



Riunione n. 5 del 16 ottobre 2012

Deliberazione n. 16/2012

OGGETTO: DDLR n. 216 avente per oggetto "Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale".

Presidenza del Presidente Ceraolo

Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 6.1 "Ovest" Roberto Ceraolo, Presidente	<i>presente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 2.2 "Basso Isontino" Cristiana Morsolin, Presidente	<i>presente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" Roberto Cosolini, Presidente	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 3.1 "Gemonese" Fabio Di Bernardo, Vice Presidente	<i>presente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 2 "Isontina" Silvana Romano, delegata	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 4.1 "Sandanielese" Luca Picco, delegato	<i>presente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli" Paolo Urbani, Presidente	<i>presente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 4.2 "Tarcento" Giancarlo Ferrari, Presidente	<i>assente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" Furio Honsell, Presidente	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 4.5 "Udinese" Catia Pagnutti, delegata	<i>assente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 5 "Bassa Friulana" Gianluigi Savino, Presidente	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 4.4 "Codroipo" Fabio Marchetti, Presidente	<i>presente</i>
Conferenza dei Sindaci dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" Claudio Pedrotti, Presidente	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 4.3 "Cividalese" Stefano Balloch, Presidente	<i>presente</i>
Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 1.2 "Trieste" Laura Famulari, Presidente	<i>presente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 5.2 "Distretto Ovest (Latisana)" Salvatore Piero Maria Benigno, Presidente	<i>assente</i>
Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 1.3 "Muggia- San Dorligo" Giorgio Kosic, Presidente	<i>assente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 6.2 "Est" Antonio Di Bisceglie, Presidente	<i>assente</i>
Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 1.1 "Duino Aurisina – Sgonico – Monrupino" Tatjana Kobau, Presidente	<i>presente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 6.3 "Sud" Lorenzo Cella, delegato	<i>presente</i>
Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 3.2 "Carnia" Erica Gonano, delegata	<i>presente</i>	Assemblea dei Sindaci di Ambito Distrettuale 6.4 "Nord" Andrea Carli, Presidente	<i>presente</i>

Partecipa alla seduta il dr. **Giuseppe Napoli**, Presidente Federsanità ANCI – FVG.

La Conferenza permanente

Visto il Disegno di Legge regionale n. 216 avente per oggetto "Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale";

Dato atto che l'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, Luca Ciriani, con il Direttore centrale del settore, Gianni Cortiula, ha illustrato finalità e contenuti del progetto di riforma a questa Conferenza in data 24 settembre 2012;

Ritenuto che una riforma del sistema sanitario sia ineludibile nella prospettiva della sostenibilità economica della sanità pubblica e per mantenere l'eccellenza delle risposte fornite dal sistema regionale nell'ambito delle trasformazioni in atto sotto i profili demografico ed epidemiologici della popolazione regionale;

Ritenuto, altresì, che l'attualità imponga l'adozione di modelli rivolti alla massima integrazione dei servizi sanitari e socio assistenziali, nell'ottica di una "presa in carico" del paziente che garantisca appropriatezza e continuità della cura,

Ritenuto, alla luce del dibattito svolto e dall'analisi dei documenti fatti giungere in merito al provvedimento in esame dalla Conferenza dei Sindaci della Provincia di Gorizia, dall'Ambito Distrettuale n. 4.5 "dell'Udinese", dal Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana", unitamente al Presidente degli Ambiti Distrettuali n. 1.1 "Duino Aurisina – Sgonico – Monrupino", n. 1.2 "Trieste", n. 1.3 "Muggia – San Dorligo" e n. 2.2 "Basso Isontino" nonché da Federsanità ANCI-FVG, di esprimere in merito al disegno di legge di riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale le seguenti considerazioni:

- che il sistema sanitario regionale necessiti di un'opportuna riforma che punti al mantenimento e alla sostenibilità dell'elevata qualità delle prestazioni sanitarie e socio assistenziali di iniziativa pubblica erogate nella nostra Regione;
- l'articolato del disegno di legge n. 216, presentato dalla Giunta Regionale, perimetri una "cornice" di riferimento, peraltro non omogenea per il territorio regionale nel suo complesso (con caratteristiche sociali, demografiche, epidemiologiche e geomorfologiche molto diverse), che non esaurisce le problematiche presenti, anzi le rinvia a successivi provvedimenti attuativi rispetto ai quali il sistema delle Autonomie Locali chiede fin d'ora un ampio ed articolato confronto preventivo;
- il sistema delle autonomie locali avverte la preoccupazione per il dimensionamento prospettato dalla proposta di legge per il Distretto, ritenendo che il principio della coincidenza con l'Ambito risponda alla necessità di formulare compiutamente il raccordo tra servizi sanitari e socio assistenziali, nella logica della continuità assistenziale e dell'appropriatezza delle cure nella presa in carico del paziente;
- i Comuni rappresentano l'opportunità di mantenere le deroghe relative al numero minimo di abitanti per i Distretti presenti in realtà montane come attualmente previsto dalla L.r. 12/1994, art. 21, comma 4;
- infine, che debba essere rivendicato il ruolo dei Comuni nei compiti di indirizzo e di controllo in materia che sono loro attribuiti dalla legge, ritenendo che tale garanzia possa essere compromessa da un ampliamento abnorme del numero di abitanti per Distretto e quindi degli Ambiti e, conseguentemente, del numero delle municipalità convergenti all'interno di un'unica Assemblea dei Sindaci.

Ritenuto di porre in votazione le suddette considerazioni e di disporre l'inoltro al Presidente della Regione, al Presidente del Consiglio regionale ed all'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali;

Preso atto che la votazione ha fornito il seguente risultato:

Presenti: 12

Favorevoli: 12

Contrari: 0

Astenuti: 0

All'unanimità dei voti,

delibera

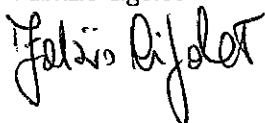
di esprimere, relativamente al citato Disegno di legge regionale n. 216, le seguenti considerazioni:

1. Riconosce che il sistema sanitario regionale necessita di un'opportuna riforma che punti al mantenimento e alla sostenibilità dell'elevata qualità delle prestazioni sanitarie e socio assistenziali di iniziativa pubblica erogate nella nostra Regione;
2. Ritiene che l'articolato del disegno di legge n. 216, presentato dalla Giunta Regionale, perimetri una "cornice" di riferimento, peraltro non omogenea per il territorio regionale nel suo complesso (con caratteristiche sociali, demografiche, epidemiologiche e geomorfologiche molto diverse), che non esaurisce le problematiche presenti, anzi le rinvia a successivi provvedimenti attuativi rispetto ai quali il sistema delle Autonomie Locali chiede fin d'ora un ampio ed articolato confronto preventivo;
3. Esplicita la propria preoccupazione per il dimensionamento prospettato dalla proposta di legge per il Distretto, ritenendo che il principio della coincidenza con l'Ambito risponda alla necessità di formulare compiutamente il raccordo tra servizi sanitari e socio assistenziali, nella logica della continuità assistenziale e dell'appropriatezza delle cure nella presa in carico del paziente;
4. Evidenzia l'opportunità di mantenere le deroghe relative al numero minimo di abitanti per i Distretti presenti in realtà montane come attualmente previsto dalla L.r. 12/1994, art. 21, comma 4;
5. Rivendica il rispetto del ruolo dei Comuni nei compiti di indirizzo e di controllo in materia che sono loro attribuiti dalla legge, ritenendo che tale garanzia possa essere compromessa da un ampliamento abnorme del numero di abitanti per Distretto e quindi degli Ambiti e, conseguentemente, del numero delle municipalità convergenti all'interno di un'unica Assemblea dei Sindaci;

e di inoltrare il presente atto al Presidente della Regione, al Presidente del Consiglio regionale ed all'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

Udine, 16 ottobre 2012.

Il Funzionario verbalizzante
Fabrizio Cigolot



Il Presidente
F.to Roberto Ceraolo

CONFERENZA DEI SINDACI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Documento unitario sulla

"Salvaguardia dell'efficienza, efficacia ed accessibilità dei servizi ospedalieri e territoriali dell'ASS Isontina e della loro autonomia"

Premesso che:

il Presidente della Giunta Regionale Renzo Tondo ha chiaramente e ripetutamente espresso la volontà di revisionare e razionalizzare la spesa in Regione attraverso il riordino di enti, aziende ed agenzie della Regione;

con il DDL 208 (Interventi di razionalizzazione e riordino di enti, aziende e agenzie della Regione) ha dato seguito al percorso partito dalle sue dichiarazioni di cui sopra, fatte nella seduta del Consiglio regionale del 27.09.2011, relative al doveroso intervento della Regione sulla spesa pubblica di fronte alla crisi del "sistema Italia";

secondo il Presidente Tondo le finalità dell'intervento sono quelle di avviare il percorso di razionalizzazione e riordino per assicurare maggiore efficienza ed efficacia all'"impianto" burocratico regionale e perseguire, mediante economie di scala, un migliore utilizzo delle risorse umane e finanziarie; il tutto tenendo conto che le materie a cui si mette mano perseguono rilevanti finalità sociali, sicuramente non dismissibili a fronte di una prevedibilmente sicura diminuzione delle disponibilità finanziarie;

il tema della riforma sanitaria sarà soggetto ad un cammino a se stante vista l'importanza sociale della stessa;

il 25 luglio 2012 la Giunta regionale ha approvato un DDL sul "Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" che prevede la costituzione di tre Aziende sanitarie in Regione, che si affiancano alle Aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e di Udine, all'Azienda ospedaliera di Pordenone e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano. Il DDL prevede che l'Azienda territoriale Isontina perda la propria autonomia e venga accorpata a quella di Trieste, costituendo l'Azienda "Giuliano Isontina", che comprenderà i due ospedali di Gorizia e di Monfalcone;

il ruolo dei Comuni, già oggi fortemente ridimensionato a causa dell'indebolimento della Conferenza dei Sindaci, rischia di venire annullato dal progressivo distacco dell'organizzazione sanitaria da quella sociale. Al contrario, abbiamo bisogno di restituire alle comunità locali voce in capitolo ed ai Sindaci, responsabili della salute dei cittadini, la possibilità di incidere sui processi decisionali in materia di integrazione sociosanitaria. Questo è ciò che abbiamo cercato di fare in questi anni sul nostro territorio, in considerazione del fatto che la nostra è una Azienda mista che gestisce ospedale e territorio;

fino ad oggi si è discusso troppo frettolosamente solo di riassetto burocratico-amministrativi, che non tengono conto della qualità dei servizi erogati, né della performance dei servizi. Si continua a focalizzare l'attenzione sulla riduzione del numero di Aziende, da sei a tre, come se questo intervento fosse lo strumento per risolvere i problemi del nostro sistema sanitario regionale. In tale ottica, riteniamo un errore avere abbandonato precipitosamente il progetto di un'Azienda unica regionale;

la riduzione da sei a tre Aziende avrebbe l'effetto di privare la Provincia di Gorizia, unica in Regione, della propria Azienda sanitaria. Riteniamo questa impostazione sbagliata e lesiva

dell'autonomia di un territorio: il nostro approccio è per un ripensamento complessivo dell'attuale assetto del sistema sanitario regionale, oggi organizzato in Aziende territoriali ed Aziende ospedaliere. Per questa ragione, proponiamo di esportare il "modello Gorizia" dando origine sul territorio regionale a quattro Aziende sanitarie a gestione mista ospedale - territorio;

L'Azienda sanitaria isontina ha dimostrato in questi anni di essere la più virtuosa in Friuli Venezia Giulia nel raggiungere gli obiettivi gestionali richiesti dalla Regione;

nel corso degli anni i servizi sanitari dell'Isontino sono stati progressivamente ridotti, con la chiusura degli ospedali di Cormons, di Grado e di quello riabilitativo dei Fatebenefratelli; l'ultimo Piano sanitario della Regione prevede i finanziamenti per Area Vasta e introduce nell'Area Vasta giuliano-isontina 14 funzioni coordinate, il cui coordinamento spetta all'Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste;

privare definitivamente la Provincia isontina di un'Azienda sanitaria autonoma sarebbe un nuovo pesante tassello verso quel progressivo impoverimento del nostro territorio in atto ormai da anni, che mette a rischio la sopravvivenza stessa della nostra Provincia e soprattutto peserebbe sui cittadini compromettendo l'accessibilità dei servizi sanitari;

un'Azienda sanitaria isontina autonoma rende più facilmente perseguibile la continuità assistenziale nei confronti degli utenti, dato che un'unica direzione organizzativa coordina, nella medesima area, sia i servizi sanitari territoriali, sia quelli ospedalieri;

recentemente il GECT, creato dai Comuni di Gorizia, Nova Gorica e Šempeter-Vrtojba, ha allargato il suo campo d'azione anche alla sanità, con lo scopo di sviluppare anche in questo settore un'efficace collaborazione transfrontaliera, tenuto conto della direttiva europea che prevede la liberalizzazione del ricorso alle cure sanitarie nei paesi UE. La programmazione e l'effettiva realizzazione di questa collaborazione risulta indubbiamente facilitata dall'esistenza di un'Azienda sanitaria isontina autonoma;

la Conferenza dei Sindaci della Provincia di Gorizia

impegna

il suo Presidente a:

farsi attivo promotore presso tutte le sedi istituzionali, in particolare presso la Regione e il Presidente Tondo, delle seguenti istanze:

1. mantenere l'autonomia organizzativa e di programmazione dell'Azienda sanitaria isontina, con pari riconoscimento istituzionale rispetto alle altre Aziende regionali, anche in vista della programmazione transfrontaliera, e respingere qualsiasi riforma del sistema sanitario regionale che non la garantisca;
2. salvaguardare i servizi sanitari isontini ed evitare il loro ulteriore impoverimento, richiedendo una revisione dei criteri di finanziamento, riferiti alle Aziende e non alle Aree Vaste, secondo rigorosi e moderni studi improntati all'oggettività e alla scientificità, basandosi sull'equità, sulla qualità e sull'accessibilità del servizio per i cittadini, superando le attuali dinamiche che tendono a penalizzare l'area isontina. Con ciò si dovrà rimediare anche alla grave carenza di personale che caratterizza i nostri servizi ospedalieri e soprattutto quelli territoriali;
3. garantire agli ospedali di Gorizia e di Monfalcone la piena funzionalità, assicurando loro il mantenimento delle prestazioni di base ed alcune specialità in un'ottica di pari dignità nel

contesto di Area Vasta. Ci preoccupa la prospettiva di un declassamento dei nostri presidi ospedalieri che forniscono servizi di qualità ed esprimono delle eccellenze, il che farebbe presupporre il sostanziale svuotamento degli stessi ed il loro depotenziamento: ipotesi rispetto alla quale siamo assolutamente contrari;

4. salvaguardare l'attuale configurazione dei Distretti e dei Centri di Salute Mentale, che garantisce l'integrazione e il coordinamento efficace tra l'assistenza sanitaria e quella sociale di pertinenza dei Comuni, grazie alla coincidenza tra Distretti e Ambiti nel nostro territorio.

Gorizia, 2 agosto 2012



COMUNE DI UDINE
ENTE GESTORE SERVIZIO SOCIALE DEI COMUNI
AMBITO DISTRETTUALE N. 4.5 DELL'UDINESE

ALLEGATO N.2

Udine 8 ottobre 2012

ALCUNE OSSERVAZIONI SUL DDL N. 216 "RIORDINO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE"

Il testo proposto modifica l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario senza correlare le modifiche proposte ad una precedente, ed indispensabile, analisi dei bisogni. In premessa all'articolato vengono evidenziate alcune criticità condivisibili che peraltro non è chiaro se, e come, possano trovare soluzione con la Riforma. Le finalità del DDL sono assolutamente condivisibili mettere al centro il cittadino pertanto è impensabile farlo senza aver ricondotto questo ai veri bisogni. Resta inteso che una riforma si deve fare e che queste osservazioni sono esclusivamente costruttive e che la spiegazione della scelte su tre aziende può condurre alla riflessione inerente il riequilibrio delle risorse economiche storicamente attribuite alle diverse realtà territoriali (Trieste in disequilibrio con Udine)

Si ritiene che un efficace governo del sistema regionale della sanità, così come prefigurato dal DDL, richieda una Direzione Regionale forte con una chiara ripartizione dei compiti, per esempio tra chi fa programmazione e chi ne controlla l'efficacia per condurre a termine l'iter della riforma.

La Riforma prevede la coesistenza sul territorio di 2 modelli organizzativi tra di loro differenti; da un lato il sistema pordenonese, dall'altro il sistema udinese e giuliano lo si evince chiaramente dallo schema in premessa. Per avere chiarezza si dovrebbe decidere se esportare il modello pordenonese già avviato (forse ci sono già dei dati per comprendere se è efficace) o modificare questo con il modello che si prefigura per Isontina-Giuliana e Friulana. (aziende sanitarie con reti ospedaliere a carico diversamente da Pordenone che ha solo distretti e gli ospedali tutti su AOPN)

La Riforma prefigura il futuro assetto istituzionale della sanità ma non indica il percorso (passaggi e tempistica) che porteranno alla sua realizzazione. Demandare questi aspetti a decisioni successive non aiuta gli amministratori ad avere chiarezza rispetto alle difficoltà che sono sempre connaturate ai cambiamenti.

La riforma pare non dare risposta alle problematiche legate all'applicazione della L.R. 13/95 (da applicare o no!) ed nemmeno al riequilibrio della distribuzione dei fondi tra ospedali e territorio, questioni entrambe urgenti da affrontare per fornire risposte ai bisogni della cittadinanza. Quest'ultima riporta a discussioni ed intendimenti di vecchia data dove PIMT e



SERVIZIO SOCIALE
DEI COMUNI - AMBITO
DISTRETTUALE
N. 4.5 DELL'UDINESE

Sede legale:
Udine - Via Lionello 1
tel. 0432 271111
fax 0432 271355
C.F. - P. IVA 00168650307

Uffici tecnico-amministrativi:
33100 Udine - Via Gorghi 16
tel. 0432 242511
fax 0432 242520

PSSR susseguiti negli anni riportavano le proporzioni percentuali di 45% su ospedali e 55% su aziende sanitarie.

In tema di risparmi di risorse la Riforma Sanitaria non pare incidere su quelle situazioni nelle quali è evidente la presenza, in un territorio così piccolo, di doppioni anche questo è argomento che da anni fa discutere sulla razionalizzazione delle risorse o di altre risorse che non vengono utilizzate al massimo delle loro potenzialità.

La Riforma Sanitaria prefigura un ruolo per i Distretti Sanitari sostanzialmente diverso da quello fino ad ora esercitato. Tale cambiamento dovrà essere accompagnato da una valutazione in merito alle competenze necessarie per la gestione degli stessi al fine di garantire un ottimale funzionamento.

Si valuta preferibile che l'articolazione territoriale dei Distretti Sanitari venga individuata dalla Regione e approvata con legge regionale al fine di dare stabilità al sistema.

La Riforma non esplicita quale sistema di governance del sistema sanitario verrà realizzato, in particolare per quanto attiene al ruolo degli amministratori locali rispetto ai Distretti Sanitari di norma con una grandezza doppia rispetto all'attuale. Gli strumenti di partecipazione degli enti locali alla definizione/ monitoraggio delle politiche sanitarie e sociosanitarie locali e regionali attuali quali la rappresentanza dei sindaci e la conferenza permanente per la programmazione sanitaria sociosanitaria e sociale hanno necessità di un ripensamento ed adeguamento in una prospettiva di accountability.



CONTRIBUTO IN MERITO ALLE IPOTESI DI RIFORMA DELL'ASSETTO
ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
(disegno di legge n. 216)

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 previsto dalle diverse proposte.

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 il profilo economico, in termini di risultati di bilancio e di uso delle risorse. Qualsiasi azione di riforma va 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'allocatione 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) 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. Vanno in particolar modo garantite e tutelate le realtà periferiche (montane e di confine) e quella rappresentata dall'unico ambito (1.2, coincidente con il Comune di Trieste, la cui popolazione supera i 200.000 abitanti) in cui la coincidenza distretto-ambito comporterebbe evidenti difficoltà organizzative, in funzione della numerosità della popolazione di riferimento.

Al fine di valorizzare il sistema di cure primarie quale riferimento per la presa in carico delle patologie croniche, la gestione dell'assistenza specialistica ambulatoriale va opportunamente affidata alle aziende sanitarie territoriali, attraverso i distretti. Il governo della domanda e quello dell'offerta vanno in tal senso unificati per garantire un approccio in termini di appropriatezza e – conseguentemente – di sostenibilità.

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.

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, come peraltro previsto dal già citato recente decreto legge, 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.

Analogamente, la gestione dell'emergenza-urgenza va più opportunamente affidata alle aziende sanitarie territoriali. Affidare al territorio il governo della rete dell'emergenza-urgenza, integrata con la continuità assistenziale ma soprattutto con i servizi distrettuali, è garanzia di maggiore appropriatezza di accesso al pronto soccorso e della possibile conseguente ospedalizzazione; affidare l'emergenza-urgenza all'ospedale renderebbe molto più difficile la chiusura della risposta all'acuzie all'interno del territorio stesso attraverso l'attivazione di percorsi alternativi al pronto soccorso e al ricovero e renderebbe alquanto improbabile un qualsiasi contenimento degli accessi evitabili al pronto soccorso, specie per i c.d. "codici bianchi".

Esaminato in COMITATO DIRETTIVO FEDERSANITA' ANCI FVG

Udine 15 ottobre 2012

I sotto firmati presidenti di Ambito Socio Sanitario del Friuli Venezia-Giulia, con riferimento al disegno di legge n. 216 2012 ad oggetto "Riordino istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale" osservano quanto segue:

- 1) Non sono chiari i risparmi che l'intera ristrutturazione porterebbe al sistema sanitario regionale. I sottoscritti ritengono che, al contrario, la creazione di strutture più grandi, specie in una prospettiva organizzativa non chiara come quella che emerge dal disegno di legge, comportino seri rischi di maggiori sprechi e non di risparmi. Al momento le sole economie certe ipotizzate dal prospettato riordino sembrano essere quelle sulle spese del personale dirigente ed amministrativo. Riteniamo che questi prospettati risparmi, minimi rispetto alla mole del bilancio sanitario regionale, non siano sufficienti a giustificare il grande rischio di sprechi organizzativi.
- 2) Il disegno di legge, prevedendo un aumento delle dimensioni territoriali dei distretti, permanendo la prevista corrispondenza territoriale tra distretti e ambiti, porterà come conseguenza l'obbligo all'accorpamento degli ambiti territoriali, con possibile/potenziale riduzione della rappresentanza democratica delle istanze dei cittadini e un affievolimento della rappresentanza delle comunità locali e del ruolo di tutela della salute dei sindaci prevista dalle norme nazionali.
- 3) Rileviamo l'incongruità di alcune affermazioni nelle premesse del disegno di legge. Da una parte viene rimarcata una ridondanza dell'offerta sanitaria ospedaliera a sfavore dell'offerta sanitaria territoriale e dall'altra, con la norma proposta, interviene proprio nel limitare la capillarità della presenza dell'intervento sanitario territoriale.

Proprio per la consapevolezza delle problematiche che le politiche sanitarie, le tendenze demografiche e di bilancio portano e visti i rischi di crisi del sistema esistente, riteniamo che una proposta di riforma del Servizio sanitario di tali dimensioni dovrebbe contemplare un riordino generale ben più dettagliato e approfondito, non limitarsi alla sola riduzione delle aziende e dei distretti.

Riteniamo inoltre, visto che uno dei punti cardine degli aspetti sanitari previsti dalla normativa vigente è l'integrazione ospedale/territorio, che una riforma di tale portata debba seguire un percorso partecipativo del territorio ampio e che quindi non può essere limitato solamente ad alcune brevi relazioni tenute presso la Conferenza Permanente di Programmazione Socio-Sanitaria.

Cristiana Morsolin
Presidente Ambito 2.2

Tatjana Kobau
Presidente Ambito 1.1

Giorgio Kosic
Presidente Ambito 1.3
Vicepresidente Conferenza permanente
di programmazione Socio-sanitaria

Gianluigi Savino
Presidente Ambito 5.1
Presidente Assemblea Sindaci ASS 5