

Riflessioni sulle politiche socio sanitarie  
del Friuli Venezia Giulia  
a medio termine (2012- 2018)

Silvio Brusaferry  
Mario Casini  
Gianpiero Fasola

Udine Marzo 2012

# Indice

## PRIMA PARTE: **Premesse**

1. Perché una riflessione proposta da tecnici	pag.	4
2. Alcuni spunti dalla storia recente	pag.	4
3. Riflessioni sulla situazione attuale	pag.	5
4. Il ruolo della politica	pag.	6
5. Obiettivi del documento	pag.	7

## SECONDA PARTE: **Principi per progettare il SSR del 2020**

1. Individuare nel SSR uno dei pilastri per la salute della comunità e del singolo	pag.	9
2. Cercare il massimo valore per ogni euro investito	pag.	9
3. Costruire modelli sostenibili	pag.	9
4. Operare in una dimensione di rete	pag.	10
5. Cercare un equilibrio tra risorse e standard qualitativi	pag.	10
6. Garantire l'equità	pag.	10
7. Gestire la differenza tra risorse richieste e necessarie e risorse disponibili	pag.	11
8. Migliorare il SSR con responsabilità e trasparenza	pag.	11
9. Valutare: standard imprescindibile del SSR	pag.	11
10. Creare ricchezza ed opportunità di sviluppo attraverso il SSR	pag.	11

## TERZA PARTE: **Progetti per un Servizio Sanitario Regionale Europeo, Equo, Sostenibile e Sicuro**

1. Verso il 2020	pag.	14
2. I progetti	pag.	16
2.1 La promozione della salute e la prevenzione, a partire dalla popolazione giovanile, come priorità		
2.2 Il potenziamento delle reti sociali e della solidarietà		
2.3 Un modello per garantire la centralità delle cure primarie		
2.4 Servizi accessibili, sicuri e di qualità partendo dalla porta del cittadino		
2.5 Misurare, valutare, standardizzare e rendere condivisa la conoscenza delle performance per migliorare la qualità dei servizi e la salute in FVG		
2.6 Investire nella formazione dei professionisti coinvolti nel management delle organizzazioni sanitarie		
2.7 La ricerca e lo sviluppo come motori per il miglioramento della salute e per lo sviluppo socioeconomico		
2.8 Un nuovo sistema di finanziamento		
3. L'assetto istituzionale	pag.	19
3.1 Il governo regionale	pag.	19
3.2 Articolazione ed assetto istituzionale delle aziende	pag.	20
3.2.1 La funzione territoriale		
3.2.2 La funzione ospedaliera		
3.3 Considerazioni conclusive	pag.	23

PRIMA PARTE:

**Premessa**

## **1. Perché una riflessione proposta da tecnici**

Stiamo vivendo una fase storica difficile nella quale la crisi economica internazionale attraversa e modella la nostra vita quotidiana e mette a nudo, se vogliamo continuare a sviluppare e migliorare i nostri standard sociali e la nostra qualità della vita, la necessità di una forte e coerente progettualità di medio lungo periodo.

Il Friuli Venezia Giulia (FVG) ha una storia consolidata di attenzione ai servizi sociosanitari che negli ultimi 20 anni si è concretizzata in modelli organizzativi ed in “performance” che l’hanno portato ad eccellere in molti degli indicatori utilizzati a livello nazionale ed internazionale per la valutazione di tali sistemi. I risultati di cui oggi beneficiamo sono figli di una cultura e di una capacità progettuale che è stata in grado di garantire ai propri cittadini elevati standard di salute e benessere.

Siamo convinti che oggi, nella nostra regione, sia necessario avviare una nuova fase basata sull’analisi degli scenari di medio e lungo periodo e sulle conseguenti linee di lavoro per continuare a garantire e migliorare la salute ed il benessere in questa Regione.

La crisi economica in questa prospettiva può essere vista anche come un’opportunità se ci costringe a pensare il nostro Servizio Sanitario Regionale (SSR) in modo rinnovato: il non farlo tempestivamente potrebbe portarci ad un rapido declino del sistema stesso.

Le riflessioni e le proposte contenute in questo documento sono solo un contributo, alla società ed alla politica, di alcuni tecnici che, operando nel SSR e nel mondo scientifico, sono consapevoli della sfida radicale cui la nostra società è chiamata per “continuare a garantire buoni standard di salute e benessere” ai cittadini di tutte le generazioni, e che credono fortemente che questa sfida può essere vinta. Non vi è in questo testo alcuna pretesa di esaustività: ci auguriamo anzi che una discussione sui contenuti possa essere utile alla crescita del nostro SSR e quindi a tutti noi.

## **2. Alcuni spunti dalla storia recente**

La storia della legislazione sanitaria in Friuli Venezia Giulia negli ultimi 20 anni ha visto due fasi distinte: nella prima (1993-1998) è stato approvato un “corpus” di leggi di settore: le LL.RR. n. 12/94, n. 13/95, n. 37/95, n. 41/96, n. 49/96, n. 10/98 hanno consentito la costruzione del SSR aziendalizzato come lo conosciamo ora. Questa prima epoca è stata direttamente legata alle innovazioni introdotte a livello nazionale dai Decreti legislativi 502/92 e 517/93, ma si è caratterizzata anche per l’introduzione di modelli organizzativi innovativi, ad esempio quello dell’Agenzia Regionale della Sanità o le norme sulla contabilità introdotte con la L.R. 49/96, e per un forte rinnovamento delle professionalità chiamate a partecipare al governo del settore. Grazie alle norme varate, un consistente numero di professionisti, per lo più giovani, è stato coinvolto nella gestione del SSR sviluppando competenze organizzative, gestionali e di direzione strategica.

Nel Consiglio Regionale tra il 1993 ed il 1998, nonostante un periodo di grandissima incertezza politica (nella legislatura si alternarono ben 5 presidenti e 5 Giunte e l’elezione diretta del Presidente era ancora una chimera) fu possibile progettare un impianto legislativo solido e coerente e condurne in porto l’approvazione quasi sempre con votazioni a larghissima maggioranza (ben oltre quelle che reggevano le diverse Giunte) e talora all’unanimità del Consiglio regionale.

I disegni di legge che hanno portato all’approvazione delle due leggi principali (le LL.RR. n. 12/94 e n. 13/95) furono approvati dalla Giunta dell’epoca e depositati in Consiglio entro il dicembre del 1993, a soli 6 mesi dalle elezioni che si erano svolte nel giugno dello stesso anno. Di certo la sanità è stata per un breve arco temporale un terreno ove confrontarsi con responsabilità, all’interno delle Istituzioni. Questo metodo ha funzionato anche quando nel dibattito sembravano prevalere la demagogia ed il populismo, sfociati nella serata di Osoppo (estate del 1995): una pagina non edificante della vita politica regionale. Maggioranza e opposizione in quegli anni seppero confrontarsi con intelligenza e, ciascuno nel proprio ruolo, fornire un contributo

determinante al progresso dell'intero sistema: se oggi il SSR del FVG è ancora un buon servizio sanitario lo si deve anche a quel comportamento politico ed istituzionale.

La seconda fase (1999-2011) è stata caratterizzata dall'assenza di modifiche strutturali dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR. Una sola legge di settore è stata approvata (L.R. n. 23/2004), peraltro non applicata, verosimilmente per la farraginosità dei meccanismi di consultazione previsti. Si sono succeduti alcuni interventi amministrativi, non sempre coerenti tra loro (ad esempio l'istituzione del Centro Servizi Condivisi, le modalità di finanziamento alle Aziende sanitarie o le norme per l'edilizia sanitaria, ecc.), che non hanno consentito al sistema di percepire una chiara direzione di marcia, se non quella tracciata con la legislazione citata e non sempre compiutamente attuata.

Nella legislatura 2003-2008 è stato adottato un solo provvedimento strutturale: l'unificazione dell'ex Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Udine con l'ex Policlinico Universitario a Gestione Diretta confluiti nella nuova Azienda Ospedaliero Universitaria. Nella Legislazione in corso gli unici provvedimenti strutturali sono stati l'abrogazione dell'Agenzia Regionale della Sanità, le cui attività sono state in parte cancellate, in parte ridistribuite tra Direzione Centrale e Aziende Sanitarie e la ridefinizione del CSC come Dipartimento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine. In termini di risorse umane in questa fase non ci sono stati specifici investimenti o strategie particolari.

In sintesi, oggi in Friuli Venezia Giulia, la capacità di governare il sistema sanitario regionale nel suo complesso appare rallentata e indebolita pur in presenza di una forte sensibilità ed di aspettative da parte del sistema stesso.

### **3. Riflessioni sulla situazione attuale**

I sistemi sociosanitari sono oggi oggetto di dibattito e revisione in tutti i paesi sviluppati a causa dei numerosi vincoli con i quali deve misurarsi chiunque voglia proporre delle soluzioni per il governo di tali sistemi. Alcuni dei vincoli che devono essere affrontati e gestiti sono:

- a) la differenza che si sta ampliando tra le risorse disponibili nei sistemi pubblici e la crescita dei costi dei servizi erogati;
- b) la tumultuosa accelerazione dell'evoluzione che si sta registrando nel sistema sanitario (innovazioni clinico-professionali, gestionali ed organizzative, etico-relazionali ecc.);
- c) la specificità della nostra regione, rispetto al Servizio Sanitario Nazionale e agli altri SSR e nel contempo la necessità di confrontarsi con i sistemi delle regioni confinanti (Carinzia, Slovenia, Croazia);
- d) la ridotta disponibilità di professionisti formati specificamente per il governo del sistema sanitario;
- e) le rigidità normative contrattuali e le differenze giuridiche esistenti all'interno del sistema: ad esempio le differenze contrattuali esistenti tra medici di medicina generale (MMG) e dirigenti del SSR;
- f) la vetustà dei modelli organizzativi che oggi utilizziamo;
- g) la disparità, talora sostanziale, nelle opportunità di accesso e fruizione dei servizi anche per effetto della distribuzione non equa delle risorse;
- h) la difficoltà ad allineare le pratiche alle migliori evidenze clinico-assistenziali, gestionali e organizzative.

A fronte di questa realtà se il comportamento nel passato delle Istituzioni della nostra regione rappresenta un esempio che andrebbe replicato, l'assetto istituzionale disegnato all'epoca è invece un modello che risente del tempo trascorso e che richiede una ridefinizione.

Il percorso auspicabile dovrebbe rappresentare probabilmente un mix tra l'evoluzione di principi e concetti ancora solidi contenuti in quella legislazione (deospedalizzazione, concentrazione in poche sedi delle funzioni più complesse, investimento su Distretti, ADI, RSA ed Hospice) e la messa a sistema dei nuovi paradigmi del governo clinico, che nel frattempo sono divenuti pratica corrente in molti sistemi evoluti come:

- i percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA),
- le reti,
- gli standard qualitativi e di performance,
- la gestione dei rischi,
- la valutazione delle tecnologie (HTA),
- gli indicatori di valore,
- le misurazioni sistematiche e gli audit.

Questa ridefinizione richiede però come requisiti essenziali tempestività e capacità di innovazione:

– tempestività perché l'evoluzione del contesto internazionale ed europeo sta avvenendo, anche in un periodo di crisi, secondo tempi molto rapidi, in parte già definiti (si pensi alla normativa sulla circolazione dei pazienti operativa dalla fine 2013) e dettati tra l'altro dalla necessità di coniugare una migliore qualità e quantità di servizi in modo compatibile con risorse proporzionalmente decrescenti o nella migliore delle ipotesi invariate;

– capacità di innovazione perché poter dare risposte appropriate e ricercare il massimo valore per ogni euro investito richiede continui rimodellamenti ed adattamenti nel settore tecnico organizzativo, in quello clinico assistenziale ed in quello della formazione e della ricerca per poter individuare le soluzioni più appropriate in relazione al mutare dei contesti. Lo scotto che si pagherebbe nel non farlo sarebbero l'inefficienza, una bassa qualità e la non equità; in sintesi l'incapacità di continuare a garantire gli standard attuali e migliorarli.

Siamo convinti che tempestività e capacità di innovazione per la nostra piccola regione siano una missione obbligata soprattutto per il settore sociosanitario e, come accaduto in passato, attorno a queste si dovrebbe ritrovare una motivazione in più.

Solo una forte leadership del Sistema capace di promuovere la ricerca e lo sviluppo nel settore sociosanitario può proporre il FVG quale protagonista ed interlocutore nello scenario nazionale ed in quello europeo. Mettere in rete le molteplici risorse che oggi esistono e adottare nuovi modelli e sistemi organizzativi è quindi necessario: in caso contrario il rischio è quello della marginalità legata alla posizione geografica, alla forza economica e alle dimensioni demografiche.

#### **4. Il ruolo della politica**

L'ipotesi che ci ha spinto a scrivere questo documento è che alcune riflessioni tecniche possano aiutare e indurre la politica a giocare pienamente il proprio ruolo.

Siamo infatti convinti che per superare la situazione attuale e per proiettarci in un futuro dove si possa garantire a tutti i cittadini un miglioramento della salute e della qualità della vita sia necessario coagulare una leadership tecnica e politica capace di individuare una direzione di marcia, di avere una visione proiettata nel futuro, di saper prevedere le conseguenze dei problemi emergenti e delle innovazioni alle quali assistiamo e di progettare le soluzioni. La differenza essenziale, oggi spesso sottolineata, è tra “politica che guida” e “politica che segue”. Quest'ultima poi spesso si accoda a istanze, quasi sempre mal motivate, di portatori di interessi contrari a quelli della collettività.

E' nostra convinzione che in questo momento storico la politica dovrebbe temere ed evitare molto di più l'inazione che non l'adozione di provvedimenti legislativi e amministrativi che consentano di aggiornare il funzionamento del SSR. In questo momento troppi ambiti del sistema sono fermi alla programmazione di vent'anni fa, nel mentre l'evoluzione clinica, scientifica tecnologica, ma anche organizzativa avrebbero permesso e/o imporrebbero sostanziali modifiche.

Il punto è sempre allocare le risorse, per definizione limitate, riducendo al massimo possibile il loro impiego inappropriato e, nel contempo, facendo sì che tutte le attività che richiedono un'espansione di mezzi possano contare sulla capacità del sistema nel suo complesso a farvi fronte.

In altri termini è necessario che attorno ad alcuni principi e linee progettuali si coagulino gli intelletti e le forze di diverse figure politiche, tecniche professionali, imprenditoriali, di comuni cittadini capaci di guidare responsabilmente i processi nei loro diversi passaggi.

La concretizzazione di questa istanza passa attraverso due elementi essenziali:

– la valorizzazione, attraverso i modelli organizzativi, delle figure capaci e disponibili ad assumere questo ruolo,

– l'investimento nella formazione di una classe dirigente che disponga degli strumenti per esercitare questo ruolo.

## **5. Obiettivi del documento**

Questo documento si propone di contribuire alla progettazione di un nuovo assetto del SSR del FVG per “continuare a garantire e, dove possibile migliorare, i buoni standard di salute e benessere” già presenti ai cittadini di tutte le generazioni.

Vorremmo contribuire a fare in modo che “tutti i cittadini di questa regione, in modo equo, possano affrontare i prossimi anni potendo contare su un servizio sociosanitario che li aiuti a migliorare la propria salute e qualità della vita, garantendo loro standard di servizio elevati e tesi al miglioramento continuo”.

Crediamo che per ottenere questo il comparto sociosanitario della regione possa e debba diventare uno degli elementi trainanti lo sviluppo sociale ed economico contribuendo ad accrescere il benessere della nostra regione.

**SECONDA PARTE:**

**Principi per progettare il SSR del 2020**



## **1. Individuare nel SSR uno dei pilastri per la salute della comunità e del singolo**

Riteniamo che il SSR, integrando aspetti sanitari e sociali, sia una conquista fondamentale per la salute ed il benessere dell'intera comunità regionale.

Proprio per gli importanti risultati raggiunti, per il ruolo essenziale riconosciuto alla salute nel generare ricchezza e benessere in una comunità, per la capacità di sviluppare una elevata integrazione sociale (ad esempio: donazioni organi e sangue, volontariato, servizi di quartiere ai più deboli. ecc.) crediamo che il SSR debba essere considerato, ad oggi, uno strumento e un presidio da cui non si può prescindere.

Le tre dimensioni della promozione, prevenzione e protezione della salute del singolo e della comunità sono elemento portante per tutte le società che ambiscono a migliorare il proprio stato di salute. Non investire o rendere marginali questi aspetti, o ancora considerarli avulsi dal sistema vuol dire mettere in discussione nel medio periodo lo stato di salute acquisito della comunità stessa e certamente non migliorarlo.

## **2. Cercare il massimo valore per ogni euro investito**

Esiste una distanza crescente tra la domanda di risorse nei sistemi sociosanitari e la disponibilità che i sistemi pubblici possono mettere in gioco. Questo scenario, che sta mettendo in crisi tutti i sistemi sanitari dei paesi sviluppati, al momento, non trova ricette capaci di dare una volta per tutte la soluzione, ma fa emergere degli imperativi che partendo da un background scientifico diventano etici per i cittadini e deontologici per i professionisti.

Il primo di questi è l'attenzione a creare valore per ogni euro speso dove il termine valore viene definito come il risultato di salute per il cittadino/paziente ottenuto per ogni euro speso. Il valore diventa quindi l'obiettivo preminente del SSR perché è ciò che interessa ai cittadini / pazienti e unisce gli interessi di tutti gli attori del sistema comprendendo in se molti obiettivi condivisibili, come la qualità, la sicurezza e la centralità del paziente.

In termini concreti vuol dire domandarsi qual è il contributo che un dato servizio erogato dà in termini di sopravvivenza, morbosità ridotta, disabilità evitata, qualità della vita o altro indicatore a fronte delle risorse investite. Ovvero rivedere sistematicamente quello che si sta erogando e come, in modo da ricavare il massimo valore in termini di salute e di qualità della vita, avendo il coraggio di modificarlo se non soddisfa tali presupposti.

Questo approccio non nasce come uno strumento per il controllo della spesa, ma per dare il più elevato numero di risposte di buona qualità possibili con le risorse a disposizione.

## **3. Costruire modelli sostenibili**

Si tratta di avere costantemente in mente che un sistema sostenibile (in questo caso il SSR) si basa sul suo radicamento nella rete sociale e sulle risorse che possono essere messe in campo per la sua gestione ordinaria. Il tema delle risorse poi non è solo un problema economico, e indubbiamente questo aspetto oggi raccoglie la gran parte delle attenzioni, ma è anche un problema di professionalità, di know how, di capacità di sviluppo ed ancora di cultura sociale. Sviluppare un SSR sostenibile vuol dire porre attenzione ed investire su tutti questi fattori.

La sostenibilità di un qualsiasi programma pluriennale sociosanitario ha, per esempio, come elemento essenziale la presenza di una classe dirigente in grado di "supportarlo" (programmandolo, rendendolo operativo, gestendolo e mantenendolo nel quotidiano) ed è noto che il primo e più importante investimento è sulle persone e sulle professionalità, non solo sanitarie ma anche tecniche e amministrative.

Nel nostro conteso regionale questo significa investire nel medio e lungo periodo nella formazione di una classe dirigente qualificata, ma significa anche "far crescere" e formare una dirigenza intermedia in grado di supportarla.

#### **4. Operare in una dimensione di rete**

Operare in rete vuole dire:

- saper leggere l'organizzazione ed intervenire in funzione del cittadino/paziente: sono infatti la sicurezza e l'efficacia del PDTA del paziente che, partendo dal suo domicilio e dalla sua comunità, debbono determinare le scelte professionali ed organizzative;
- definire i nodi, il loro ruolo ed il codice di comunicazione tra gli stessi;
- riconoscere il ruolo cruciale delle cure primarie e della loro stretta integrazione con il sociale, in cui oggi si intersecano e trovano sintesi concreta la soddisfazione dei bisogni e le risposte di salute alle persone.

Oggi la rete esistente svolge solo parzialmente questo ruolo, occorre quindi riflettere attentamente su questo tema.

La rete è infatti un elemento chiave per aspetti più propriamente sociali come ad esempio la promozione di legami solidali tra cittadini: si pensi all'importanza delle iniziative di auto mutuo aiuto o alle esperienze del tipo "utenti/familiari esperti" in atto in Italia e in vari paesi europei.

Nel costruire una rete è però importante assumere un approccio organizzativo e non limitare l'attenzione alle relazioni tra singoli professionisti. Fermandosi a questo livello di analisi si rischia di non cogliere gli elementi di tensione e competizione esistenti tra le organizzazioni, finendo per non introdurre adeguati strumenti di coordinamento. Questo è stato l'errore compiuto ed è molto probabilmente la causa dello stallo esistente oggi nei processi d'integrazione sociosanitaria: dare per scontata l'integrazione istituzionale e gestionale focalizzandosi solo su quella professionale.

Una concezione relazionale della rete sociale dovrebbe poi aiutare a superare l'idea che essa sia esclusivamente un contenitore di problemi e quindi solo un target per i servizi e permettere invece di individuarne le risorse disponibili, promuovendo la valorizzazione della sussidiarietà .

Per questo motivo la chiarezza con cui la rete viene pensata e costruita, il suo stesso significato, gli obiettivi, le procedure interne di governo rappresentano un passaggio essenziale della sua costruzione e della sua governance.

#### **5. Cercare un equilibrio tra risorse e standard qualitativi**

La dialettica tra risorse disponibili e standard qualitativi è un tema centrale che deve essere attentamente e continuamente governato tenendo conto che è:

- eticamente inaccettabile scendere al di sotto di determinati livelli qualitativi nell'assistenza,
- essenziale ricercare forme organizzative capaci di garantire livelli di spesa sostenibili dalle comunità,
- politicamente inaccettabile mantenere servizi e prestazioni non in grado di garantire gli standard di sicurezza minimi e/o di garantire determinati livelli di performance ed outcome.

#### **6. Garantire l'equità**

Il tema dell'equità, peraltro già parte fondante del legge istitutiva del SSN, rimane a tutto oggi una delle sfide più rilevanti nei paesi sviluppati e nella nostra Regione. Oggi abbiamo la possibilità di quantificare il problema:

- misurando le opportunità offerte ai cittadini,
- misurando gli esiti che il SSR riesce a garantire alle diverse fasce di cittadini e nelle diverse aree regionali.

Trenta anni di ricerche e comparazioni statistiche tra i dati raccolti in tutti i principali paesi sviluppati hanno dimostrato che la sola crescita economica non ha più l'effetto automatico di rendere una nazione più sana, perché i malesseri generati dalla disuguaglianza coinvolgono tutti e non solo i ceti svantaggiati.

## **7. Gestire la differenza tra risorse richieste e necessarie e risorse disponibili**

Pur non essendoci ricette capaci di rispondere universalmente a questa criticità, certamente l'assenza di interventi di riorganizzazione e di innovazione comporta che il divario esca da una qualsiasi forma di controllo. E' necessario ricominciare a pensare che le risorse investite nel SSR sono un investimento strategico, che genera ricchezza, e che occorre agire nel modellamento del SSR per influire positivamente sulla dimensione di questo divario.

## **8. Migliorare il SSR con responsabilità e trasparenza**

Non è possibile oggi perseguire il miglioramento della salute e della sanità a prescindere da un'esplicita assunzione di responsabilità intesa come "rendere conto di" ed "essere trasparenti rispetto a".

Il binomio responsabilità – trasparenza è trasversale all'intero SSR e riguarda Istituzioni, Professionisti, Cittadini e Soggetti esterni che interagiscono con SSR (assicurazioni, imprese, aziende, terzo settore, stampa, ecc.)

Il poter garantire migliori standard di salute dipende anche da scelte responsabili: dal singolo cittadino che esprime una domanda di servizi fino all'amministratore che è chiamato a trovare il migliore equilibrio possibile nella gestione del suo mandato rispetto alla comunità di riferimento.

## **9. Valutare: standard imprescindibile del SSR**

La valutazione è diventato un elemento strutturale in tutte le organizzazioni. Questo implica la necessità di:

- orientare i sistemi informativi a produrre dati di performance e di outcome che consentano il monitoraggio, lo scambio e il confronto di buone prassi,
- leggere le varie parti delle organizzazioni in relazione al contributo dato ai singoli processi,
- creare una correlazione tra le performance e i sistemi premianti e di carriera.

E' bene però non confondere il monitoraggio con la valutazione: in un recente lavoro sulle modalità di valutazione dei sistemi sociosanitari regionali è stato evidenziato come anche nella nostra regione si effettuino prevalentemente dei monitoraggi piuttosto che delle valutazioni intese come informazioni che ritornano ai servizi per correggere, modificare il loro comportamento e funzionamento oppure per evidenziare qualche buona prassi.

## **10. Creare ricchezza ed opportunità di sviluppo attraverso il SSR**

Livelli elevati di salute sono in grado di influenzare significativamente la crescita economica di una comunità: maggiore salute vuol dire anche maggiore ricchezza.

La nostra Regione dovrebbe cogliere le opportunità che le derivano dalla forte concentrazione nel suo territorio di istituzioni di ricerca e di aziende di terziario avanzato che ruotano attorno al tema salute.

"Innovare" non è più solo uno slogan, oggi di moda, è una dimensione essenziale e costante delle nostre organizzazioni. Se non c'è innovazione il futuro è compromesso e la salute e la sanità non sono più motori di sviluppo e crescita per quella società. L'innovazione va sperimentata sul campo e valutata nella sua declinazione concreta in tutti gli aspetti: da quello dell'efficienza a quello dell'impatto sociale, da quello dell'impatto sui valori condivisi a quello sulla responsabilità e così via, esattamente come per qualsiasi altro prodotto.

Diventa importante assumere e condividere alcuni principi della gestione del cambiamento e dell'innovazione, quale per esempio assumere il modello "Try and Learn" come uno dei paradigmi più importanti da utilizzare.

"Try and learn" vuol dire però che non esistono dogmi o preconcetti, ma solo i dati sostenuti dall'esperienza sul campo.

Oggi le organizzazioni che non sanno innovare rischiano di non essere in grado di offrire un buon servizio all'utente e alla collettività di riferimento.

PARTE TERZA:

**Progetti per un Servizio Sanitario Regionale Europeo,  
Equo, Sostenibile e Sicuro**

## 1. Verso il 2020

Nello scenario a tendere l'articolazione dei sistemi sanitari prevede una progressiva differenziazione degli ambiti di cura in quattro forme distinte: l'ospedale hub, l'ospedale di rete, le strutture intermedie (rsa, centri diurni, comunità alloggio, ecc.), le cure primarie ambulatoriali e domiciliari.

Trasversale a tutti gli ambiti di cura sarà la figura, già oggi considerata essenziale, del case manager/referente del piano assistenziale: il professionista o la persona che si fa garante dell'effettuazione delle cure, dei loro esiti, della necessità di ulteriori servizi. In questa logica è opportuno incominciare a ripensare le figure che possono svolgere tale funzione, che tradizionalmente sono state identificate nel MMG e nell'infermiere, prendendo in considerazione anche il care giver più o meno formalizzato, le badanti formate ad esempio, se non lo stesso assistito attivato da logiche di empowerment e reso utente competente o evoluto. Il case manager potrebbe anche corrispondere a figure diverse a seconda della patologia o dello stadio della malattia oppure cambiare in funzione delle competenze richieste o della situazione sociale ed economica dell'assistito.

La mobilità sanitaria è una ulteriore variabile da considerare nella definizione dei possibili scenari. Le motivazioni che la giustificano sono, di solito, la ricerca "del meglio", la celerità dell'accesso, il comfort, soprattutto nel caso delle malattie croniche. La mobilità potrebbe diventare un comportamento di consumo normale o rimanere una quasi eccezione.

Ambiti di cura, case manager e mobilità sanitaria sono tra loro correlati:

- le ragioni della mobilità possono determinare gli ambiti di cura, aumento del day service e della attività ambulatoriale, sviluppo di strutture intermedie con rilevante confort, ecc.;
- il crescere della mobilità favorisce lo sviluppo di una rete specialistica ed indebolisce l'attrattività dell'ospedale di prossimità;
- lo sviluppo delle home care determina case manager che operano prevalentemente a livello domiciliare, lo sviluppo delle strutture intermedie e/o degli ospedali di prossimità favorisce come case manager i professionisti operanti nella struttura;
- la mobilità impedisce lo sviluppo dei PDTA locali, una scarsa mobilità invece lo favorisce.

Alla luce di queste riflessioni e considerando il nostro contesto regionale si può ipotizzare un modello di SSR per il 2020 nel quale:

1. i servizi, erogati dalle aziende territoriali, sono orientati prevalentemente ad una presa in carico complessiva, con una mission centrata sulla vicinanza all'utente e alla sua famiglia.
2. le cure primarie hanno un ruolo centrale, in particolare
  - a. viene favorito l'associazionismo degli MMG, in una logica di sviluppo dell'attività ambulatoriale decentrata e di crescita qualitativa e quantitativa delle cure domiciliari;
  - b. viene strutturato un coordinamento/integrazione tra tutti gli attori operanti nel campo della sanità e della assistenza (farmacie, ambulatori, associazioni di volontariato, ecc.) con la finalità di garantire gli stessi standard socio assistenziali di base a tutte le comunità del territorio;
3. viene ridefinito il ruolo delle strutture intermedie in una logica di promozione delle cure domiciliari;
4. la figura del case manager/referente del piano assistenziale diventa uno standard del SSR.

Accanto all'azienda territoriale dovrebbe svilupparsi l'azienda ospedaliera. Essa costruisce la propria identità attorno alla doppia natura di erogatore locale e di competitore, che si pone sul mercato (regionale, nazionale, internazionale):

1. garantendo standard qualitativi e di sicurezza elevati;
2. sviluppando le strutture specialistiche e le altre tecnologie con l'obiettivo di garantire all'interno della rete di riferimento la risposta più sicura ed appropriata;
3. partecipando all'interno della rete regionale al servizio di urgenza ed emergenza;
4. raccordando obbligatoriamente la propria azione all'interno dei PDTA;
5. avendo come punto fermo della propria azione la responsabilità sociale e quindi la capacità di respingere con rigore i pazienti non appropriati al proprio target.

## **2. I progetti**

### **2.1. La promozione della salute e la prevenzione, a partire dalla popolazione giovanile, come priorità**

Gli investimenti nella promozione della salute e nella prevenzione sono e saranno l'elemento centrale per garantire il miglioramento della qualità della vita. L'investimento più rilevante che un sistema, pur caratterizzato da una presenza di persone anziane superiore alla media, può fare è quello di operare al fine di ridurre il futuro impatto delle patologie e delle conseguenti disabilità sulla popolazione e in modo particolare sulla popolazione giovane, che oggi ha aspettative medie di vita molto alte.

Promuovere stili di vita appropriati e comportamenti virtuosi implica un miglioramento della qualità della vita stessa, ma genera anche una maggiore disponibilità di risorse da investire in altri settori.

Una delle chiavi progettuali per un ulteriore salto di qualità in questi settori, che vedono la nostra regione già attiva da tempo, è quella di sviluppare:

- il forte coordinamento tra tutti gli attori coinvolti (sanità, scuola, enti locali, associazioni di volontariato, ecc.);
- la rete tra le competenze esistenti creando dei team specializzati nelle principali tematiche della promozione della salute e della prevenzione;
- gli strumenti della comunicazione, ponendosi nella logica del cittadino;
- le forme di incentivazione per l'adozione di comportamenti e di stili di vita salubri.

In una prospettiva di riduzione di risorse disponibili questo è uno dei settori da potenziare per gli effetti positivi che genera nel medio e lungo termine.

### **2.2 Il potenziamento delle reti sociali e della solidarietà**

Le reti sociali sono un elemento cardine per la salute e per il benessere delle persone e della comunità. Tutti i sistemi di welfare moderno hanno identificato nelle reti sociali l'opportunità per avvicinare i servizi alla popolazione. E' ampiamente dimostrato che appartenere o meno ad una rete sociale condiziona la qualità di vita delle persone.

Nel nostro contesto regionale questo tipo di struttura ancora persiste anche se messo fortemente a rischio dalle trasformazioni in atto. Per questo motivo necessita di sostegno anche in termini di investimento per promuovere forme di integrazione e modelli di sviluppo innovativi e rafforzare il radicamento delle comunità.

Questo intervento diventa particolarmente urgente nelle aree più disagiate e/o a popolazione sparsa, come le zone montane, dove la garanzia dei servizi alla persona a partire da quelli socio sanitari è prerequisito per l'avvio di progetti di rinascita e di sviluppo ma anche di equità.

Sostenere e valorizzare specificamente iniziative concrete ispirate ad alcuni valori caratteristici della regione (solidarietà, senso di appartenenza alle comunità locali, sussidiarietà) può essere uno dei motori trainanti di una comunità capace di affrontare con successo il presente ed il futuro.

Così come realizzare servizi di prossimità sfruttando tutti gli attori interessati sia pubblici che privati.



### **2.3. Un modello per garantire la centralità delle cure primarie**

Le cure primarie sono lo snodo principale dei sistemi sanitari moderni. Sempre più spesso viene chiesto di progettare modelli in grado di rendere effettiva questa centralità e di rendere evidente l'impatto sugli esiti in termini di salute a fronte delle risorse investite. A distanza di molti anni dall'avvio del SSN e SSR rimangono ancora incompiuti alcuni progetti e per attuare l'atteso salto qualitativo è necessario sperimentare un rilancio di tutta l'attività, investendo e creando nuovo entusiasmo anche tra i professionisti del settore.

Le aree prioritarie da sviluppare sono essenzialmente due:

1. la riflessione e la sperimentazione sui modelli della medicina generale e sulle modalità per renderla il vero incrocio nella tutela della salute del singolo in una logica di sanità pubblica.
2. il ripensare il modello organizzativo del distretto alla luce delle esperienze fatte.

I principi che possono orientare questa azione sono:

1. l'adozione dei PDTA come strumento ordinario per affrontare i problemi e per misurare l'efficacia dei processi e delle risposte,
2. la cooperazione tra MMG per garantire la presa in carico delle patologie ed il governo dei PDTA ,
3. il coordinamento strutturato tra tutti gli altri attori attorno ai centri di servizi alla persona.

### **2.4. Servizi accessibili, sicuri e di qualità partendo dalla porta del cittadino**

La promozione della domiciliarità e del welfare di comunità possono sembrare uno slogan; in realtà si tratta di portare vicino al domicilio del cittadino i servizi essenziali garantendo allo stesso tempo che, una volta intercettato il problema, tutti i passaggi necessari per affrontarlo vengano effettuati con standard di qualità omogenei ed elevati.

Si può proporre e realizzare anche grazie alle tecnologie oggi disponibili una doppia azione: da un lato portare il più vicino a casa dei cittadini alcuni servizi, dall'altro garantire tempestivamente al cittadino nella struttura più appropriata e sicura, ma non necessariamente sotto casa, la risposta di qualità ai bisogni che necessitano di supporti e tecnologie più complesse.

Questa modalità di approccio può consentire una più facile standardizzazione e misurabilità degli esiti oltre che in generale una prima vera misura della capacità del sistema di dare risposte in modo uniforme ed equo a tutti i cittadini in tutti i contesti regionali.

### **2.5. Misurare, valutare, standardizzare e rendere condivisa la conoscenza delle performance per migliorare la qualità dei servizi e la salute in FVG**

L'adozione sistematica di queste azioni è riconosciuta come una delle chiavi di volta per i miglioramenti possibili nel campo dei servizi sanitari.

Come standard per l'adozione delle scelte in campo organizzativo e clinico assistenziale è necessario adottare la metodologia dell'Health Technology Assessment. Si tratta in alcuni casi di proseguire e completare percorsi già in atto ma soprattutto di rendere sistematica l'adozione dei principi della misurabilità di quanto il SSR produce, del confronto sulla base di dati e della pubblicizzazione dei dati di performance. Proprio questi ultimi, peraltro richiesti anche dalla normativa europea sulla circolazione dei pazienti, possono consentire il miglior controllo della mobilità una volta che siano pubblici ed evidenti i dati di performance.

## **2.6 Investire nella formazione dei professionisti coinvolti nel management delle organizzazioni sanitarie**

Per facilitare i processi di cambiamento deve essere diffusa nelle aziende sanitarie ed ospedaliere una cultura dell'organizzazione e del governo clinico centrata sui professionisti, in modo particolare nelle fasce d'età comprese tra i 30 ed i 50 anni, in modo da garantire il futuro del SSR nei diversi ruoli, sociosanitario e tecnico amministrativo.

Può essere a tal fine opportuno affiancare l'avvio del percorso di riforma con l'offerta di un consistente "pacchetto formativo" rivolto a un congruo numero di dirigenti di età compresa fra 30 e 50 anni, previa selezione con primo avviso su base volontaria e successivo test d'ingresso attitudinale

Il risultato finale di questo investimento è rilevante oltre che necessario: consiste nell'iniettare nel sistema una robusta quota di dirigenti medici e tecnico amministrativi in grado di esercitare una forte leadership professionale di "interconnessione" tra amministrazione regionale ed operatori, capace di favorire e governare processi di trasformazione istituzionale ed organizzativa.

## **2.7. La ricerca e lo sviluppo come motori per il miglioramento della salute e per lo sviluppo socioeconomico**

Si possono utilizzare meglio le risorse esistenti in Regione nella ricerca e nello sviluppo di tecnologie avanzate attraverso mandati per la predisposizione di progetti finalizzati a supportare il miglioramento dei servizi nei settori chiave dell'innovazione. Tra questi l'integrazione delle molteplici basi dati, l'Information Technology a supporto dei vari processi assistenziali, il monitoraggio da remoto di soggetti a rischio promuovendo la sicurezza in ambito domiciliare, il management dei servizi, la medicina rigenerativa, la protesica, i modelli organizzativi, la comunicazione ed il marketing sociale nel contesto socio sanitario, ecc.. La presenza di 3 Università (Udine, Trieste, SISSA) di 3 ILRR.CC.SS. e di centri di ricerca specializzati nel settore biomedico non solo è un capitale da metter in gioco attraverso accordi e mandati specifici. L'effetto di più ampio di questa azione potrà essere la creazione di nuovi brevetti e/o nuove imprese che sviluppando nel contesto regionale l'expertise necessaria diventino competitive su bacini più ampi.

## **2.8. Un nuovo sistema di finanziamento**

Il fatto che non esista un meccanismo teorico ideale e che il finanziamento per prestazioni presenti degli svantaggi non deve costituire un alibi. L'attuale modalità di finanziamento, in larga parte su base storica, è inadatta a favorire un corretto sviluppo dei servizi ed a promuovere comportamenti virtuosi orientati ad efficacia ed appropriatezza.

La base di partenza e di confronto per l'assegnazione delle risorse dovrebbe essere un finanziamento basato sulla valutazione appropriata dei bisogni, rilevati attraverso indicatori semplici.

L'evoluzione dovrebbe sviluppare parametri in grado di valorizzare buone pratiche e i percorsi del paziente. Il riparto annuale potrebbe poi essere un mix in evoluzione tra elementi parametrizzabili (es. quota capitarla + criteri pre-definiti), progetti e quantificazione dello storico, con avvio di un trend pre-definito di riequilibrio, da completare nell'arco di un quinquennio.

### 3 L'assetto istituzionale

“Non esistono modelli organizzativi “ideali”, ma solo quelli che consentono di raggiungere meglio, in un dato contesto temporale, geografico e socioculturale, gli obiettivi che ci si pone.”

#### 3.1. Il governo regionale

La possibilità di implementare efficacemente i programmi (quelli proposti da questo documento ma ogni altro) passa attraverso un elemento decisivo: la “governance” del processi nel loro insieme.

Componenti essenziali sono:

- 1) la capacità di indirizzare il sistema attraverso atti e provvedimenti tecnico politici,
- 2) la capacità di guidare le componenti del sistema verso gli indirizzi determinati,
- 3) la rielaborazione continua dei feed back.

Queste istanze, comuni a tutte le organizzazioni sanitarie, hanno avuto diverse declinazioni operative. Nella precedente riforma del SSR in FVG, in coerenza con le indicazioni legislative nazionali, esse perseguivano una netta separazione tra la definizione delle strategie politiche ed economiche (che spettano alla Direzione Regionale, organo della Giunta) e l'attuazione e gestione degli indirizzi strategici (compito allora affidato alla Agenzia regionale e alle aziende).

Indipendentemente dal modello scelto è essenziale:

- riconoscere la distinzione di queste due funzioni
- garantire il coordinamento e l'autonomia operativa

L'aggiornamento del SSR non può prescindere dalle strutture regionali di governo che vanno consolidate e configurate rispetto ai nuovi mandati. .

L'abrogazione dell'Agenzia Regionale della Sanità ha privato le Aziende sanitarie e gli operatori di un interlocutore. La complessità del settore e la crescente differenziazione delle competenze occorrenti richiedono però strumenti di conoscenza e un livello d'integrazione dei quali deve essere dotata la Direzione Centrale Regionale.

Seguendo peraltro la logica di semplificazione voluta dall'Amministrazione regionale, è necessario ipotizzare una riorganizzazione che garantisca centralmente funzioni essenziali su alcune aree chiave per la governance del sistema:

1. Epidemiologia, analisi e monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione
2. Programmazione, innovazione organizzativa e gestionale, monitoraggio delle performance.
3. Formazione e gestione delle risorse umane;
4. Investimenti, IT ed “Health Technology Assessment”
5. Governo clinico: qualità, gestione del rischio, audit, percorsi clinici
6. Cure primarie e integrazione socio sanitaria
7. Promozione, prevenzione e protezione della salute
8. Ricerca, innovazione, rapporti internazionali e con l'Università
9. Gestione economico finanziaria
10. Area giuridico normativa

Indipendentemente dagli assetti organizzativi che potranno essere scelti queste funzioni necessitano di almeno due ulteriori considerazioni: la prima è che l'efficacia ed il successo della “governance” passa attraverso la capacità di radicarsi e collegarsi con tutti gli effettori del sistema

ricevendone da questi dei “feed back”; la seconda è che in alcuni casi l’area più appropriata per garantire dei risultati costo efficaci supera l’ambito strettamente regionale ed implica lo stringere alleanze con sistemi vicini o confinanti.

### **3.2. Articolazione ed assetto istituzionale delle aziende**

L’assetto delle aziende deve tenere conto di alcuni livelli:

- il livello micro ( domicilio e comunità)
- il livello meso ( distretto)
- il livello macro ( azienda)
- il livello sistema ( regione).

Questa articolazione va orientata verso quattro elementi obiettivi essenziali:

- 1) l’equità tra le diverse aree territoriali,
- 2) la standardizzazione dei processi interni alle organizzazioni (dai parametri di funzionamento, all’allocazione delle risorse, alla contrattualistica, ecc.),
- 3) la presenza di masse critiche di competenza per problematiche specifiche,
- 4) la sostenibilità dell’impatto della trasformazione prevista.

Gli strumenti organizzativi di cui oggi disponiamo sono:

1. le aziende territoriali con le loro articolazioni distrettuali e dipartimentali,
2. le aziende ospedaliere universitarie,
3. le aziende ospedaliere,
4. gli IRCCS.

#### **3.2.1 La funzione territoriale**

Un riassetto istituzionale che preveda 3 Aziende per i Servizi Socio Sanitari (sul modello “area vasta”) appare, a 18 anni dalla LR 12/94 , una proposta ragionevole, praticabile e in grado di produrre effetti positivi in almeno quattro delle direzioni portanti individuate: la centralità del livello micro ( il domicilio e la comunità del cittadino), i PDTA dei pazienti, la qualità delle tecnostrutture aziendali con concentrazioni di masse critiche di competenze, la riduzione dei costi di gestione .

In questo modello riteniamo che il Distretto (livello meso) possa rimanere sostanzialmente invariato nella sua dimensione territoriale. Peraltro può essere dato mandato alle nuove ASS di formulare proposte di revisione dell’articolazione territoriale, condivise con i Comuni e funzionali ad un migliore sviluppo dei servizi e rispetto dei principi e degli obiettivi indicati.

Deve però diventare, assieme al livello micro che è una sua articolazione, l’asse principale del sistema con una estensione del ruolo operativo ed istituzionale in grado acquisire la titolarità sostanziale dei percorsi dei pazienti nella parte “extra-ospedaliera” e di integrazione “ospedale-territorio” , favorendo la crescita organizzativa e culturale del versante sociale e quindi dell’integrazione socio-sanitaria.

Si ritiene infine che la coincidenza territoriale Distretto/Ambito e la previsione di una delega della gestione dell’Ambito stesso alla aziende sanitarie favorirebbe l’ammodernamento del sistema e la diffusione delle “buone pratiche” già esistenti.

L’articolazione delle Aziende in Dipartimenti di prevenzione, salute mentale, dipendenze deve essere resa coerente con il nuovo ruolo dei Distretti, centralizzando gli strumenti di governo per garantire omogeneamente standard qualitativi, visione di insieme, standardizzazione ed efficienza, e portando invece quanto più possibile nei Distretti il livello del servizio al cittadino.

Il governo del sistema richiede anche un investimento nei sistemi di valutazione delle performance e degli esiti rispetto ai percorsi ed ai vari programmi messi in essere.

### 3.2.2 La funzione ospedaliera

L'organizzazione degli ospedali dovrebbe essere orientata verso tre direttrici principali:

1. l'aggiornamento continuo dei percorsi diagnostico terapeutici alle migliori evidenze clinico-scientifiche,
2. il mantenimento di volumi di attività in grado di favorire qualità e sicurezza degli interventi in tutti i nodi della rete,
3. la continuità assistenziale.

Il riassetto istituzionale della rete ospedaliera deve essere coerente con quello previsto per le Aziende territoriali: un modello imperniato su 3 Aziende Ospedaliere di cui 2 Ospedaliero-universitarie, una per area vasta, rappresenta probabilmente quello maggiormente in grado di raggiungere gli obiettivi definiti. La nuova articolazione ospedaliera regionale dovrebbe interessare gli ospedali di rete, quelli di rilievo regionale e nazionale, ex L.R. n.13/95, configurando, in prima ipotesi, questo assetto:

1. Azienda ospedaliero universitaria della Venezia Giulia (include l'attuale Azienda Ospedali riuniti di Trieste e gli Ospedali di rilievo regionale di Gorizia e Monfalcone);
2. Azienda ospedaliero universitaria del Friuli Centrale (include l'attuale Azienda ospedaliero universitaria S. Maria della Misericordia e gli Ospedali di rete di Tolmezzo, S. Daniele, Palmanova e Latisana);
3. Azienda ospedaliera del Friuli Occidentale (include l'Azienda ospedali riuniti di Pordenone che comprende i presidi di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo).

Ciascuna azienda ospedaliera pur unificando la direzione strategica dovrebbe mantenere una struttura di direzione, medica ed amministrativa, in ciascuna sede, posto che ogni sede vedrebbe la presenza di centinaia di operatori e continuerebbe a operare su numerosi processi.

Questa strutturazione renderebbe da un lato gestibile l'indubbia crescita di complessità organizzativa; dall'altro consentirebbe di assicurare amministratori locali ed operatori rispetto al rischio di mancato governo delle dinamiche gestionali quotidiane (come, ad esempio, la manutenzione ordinaria ) ovvero di centralizzazione immotivata di processi di cura .

Le aziende andrebbero naturalmente riorganizzate, per dipartimenti e percorsi per patologia seguendo comunque le indicazioni uniformi della letteratura e della normativa, con nuovi Atti Aziendali, che siano ispirati ai principi generali già delineati e orientati a favorire il governo clinico ed il superamento della logica per strutture a vantaggio dell'indirizzo per patologia e/o problema clinico.

Un elemento essenziale è il condividere da subito con le Università di Udine e Trieste il disegno di riforma per favorire la realizzazione nelle nuove aziende del triplice mandato di assistenza, didattica e ricerca. Questo iter, oltre ad essere previsto dalla normativa, favorirebbe il necessario aggiornamento dei protocolli di intesa in essere.

La soluzione ipotizzata presenta come sempre opportunità e rischi. La creazione di 3 Aziende Ospedaliere darebbe maggior concretezza alla vicinanza al cittadino ed alla sua comunità, ad una revisione dei percorsi, al miglior utilizzo delle risorse e ad una organizzazione che persegua l'eccellenza. Nel contempo, almeno in una prima fase, creerebbe strutture di elevata complessità gestionale e rischierebbe di diluire alcuni aspetti del mandato istituzionale delle Aziende Ospedaliero Universitarie. Il mantenimento degli ospedali non aziendalizzati nelle ASS potrebbe rendere più semplice la gestione delle AO, faciliterebbe alcune relazioni ospedale-territorio, ma nel contempo renderebbe più difficile ed aleatoria una organizzazione centrata sui percorsi dei pazienti, gli accordi e la mobilità dei professionisti ed una appropriata allocazione delle risorse.

Tenendo conto dell'evoluzione di questi anni e dell'esperienza maturata nel nostro SSR, abbiamo ritenuto che affidare a strumenti di integrazione tra le ASS e le AO la gestione del passaggio tra fase acuta e post acuta sia realistico. Per converso riteniamo che il mantenimento degli ospedali di rete nelle ASS costringerebbe ad una molteplicità di accordi tra diversi soggetti istituzionali per la gestione dei PDTA, agendo come fattore di rischio su uno dei presupposti fondamentali della nuova organizzazione proposta. Ciò nonostante siamo consapevoli di un problema cruciale che riguarda l'area di Udine. Se da un lato è già avviata la integrazione nel Pordenonese e vi sono eccellenti esempi che consentono di ritenere fattibile una integrazione tra Trieste, Monfalcone e Gorizia (cfr. percorso del paziente con infarto miocardico), non si può negare che l'area vasta udinese per l'estensione territoriale, la numerosità delle strutture coinvolte e la complessità di base della Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, presenta peculiarità e potenziali rischi che rendono ragionevole adottare soluzioni ad hoc. Una di queste potrebbe essere suddividere il percorso di unificazione in due fasi temporali, favorendo in un primo tempo l'integrazione tra i presidi ospedalieri ed il completamento dell'integrazione ospedale università. A questo fine si potrebbe ipotizzare una gestione commissariale che affianchi la Direzione strategica dell'AOU di Udine per un certo numero di anni, consentendo di semplificare il livello istituzionale, mantenendo però la capacità di governo occorrente per il raggiungimento degli obiettivi indicati, posto che siano condivisi.

### 3.3 Considerazioni conclusive

Il mandato da affidare alle nuove aziende deve essere chiaramente identificato in un testo di legge regionale e finalizzato ad orientare l'organizzazione interna (anche delle aziende ospedaliere) lungo quattro assi principali:

1. Percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali strutturati e standardizzati.
2. Gestione del rischio clinico.
3. Misurazione delle performance.
4. "Health Technology Assessment" come metodica di uso sistematico.

Queste quattro modalità operative a nostro giudizio riassumono tutte le indicazioni occorrenti per realizzare nel tempo un riorientamento dell'organizzazione aziendale ed ospedaliera complessiva verso le tre dimensioni della qualità (tecnico professionale, gestionale organizzativa e orientata all'utente).

Il punto nodale di questa proposta è che pur stabilendo principi chiave ne affida la traduzione in pratica ai professionisti ed al confronto tra questi e le direzioni strategiche.

I professionisti si ritroverebbero così a misurarsi, ad esempio nell'organizzare i PDTA, con strumenti professionali a loro familiari (linee guida, evidenze cliniche, consenso tra esperti). Le direzioni strategiche per parte loro vedrebbero maturare dall'interno e dal basso una evoluzione verso criteri di migliore efficacia ed efficienza, che l'esperienza di questi anni ha dimostrato difficili da imporre anche quando ben sostenuti dalla logica e dai numeri.

La disponibilità di dati di performance consentirebbe a tutti gli attori, ciascuno per la sua competenza, di intervenire per migliorare gli standard attesi.

Se quindi il ragionamento di tutti, amministratori, professionisti, operatori, pazienti, si sposta sul domicilio, la comunità e sui percorsi (ad esempio: ictus, infarto del miocardio, politrauma, chirurgia ortopedica d'elezione, neoplasia toracica, ecc.) l'assetto istituzionale delineato lascia intravedere meglio le finalità per le quali è stato pensato (allontanando il ragionamento da una definizione "a tavolino" di ambiti territoriali) e fa comprendere come sia maggiormente realistica una effettiva assegnazione alle 3 Aziende ospedaliere del mandato di governo clinico di quasi tutti i percorsi dei pazienti nella parte ospedaliera (acuta), con la sola eccezione di quegli ambiti di intervento per i quali il bacino ottimale dovesse coincidere con quello regionale (e riguardare quindi Aziende Ospedaliere Universitarie e gli IRCCS).

Con questa proposta si otterrebbe alla fine anche una corretta suddivisione dell'assistenza residenziale in due macro livelli:

1. Acuti (ex AO e ospedali regionali o di rete) ---> governo da AO
2. Post acuti (sedi ex art. 21 ed RSA) ---> governo da ASS/Distretti

Dovrebbero ovviamente essere garantiti tre essenziali ambiti di integrazione:

1. l'integrazione tra aziende dei percorsi paziente che fanno capo alle ASS ed in particolare delle fasi "ospedale-territorio" e/o "acuti-post-acuti",
2. l'integrazione tra le stesse AO per i casi a più bassa frequenza e/o elevata complessità,
3. l'integrazione informatica con un complessivo aggiornamento del SISR.