

La catena della promozione e della tutela della salute nell'Isontino: presupposti, problemi e prospettive.

I presupposti

Nella Costituzione italiana e nella normativa di legge, al **Comune** nelle sue diverse strutture è affidata la vigilanza sulla **promozione della salute** della Comunità che ad esso afferisce.

Secondo l'OMS "la salute dipende oltre che dal comportamento del singolo cittadino, dalle scelte politiche della propria amministrazione e le Amministrazioni locali sono considerate come i più determinanti ed efficaci attori capaci di elaborare politiche urbane e regionali sostenibili in materia di ambiente, economia e società umana e civile."

Uno dei presupposti per questa fondamentale azione, eminentemente politica, è il superamento della separazione delle politiche di settore ("**la salute non è una nicchia ma un ecosistema**").

Altro fondamentale principio è il superamento del "tutto a tutti", senza priorità o, viceversa, la gestione meramente economica del bisogno umano.

Va inoltre aborrito il paternalismo da parte di coloro che detengono il potere politico o quello tecnico ("noi soli sappiamo sempre ciò che si deve fare"): in ciò l'esercizio della funzione del Comune deve essere un momento di **forte presenza democratica**; è necessaria soprattutto una attenta lettura dei bisogni della comunità, ma tale lettura deve seguire con attenzione ogni possibile voce e, nel contempo, deve essere scevra da influenze estranee alla salute stessa, sia da parte della comunità sia da parte di chi esercita il potere.

Nella catena della promozione della salute, sempre secondo l'OMS, un elemento fondamentale sono le organizzazioni dei cittadini: i Comuni (e ogni altra Istituzione) non possono fare astratti programmi senza **condivisione degli utenti**: il miglioramento della tutela delle persone passa proprio dalla chiarezza dei rapporti tra politici, amministratori, operatori e cittadinanza, non solo in termini di salute in senso stretto ma anche del migliore e più equo uso delle risorse, tanto più che nel **patrimonio culturale delle comunità** si trovano elementi di forte valore anche al di fuori delle figure istituzionali.

Vanno valutate attentamente le **risorse a disposizione**, definite le risposte possibili e si devono descrivere infine i percorsi da attivare secondo i punti programmatici essenziali suggeriti dall'OMS:

- Equità ed accessibilità;
- Sostenibilità;
- Solidarietà;

Equità significa ridurre le disuguaglianze perché la salute sia accessibile ed adeguata per tutti e non vengano frapposte barriere di distanze, trasporti, tempi.

Secondo il principio di sostenibilità le risorse devono essere impiegate in modo congruo con le risorse anche del domani, così da soddisfare i bisogni della presente generazione senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri.

Solidarietà sociale non è tanto l'elargizione agli indigenti ma servizio al diritto di ogni cittadino nel bisogno, attingendo alle risorse della collettività; in altre parole il Comune, in particolare, deve provvedere direttamente -o mediante vigilanza- non solo alla tutela delle fasce deboli ma alla tutela generale dei diritti di tutti i cittadini, sempre ponendo vigile attenzione al corretto uso di tutte le risorse, patrimonio comune di tutta la collettività.

L'Azienda preposta all'erogazione degli interventi, tenuto presente il principio di economicità dell'impiego delle risorse, deve curare in particolare l'appropriatezza clinica ed organizzativa,

condizione questa che si realizza solo quando al paziente "giusto" viene reso il servizio "giusto" e nella "giusta" quantità. Di qui l'importanza dell'**Azienda sanitaria** che, come soggetto giuridico pubblico, senza finalità di reddito, offre attività e prestazioni sanitarie prefiggendosi come scopo non la remunerazione del capitale investito bensì l'acquisizione e/o l'erogazione di interesse collettivo primario. In tale contesto va sottolineata l'importanza del "**governo clinico**" quale funzione aziendale dedicata ad assicurare qualità, efficienza tecnico-operativa e distribuzione appropriata dei servizi secondo gli assodati principi del Total Quality Management e della Quality Assurance.

Per tutto ciò è necessario un forte impegno alla cooperazione non solo tra persone ma anche tra attori di competenza ed istituzioni diverse, integrando soprattutto le problematiche sanitarie e sociali con quelle ambientali, economiche, urbanistiche, antropologiche.

In questo il **Comune, primo attore**, deve agire in **sinergia** non sola con i Comuni cointeressati allo stesso ambito territoriale e sanitario ma anche con la Regione che deve provvedere piani di portata diversa e più vasta ma sempre improntati ai principi condivisi di equità, accessibilità e sostenibilità, facilitando nelle Aziende il perseguimento di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Il sistema della salvaguardia della salute, nel suo raccordarsi con la società civile, viene ben rappresentato da una **piramide** che ha una base costituita dallo stato di salute di cui gode la massima parte della popolazione; in questa rappresentazione c'è poi un livello superiore più ristretto che identifica gli stati presintomatici, poi si individuano livelli progressivamente decrescenti in dimensioni, come la fase sintomatica di malattia, il bisogno di intervento medico generale, il bisogno di prestazioni specialistiche e, nell'apice ben ristretto della piramide, le alte specialità. In questa figurazione un orizzonte sfumato taglia l'unica massa della piramide a livello circa della richiesta di prestazioni, la "soglia dell'assistenza": al di sotto di questo è lo spazio della educazione, dei comportamenti, della prevenzione, dell'intervento sociale, subito sopra c'è il vasto orizzonte dell'assistenza territoriale, medica e socio-assistenziale e solo più in su l'ospedalizzazione, per finire, nei pochi casi che lo richiedono, alla sommità rappresentata dai centri di eccellenza, pochi e ben collocati e collegati con la rete dei servizi.

Allora il luogo della promozione della salute nei suoi più vasti e complessi aspetti è l'**ambito territoriale** che nel nostro ordinamento corrisponde al **Distretto socio-sanitario**. La doppia dicitura è assolutamente inscindibile e ciò da una parte definisce il ruolo inequivocabile dell'Amministrazione comunale, dall'altra limita e sottopone al controllo di questa il potere dell'Amministrazione sanitaria, pur senza interferenze nelle pertinenze di ordine strettamente professionale.

Il **Distretto** è il luogo naturale dell'integrazione degli interventi di promozione della salute e di prevenzione: in esso si assicurano i servizi di assistenza primaria relativi alle attività socio-assistenziali nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività proprie del territorio con quelle dei dipartimenti e dei servizi dell'Azienda socio-sanitaria di riferimento, compresi i **presidi ospedalieri** che divengono parte integrante della rete dei servizi per quella Comunità a garanzia della continuità assistenziale.

L'**Azienda** deve essere il fornitore delle cure nel rispetto dei principi della continuità, dell'accessibilità e dell'equità di esse e perseguire nelle proprie strutture l'appropriatezza delle prestazioni ed il governo clinico dell'intero sistema.

Il **Comune** ha la sua parte nei servizi sociali, parte che deve essere integrata con la prima.

Sul buon esito finale e complessivo vigila ancora il Comune, diretto responsabile del benessere dei cittadini.

Strumento per il corretto esercizio di questa fondamentale attività per il benessere dei cittadini è il **Programma delle Attività Territoriali, (PAT)**, che basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative, deve portare alla definizione delle attività dei servizi sanitari integrati con la realtà socio-economica del territorio.

A tal scopo nel PAT vanno evidenziati i diversi **centri di responsabilità**, le priorità di salute, le risorse per conseguire gli obiettivi. Pertanto **interlocutori** sostanziali nella stesura del PAT sono gli Enti locali, soggetti pubblici e privati, l'associazionismo dei cittadini, volontariato, produttori profit e non-profit..

Il PAT viene in effetti proposto dal **Direttore del Distretto**, previo parere del Comitato o Assemblea dei Sindaci di Distretto ed è approvato dal Direttore generale dell'Azienda. coinvolgendo tempestivamente e nella massima trasparenza tutti gli attori che si sono storicamente occupati di promozione e tutela della salute.

Nel PAT confluisce l'analisi dei bisogni di salute della popolazione e delle risorse disponibili per i Distretti e deve prodursi un dimensionamento dei servizi in risposta ai bisogni, questi temperati ovviamente dalle disponibilità.

I **dati dei bisogni** provengono dai Comuni che li raccolgono attraverso informazioni sanitarie, studi demografici e sociali, apprezzamento di variabili economiche, produttive ecc. Altri dati provengono dall'Azienda attraverso il Piano Strategico Aziendale che per parte sua definisce le risorse disponibili e gli obiettivi. L'Azienda, nel partecipare alla stesura del PAT, deve ovviamente far riferimento ad un proprio ben definito Atto Aziendale che stabilisca con chiarezza gli organigrammi e le pertinenze a ciascun livello ed in particolare nei Distretti.

I Comuni hanno poi, alla fine o anche durante il processo, in compito di **verifica dei risultati** per poterne rendere edotti i cittadini e provvedere o sollecitare correttivi, se del caso.

I problemi.

Una sostanziale serie di problemi a danno della tutela sociale e sanitaria nell'Isontino risale all'attuazione del **Piano Sanitario Regionale**, così come è stata impostata dalla Regione ed attuata coscientemente dalle Direzioni generali che si sono succedute in sede locale.

Si dà atto del tentativo di razionalizzazione complessiva della spesa sanitaria regionale come si è consapevoli che le indicazioni numeriche (ad es. i soli posti letto) sono indicatori non esaustivi delle potenzialità delle strutture, tuttavia è d'obbligo riportare alcuni fatti esemplificativi che definiscono inequivocabilmente il processo sperequativo ai danni dell'ASS2.

- Vedendo i dati ufficiali pubblicati dall'Agenzia Regionale della Sanità (Relaz. San. 2000-2001), calcolando anche i **posti letto** delle Strutture Accreditate (case di cura private) risulta che:
 - mentre la Provincia di Trieste è dotata di 7.2 posti letto per 1000 abitanti,
 - quella di Udine 4.8,
 - quella di Pordenone 5,3,
 - la Provincia Isontina è a **3.3**.
- Giova notare che il numero dei posti letto, anche se ha poco valore in sé, comunque concorre a definire la consistenza delle strutture **ospedaliere** ed anche di quelle **assistenziali** (senza per altro stabilirne la ripartizione, ed un letto assistenziale ha una remunerazione circa metà di quello ospedaliero); d'altro canto tale numero riflette il tipo e la qualità dei servizi anche territoriali che possono essere erogati e, in particolare, quella che si definisce **"complessità"** delle strutture che, a sua volta, determina i finanziamenti.
- Nello stesso contesto va notata anche **l'assenza di strutture "di eccellenza"** (ospedali ad alta specializzazione, IRCCS, cliniche universitarie) nella sola Provincia di Gorizia e questo dato penalizza l'Isontino anche nella possibilità di sviluppo tecnologico ed organizzativo.

- Va notato che, a fronte dei 645 posti letto regionali, la Provincia Isontina non ha strutture ospedaliere **private accreditate**, dopo la chiusura dell'Osp. S. Giovanni di Dio (già struttura dedicata alla lungodegenza ed alla riabilitazione, chiusa senza tener conto delle necessità che si stanno aggravando nell'assistenza alla persona anziana o con gravi deficit.
- In tema di **finanziamenti** si deve anche far notare che essi sono erogati in base anche alla varietà della casistica trattata (case mix), alla spesa storica, al valore storico delle apparecchiature, al sistema di guardie attive: non si può non vedere in questo un perverso meccanismo involutivo (una **morte programmata**) **delle strutture isontine** dove la progressiva sottrazione di funzioni porta ad una progressiva riduzione di risorse che, a loro volta, riducono ulteriormente le prestazioni.
- Sempre in tema di **finanziamenti** regionali: alle rimostranze che da più parti i cittadini e le istituzioni locali esprimono, il Direttore generale ha risposto che la pochezza delle risorse attribuite pone l'alternativa tra finanziamento agli ospedali o sostegno al territorio. Ma la **povertà imposta all'Isontino** stride con tutta una ricca serie di **investimenti** in conto per edifici, impianti e strumentazione ospedalieri in tutta la Regione. Le cifre meritano documentazione in allegato (vedi) ma in sintesi, con i DGR 2724, 2727 e 2730 del 2003, vengono assegnati:
 - Alla provincia di Trieste complessivamente € 7.019.000;
 - Alla città di Udine (esclusa l'ASS4) € 11.321.987,52
 - Alla provincia di Pordenone € 8.584.000;
 - All'Isontino € **1.474.000** di cui € 217.000 per assistenza a non autosufficienti e cinque posti di "Hospice". (Nota: può darsi che queste cifre debbano essere corrette ma la profonda sperequazione resterà).
- Gli **accordi di Area Vasta**, predisposti dall'ASS1 e sottoscritti dalla 2, impongono **migrazione sanitaria** verso ambito pubblico ma, soprattutto, privato convenzionato, in territorio triestino, per **patologie minime** come il tunnel carpale o per **casi di pesante valenza umanitaria** come i malati terminali o i pazienti psichiatrici. Le motivazioni addotte (prestazioni di alta specialità, riduzione delle liste di attesa) appaiono spesso pretestuose e lasciano aperto il quesito se, in nome dell'efficienza e dell'efficacia, non sarebbe meglio operare dei correttivi interni all'ASS2. Secondo il programma di area vasta, l'Azienda Isontina è totalmente asservita per prestazioni anche minime o routinarie alla gestione dell'area giuliana con meccanismi che invocano l'efficienza ma che finiscono inevitabilmente per premiare le strutture giuliane ed in particolare le strutture convenzionate. Non c'è condivisione e le azioni sono esclusivamente centrifughe rispetto l'azienda isontina (almeno per quanto riguarda la parte goriziana). Non vengono minimamente presi in considerazione i gravi disagi ed i costi personali che ne conseguiranno per la popolazione isontina. Viene a mancare infine il controllo della spesa che l'Azienda potrebbe esercitare se le prestazioni fossero svolte al suo interno svolte al suo interno;
- Secondo il Piano sanitario regionale tuttora vigente, le **funzioni specialistiche**, anche quelle di maggior rilievo per la popolazione anziana, a Gorizia come a Monfalcone, potranno tra breve non esserci più e, se mantenute, saranno unicamente ambulatoriali, eventualmente con appoggio nelle degenze generali.
- Si discute se sopprimere il **punto nascita** di Gorizia e le gestanti già per i controlli in gravidanza vengono dirottate al Burlo-Garofolo dove recentemente sono stati confermati ben due reparti di maternità.
- Il Laboratorio di Gorizia è chiuso e tutto l'Isontino deve far riferimento per gli esami di **laboratorio** in parte a Monfalcone ed in parte anche a Trieste, mentre in Trieste stessa si contano non meno di **9** laboratori pubblici o convenzionati;
- Il servizio di **diagnosi e cura psichiatrico** sarà trasferito a Trieste, annullando la grande tradizione isontina e, soprattutto, imponendo ulteriori gravi disagi alle famiglie residenti.

- Il servizio di **Anatomia patologica** dell'ASS2 è pressoché soppresso e attribuito ancora ad enti triestini.
- Altro servizio di grande tradizione isontina era il Servizio di **Immunoematologia**, ora ridotto a raccolta del sangue.
- La carenza o la **povertà di immagine** di alcuni servizi scoraggia i possibili utenti e questo, se dirotta altrove con sacrifici anche gravi i pazienti fortemente sintomatici, tende a minimizzare patologie non evidenti ma potenzialmente evolutive, come le neoplasie in fase precoce;
- Anche se ufficialmente occultati alla Direzione generale, in tutta l'Azienda i **disagi operativi e psicologici** del personale sono diventati un problema di grande rilievo: essi sono dovuti alla **scarsità numerica** ed al senso di **frustrazione** e precarietà che pervade gli operatori che assistono al progressivo smantellamento, mentre sono **demotivati** dalla povertà operativa di alcune delle strutture residue.
- La delibera regionale sugli **Hospices** prevede per l'Isontino non quella struttura di particolarissimo profilo umanitario che altrove potrà essere attuata, ma la semplice riconversione, in ognuno dei due presidi isontini, di 10 posti di RSA in 5 per malati terminali, il tutto flessibilmente, secondo le esigenze. Il citato DGR 2730 infine il 12-09-2003 assegna 50.000 € ad un totale di soli **cinque** posti, senza specificare dove!
- Nella ripartizione del Fondo regionale, all'Isontino sono stati assegnati in tutto 87.000 € per 63 posti letto per pazienti **non autosufficienti**, posti da installare all'interno di case di riposo;. E' ragionevole chiedersi se l'Isontino abbia 63 pazienti di questo tipo e se invece non si tratti di un modo per porre a carico della ASS2 pazienti altrove indesiderati. 80.000 € sono assegnati per una non definita "assistenza" a pazienti in **stato vegetativo permanente**: giova allora ricordare che un struttura isontina ben adatta a questo scopo e con prospettive di servizio anche nazionale, è stata a suo tempo chiusa.
- A livello locale si nota la mancanza dell'**Atto Aziendale** per cui non è dato neppure conoscere l'albero delle responsabilità: è doveroso rilevare come la definizione della gerarchia delle responsabilità sia elemento fondamentale del governo clinico. Per altro molti posti di responsabilità sono occupati da facenti funzione gravati anche di incarichi multipli.
- Almeno per ciò che riguarda l'Alto Isontino, non sono stati attuati finora i dispositivi dell'art. 3 quater DL. 502/92 poi ripresi dalla Legge di Riforma, che definiscono le caratteristiche del **Distretto**: autonomia tecnico-funzionale, risorse ben definite, contabilità separata..
- Anche il **PAT** a quanto ci è dato sapere, finora non ha potuto trovare attuazione ed anche questo fa parte delle responsabilità del governo clinico.
- Il **Piano Aziendale dell'ASS2**, così come presentato alla Conferenza dei Sindaci, nella sua indeterminatezza lascia intravedere scarsità di risorse a fronte di capitoli di spesa indefiniti (p.es. "beni aziendali", nuovi uffici, osp. S. Giovanni) e totale assenza di investimenti particolarmente per Gorizia.
- Un aspetto della **qualità percepita** da parte dei cittadini dell'assistenza sanitaria nell'Isontino, è stato esposto, in una recente seduta dell'Assemblea, proprio da uno dei Sindaci interessati: (dal verbale) "...il quale sottolinea l'esistenza di un grande gap tra gli indicatori di qualità/efficienza... e la qualità percepita...il ruolo dei Sindaci non può che partire dalla valutazione della qualità percepita mentre compete ad altri livelli capire perché si allarga la forbice...non è dato sapere quanto effettivamente è stato speso in termini di costo sociale rispetto a riduzioni –ad esempio- di degenza...la sensazione è che buona parte sia gravata sulla comunità, sul sistema famiglia, sulla rete dei servizi locali...
- Il complesso problema dell'**ospedale S.Giovanni di Dio**, sul quale è intervenuto il Consiglio comunale, dietro puntuale sollecitazione di un gruppo organizzato di cittadini, è ora all'esame di una Commissione di esperti: essi entro breve dovranno dare un parere sulla fattibilità e la fruibilità di un progetto (tuttora incompleto sia dal punto di vista strutturale sia

per ciò che riguarda i finanziamenti ed i tempi di completamento) ed anche sul raffronto con la sede attuale. È auspicabile che la Commissione possa essere debitamente fornita di tutta la documentazione necessaria, senza esclusioni di sorta. Nel contempo documentazione in merito alle vicende degli appalti è all'attenzione dell'Autorità nazionale di vigilanza sui Lavori pubblici ed è oggetto di un esposto alla Procura della Repubblica. Le verifiche in corso, una serie rilevante di problemi progettuali del tutto non definiti e l'assenza attuale di finanziamenti per la gran parte dei lavori ipotizzabili, rendono quanto mai incerta e discutibile la realizzazione. La problematica resta comunque in sospeso fino alla conclusione delle indagini.

Le prospettive.

Riesce difficile pensare che l'attuale bacino di utenza dell'Isontino possa sostenere due ospedali di rete che, comunque, costringerebbero alla migrazione gran parte delle patologie correnti non elementari, aggravando la sudditanza nei confronti di altre strutture della Regione ben al di sotto dell'apice delle alte specialità.

Ciononostante, nel riformulare un progetto per la Sanità nell'Isontino, è necessario conservare la **funzionalità e la dignità di ambedue i presidi coi rispettivi distretti**. Nel fare questo si dovranno tener presenti tre principi:

1. Gran parte dell'attuale **depauperamento** è da attribuire alla necessità di dirottare clientela e fondi a strutture di altri presidi della Regione, in particolare quelli dell'area vasta: equità ed accessibilità del servizio impongono che, se economie si devono fare, questo avvenga là dove c'è evidente ridondanza;
2. Le due città hanno proprie **dignità** che vanno preservate, soprattutto Gorizia, capoluogo di Provincia con un ruolo internazionale unico in Regione ed in Europa;
3. I due distretti hanno **specificità** ben distinte tali da imporre una strutturazione **asimmetrica** che è valore aggiunto di valenza –di nuovo- regionale ed internazionale:
 - L'Isontino che fa capo a Gorizia, col territorio sloveno contiguo, ha vocazione internazionale che deve iniziare proprio dalla integrazione dei servizi sanitari e dalla confluenza sul confine di attività cliniche, di ricerca e formative (cfr. avanti);
 - Monfalcone in virtù del porto, ha un importante ruolo di servizio a popolazione non residente che, al di là dell'assistenza corrente, andrebbe sviluppato anche nel senso della prevenzione e della cura di patologie finora considerate esotiche.

In ogni modo sono irrinunciabili:

- Il mantenimento ed il potenziamento in ambedue i presidi di **funzioni essenziali** con relative guardie mediche (punto nascita, pediatria, emergenza, laboratorio, diagnosi e cura psichiatriche);
- L'equa e chiara ripartizione delle **funzioni non duplicabili**, evitando insostenibili concorrenzialità;
- Il recupero di funzioni correnti ora assorbite dall'**area vasta** o da altri accordi similari;

- La riattivazione nei due presidi di **funzioni specialistiche** particolari, evitando però la formazione di servizi veri e propri ed invece utilizzando in loco le prestazioni di specialisti convenzionati esterni (spostare i medici e non i pazienti);
- La messa in **rete** di prestazioni complesse come l'oncologia in modo che l'iter del paziente si svolga per quanto possibile nella sede locale anche per facilitare la continuità delle cure;
- La piena dignità ai **due Distretti** che dovrebbero poter far capo per le cure ospedaliere a quella delle due strutture si ritenga caso per caso pertinente;
- Appropriate strutture di **Hospice**, funzionalmente e logisticamente separate dalle strutture ospedaliere o assistenziali; accanto a queste va ripreso e sviluppato un già ben sperimentato servizio di **Cure Palliative** ospedaliero e domiciliare, questo in sinergia con l'ADI;
- Il **sostegno** alle famiglie ed assistenza ai pazienti quando la migrazione sia davvero inevitabile.

Integrazione Sanitaria Transfrontaliera

Il **progetto di integrazione transfrontaliera dei servizi sanitari**, progetto che coinvolga dalla parte isontina qualsiasi funzione o professionalità ospedaliera o territoriale ne sia all'altezza, potrà dare una profonda ed altrimenti insperabile dimensione non solo alla sanità ma a tutta l'economia isontina ed al profilo europeo della Regione, opportunità eccezionale stante la collocazione geografica nel contesto della nuova Europa.

La cooperazione non riguarderà tanto le prestazioni di base ma si orienterà su specializzazioni che interessino tutto il bacino dell'Isonzo e che abbiano valenze tali da essere un patrimonio di larga fruizione.

Il 6 Agosto 2003 il Consorzio per lo Sviluppo del Polo Universitario di Gorizia ha presentato un documento programmatico in un incontro organizzato dai Comuni di Gorizia, Nova Gorica e Sempeter pri Gorici alla presenza del Presidente della Provincia, dei Direttori dell'ASS2 e dell'Ospedale di Sempeter, del senatore Volcic e del Presidente della Fondazione CARIGO che finanzia lo studio/progetto da presentare all'UE.

Questo a seguito di tutta una serie di incontri riservati con personalità aventi specifiche competenze ed autorevolezza in specifici campi ed appartenenti ad istituzioni universitarie italiane e slovene che hanno espresso un forte interesse a sviluppare sul territorio confinario iniziative a caratterizzazione transfrontaliera in sinergia tra le adiacenti realtà italiana e slovena. Da questi incontri è venuto un preciso sostegno a sviluppare un vero e proprio progetto a valenza europea. Analogo sostegno è stato offerto dall'organizzazione per gli Ospedali in Europa, HOPE e le forme di cooperazione transfrontaliera sono uno dei cardini del programma della nuova Amministrazione regionale. Anche importanti personalità politiche europee (tra cui Prodi e Volcic) si sono appassionate al progetto.

Tale progetto dovrà avere alcuni requisiti, pienamente condivisi dalle parti interessate:

- Sviluppare inizialmente le peculiari specializzazioni presenti nei due Ospedali adiacenti (già in buona parte individuate) coinvolgendo anche il Presidio di Monfalcone, con un protocollo che sancisca le rispettive aree di collaborazione e le sinergie.
- Individuare i percorsi di carattere burocratico amministrativo per arrivare alla cooperazione/integrazione.

- Delineare le attività sulle quali attestare l'elevazione scientifica e tecnologica di comune interesse, non sostitutiva ma integrativa delle rispettive realtà regionali, con il coinvolgimento delle realtà universitarie;
- Individuare le possibili collaborazioni con realtà europee interessate all'elevazione della qualità ed al riconoscimento del ruolo internazionale delle specialità suddette.

Una tale prospettiva può venire avviata a livello locale con la convinta regia delle Istituzioni isontine e con la partecipazione dei soggetti sopra indicati da ambo le parti del confine fra cui, in particolare, oltre al Consorzio per lo sviluppo del Polo universitario, la Sanità locale, gli Enti locali e le Università, le Autorità politiche, gli Enti finanziari e quanti altri possano dare il loro apporto.

Va dato incarico di formulare il progetto ad una struttura professionalmente capace ed esperta in progetti finanziabili da parte dell'Unione Europea..

Tra le priorità condivise si segnalano:

- Trauma Center, inizialmente ancorato alla esistente realtà di Sempeter e rapportato all'Università di Lubiana;
- Stroke Unit, da sviluppare nell'Ospedale di Gorizia con l'apporto delle Università di Udine e Trieste;
- Diagnostica oncologica, pure ancorata inizialmente nell'Isontino, da sviluppare con la guida dell'Università di Trieste in sinergia con l'Università di Lubiana, seguendo l'esperienza già avviata della Risonanza Magnetica;
- Telemedicina, con tutte le possibili diramazioni funzionali, sviluppata dall'Università di Udine sulla base di un progetto già avviato che vede coinvolto l'Ospedale di Monfalcone, in collaborazione col servizio che si sta formando nell'Ospedale di Sempeter.
- Altri passaggi di questo processo di collaborazione/integrazione potranno essere il dipartimento materno-infantile, particolari specialità chirurgiche, soprattutto una scuola internazionale per le professioni infermieristiche in cui l'Isontino vanta una eccellente tradizione.

Le parti coinvolte si stanno già adoperando per i preliminari del progetto: si auspica la convinta partecipazione degli Enti locali che certamente non vorranno tenersi in disparte a fronte di una così importante (e fuggevole) occasione per l'Isontino e la Regione tutta di diventare un luogo eccellente nel contesto dell'Europa prossima ventura.