



Documento di parere sulle Schede Ospedaliere e Territoriali- PSSR 2012-2016

Il PSSR 2012-2016, dopo oltre 15 anni di attesa, dà ora l'opportunità di riorganizzare il SSSR coerentemente ai nuovi bisogni assistenziali ed innovando l'impianto tecnologico, organizzativo, professionale, strutturale e gestionale, per fronteggiare in modo adeguato le nuove sfide di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione in Veneto.

La Cisl ha contribuito alla costruzione del Piano con proprie osservazioni e proposte, sulla visione futura del sistema socio-sanitario e sui principi fondamentali della programmazione (universalità, equità, umanizzazione e integrazione socio-sanitaria), sostenendo sempre che le linee programmatiche debbano essere chiare nelle modalità di realizzazione, nelle risorse attribuite, negli strumenti, nei tempi e nel ruolo delle professioni.

La Cisl ha anche sottolineato l'urgenza di un nuovo quadro di programmazione e dei relativi provvedimenti attuativi miranti ad innovare i modelli assistenziali per aree e percorsi omogenei, e per avere l'organizzazione dei servizi più capace di rispondere alle nuove esigenze e bisogni delle persone. Anche perché, in un contesto storico dove per gli effetti conseguenti la crisi economica, la necessità di rientrare dai debiti (gestione sostenibile di sistema e debito pubblico) e i tagli passati, attuali, nuovi e futuri sui finanziamenti nazionali (oltre 23 mld di euro nel periodo triennale 2012-2014 su un sistema già peraltro sotto finanziato), si rischia di far pagare un caro prezzo ai cittadini sia in termini economici che di cure e di salute.

In particolare dal 2010 ad oggi non vi è stato alcun aumento del finanziamento del SSN, dopo che nel decennio 2000-2009 aveva registrato un incremento medio annuo dell'1,3%.

Sono dati che confermano la necessità di un tempestivo intervento sui meccanismi strutturali di funzionamento e di riorganizzazione.

A tutela delle persone che vivono o che comunque fanno affidamento alla Sanità del Veneto va oggi realizzata una graduale ma effettiva riorganizzazione/ottimizzazione dell'uso delle risorse, soprattutto per riorganizzare, anche riconvertendo, il sistema di offerta di servizi e per rilanciare la qualità delle prestazioni assistenziali, prevedendo interventi di medio/lungo periodo.

L'obiettivo centrale deve essere quello di migliorare l'attuale offerta di servizi socio-sanitari e di mantenere il welfare locale, in attesa di altri scenari quali l'attuazione di un federalismo responsabile e di una efficace riforma dei livelli istituzionali.

La Cisl ritiene che molto di possa comunque già fare anche in presenza di un sistema nazionale che non riesce a definire i costi standard condivisi di sanità e sociale, i livelli essenziali delle

prestazioni sociali, le politiche di sostegno (anche finanziario) alla non autosufficienza; limiti questi che stanno di fatto minando l'efficacia del welfare e mettendo a rischio la sua funzione inclusiva. Tutto ciò mentre già si profilano condizioni demografiche, sociali ed epidemiologiche (come, ad esempio, bassa natalità, aumento indice di vecchiaia della popolazione, cronicità diffuse) che richiedono maggiori protezioni.

La Cisl considera positivamente quanto la Regione Veneto ha saputo fare su alcuni aspetti, come il qualificarsi per visioni avanzate del sistema (integrato socio-sanitario) e per alcuni provvedimenti all'avanguardia in ambito nazionale (Ulss piuttosto che Uls). Scelte intelligenti che permettono oggi di poter prevedere una dotazione di posti-letto pari a 3,5 per mille abitanti (di cui lo 0,5 per la riabilitazione), già così superando quanto previsto dalla Legge 135/2012, c.d. "Spending Review", che pur avendo come obiettivo forti tagli, non è andata oltre all'obiettivo dei 3,7 per mille abitanti.

L'approvazione delle schede ospedaliere e territoriali, accompagnata dalla riorganizzazione del SSSR, mette ora in campo una nuova visione, o quantomeno la aggiorna, ridisegnando in modo strutturale, a volte radicale, la rete dei servizi in base ai bisogni della popolazione; bisogni dettati dalla cronicità, da un lato, e interventi di alta specializzazione per quanto riguarda l'acuzie, dall'altro.

In questo senso consideriamo elementi cardine e positivi del SSSR aver:

- confermato il modello veneto socio-sanitario con la valorizzazione del sistema "integrato" ospedale-territorio;
- previsto l'organizzazione del sistema ospedaliero in ospedali di rilievo provinciale, presidi di rete, ospedali nodi della rete;
- voluto e previsto le schede territoriali, con un nuovo protagonismo dei Distretti Socio-Sanitari e la valorizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e della Medicina di Gruppo Integrata (MGI).

Non da ultimo, si rileva l'importanza della previsione del sistema a "filiera dell'assistenza" (prevenzione, emergenza/urgenza, acuzie, strutture intermedie, Medicina di gruppo integrata, anche prevedendo il coinvolgimento dei Centri di Servizio).

La Cisl, non sottacendo che anche l'approvazione delle schede è avvenuta in ritardo di un anno sulla L.R. 23, intende proseguire il confronto con gli organi regionali sulle priorità e sugli interventi necessari a dare compiutezza a quanto programmato, in relazione soprattutto alle attese di efficienza e di efficacia del sistema. Una cartina tornasole sarà, da questo punto di vista, la condizione dei Pronto Soccorso, la cui attività è oggi sovraccaricata in modo improprio e a cui si è risposto, senza ottenere alcun effetto, con l'imposizione del ticket sui "codici bianchi".

Nel merito dei processi di riorganizzazione la Cisl sottolinea che nel mentre si opera per riorganizzare l'insieme delle dotazioni dei posti letto e dei servizi da implementare, si rende sempre più impellente la definizione delle nuove dotazioni organiche di tutte le professioni (sia nella sanità che nel sociale), con la determinazione degli standard valevoli sia per gli erogatori pubblici che privati accreditati.

E' indubbio che il processo di cambiamento della struttura organizzativa deve avvenire di pari passo con quello della struttura operativa (più assistenza nel territorio significa più infermieri nel territorio?). A questo scopo auspica l'apertura di un tavolo tecnico ad hoc.

La consistenza e l'importanza delle questioni che la realizzazione degli obiettivi previsti dal PSSR e dalle schede ospedaliere/territoriali richiedono un percorso di condivisione che, nella sua trasparenza, dia garanzia di equità e di piena partecipazione dei soggetti interessati e coinvolti. Sotto questo profilo va considerato il confronto con le organizzazioni sindacali sia, come sopra accennato, dei lavoratori del settore che dell'utenza ed in particolare degli anziani. Confronto con il sindacato che deve svilupparsi in modo continuativo a livello regionale al tavolo istituito con dgr n.912/18.06.2013 e a livello locale/aziendale in ogni Aulss come previsto dallo stesso PSSR. In questo secondo livello il confronto deve svilupparsi con i Direttori Generali in particolare sulla redazione del Piano aziendale che darà attuazione agli indirizzi della dgr n.68 CR/18.06.2013 (Schede) e della dgr n.975/18.06.2013 (Distretti, Dipartimento Prevenzione e Atto aziendale).

La Cisl infine ritiene che va rafforzato il coinvolgimento delle Conferenze dei Sindaci soprattutto in tema di servizi territoriali, per la loro distribuzione territoriale (accessibilità e vicinanza) e per la definizione delle schede di dotazione. Non da ultimo le Conferenze hanno ruolo diretto nell'adempimento degli obiettivi fissati dal PSSR relativamente alla gestione delle funzioni sociali, con priorità alla delega delle stesse funzioni alle Aulss, così come prevede la L.R. 30/2009 "Disposizioni per la istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e per la sua disciplina".

Su queste premesse generali la Cisl presenta le seguenti osservazioni:

SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA

- L'attribuzione dei posti letto viene precisata, per ogni U.O. con molto dettaglio, tanto da correre il rischio di irrigidirne troppo l'attivazione. Si ritiene più consono **prevedere un margine di flessibilità (15-20%) sul numero complessivo dei posti letto per Area** (Medica, Chirurgica, ecc.), in modo tale da avere una certa flessibilità aziendale nella responsabilità del Direttore Generale di definire le dotazioni specifiche: ovviamente, in relazione a precise situazioni locali e territoriali, ben motivate, anche in relazione a fasi periodiche, a specifici progetti, a bisogni impellenti, ecc.
- Al 1° alinea, p. 9, del dispositivo della dgr n.68, laddove si prevede: *"l'attivazione dei posti letto per l'assistenza territoriale deve essere conseguente alla riduzione dei posti letto ospedalieri;"* si ritiene necessario dare indicazioni tali che su questa questione è il territorio che deve essere ritenuto e percepito prioritario, oltre che dare ruolo all'esercizio dell'autonomia locale, per cui si propone di togliere il termine *"conseguente"* modificando la frase come segue: *"l'attivazione dei posti letto per l'assistenza territoriale deve essere **almeno contestuale se non antecedente, comunque gestita in modo armonico** alla riduzione dei posti letto ospedalieri;"*
- Considerando prioritaria l'attenzione alla persona e i principi di umanizzazione, va posta in attenzione la fase di informazione, relazione e supporto alla persona, soprattutto in particolari casi di grave malattia o grave trauma, ecc., per cui si propone di **prevedere che un'UOS di Psicologia Clinica ospedaliera sia presente in tutte le strutture sanitarie** (alla stregua di quanto viene previsto per l'Ospedale di Santorso). Tale

previsione va considerata anche ai fini di sostenere l'attività, la formazione e il benessere organizzativo degli operatori.

SCHEDE DI DOTAZIONE TERRITORIALE

- Condividendo l'indirizzo del PSSR di aumentare i posti letto nelle Strutture di Ricovero Intermedio **fino alla realizzazione piena dell'1,2 per mille abitanti, si sottolinea la necessità di valutare con estrema attenzione la corrispondenza ai reali bisogni**, in modo tale da favorire lo sviluppo pieno e coerente di tale tipo di servizio fino alla percentuale massima prevista dell'1,2 per mille
- Per un'implementazione diffusa e rapida delle MGI (Medicina di Gruppo Integrata) è necessario che nel provvedimento definitivo sulle schede venga **allegato il "Contratto di Esercizio tipo", dettagliando contenuti, criteri, regole, dotazione, risorse e quant'altro di utile per favorire una partenza immediata e concreta di tali strutture**
- All'Allegato A, capitolo 2 "ASSISTENZA TERRITORIALE", 2° comma del punto 2.2 "La riorganizzazione delle Cure primarie", **si prevede nel dettaglio la composizione del team multi professionale** delle Medicine di Gruppo Integrate come segue: *"Nel dettaglio le Medicine di Gruppo Integrate sono team multi professionali. costituite da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti. Medici della Continuità Assistenziale. infermieri. collaboratori di studio e assistenti sociali, che...omissis...tanto da limitare la previsione di altre figure professionali. Per ovviare a questo problema si propone di aggiungere un "eccetera" oppure un "e altre figure professionali"*.

CONFRONTO SINDACALE

- Si propone che dei provvedimenti attuati da ogni azienda (Atto aziendale, Piano Triennale, ecc.) sia data informativa, per ogni utile approfondimento, al **Tavolo di confronto permanente regionale** (istituito con dgr n.912 del 18.06.2013), funzionale anche a tenere il monitoraggio del sistema e accompagnare l'attuazione dei provvedimenti. Peraltro, nell'ottica di affrontare nel tempo le questioni relative ai costi standard, agli effetti della riorganizzazione sul sistema privato, alle dotazioni standard, ecc.
- A livello di ogni singola Aulss chiediamo vada favorita la fase di confronto sull'Atto Aziendale che le aziende devono fare entro il 31 luglio, prevedendo l'attivazione immediata, qualora non già avvenuta, **l'attivazione di un tavolo specifico aziendale**. Tavolo che poi può continuare i lavori per affrontare l'iter e i contenuti relativi al Piano Aziendale Triennale che i Direttori Generali devono presentare alla Regione entro 90 giorni dalla deliberazione definitiva sulle schede e che può essere funzionale anche a tenere il monitoraggio del sistema e accompagnare l'attuazione dei provvedimenti a livello locale.

PROFESSIONI

- Si condivide la previsione di operatori **"Case Manager"**, in quanto deve essere pregnante la reale capacità di far sì che le cose si attuino, soprattutto operando per la sinergia di tutte le fasi che riguardano l'integrazione tra settori, aree, servizi, ecc. e lo svolgimento delle attività a livello multidisciplinare. Si chiede di considerarne l'effettiva portata innovatrice e una adeguata presenza di dotazione organica, avente lo scopo di valorizzare certe professionalità a favore del servizio ai cittadini. Non da ultimo, è

fondamentale per far partire il nuovo modello assistenziale per la cronicità la previsione di Infermieri Case Manager e Medici riorganizzati

- Le **Unità Operative Semplici delle Professioni Sanitarie** (o US, come citato in tema nelle schede), **devono afferire unicamente all'Unità Operativa Complessa** in staff alla Direzione Strategica, fermo restando la ovvia collaborazione con le Direzioni Ospedaliere e Territoriali
- La Cisl ritiene di fondamentale importanza la **valorizzazione di nuovi ruoli professionali** sanitari, socio-sanitari e sociali diffusi nel territorio, nelle MGI, ecc., ma anche nelle strutture di ricovero ordinario e intermedio. Allo scopo ritiene di fondamentale importanza il punto che prevede in capo alle Aziende la possibilità di “proporre modalità organizzative e gestionali innovative che siano ritenute migliorative” (terz’ultimo comma del punto 1. “Premessa” alle Linee guida per la predisposizione dell’atto aziendale)

Franca Porto

Segretaria Generale
USR Cisl Veneto

Adolfo Berti

Segretario Generale
FNP Cisl Veneto

Marj Pallaro

Segretario Generale
FP Cisl Veneto

Venezia- Mestre 11 luglio 2013

Il presente documento riassume le argomentazione e le osservazioni esposte alla V Commissione Consiliare della Regione Veneto in occasione dell’incontro consultivo del 4 luglio 2013.