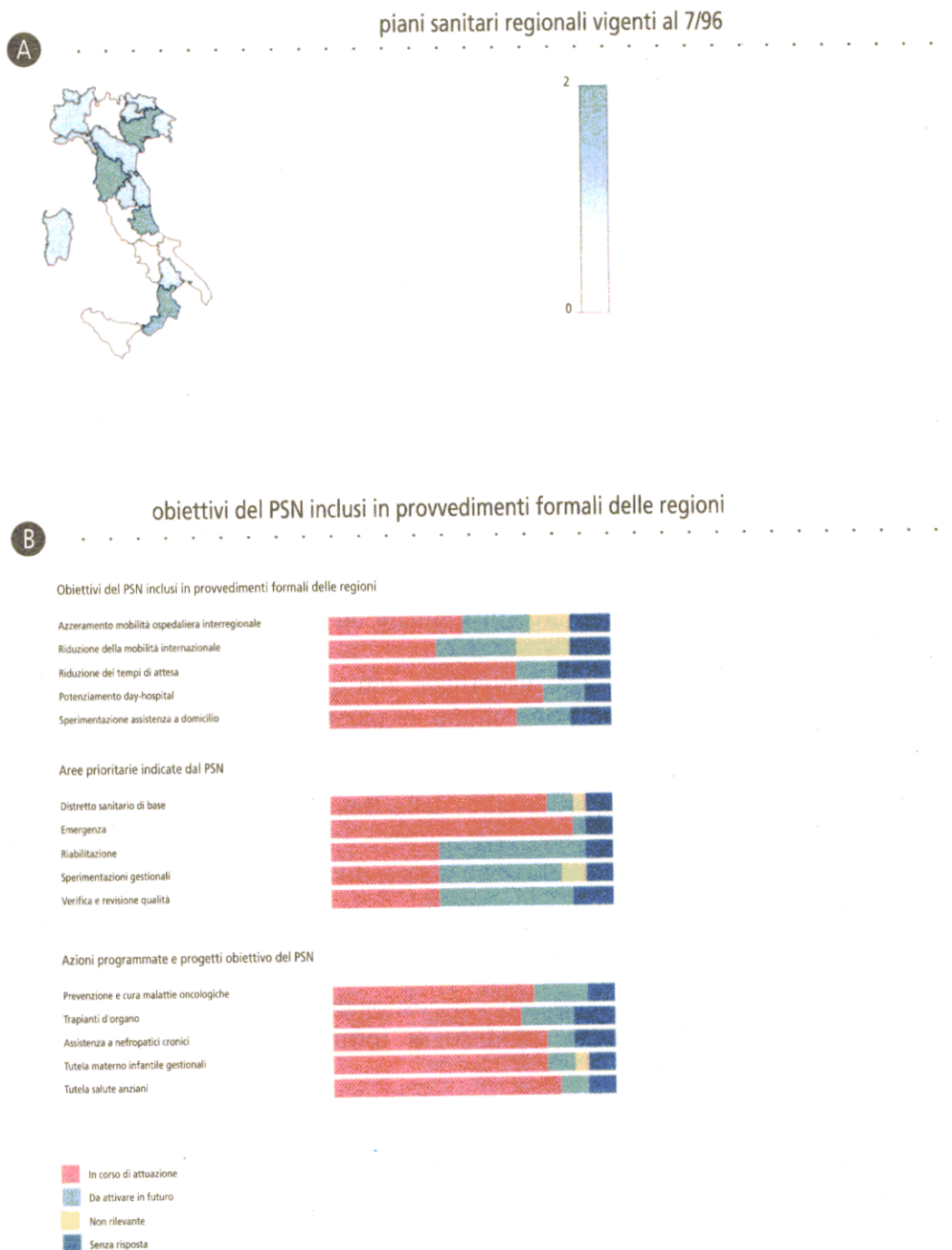
Il Ministero della Sanità, avvalendosi dell'apposito nucleo ispettivo (SAR) operante presso il Dipartimento della Programmazione ha avviato a partire dal 1995 una serie di indagini conoscitive al fine di valutare l'attuazione nel territorio nazionale delle principali norme e delle indicazioni espresse dal Piano Sanitario Nazionale con particolare riguardo alla:

- attivazione dei distretti sanitari di base;
- alla rete dell'emergenza,
- alla riorganizzazione della rete ospedaliera;

e allo stato di attuazione dei progetto-obiettivo e delle azioni programmate:

- tutela della salute degli anziani;
- tutela della salute materno infantile;
- tutela della salute mentale;
- trapianti.

Fig. 2 adeguamento della pianificazione regionale ai contenuti del PSN 94-96



Lo stato di attivazione dei distretti sanitari di base

Il distretto sanitario di base (DSB) delineato dal Piano Sanitario Nazionale 1994/96 tra le aree prioritarie per il triennio rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda USL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi ed i servizi socio-assistenziali. Tale integrazione, la partecipazione del medico di base, la conseguente possibilità di adottare o di potenziare forme di assistenza integrative o alternative rispetto all'attività ospedaliera consentono una nuova e più razionale organizzazione dell'offerta, sia per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera sia per l'assistenza extra-ospedaliera.

Nel biennio 1995-96 è stata condotta una verifica presso 38 Aziende sanitarie di 20 regioni ed altrettanti DSB presenti su tutto il territorio nazionale.

Le Regioni hanno provveduto, nella gran parte dei casi, alla definizione di modelli organizzativi per le Aziende USL, individuando il DSB come un elemento organizzativo primario, centro di responsabilità, che risponde direttamente alla direzione aziendale, o altrimenti come un mezzo punto erogativo di prestazioni, non individuabile come centro di responsabilità, dipendente gerarchicamente da un dipartimento o da un Servizio, o ancora come una struttura con caratteristiche intermedie tra i due modelli appena descritti. Tutte le Regioni e le Provincie Autonome hanno definito i criteri di individuazione degli ambiti territoriali dei DSB, emanando provvedimenti legislativi ad hoc in taluni casi.

I criteri maggiormente utilizzati sono stati:

corrispondenza dell'area distrettuale ad una ben definita popolazione residente;

coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali, o uno o più Comuni.

I criteri per l'individuazione del responsabile/coordinatore del DSB sono stati definiti dalla quasi totalità delle Regioni e dalle due Provincie Autonome.

Solamente in poche realtà sono stati individuati ed attuati programmi socio assistenziali.

Tutte le Regioni (ad eccezione del Molise) e le Provincie Autonome hanno organizzato iniziative di formazione e di aggiornamento, anche se con modalità organizzative e gestionali differenti e non sempre rispondenti ad una analisi dei bisogni formativi degli operatori del DSB.

Per la valutazione dello stato di attivazione dei distretti nelle Aziende USL sono stati presi in esame:

i criteri adottati per l'individuazione del DSB;

l'articolazione del DSB e le sue funzioni;

le modalità di integrazione del DSB con l'assistenza ospedaliera, con l'assistenza sanitaria di base e con l'assistenza specialistica territoriale;

le modalità di attuazione delle attività socio-sanitarie integrate (ADI).

A fronte di Aziende dotate di progettazione e programmazione compiute (organigrammi organizzativi e contabili, funzionigrammi, nonchè regolamenti aziendali), altre sono ancora nella fase iniziale del processo di aziendalizzazione (dalla ricognizione delle proprie risorse, alla valutazione dei bisogni, all'articolazione aziendale) dovuta spesso alla necessità di dover integrare ed uniformare le diverse realtà delle ex USL confluite nell'Azienda.

La maggior parte delle Aziende USL ha effettuato una prima ricognizione delle strutture, delle attrezzature e degli operatori.

In merito alla rilevazione dei bisogni dell'utenza, è emerso che delle Aziende USL:

circa la metà, non ha condotto alcun tipo di indagine;

una piccola parte è impegnata in studi mirati;

la restante parte, pur avendo proceduto all'individuazione dei bisogni principali della popolazione di riferimento, non ha fornito un quadro completo ed esaustivo degli stessi.

In alcuni casi sono stati effettuati studi epidemiologici in collaborazione con altri enti ed istituti, per lo più universitari, limitatamente ad alcuni argomenti (tumori, tossicodipendenze, incidenti stradali, demenze, etc.) ovvero ad alcuni gruppi di popolazione (anziani, utenti dei consultori, etc.). Oltre la metà delle Aziende USL ha dato l'avvio all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con procedure e modalità differenti. L'A.D.I. viene attuata soprattutto nei confronti della popolazione anziana, nell'ambito dello specifico progetto di tutela della salute. Spesso le attività di A.D.I. risultano avviate solo in alcuni DSB della stessa Azienda USL e/o sono in fase del tutto sperimentale.

Per ogni DSB visitato, è stata verificata la frequenza relativa nell'attivazione di un certo numero di funzioni considerate caratterizzanti per il DSB. Dette funzioni (vedi tabella allegato statistico), riguardano attività connesse con l'erogazione di prestazioni nei settori dell'assistenza sanitaria di base, dell'assistenza sociale, dell'assistenza sociale ad elevato grado di integrazione sanitaria, delle attività di educazione sanitaria e delle attività amministrative. Nei 38 DSB esaminati il quadro complessivo delle funzioni attivate risulta essere il seguente:

in 8 DSB risultano attivate più del 90% delle funzioni;

in 11 DSB tra l'80 e il 90% delle funzioni;

in 13 DSB tra il 60 e il 75% delle funzioni;

in 5 DSB meno del 60% delle funzioni.

Risultano assai poco sviluppate le funzioni «trasversali» della epidemiologia e dell'educazione sanitaria.

Dal contesto generale esaminato, si evince che, a fronte di situazioni peculiari in cui il DSB è effettivamente il fulcro dell'assistenza extraospedaliera e il luogo dell'integrazione socio-sanitaria, esistono diverse realtà distrettuali ancora lontane da un modello di DSB capace di

individuare compiutamente i bisogni di salute e di cura dei cittadini, di definire la domanda e di organizzare la risposta ed i percorsi di accesso ai servizi.

Alcuni fattori possono sicuramente influenzare il processo di distrettualizzazione, quali ad esempio:

- vincoli normativi o ritardi nella programmazione e/o negli indirizzi regionali;

- storia e cultura pregressa e consolidata sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari;

- caratteristiche dell'Azienda (configurazione geo-morfologica del territorio; viabilità e collegamenti viari; composizione della popolazione per fasce di età, densità, scolarità, ecc);

- antagonismi esistenti tra ospedale e territorio;

- prevalenza del modello ospedalocentrico, soprattutto in quelle realtà che hanno ereditato importanti presidi ospedalieri;

- continuità e stabilità nelle figure di alta direzione (regimi in prorogatio, commissariamenti);

- fattore umano, soprattutto considerato come: attitudine a negoziare e a gestire le conflittualità presenti; capacità organizzative; capacità di selezionare e di motivare il personale; capacità pro motive dell'immagine dell'Azienda nei confronti sia del personale che degli utenti; creazione di un efficiente staff alla Direzione Generale;

- rappresentanze di Enti Locali e movimenti culturali e di associazioni del volontariato e del privato sociale operanti nell'ambito territoriale.

Il processo di distrettualizzazione appare strettamente collegato a quello di aziendalizzazione.

In circa un terzo delle Aziende USL sono stati individuati ed attivati i Centri di Responsabilità e i Centri di Costo.

Non tutte le Aziende USL hanno definito gli obiettivi aziendali per il 1996, in genere chiaramente esplicitati in un piano programmatico.

Più della metà delle Aziende USL non ha definito alcun tipo di programmazione per il 1997.

Alcune Aziende USL non hanno ancora completato la procedura di verifica dei carichi di lavoro del personale, e ciò sta avvenendo con metodologie assai difformi.

Inoltre, anche la non continuità gestionale e la precarietà dell'incarico della direzione aziendale sono causa di consistenti difficoltà, a livello sia programmatico che organizzativo.

In conseguenza di quanto fin qui riportato, emerge chiaramente che le difficoltà nella concretizzazione del processo di distrettualizzazione sono strettamente collegate al superamento delle difficoltà presenti nell'organizzazione aziendale.

Il sistema dell'Emergenza Sanitaria

Con il D.P.R. 27 marzo 1992 «Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di

emergenza» sono state individuate le condizioni per assicurare l'attività in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, mediante un complesso di servizi e prestazioni di emergenza ed urgenza adeguatamente articolate a livello territoriale ed ospedaliero, tramite il coordinamento della centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico «118».

La realizzazione del Sistema di Emergenza Sanitaria è stata individuata dal P.S.N. 1994/96 tra le azioni prioritarie per il triennio.

Ulteriori elementi sono contenuti nelle «Linee guida n. 1 del 1996», che hanno fornito le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza.

Il sistema per l'emergenza sanitaria, sulla base di tali indicazioni, è costituito:

dal sistema di allarme sanitario da realizzare mediante l'attivazione di centrali Operative alle quali affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico «118»;

dalla risposta territoriale, che prevede una disponibilità di idonei mezzi di soccorso, adeguatamente distribuiti sul territorio, e l'utilizzo dei Medici di Guardia medica;

dalla risposta ospedaliera, caratterizzata da una rete di servizi e presidi funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati (punti di 1° intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, Dipartimenti di emergenza di 1° e 2° livello).

Nel corso del biennio 95/96 sono state effettuate indagini conoscitive presso tutte le Regioni e Province Autonome.

Allo stato attuale risulta che quasi tutte le Regioni, ad eccezione della Puglia, hanno emanato atti programmatori specifici per l'organizzazione del sistema. Le Regioni Sicilia, Umbria e Basilicata hanno dato indicazioni relative solo ad alcuni aspetti del sistema.

In 7 Regioni, Umbria, Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Sicilia e Sardegna, nonostante siano state emanate direttive in proposito, il sistema non è ancora avviato.

Il numero 118 è stato attivato, su tutto il territorio regionale, in Valle D'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli, Veneto, Emilia Romagna, Lazio, Abruzzo e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano; al 70% in Lombardia e Toscana, solo in una provincia, nelle Marche ed in Calabria.

Delle 94 Centrali Operative previste, ne sono state attivate circa il 50%. I Dipartimenti di emergenza-accettazione (DEA), sono stati previsti in 14 Regioni, ma risultano attivati completamente solo in Piemonte e parzialmente in Liguria, Lombardia, Friuli V.G. ed Emilia Romagna.

L'attribuzione della responsabilità delle Centrali operative è stata definita a livello regionale in 12 Regioni. In Emilia Romagna, Marche ed Abruzzo è stata demandata alle Aziende l'individuazione del responsabile. Le restanti Regioni non hanno dato indirizzi in merito.

In Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Lazio e Province Autonome di Trento e Bolzano è stato dato il rilievo necessario alla formazione del personale dedicato all'emergenza,

programmando piani di formazione e aggiornamento. In altre Regioni sono state effettuate sporadiche attività di formazione.

Friuli Venezia Giulia, Veneto e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno provveduto a dotare il sistema di una completa rete informatica. L'informatizzazione risulta inadeguata in Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana. È del tutto assente nelle Marche, Lazio e Abruzzo. In attesa che venga effettuata la pianificazione delle radiofrequenze attribuite al SSN, per il collegamento tra le Centrali Operative e i mezzi di soccorso, nella maggior parte delle Regioni, vengono utilizzate frequenze radio in VHF, già appartenenti alle provincie, alle USL, ad enti ed associazioni pubbliche o di volontariato presenti sul territorio.

In alcune realtà, dove non vi è disponibilità di radiofrequenze, si fa ricorso alla telefonia mobile. Permangono, comunque, ampie zone non coperte con evidenti disagi per il coordinamento degli interventi di emergenza. La complessità dell'articolazione del sistema di emergenza ha comportato, in tutte le Regioni, notevoli difficoltà nell'individuare sistemi per la verifica della qualità.

Da quanto sopra esposto, si deduce che l'organizzazione del sistema di emergenza sanitaria, presenta un ampio range di variabilità, per cui non vengono garantiti i requisiti di uniformità previsti dal DPR 2713192 e dal PSN 94/96.

I punti critici che hanno impedito la realizzazione completa del sistema possono essere identificati con:

- il mancato superamento dei numeri di emergenza preesistenti, da attribuire a «motivi culturali» legati alla presenza di Enti ed Associazioni pubbliche, private e/o di volontariato storicamente coinvolte nella gestione dell'emergenza sanitaria;

- la mancata elaborazione di protocolli operativi standard per regolamentare le attività;

- la difficoltà di collegamento tra centrali operative e mezzi di soccorso, da attribuire alla mancata assegnazione delle radiofrequenze;

- l'inadeguato numero di mezzi per il soccorso avanzato;

- la mancata effettuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera;

- la mancata attivazione dei Dipartimenti di emergenza;

- la mancata determinazione della dotazione di posti letto di Terapia intensiva e subintensiva;

- la mancata regolamentazione dei ricoveri di elezione;

- l'assenza di programmi di formazione per una adeguata e omogenea preparazione del personale, condizione indispensabile per il buon funzionamento del sistema.

La riorganizzazione della rete ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera, da perseguire mediante una diversificazione degli assetti organizzativi, ha come finalità sia

il miglioramento della qualità dell'assistenza, ospedaliera ed extra-ospedaliera, sia la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse.

In molte Regioni il processo di programmazione e riorganizzazione della rete ospedaliera è appena avviato, in considerazione di ciò la valutazione del processo - condotta nel corso del 1996 presso gli Assessorati alla Sanità di 14 regioni e che proseguirà nel 1997 presso le rimanenti - è stata focalizzata sulla fase programmatica regionale degli interventi da compiere. Per approfondire le modalità organizzative attuate nelle diverse realtà è stato fatto riferimento:

- all'adeguamento dei posti letto e delle attività agli standard previsti dalla normativa di riordino, ivi comprese le riconversioni e disattivazioni previste dall'art. 3 della L. 724/94 e dalla L. 549/95;

- ai criteri utilizzati per la rideterminazione della dotazione di posti letto;

- all'organizzazione delle attività a ciclo diurno;

- all'organizzazione delle attività di ricovero in regime libero-professionale.

In 7 Regioni, su 14, non sono stati emanati atti programmatici. La Lombardia e la Sardegna hanno soltanto una legge di riassetto; la Regione Marche ha parzialmente programmato le attività di ricovero; in Liguria, Campania e Sicilia, al momento dell'indagine, era in corso l'iter amministrativo di approvazione di provvedimenti di riorganizzazione; la Puglia ha elaborato soltanto un'ipotesi di pianificazione.

Le 7 Regioni, che hanno promulgato atti programmatici, prevedono, entro il 1999, un riallineamento della dotazione di posti letto agli standard dettati dalla normativa nazionale (5.5 p.l. x 1000 ab.; tasso di utilizzo non inferiore al 75% e tasso di ospedalizzazione del 160 x 1000 ab.).

Per adeguarsi a questi standard, Friuli V.G., Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo prevedono la riduzione del numero complessivo di posti letto. In Piemonte e Calabria, dove esiste un esubero nella dotazione per acuti, la riconversione in posti letto di riabilitazione e lungodegenza non è comunque ritenuta sufficiente alla copertura del fabbisogno. Pertanto queste Regioni hanno previsto un incremento della dotazione complessiva di posti letto. Per quanto concerne la regolamentazione dell'attività ospedaliera a ciclo diurno, Piemonte, Friuli V.G. e Umbria hanno regolamentato tale attività, mentre Liguria, Toscana Marche e Calabria hanno regolamentato le attività di ricovero in *day hospital* ma non quelle in *day surgery*.

Lombardia, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna non hanno fornito indicazioni sulla organizzazione delle prestazioni di *day hospital*, mentre la Campania ha regolamentato, solo ai fini della remunerazione, quelle fornite dalle strutture private.

In Piemonte, Lombardia, Friuli V.G. e Liguria è stata regolamentata l'attività libero professionale intramoenia.

In Abruzzo tale aspetto organizzativo è stato demandato alle Aziende Sanitarie.

Le altre nove regioni non hanno ancora provveduto.

Nelle 14 Regioni visitate sono presenti livelli evolutivi diversi della fase programmatoria di riorganizzazione della rete ospedaliera.

In relazione ai parametri previsti dalla normativa nazionale e con particolare riferimento all'adeguamento dei posti letto e delle attività di ricovero, si evidenzia che la situazione attuale è ancora caratterizzata da un'eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una grave carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza.

Negli atti programmatori regionali è stato previsto soltanto l'adeguamento della dotazione totale di posti letto agli standard dettati dalla normativa nazionale, senza che sia stata effettuata, nella maggior parte dei casi, una approfondita analisi del fabbisogno locale. Inoltre non è stata prevista la distinzione di posti letto per acuti nè tra le varie discipline nè per diversi livelli di intensità assistenziale.

Anche relativamente alle attività riabilitative non è stato distinto il fabbisogno di posti letto di riabilitazione post-acuzie (cardiologica, pneumologica, neurologica, mio-osteo-articolare, funzioni d'organo) dal fabbisogno di posti letto per riabilitazione e lungodegenza per patologie croniche o di lunga durata.

La realizzazione delle disattivazioni e delle riconversioni finalizzata alla creazione di posti letto di riabilitazione, nelle Regioni che l'hanno prevista, è stata rinviata a fasi successive.

Nella regolamentazione delle attività di *Day hospital*, si evidenzia soprattutto l'attenzione all'adeguamento agli indirizzi nazionali senza una valutazione oggettiva del fabbisogno reale. Le indicazioni hanno generalmente ripreso il dettato del D.M. del 20 ottobre 1992, senza che le Regioni abbiano precisato assetti organizzativi peculiari derivanti dalla valutazione di specifiche esigenze locali.

Lo stato di attuazione del progetto obiettivo «tutela materno infantile»

Il monitoraggio degli interventi regionali a favore dell'area materno infantile per la verifica dello stato di attuazione delle indicazioni fornite in merito dal Piano Sanitario Nazionale 1994-96 e, in particolare, dal Progetto-Obiettivo «Tutela Materno Infantile» è stato focalizzato:

sulle procedure organizzative adottate per la realizzazione del dipartimento o, comunque, per l'integrazione interdisciplinare;

alla definizione, in tutte le sue implicazioni, della tipologia dei centri perinatali ed, eventualmente pediatrici, di 1°-2°-3° livello.

La verifica, pertanto, è stata articolata su:

1) istituzione e/o attivazione del Dipartimento Materno Infantile e/o di struttura organizzativa che garantisca l'integrazione tra i diversi aspetti sanitari e tra questi e quelli sociali mediante il coordinamento delle differenti attività attraverso:

ricognizione e distribuzione delle strutture consultoriali presenti sul territorio;

verifica dell'assetto organizzativo e dell'integrazione a livello territoriale;

2) verifica dei livelli organizzativi delle Unità operative di Terapia Intensiva neonatale, con particolare riferimento a:

razionalizzazione dell'assistenza al neonato, comprendente la ricognizione del numero effettivo e della distribuzione dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale;

ricognizione dei punti nascita nel territorio regionale ed individuazione di centri di riferimento per le gravidanze a rischio;

modalità organizzative del trasporto in emergenza del neonato;

verifica delle modalità di integrazione tra ospedale e territorio.

Al fine di delineare il profilo delle diverse realtà regionali relativamente all'area materno infantile, sono stati individuati, sulla base dei dati rilevati nel corso delle indagini effettuate, alcuni parametri ritenuti significativi per una descrizione sintetica ed esauriente di quello che le singole Regioni hanno recepito e realizzato, e delle prospettive di sviluppo.

L'area materno infantile, in quanto costituita dall'afferenza di molteplici discipline tra loro omogenee, affini e complementari, rappresenta l'esempio paradigmatico di area funzionale omogenea.

Pertanto, considerata la difficoltà di ottenere un aggregato strutturale dalla confluenza di unità operative numerose, di competenze diverse, di approcci culturali differenti, appare necessario adottare modelli organizzativi che permettano un'adeguata aggregazione funzionale.

L'assetto organizzativo che meglio risponde a tali requisiti è il dipartimento o, comunque un assetto organizzativo che assolva il significato e le funzioni del dipartimento, assicurando, quindi, il raggiungimento degli obiettivi suindicati.

Dalla verifica delle modalità organizzative adottate per l'area materno infantile, è emerso che 16 Regioni non hanno attivato un sistema dipartimentale.

Comunque, in alcune di queste Regioni, anche se formalmente non è stato istituito il dipartimento, esistono livelli di organizzazione e di integrazione tali da assicurare un'assistenza adeguata.

Tutte le Regioni hanno recepito la L. 405/75 «Istituzione dei consultori familiari», emanando provvedimenti legislativi specifici e provvedendo all'istituzione ed all'attivazione dei consultori.

I provvedimenti regionali esaminati, per la maggior parte rispecchiano pedissequamente le indicazioni nazionali, senza fissare i criteri per la programmazione, il funzionamento, la gestione ed il controllo del servizio consultoriale e senza, pertanto, promuovere quelle diversificazioni che le singole situazioni regionali richiederebbero.

D'altra parte questa modalità di recepimento della L. 405/75 ha determinato sul territorio nazionale una uniformità nell'organizzazione delle strutture consultoriali ed, in generale, una discreta omogeneità dei livelli assistenziali erogati. In relazione agli intenti originari della L.

405/75, è stato possibile constatare un depauperamento delle attività effettuate ed un inaridimento funzionale, dovuti al mancato adeguamento della configurazione consultoriale al progressivo evolversi della domanda sanitaria specifica. Infatti molte attività, una volta di esclusiva competenza consultoriale, quali la gestione delle interruzioni volontarie di gravidanza, la preparazione al parto, la contraccezione, oggi sono prestazioni comunemente erogate da strutture ambulatoriali ed ospedaliere.

Perduta, pertanto, la connotazione originale, i consultori gestiscono utenze significative soltanto quando riescono a recuperare spazi alternativi (quali attività rivolte all'adolescenza, alle problematiche della menopausa, alle donne ed ai bambini immigrati, oppure attività di carattere spiccatamente preventivo) rispondendo in maniera adeguata e competente alle nuove problematiche emergenti da una società in continua evoluzione.

Relativamente all'assistenza perinatale di 3° livello è stato possibile rilevare come in numerose realtà regionali esiste una ambiguità nell'interpretazione della tipologia dell'assistenza da erogare al neonato.

Va inoltre rimarcato che, a causa della confusione esistente circa la tipologia dei posti letto dei centri perinatali, molte Regioni non possiedono dati attendibili relativi al numero ed alla distribuzione dei posti letto di Terapia intensiva perinatale (T.I.N.)

In alcune realtà, peraltro, i livelli assistenziali vengono correttamente erogati, per cui l'utilizzo dei posti letto di T.I.N. è appropriato.

Per quanto riguarda l'adeguatezza del numero dei posti letto di T.I.N., una eventuale valutazione potrà essere formulata soltanto quando tutte le Regioni avranno attuato una razionalizzazione dei punti nascita ed un'organizzazione del trasporto in emergenza del neonato.

Infatti la razionalizzazione dei punti nascita, fondata sul numero dei parti e sui requisiti strutturali e tecnologici, garantisce buone condizioni di nascita ed un'adeguata gestione delle gravidanze a rischio e, d'altra parte, un sistema regionale di organizzazione dell'emergenza neonatale assicura la stabilizzazione precoce del paziente e tempi brevi di trasporto. Entrambi questi fattori condizionano il fabbisogno di posti letto di T.I.N.

Al momento attuale una razionalizzazione dei punti nascita è stata effettuata da 6 Regioni, è stata avviata da altre 7 Regioni, mentre nelle restanti 7 Regioni non è stata ancora prevista.

Soltanto 7 Regioni hanno attivato un sistema regionale di trasporto in emergenza del neonato, mentre nelle altre Regioni il trasporto è affidato alle singole Aziende.

Accanto all'identificazione delle situazioni di elevato rischio, obiettivo prioritario resta, comunque, il trasferimento in utero ai centri di riferimento dotati di Terapia Intensiva Neonatale: il trasferimento verrà attuato in base a protocolli concordati tra le sedi di riferimento ed i punti nascita afferenti.

Il Registro Epidemiologico delle Malformazioni congenite è stato istituito pressochè in tutte le Regioni, ma soltanto in alcune i dati rilevati assumono una finalità epidemiologica e programmatica e non soltanto statistica. Questo comporta l'impossibilità di programmare inter-