



IL SISTEMA SALUTE

RIFLESSIONI E PROPOSTE

**PALMANOVA
30 NOVEMBRE 2024**

**DOCUMENTO PER
L'ASSEMBLEA
DEL PATTO PER
L'AUTONOMIA**



SISTEMA SALUTE

Se “*la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi*” * la sanità pubblica deve essere un insieme di sforzi organizzati, rivolti a proteggere e promuovere la salute della popolazione, attraverso percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in una ottica non solo medica ma anche sociale.

Per essere equo, un sistema sanitario deve quindi offrire maggiori servizi a favore degli individui e dei gruppi di popolazione più deboli o svantaggiati da marginalità territoriali, sociali ed economiche.

La legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale pone l'accento sulla organizzazione territoriale dei presidi di sanità pubblica e sul ruolo delle Regioni e degli Enti Locali nella delimitazione degli ambiti territoriali per la erogazione dei servizi sanitari, sottolineando la necessità di far coincidere questi ambiti non solo con quelli di gestione dei servizi sociali, ma anche di altri servizi di pubblica utilità, quali, ad esempio, quelli delle Scuole e del trasporto pubblico locale.

Adesso è necessario intervenire per ricostruire le delimitazioni territoriali in cui riorganizzare le strutture tecnico-funzionali e la erogazione dei servizi di prevenzione e delle prestazioni di cura, sui classici tre livelli

- delle cure primarie e della assistenza di base,
- dei distretti sanitari e degli ambiti sociali,
- di area vasta e regionale

Il livello delle cure primarie e dell'assistenza di base

Dall'emanazione della legge istitutiva del SSN nel 1978 e delle prime norme regionali di riforma datate 1980, non sono mancate molte esperienze di delimitazioni territoriali variamente denominate (da *distretti sociosanitari di base* a *Unità Sanitarie Locali*, da *Aziende Sanitarie* in varie forme e numeri fino ai *centri di assistenza primaria* forse mai veramente decollati).

Da questi percorsi, sperimentati ormai da oltre quarant'anni, anche se segnati da contraddizioni e insuccessi, si sono comunque consolidati alcuni elementi di “legame” o di “barriera” fra territori, strutture e servizi, che diventano occasioni di “facilitazione” o di “ostacolo” per la elaborazione di ipotesi credibili, realistiche, ed accettabili dalle comunità locali, di formale costruzione di strutture zonali di base.

Dovranno essere ambiti territoriali dove l'equipe degli operatori sanitari e sociali, nella sua articolazione multiprofessionale e pluridisciplinare, può effettivamente operare unificando nelle proprie mani le funzioni elementari di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza sociale e servizi domiciliari, attraverso la autogestione organizzativa e tecnico-funzionale degli operatori e la partecipazione delle/dei cittadine/i singole/i e/o associate/i alle iniziative di rilevazione dei rischi e dei bisogni, di educazione sanitaria e di promozione della salute.

Le dimensioni di queste aree elementari di base devono essere ovviamente diverse secondo le variabili demografiche, geografiche, urbanistiche in cui ci si trova ad operare: dalle microaree cittadine della esperienza triestina ai quartieri delle altre città; dalle vallate delle aree montane e pedemontane ai comprensori delle colline e della pianura friulane con aggregazioni sovracomunali.

Proprio perché vicine ai contesti di vita delle persone, possono

- orientare le proprie risposte ai bisogni della popolazione legati a nuovi determinanti sociali della salute quali l'invecchiamento delle persone e l'incremento delle famiglie uni-personali
- avviare interventi mirati all'accompagnamento e al sostegno delle persone e delle famiglie,
- favorire il monitoraggio sanitario, la assunzione dei farmaci, le attività di riabilitazione, la adesione ai programmi di prevenzione,
- prendere in carico percorsi socioeducativi, con attenzione alle questioni culturali e di genere,
- fornire ai cittadini una informazione leggibile, chiara e capillare sulla accessibilità e la fruibilità dei servizi

La determinazione di queste aree elementari di base dei servizi sociali e sanitari è una occasione per riempire di contenuti operativi concreti e realistici la rinnovata sanità territoriale e il welfare di comunità. Tutti gli attori presenti sul territorio dovranno essere coinvolti: medici, pediatri, infermieri e altri professionisti sanitari e sociali, case di riposo, associazioni di volontariato, culturali e sportive, costruendo spazi di accoglienza, informazione e incontro, dal consultorio familiare ai gruppi di auto – mutuo - aiuto, condivisi con gli enti locali, le parrocchie, le farmacie, le cooperative di servizi e gli specialisti singoli e associati.

Il livello dei distretti sanitari e degli ambiti sociali

Possiamo ritenere ormai storicamente ben delimitate le aree dei distretti sanitari la cui determinazione ricalca, con poche variazioni, quella delle dodici unità sanitarie locali dei primi anni 80, con le sole eccezioni delle province di Trieste e Gorizia. Da molti anni si è consolidata su quasi tutto il territorio regionale la sovrapposizione con le aree degli ambiti dei servizi sociali. Nonostante tagli e accorpamenti di direzioni, attualmente i distretti sanitari formalmente attivi sono 17.

Strettamente legata a questa articolazione territoriale è la mappa degli ospedali di Rete (preferiamo questa terminologia a quella in ospedali spoke, perché rispecchia più fedelmente il ruolo che dovrebbero svolgere). Gli Ospedali di Rete insieme ai distretti sanitari e agli ambiti socio-assistenziali devono costituire l'ossatura centrale dei Servizi Sanitari e Sociali e l'asse portante della loro integrazione.

Al fine di intervenire sulle patologie sia acute che croniche, per diagnosticarle precocemente, per prevenire aggravamenti, scompensi e ospedalizzazioni

il Distretto deve

1. valutare i bisogni della comunità, riconoscendo i gruppi a rischio sanitario e sociale;
2. garantire la gestione dell'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento tra medici di medicina generale, pediatri, servizi di guardia medica, i servizi specialistici ambulatoriali distrettuali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere
3. organizzare attività o servizi di assistenza domiciliare integrata e quelli rivolti a disabili ed anziani in funzione della comunità e delle persone
4. garantire la continuità delle cure governando attivamente le relazioni tra reparti ospedalieri e servizi territoriali;
5. impedire la segregazione delle persone non-autosufficienti in strutture chiuse, individuando soluzioni alternative rispettose della loro dignità

Le cure primarie non devono più essere a carico unicamente del medico, che non risponde più da solo ai bisogni socio-sanitari dell'intera comunità e torna ad esercitare a pieno la sua professione: visitare i pazienti e fungere da 'direttore d'orchestra' che coordina il percorso di cura di ogni individuo.

Gli ospedali di rete a servizio e in stretta continuità con il territorio nel prossimo futuro dovrebbero essere compresi in un percorso che precede e/o affianca e/o segue ospedali di comunità, case di comunità o della salute; un ruolo diverso che può precedere o seguire o affiancare o essere indipendente da quelli, non meno importanti, della alta specializzazione ospedaliera e della clinica universitaria.

Il livello di area vasta e regionale

La politica regionale deve coinvolgere, senza esitazione e senza discriminazioni, una larga partecipazione al processo di costruzione delle strutture organizzative dei servizi sociali e sanitari integrati per condividere e concertare percorsi chiari e convergenti di collaborazione fra operatori sia a livello orizzontale (medici, infermieri, assistenti sociali ma anche referenti amministrativi e tecnici) che verticale (specialisti, ospedali, strutture protette, istituti di ricerca e cura, cliniche universitarie).

Una azione politica strategica per rigenerare e riconfigurare una rete ospedaliera territoriale consolidata deve ripristinare lo spirito di collaborazione fra Ospedali di base e Centri di alta

specializzazione e cliniche universitarie.

A livello di area vasta e regionale, la politica deve

1. riconoscere il ruolo degli **ospedali di rete** come ospedali "a sostegno del territorio", una storia specifica del Friuli
2. affermare che **non** è possibile tagliare ancora posti letto per acuti in regione
3. mantenere una sorveglianza attiva per evitare dispersione e/o perdita del patrimonio di eccellenze della sanità pubblica
4. utilizzare la coprogettazione come strumento di valorizzazione delle competenze territoriali del terzo settore
5. rilanciare piani di sviluppo locale con i piani di zona, per intervenire concretamente sui determinanti sociali della salute individuale e collettiva
6. ricreare dei distretti forti, con autonomia gestionale, organizzativa e finanziaria, affidandone la responsabilità ad un dirigente e al suo staff per ogni distretto
7. garantire la piena funzione dei Centri di Salute Mentale senza apportare riduzione di personale, di sedi, di orario e di attività
8. ripristinare l'offerta completa di servizi di ascolto e cura dei Consultori Familiari
9. favorire esperienze pilota, che anticipino il modello operativo delle case di Comunità mettendo insieme persone, professioni e competenze

Infine la politica regionale per mettere in sicurezza gli **ospedali di rete** deve:

- Affrontare le criticità del pronto-soccorso attraverso il consolidamento, in termini di posti letto, tecnologie e competenze, della Osservazione Breve Intensiva, dei percorsi rapidi di valutazione, della integrazione operativa delle Unità di Medicina di Urgenza, con adeguata dotazione di posti letto semintensivi nonché di quelli per “post acuti”, per la medicina interna e per la riabilitazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali
- Attuare soluzioni adeguate per rispondere alle urgenze minori, inappropriate per il Pronto Soccorso, iniziando ad attivare, nei tempi più brevi possibili il numero unico per le cure mediche non urgenti 116117 in grado di intercettare e diversificare la domanda determinata da urgenze minori che preoccupano la popolazione.

In conclusione le persone e le comunità devono essere al centro di ogni azione di cura, in quanto soggetti con cui condividere saperi, incertezze, valori e scelte. Questo implica, senza eccezioni, una corretta comunicazione da parte degli operatori, dei tecnici e degli amministratori locali e regionali che sia di supporto a una corretta informazione delle cittadine e dei cittadini.

***Augé, Herzlich**

“La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su vasta scala.”

Rudolf Virchow