

SANITA'

La sanità del FVG, considerata un tempo un'eccellenza nazionale, vive attualmente oggettive difficoltà che, se non opportunamente riconsiderate, avranno riflessi molto negativi per la salute dei cittadini della nostra Regione. Questo richiede un profondo cambiamento del servizio sanitario proiettato al futuro in grado di affrontare le complessità che si profilano all'orizzonte, come l'allungamento dell'aspettativa di vita, l'aumento della cronicità, la necessità di interventi sempre più specialistici per una medicina cosiddetta di "precisione", la difficoltà di reperire nuove risorse economiche, e che tenga conto delle specificità e delle eccellenze presenti in regione. E' necessario porre al centro la professionalità del medico e degli operatori sanitari, mediante la valorizzazione delle loro capacità tecnico scientifiche. Ciò può avvenire solo attraverso una riorganizzazione della rete dei servizi a partire dal bisogno del paziente creando un modello che gestisca sotto un'unica regia coordinata tutti i servizi terapeutici, assistenziali, dell'innovazione, della ricerca e della didattica. La separazione delle competenze fra programmazione (Azienda di coordinamento) e l'erogazione di servizi (ospedali di riferimento e di rete) costituirà lo strumento innovativo con cui adattare le peculiarità dei singoli territori alle strategie complessive regionali. La sanità verrà articolata in centri di riferimento e in ospedali di rete che potranno avere diversa complessità a seconda delle specifiche esigenze del territorio ed avranno un ruolo pregnante per assicurare la continuità assistenziale in tutto l'ambito regionale. L'Università e gli Istituti di Ricerca e Cura dovranno mantenere la loro specificità. L'attività socio sanitaria sarà riorganizzata rivalutando il ruolo dei servizi comunali e degli ospedali di rete.

CRITICITA'

- ▲ Gli attuali assetti istituzionali, soprattutto per le circoscrizioni provinciali di Gorizia e Udine, non fanno riferimento ai bacini di utenza consolidati della popolazione di riferimento. L'abbandono dell'area vasta quale integratore naturale delle strutture di un territorio ha complicato lo svolgersi delle attività.
- ▲ Il nuovo assetto istituzionale, aldilà della criticità intrinseca, non è stato preparato. Non c'è stata una simulazione dei possibili impatti né si è progettato il cambiamento con la formazione degli operatori. Descrivere i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi è impossibile. Le modalità di lavoro sono eterogenee e impediscono l'integrazione incidendo sui servizi forniti e sul clima lavorativo.
- ▲ Risulta difficile la gestione degli hub così come il tentativo di collegare più spoke tra loro pensando di correggere i flussi di mobilità storici dei bacini di utenza (Gorizia-Monfalcone, Tolmezzo-San Daniele, Palmanova -Latisana). Tali collegamenti hanno ridotto l'efficacia dei reparti base (medicina, chirurgia generale ...)
- ▲ Scarsi risultati del tentativo di dare mandati extraospedalieri alle due Aziende Ospedaliere-Universitarie.
- ▲ Pochi risultati nella attivazione dei centri per le cure primarie, che appaiono più come contenitori, che come portatori di contenuti migliorativi dell'intervento sanitario.

- ▲ E' stato previsto un contenitore per le cure intermedie come cerniera tra l'assistenza ospedaliera e quella primaria. Ma non si sono progettate con le diverse professionalità i significati delle cure intermedie, le competenze di cui hanno bisogno, i sistemi operativi a garanzia di coordinamento ed integrazione, la nuova dimensione ed estensione dei percorsi di cura del malato cronico grave.
- ▲ Vi è un'assenza di indicatori che evidenzino in maniera oggettiva un miglioramento dell'efficacia delle cure e dell'efficienza dell'impianto organizzativo nei termini di minor consumo di risorse e di miglior rendimento della struttura dell'offerta.
- ▲ Si denota la prevalenza di uno stile di governo del SSR basato su "annunci" (e quindi su scelte già operate) e non su precedenti analisi e riflessioni aperte e condivise. Questo ha reso poco seri i successivi progetti esecutivi diminuendo la credibilità dell'organizzazione.
- ▲ Viene trascurata l'autorevolezza a privilegio di atteggiamenti autoritari. Ciò crea distanza con gli operatori a danno del comune sentire che il SSR del Friuli Venezia Giulia sia un sistema composto dagli Enti e dagli operatori con l'obiettivo comune della tutela della salute.

Il modello per la nostra regione, si fonderà su alcuni semplici presupposti:

Assetto istituzionale delle aziende

- ▲ Ripristinare l'Area vasta quale integratore naturale delle strutture di un territorio, collegato ai bacini d'utenza da lungo tempo consolidati.
- ▲ Separare la gestione sanitaria delle grandi realtà ospedaliere da quella del territorio.
- ▲ Rivedere il Protocollo d'Intesa Regione-Università.
- ▲ Assegnazione trasparente delle risorse sulla base della pianificazione e dell'organizzazione.

Assistenza ospedaliera

- ▲ Applicare seriamente il modello hub and spoke, adeguando di conseguenza i contenuti delle strutture ospedaliere.
- ▲ Riquilibrare gli ospedali messi in difficoltà dall'applicazione della riforma.
- ▲ Correggere le storture degli ospedali unici su due poli distanti fra loro decine di chilometri.
- ▲ Riorganizzare l'emergenza sanitaria nell'ambito di Dipartimenti di Emergenza di area vasta e ripristinare il collegamento diretto 118 - Centrale operativa sanitaria.

Assistenza territoriale

- ▲ Continuità di cure e massima vicinanza ai luoghi di vita delle persone ottimizzando i percorsi di continuità assistenziale territorio-ospedale.
- ▲ Superare la logica degli sportelli (CAP) verso una gestione per processi e non per competenze.

- ▲ Progettualità sostanziale per il processo di distrettualizzazione, integratore organizzativo delle professionalità esistenti sul territorio e caposaldo della sanità non ospedaliera nel Servizio Sanitario Regionale.
- ▲ Colmare i vuoti assistenziali nell'ambito delle disabilità e dei deficit cognitivi.

Cure intermedie

- ▲ Progettare le cure intermedie, cerniera tra l'assistenza ospedaliera e quella primaria, definendo la nuova dimensione ed estensione dei percorsi di cura del malato cronico grave.
- ▲ E' necessario definire, in collaborazione con i professionisti, i significati delle cure intermedie, le competenze necessarie, i sistemi operativi a garanzia di coordinamento ed integrazione.

Inclusione e partecipazione

- ▲ Coinvolgimento e collaborazione con i professionisti.
- ▲ Informazione trasparente e ascolto dei cittadini.
- ▲ Recupero della motivazione degli operatori e della fiducia dei cittadini.