

## Assemblea dei sindaci

# Documento sulla proposta di PSSR 2010-2012 presentata dalla Giunta regionale

Approvato all'unanimità nella riunione di venerdì 8 gennaio 2010.

1. Formare, coinvolgere, motivare
2. Le risorse
3. Il ruolo dei Comuni
4. La rete dell'emergenza
5. Le medicine ospedaliere
6. Ospedali a San Vito, Sacile e Spilimbergo
7. Dove trovare risorse: le attività ospedaliere specialistiche
8. Ricerca oncologica: ora la Regione deve scegliere
9. Sanità territoriale: nella trasformazione istituzionale quale ruolo per i distretti?
10. Il vero punto di storica debolezza dell'Area Vasta: la sanità territoriale e l'integrazione sociosanitaria
11. Ci candidiamo a sperimentare
12. Un sistema serio di verifiche

## **1.** **Formare, coinvolgere, motivare**

Il sistema di servizi e prestazioni sanitarie e sociali dell'area vasta pordenonese è di notevole livello e ha consentito di dare risposte alla domanda di salute fisica, psichica e sociale che hanno innalzato sia la durata media della vita che la qualità della stessa.

Ma i sistemi umani non sono destinati a mantenere a lungo la loro efficacia. Strutturati per dare un certo tipo di risposte, sono chiamati rapidamente a darne altre, perché questioni nuove ed inedite si affacciano.

Se i sistemi sono rigidi mantengono in vita le vecchie organizzazioni sempre meno utili e ne costruiscono di nuove per rispondere alle novità. Così facendo si innalzano i costi del sistema. Oggi sappiamo che innalzare i costi non è più possibile.

Dunque abbiamo bisogno di un sistema duttile, flessibile, mai fermo. Significa fare affidamento sulla capacità delle persone di cambiare abitudini e sviluppare capacità nuove. Serve molta formazione, un forte coinvolgimento ed una grande capacità di motivare e ri-motivare per indurre i lavoratori a cambiare spesso ed efficacemente.

## **2.** **Le risorse**

Non è credibile immaginare una ulteriore espansione della spesa sanitaria regionale in questa fase di grave crisi economica che riduce in particolare le entrate fiscali sulle quali la Regione autonoma basa gran parte del suo bilancio. Le risorse per dare nuove risposte alle domande di salute debbono perciò nel breve e medio periodo venire da una trasformazione del sistema di salute.

La questione delle risorse interagisce sia con la struttura del sistema di servizi e prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sia col tema dello sviluppo e della fiscalità, sia con quello dei diritti di accesso al sistema stesso.

Fino a che l'attuale situazione di crisi economica non sia superata ben difficilmente il sistema nel suo complesso potrà ottenere tutte le risorse di cui ha bisogno anche solo per mantenersi allo stato attuale. Negli ultimi anni infatti la crescita dei costi del sistema sanitario, dedotto ogni suo sviluppo in servizi e prestazioni, dunque per il suo puro mantenimento, è stata mediamente del 4.5 % annuo. A questo aumento concorrono i costi dei nuovi medicinali, delle tecnologie, delle manutenzioni, del personale. Quest'anno, con una scelta certamente apprezzabile, la Giunta regionale ha deciso un aumento dei fondi destinati al sistema dell'1.8%. Questo solo dato rende evidente la necessità di governare, e perciò selezionare, la domanda di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, soprattutto nel settore della cronicità.

Ma se indirizzare e selezionare la domanda è possibile e necessario, solo spostare risorse dentro all'attuale sistema può gettare le condizioni per risparmiarne in futuro. Ad esempio tutte le comparazioni con i sistemi pubblici più evoluti (Danimarca, Svezia, Olanda...) ci dicono che anche nel Friuli Venezia Giulia spendiamo troppo per le strutture preposte alla cura delle fasi acute delle malattie (gli ospedali) e troppo poco per la cronicità, la disabilità, la riabilitazione, la prevenzione, l'educazione. Regione ed Enti locali debbono in breve trasformare la spesa sia per

venire incontro alle necessità di una popolazione che invecchia e perciò cronicizza, sia per non venir travolti dai costi del sistema.

Non tutte le domande di aiuto possono trovare una risposta nelle istituzioni. Le reti sociali, amicali, famigliari, in rapporto con le istituzioni, possono sviluppare relazioni di aiuto. Ma debbono essere aiutate e sostenute, soprattutto le famiglie e le donne, che già oggi sono chiamate ad uno sforzo che diviene grandissimo, specie se collegato all'esigenza di mantenere il lavoro ed il reddito e contribuire ad una serena educazione dei figli. Le azioni di stimolo alla nascita e manutenzione delle reti sociali e di aiuto alle famiglie che ne abbiano necessità debbono essere componenti strutturali del sistema.

Sostenere le famiglie significa rafforzare tutti gli strumenti dell'aiuto domiciliare ed in particolare l'ADI, i SAD, le UTAP dei Medici di medicina generale

Non fosse altro che per spostare le relazioni di aiuto dalle istituzioni alle reti sociali, i comuni debbono mantenere un ruolo fondamentale nelle politiche sociali e nell'integrazione sociosanitaria: per costruire reti sociali, dare loro ruoli, sedi, aiuti, occasioni, opportunità è impensabile senza che tutte le comunità locali siano coinvolte.

Se non tutto può essere risolto dalle istituzioni, allora bisogna indicare con chiarezza che cosa le istituzioni con certezza possono fare. Insomma vanno definite priorità, sulla base di evidenze epidemiologiche e con un largo coinvolgimento della popolazione. È con la definizione e pubblicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che attendiamo ormai da troppo, che dobbiamo essere chiamati a definire e condividere queste priorità.

In questa logica, la persona che si rivolge ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali deve assumere sempre maggiore responsabilità. Il progetto di intervento e cura va concordato con la persona, che deve impegnarsi a seguirlo. Spetta ovviamente agli operatori ed alle istituzioni verificare la efficacia e correttezza del progetto, ma la persona è fondamentale nei percorsi di cura. Va detto con chiarezza che non seguire i percorsi concordati corrisponde ad una rinuncia all'intervento di aiuto delle istituzioni, le quali non possono essere chiamate ad intervenire sempre e comunque, ma solo in una relazione positiva di collaborazione con le persone e le famiglie.

Se le persone sono chiamate a seguire i progetti concordati e ad assumere stili di vita sani, gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali sono chiamati a fornire prestazioni sempre più appropriate ed a costruire relazioni corrette con le persone. Per farlo serve innalzare la qualità dei sistemi e dei singoli nei sistemi. Servono verifiche rigorose. Servono aggiornamenti professionali e formazione continua. Serve attribuire alle persone ed alle famiglie il diritto non solo formale ma vero e sostanziale di verificare se tutto sia stato fatto con tempestività, appropriatezza e con rigore professionale. E se in alcune circostanze le cose non sono andate così, bisogna avviare azioni riconoscibili di risanamento del sistema.

### 3. Il ruolo dei Comuni

Scegliere quali servizi trasformare e ridurre e quali ampliare, quali sinergie creare fra reti ospedaliere e territorio, fra strumenti per la salute fisica, mentale e sociale, è compito al quale i comuni debbono accingersi, sempre che non vogliano che le scelte vengano fatte in un luogo apparentemente “tecnico”, che però incide pesantemente su di loro: le politiche sociali e dell’integrazione sociosanitaria sono strumenti fondamentali di governo del territorio, alle quali i comuni debbono contribuire, perché inevitabilmente i cittadini glielo chiedono e per non smarrire ruolo e significato. Questa in particolare è la fase in cui le risorse sociali sono immensamente più grandi di quelle istituzionali e più di tutto conta creare reti sociali e nessuno può sostituire il comune nel dare sostegno e sostanza nei territori a questi processi.

### 4. La rete dell'emergenza

Ridurre la rete dell'emergenza al solo Pronto Soccorso dell'AOSMA non è possibile, sia da un punto di vista strutturale, che dell'organizzazione del lavoro. Già oggi il PS dell'Ospedale è oberato di lavoro.

Bisogna invece selezionare i codici in arrivo. Quindi sarà necessaria una riflessione sui livelli di assistenza garantiti dai vari Pronto soccorso per adeguarne la struttura alle effettive potenzialità, mettendo in sicurezza i cittadini rispetto ai loro reali bisogni. Bisogna integrare in un sistema di prime cure gli studi medici associati sul territorio. (UTAP).

Quanto alla città, anche su questa dimensione dovrebbe esserci un accordo chiaro fra AOSMA e Casa di Cura San Giorgio, che lasci alla seconda i casi più semplici.

Ovviamente questo quadro d'insieme tiene conto del mantenimento di attività ospedaliere a Sacile (AOSMA), Spilimbergo e San Vito (ASS6), del carattere di centro sanitario territoriale positivamente assunto dall'ex stabilimento ospedaliero di Maniago e del tempo necessario alla costruzione del nuovo ospedale di Pordenone, fattore che inevitabilmente richiederà un nuovo equilibrio.

### 5. Le medicine ospedaliere

L'invecchiamento della popolazione accresce la domanda di ricoveri nei reparti di medicina. Anche la cronicità non è una condizione costante nel tempo, ma un susseguirsi di evoluzioni delle condizioni del paziente dentro un quadro conosciuto. Spesso le persone affette da malattie croniche hanno bisogno di ricoveri nei reparti di medicina. Oggi i maggiori ospedali non hanno posti letto di medicina sufficienti ed i malati vengono impropriamente ricoverati in altri reparti. Si tratta di un servizio necessario alla popolazione. Non ha senso chiudere o ridurre le medicine di Sacile e Maniago, territori dai quali inevitabilmente ci si rivolgerebbe all'ospedale di Pordenone che è già in difficoltà. Le medicine sono le funzioni ospedaliere di più immediato rapporto col territorio. Può essere invece ripensata la *mission* di Sacile (con una forte propensione riabilitativa) e di Maniago (più volta alla lungodegenze). Sono in atto positive sperimentazioni sia dentro gli stabilimenti ospedalieri (specie nel SMA, a Pordenone e Sacile), che in relazione col territorio, volendo costruire una nuova relazione coi MMG, con l'ADI e con i SAD.

## **6.** **Ospedali a San Vito, Sacile e Spilimbergo**

Il piano non prevede la fine delle attività ospedaliere in questi tre centri.

È ragionevole definire che gli ospedali dedicati all'acuzie nell'Area Vasta, stante la attuale situazione epidemiologica, organizzativa e di potenzialità dell'offerta, siano quelli di Pordenone e di San Vito.

Lo stabilimento ospedaliero di San Vito al Tagliamento continuerà ad ospitare non solo una unità ospedaliera complessa, con specialità plurime, ma anche servizi territoriali estremamente interessanti ed attrattivi, come il Servizio per i Disturbi Alimentari della ASS6.

Sacile e Spilimbergo giustificano attività ospedaliere in tanto quanto trovano una loro vocazione specifica che serve tutto il territorio dell'Area Vasta e li fa diventare attrattivi.

Si può immaginare che verso Sacile si indirizzino tutte le attività di riabilitazione immediatamente successive alla fase acuta della malattia ed all'intervento specialistico dell'Area Vasta\* e che a Spilimbergo siano indirizzate tutte le attività di "day surgery".\*\*

\* Nel caso di Sacile si tratta delle attività intensive (almeno tre ore di riabilitazione specialistica al giorno, generalmente per alcuni giorni) ed estensive (almeno un'ora al giorno, generalmente nella settimana successiva). Successivamente i pazienti o rientrano in famiglia (sia perché le loro condizioni glielo consentono, sia perché il territorio dispone di una buona rete di assistenza domiciliare), oppure vengono indirizzati ad una RSA.

\*\* La "day surgery", ovvero la "Chirurgia in un giorno", è una modalità di ricovero che consente di effettuare terapie chirurgiche per patologie di piccola e media gravità, sia in anestesia loco-regionale che locale, con degenza breve e dimissione il giorno stesso dell'intervento. Tale modalità comporta l'ingresso del paziente al mattino a digiuno, il trattamento chirurgico e la dimissione nelle prime ore del pomeriggio.

## **7.** **Dove trovare risorse: le attività ospedaliere specialistiche**

Le attività ospedaliere specialistiche, in particolare in campo chirurgico, debbono essere organizzate ed erogate da dipartimenti specialistici di Area Vasta oggi necessariamente interaziendali, ma che domani potrebbero rispondere ad una unica azienda ospedaliera di Area Vasta. A Pordenone si sono avviate esperienze positive, che indicano che è possibile una importante razionalizzazione.

## **8.** **Ricerca oncologica: ora la Regione deve scegliere**

Gli ultimi anni del CRO sono stati segnati soprattutto dal perseguimento di un generale potenziamento di attività cliniche, spesso duplicando quanto già fatto dalla rete ospedaliera

locale e regionale. Ovviamente alle attività di ricerca del CRO serve anche una certa quantità di attività cliniche, al fine di testare l'efficacia di protocolli innovativi. Ma la Regione deve assegnare, dentro alla sua programmazione, al CRO alcuni limitati ed importanti settori di sviluppo della ricerca e su quelli concentrare anche le attività cliniche indispensabili alla ricerca, per produrre innovazione a vantaggio di tutto il sistema.

Non spetta ovviamente al CRO il coordinamento delle attività di clinica oncologica che si svolgono sul territorio del Friuli Venezia Giulia. Altri, in particolare le cliniche universitarie, sviluppano attività in quantità e qualità tale da non essere insidiabili in questo campo. Il nodo piuttosto è quale ruolo verrà attribuito alla ricerca nel nuovo Dipartimento oncologico regionale preannunciato dalla bozza di PSSR. Noi rivendichiamo un ruolo importante per la ricerca oncologica perché la consideriamo non solo uno strumento formidabile per sviluppare la cura, ma anche per individuare le cause e contribuire così a dare indicazioni di salute al territorio. Chiediamo che nella programmazione regionale il ruolo della ricerca oncologica sia riconosciuto, definendo le priorità per il CRO e le modalità della ricaduta delle ricerca su tutto il sistema di salute regionale e sul territorio nel suo complesso.

## **9.**

### **Sanità territoriale: nella trasformazione istituzionale quale ruolo per i distretti?**

Il PSSR 2010-2012 giunge alla fine di una lunga fase di riflessione e discussione sull'assetto istituzionale della sanità e avendo realizzato una riforma importante dell'intervento sociale istituzionale con la definitiva attribuzione di funzioni operative agli ambiti.

Sia la precedente che questa Amministrazione regionale hanno avanzato proposte di razionalizzazione dell'assetto istituzionale. In particolare per la sanità territoriale, si avanzano proposte per la creazione di una unica azienda regionale, dopo aver passato la gestione di tutti gli stabilimenti e di tutte le attività ospedaliere alle tre aziende ospedaliere di Area Vasta. Questa scelta dovrebbe consentire un miglior controllo della spesa ed una razionalizzazione degli apparati amministrativi. Abbiamo però esperienze di accentramento delle funzioni cui non ha corrisposto né più efficacia né più risparmio\*.

Qualsiasi "semplificazione" deve perciò avvenire sulla base di un progetto studiato nei particolari e convincente, pena risultati opposti a quelli dichiarati. Ma la domanda cui rispondere in questo quadro è quale ruolo si individui, allora, per i distretti sanitari, la vera "incompiuta" della sanità regionale. È chiaro che i distretti non debbono essere piccole aziende sanitarie, ma se servono a razionalizzare la spesa, allora debbono essere collegati ad un obiettivo generale raggiungibile: dare a tutti i cittadini del FVG uguali diritti sanitari e sociali e renderli esigibili per tutti sul loro territorio di residenza\*\*. Definiti i LEA si potrà distribuire la spesa sul territorio in modo equo e prevedibile, eliminando quei punti bassi ed alti che sono oggi caratteristica del sistema di sanità territoriale ma soprattutto evitando che una concessione fatta ad un territorio si trasformi poi in un fattore di sviluppo di tutta la spesa regionale.

Insomma il Distretto dovrebbe essere uno strumento con poca burocrazia, con obiettivi chiari definiti coi LEA, con un margine di autonomia limitato ma vero, dentro il quale possa sviluppare l'integrazione col territorio e con l'Ambito in particolare.

Si possono sperimentare anche forme di efficace integrazione istituzionale fra Ambito e Distretto. Quel che non sarebbe possibile né concepibile è una espropriazione delle politiche sociali ai comuni, per le motivazioni più volte sopra richiamate. Piuttosto, se si vuol dare certezze all'integrazione sociosanitaria, si passi rapidamente ad approvare strumenti simili a quelli già vigenti in molte regioni e conseguenti ai decreti attuativi della Legge nazionale 328/2000.

\* Ad esempio unire AOSMM e Clinica Universitaria Udinese era stata presentata come una scelta di razionalizzazione della spesa, ma si è rivelata operazione di espansione astronomica della spesa.

\*\* Ovviamente non si sta qui parlando delle prestazioni ospedaliere.

## 10.

### **Il vero punto di storica debolezza dell'Area Vasta: la sanità territoriale e l'integrazione sociosanitaria**

Essere deboli non significa certo non esistere. Significa avere risorse umane, materiali e finanziarie inferiori rispetto alla domanda di salute che viene dalla gente. Significa essere costretti ed effettuare un numero altissimo di prestazioni ma poter effettuare di frequente prese in carico deboli. Significa stressare molto sia chi lavora in alcuni settori, che le famiglie che sono costrette a supplire.

L'Area Vasta pordenonese, sia per scelte errate operate dai suoi decisori politici (l'assoluta centralità degli ospedali non ci è stata imposta né da Roma né da Trieste), sia per aver subito gli effetti di una scarsa attenzione regionale\*, non ha servizi territoriali sufficienti e non ne avrà in futuro se il meccanismo di finanziamento regionale resta il sostegno alla spesa storica.

Bisogna passare ad una nuova fase: la Regione definisca finalmente i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) uguali per tutti i cittadini della regione ovunque residenti e li renda esigibili per tutti.

La Bozza di PSSR 2010-2012 apre nuove speranze, affermando una nuova cultura ed una nuova attenzione alla disabilità ed alla cronicità.

Bisogna però porre mano all'assenza di riferimenti forti, nella bozza di PSSR, ad alcune questioni importanti, come la salute delle donne e dei bambini: la rete dei consultori ed i servizi di neuropsichiatria infantile meritano attenzione specifica, perché trattano della fertilità umana e dei bambini e sono perciò imprescindibili per il nostro futuro, uno dei campi verso i quali trasferire le risorse risparmiate altrove.

È evidente che se la bozza di PSSR viene costruita attorno alla cultura che ha generato l'ICF (e non tanto all'ICF come strumento), allora le abilità sono centrali e dunque l'inserimento lavorativo, le reti sociali ed il terzo settore (e la cooperazione sociale) sono determinanti. Si è creduto che questo passaggio logico fosse evidente per tutti ma non è così e varrà la pena di esplicitarlo.

Per quanto riguarda la nostra Area Vasta, è chiaro che dobbiamo superare la concezione per cui di una persona dipendente da sostanze o con una malattia mentale noi oggi vediamo soprattutto la mancanza di abilità e non ciò che può dare in termini di utilità sociale. È anche

vero però che gli strumenti per valorizzare quello che le persone possono dare sono troppo scarsi e che, ad esempio, per valorizzare, un Dipartimento delle Dipendenze con solo 23 operatori per affrontare sia l'estesissimo abuso 'alcol che le dipendenze da tutte le altre sostanze, pur basandosi su solide reti sociali, è davvero troppo poco. Se poi accettiamo il dato epidemiologico secondo cui le minori abilità sono oggi frutto soprattutto di infortuni ed incidenti, come non vedere la pochezza strutturale del Dipartimento per le Dipendenze?

Colpisce nel Piano una assenza di riflessione sul ruolo dei Medici di Medicina Generale, che sono invece uno dei pilastri dell'attuale sistema. Bisogna fare un grande sforzo per connetterli in modo strutturale al sistema nel suo complesso. Le associazioni dei medici di medicina generale sono lo strumento migliore per farlo, dando un servizio innovativo sul territorio. Appare contraddittorio sollecitare una razionalizzazione delle urgenze ospedaliere, ridurre ruolo e peso delle medicine e contemporaneamente non pensare che UTAP (e ADI) debbano assumere un ruolo ed un peso sempre maggiore \*\*. A meno che non si pensi ad altri strumenti non esplicitati.

Infine, la cosa più importante. La bozza di PSSR fa intravedere ipotesi nuove di organizzazione della sanità territoriale: una azienda unica regionale del territorio, un modello di integrazione ambiti-distretti in via di definizione ma che deve esaltare il protagonismo dei comuni pena grandi difficoltà nel raccordo con le sempre più indispensabili reti sociali e con tutte le attività educative.

E' necessario un progetto volto a garantire a tutti i cittadini eguali Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente esigibili. Che non vuol dire dividere la spesa complessiva regionale per la sanità territoriale per il numero dei residenti in FVG e moltiplicarla per quello dei residenti in ogni ambito-distretto: è chiaro che vari fattori cambiano la spesa sanitaria, come la presenza di anziani, bambini, immigrati regolari e l'essere o meno un territorio di montagna. Ma uno sforzo per garantire a tutti eguali diritti sociali e sanitari va assolutamente compiuto, altrimenti di questa proposta verrà concepito solo un carattere di accentramento regionale delle decisioni.

\* Magari travestita da rispetto per le scelte effettuate dal territorio: i sindaci del pordenonese non capiscono la centralità dell'ADI e per anni non la chiedono, Assessorato regionale ed Agenzia prendono atto. Ma una direzione politica deve sempre avere un contenuto educativo ed esortativo!

\*\* Tra l'altro manca anche un riferimento preciso e completo alle funzioni esplicitate dagli ospedali, quali fivet, endocrinologia, genetica, etc.

## **11.** **Ci candidiamo** **a sperimentare**

L'Area Vasta pordenonese è sempre stata luogo fertile di sperimentazioni in campo sociale e sanitario.

Ci sono almeno tre questioni sulle quali ci candidiamo a compiere sperimentazioni che, se avranno successo, possono essere estese a tutti:

- a) L'**ICF**. In alcune realtà abbiamo già avviato l'utilizzazione dello strumento. Abbiamo realtà sia istituzionali che del terzo settore pronte per sperimentare e vogliamo farlo. Abbiamo una mentalità da sempre volta a valorizzare quel che una persona può e la sua utilità sociale rispetto ad ogni altra considerazione.

- b) Punti unici di accesso al sistema. Le tre aziende operanti sull'Area Vasta e gli ambiti possono creare punti unici di accesso e sperimentare una presa in carico con un unico *care giver*. Abbiamo già avviato esperienze e possiamo espanderle.
- c) Messa in rete di tutti i servizi. Siamo pronti per farlo.

## 12.

### Un sistema serio di verifiche

Troppo spesso l'impressione che abbiamo è che non ci sia una verifica vera dell'esito di tante discussioni e di documenti faticosamente approvati. Si passa da un PSSR all'altro senza un esame chiaro di che cosa sia avvenuto nel frattempo e se le previsioni si siano avverate e come. Invece di tutto questo c'è bisogno e deve essere un sistema partecipato e trasparente, a costo zero, per alzare la consapevolezza di tutti. La Regione è chiamata a realizzarlo ed i comuni sono disposti a collaborare.