



**INCONTRO CON ASSESSORE TELESCA  
Udine, 7 ottobre 2013**

**CONTRIBUTO IN MERITO ALLE LINEE PER LA RIFORMA DELL'ASSETTO  
ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Con il presente documento Federsanità ANCI del Friuli Venezia Giulia propone alcuni principi cardine a cui ritiene debba riferirsi qualsiasi ipotesi di riforma del SSR. L'analisi di contesto intende, pertanto, entrare nel merito dei contenuti, più che negli aspetti strutturali che riguardano il numero di aziende.

Il Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia ha conseguito nel tempo un livello di eccellenza sia sotto il profilo sanitario e sociosanitario, sia sotto quello economico, in termini di risultati di bilancio e di uso delle risorse. Qualsiasi azione di riforma va, a nostro avviso, condotta con l'obiettivo di mantenere e possibilmente migliorare tale livello di eccellenza, considerando che è sempre possibile trovare margini di recupero di efficienza e che la sostenibilità del sistema a lungo termine non è solo una questione economico-finanziaria, ma soprattutto di coesione sociale, di evoluzione dei modelli organizzativi nella continuità dei principi ispiratori che nel tempo hanno consentito di conseguire l'eccellenza, di consapevolezza e responsabilità su temi che riguardano la salute e non solo i servizi.

L'innovazione va prioritariamente realizzata sul versante delle tecnologie, delle strutture e delle infrastrutture, con particolare riferimento all'ICT, poiché è insufficiente incidere sull'architettura istituzionale se non si colma – anche dotando il sistema di strumenti adeguati – l'attuale gap di conoscenza e di governance sui fenomeni di salute che devono indirizzare l'organizzazione e l'azione dei servizi.

Un "investimento sulla salute" è conditio sine qua non per la sostenibilità – anche economica – del sistema a lungo termine. I temi della prevenzione, della promozione della salute, dell'integrazione sociosanitaria, della presa in carico della cronicità - al fine di limitare/ritardare l'evoluzione verso la disabilità – sono, quindi, strategici per concorrere a tale investimento e richiedono uno sforzo in termini di politiche, modelli, strumenti.

Anche in coerenza con il decreto legge recante "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute" e – in particolar modo – con il suo art. 1 ("Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie"), va perseguito l'intento di sviluppare l'assistenza territoriale anche riconvertendo risorse dal settore ospedaliero, pur garantendo al contempo la qualificazione delle eccellenze ospedaliere, in funzione dello scenario epidemiologico, demografico e sociale, coerentemente con gli indirizzi dell'OMS e con quelli derivanti dalle evidenze prodotte dalla comunità scientifica.

La crescente difficoltà a garantire la sostenibilità economica del sistema va affrontata mettendo mano alla ridondanza dell'offerta ospedaliera a sfavore dell'assistenza sul territorio. Un territorio, quello della nostra regione, in cui l'esistenza di modelli diversi è coerente con le differenze - più che con le difformità - fra le diverse aree territoriali della regione. Se i livelli di

assistenza – intesi in quanto LEA – vanno ugualmente garantiti ovunque, l’offerta di servizi deve essere coerente con l’appropriatezza della domanda in base all’effettivo bisogno di salute presente sullo specifico territorio.

In particolare, l’organizzazione dei servizi sanitari territoriali deve essere funzionale allo specifico contesto di riferimento e richiede, pertanto, modelli e schemi di riferimento diversi, con particolare riguardo alle differenze sociali, culturali, epidemiologiche, demografiche che caratterizzano l’ambito montano, quello rurale, quello dei centri urbani di medie dimensioni e quello simil metropolitano del maggiore centro urbano e della sua periferia.

L’integrazione tra ospedale e territorio non può prescindere da una chiarezza di mandato: funzioni ospedaliere incentrate sul ricovero per acuzie non altrimenti gestibili, funzioni territoriali incentrate sul governo della salute attraverso prevenzione, promozione della salute, gestione della cronicità e integrazione sociosanitaria.

Un preciso riferimento va fatto ai criteri di finanziamento da destinare ai diversi segmenti del sistema. Una legge di riordino che affermi la necessità di valorizzare le cure primarie dando un corretto dimensionamento alla rete ospedaliera dovrebbe precisamente definire quell’allocazione ideale che oggi vuole una destinazione del 51% delle risorse al territorio, 5% alla prevenzione, 44% all’ospedale. Così come opportunamente potrebbe definire, al fine di uscire definitivamente dall’equivoco dei criteri di ripartizione territoriale delle risorse e dal modello della spesa storica, indicatori di ponderazione della popolazione (demografici, sociosanitari, epidemiologici, di deprivazione) per le diverse aree geografiche che compongono la nostra regione.

La coincidenza tra distretto ed ambito va mantenuta al fine di rafforzare il ruolo del distretto quale riferimento principe del raccordo fra sanità ed Enti Locali, ma anche con le associazioni di tutela dei diritti e le organizzazioni di volontariato che caratterizzano positivamente le realtà locali regionali. Ciò consente di assicurare la partecipazione degli enti locali ai processi programmatori in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e alla verifica dei relativi obiettivi, atteso il fatto che l’Assemblea dei sindaci del distretto-ambito deve rappresentare la sede di vero confronto di merito sui bisogni delle popolazioni, sull’assetto e sul funzionamento dei servizi sanitari e sulle modalità con cui realizzare l’integrazione operativa tra gli stessi e i servizi sociali dei Comuni.

La corrispondenza tra distretto e ambito è presupposto imprescindibile per l’integrazione sociosanitaria e per le strategie di salute pubblica che intendono potenziare da un lato la prevenzione e la promozione della salute, dall’altro la presa in carico della cronicità e della disabilità.

La dimensione “ideale” di un distretto va, quindi, più opportunamente definita sulla base del rapporto con gli ambiti, piuttosto che su un dato minimo obbligatorio di popolazione di riferimento, anche se le attuali dimensioni di ambito-distretto potrebbero essere opportunamente riviste aumentandone il bacino di riferimento e diminuendone conseguentemente il numero. Vanno salvaguardate peraltro le realtà periferiche (montane e di confine) in cui un criterio minimo obbligatorio di popolazione di riferimento mal si concilierebbe con le esigenze di rispondere – anche in termini di prossimità – ai bisogni di una comunità ben definita. La scelta sui distretti andrà comunque armonizzata considerando anche un’opportuna rivisitazione degli attuali ambiti,

al fine di garantire una coerenza e una coincidenza che – se non realizzata – renderebbe estremamente difficile qualsiasi ipotesi di integrazione sociosanitaria.

Al fine di ottimizzare la presa in carico delle patologie croniche – in coerenza con quanto previsto dal già citato c.d. “decreto Balduzzi” sul riordino del sistema di cure primarie – e di garantire al contempo un approccio in termini di appropriatezza e di sostenibilità, il governo della domanda e dell’offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale andrebbe opportunamente affidato alle aziende sanitarie territoriali.

La presa in carico delle patologie croniche richiede percorsi di cura (diagnostici, terapeutici, riabilitativi e assistenziali) nell’ambito di una continuità territorio-ospedale-territorio, in cui la storia clinico-assistenziale della persona presa in carico si svolge quasi per intero al di fuori della dimensione “ricovero”, che va sempre più riservata alle sole situazioni acute non altrimenti risolvibili/gestibili.

Al fine di integrare l’area dei servizi ospedalieri con quella dei servizi territoriali, il miglioramento della qualità e della sicurezza del servizio reso al cittadino può essere perseguito anche attraverso l’attivazione di reti cliniche e professionali che garantiscano percorsi diagnostico terapeutici coerenti e condivisi. Atteso il fatto che tali percorsi – caratterizzanti la gestione a lungo termine della cronicità ben più che la risposta all’acuzie – presuppongono una costante interazione tra medico di medicina generale, servizi distrettuali, servizi sociali dei comuni e attività specialistiche ambulatoriali intra- ed extraospedaliere, la coerenza di tali percorsi di cura va favorita attraverso l’affidamento alle aziende territoriali del governo complessivo dell’attività specialistica ambulatoriale, erogata sia presso le sedi distrettuali, sia all’interno delle strutture ospedaliere, integrando gli specialisti ospedalieri con gli specialisti convenzionati e favorendo l’espletamento nelle sedi territoriali distrettuali di tutte le attività a maggiore diffusione e che non richiedono l’utilizzo di tecnologie complesse. Ciò contribuirebbe a maggior ragione a portar chiarezza al mandato istituzionale dell’ospedale (specie per quanto riguarda le aziende ospedaliere o ospedaliero-universitarie) quale segmento del sistema deputato al solo ricovero per acuti.

Si ritiene che in Friuli Venezia Giulia le famiglie e i cittadini abbiano buone garanzie di risposta qualificata nel settore ospedaliero, in alcuni casi ridondante, mentre non esistono livelli essenziali in campo sociale. Al riguardo non si può dimenticare che l’assistenza domiciliare e residenziale per anziani non autosufficienti è retta oggi dalla possibilità di disporre di notevoli risorse economiche grazie alle quali si possono pagare servizi domiciliari adeguati (badanti, infermieri e fisioterapisti, etc.), ovvero strutture protette dignitose il cui costo mensile va dai 1800 ai 2000 euro al mese.

Andrebbero, pertanto, rafforzati i servizi, sia per l’assistenza domiciliare dei Comuni che per quella integrata, con l’obiettivo di realizzare, insieme, un sistema sociosanitario sempre più in linea con i bisogni delle persone.

A tal fine si ritiene necessario anche un ripensamento delle diverse procedure e normative che si occupano dei benefici per l’autosufficienza (FAP, contributi gravi-gravissimi, fondo SLA). In particolare, si reputa necessario che tutti i fondi siano riportati nel contesto operativo dell’Ambito distrettuale e del Distretto, evitando inutili complicazioni procedurali (attraverso Regione, o Area welfare). Si auspica, inoltre, un’accurata valutazione dei costi benefici dell’uso e della ripetizione

periodica della VALGRAF all'interno delle strutture protette, in particolare misurandone l'impatto sulla qualità assistenziale rispetto al tempo impiegato per la compilazione.

Al "territorio" non può, pertanto, competere esclusivamente la funzione di tutela, programmazione, verifica e controllo, ma anche quella di governo ed erogazione dei servizi di assistenza primaria, che comprendono non solo la medicina generale/pediatria di libera scelta e l'assistenza infermieristica e riabilitativa distrettuali, ma anche la specialistica ambulatoriale ed i servizi di continuità assistenziale. Ed i Comuni, quali titolari della salute dei cittadini e delle funzioni sociali, devono essere partner indispensabili per costruire, insieme a tutti gli altri attori, un nuovo assetto istituzionale del SSR quanto più condiviso.

L'organizzazione del sistema di emergenza-urgenza dovrà opportunamente considerare la necessità di rispondere a due diversi livelli – uno dell'emergenza propriamente detta, l'altro dell'acuzie che può trovare risposta altrove che non presso un pronto soccorso ospedaliero. Al riguardo va opportunamente considerata la necessità di un'integrazione nel governo della rete dell'emergenza-urgenza con i servizi distrettuali, con la medicina generale/pediatria di libera scelta, con la continuità assistenziale, a garanzia di maggiore appropriatezza di accesso al pronto soccorso e della possibile conseguente ospedalizzazione ed in coerenza con le previsioni del c.d. "decreto Balduzzi". L'obiettivo resta quello di chiudere, per quanto possibile, la risposta all'acuzie all'interno del territorio stesso attraverso l'attivazione di percorsi alternativi al pronto soccorso e al ricovero. La specificità di modelli organizzativi locali che abbiano portato a significativi risultati, anche in termini di contenimento degli accessi evitabili al pronto soccorso, specie per i c.d. "codici bianchi", va comunque considerata e per quanto possibile salvaguardata.