



Convegno

**Il governo dei sistemi socio sanitari regionali:
modelli a confronto e le scelte del Veneto**

Relazione introduttiva di Giulio Fortuni, Segretario USR Cisl Veneto

VENERDÌ 4 DICEMBRE 2015 NOVOTEL ore 9.30- 13.30

VENEZIA – MESTRE

Innanzitutto mi preme porgere un saluto ed un ringraziamento ai nostri ospiti: l'Assessore Luca Coletto ed il prof. Massimo Campedelli.

All'Assessore Luca Coletto vogliamo consegnare le riflessioni che pervengono dai nostri presidi territoriali sulle riforme annunciate.

Lo vogliamo fare rimanendo fuori dal coro delle grida e delle polemiche di questi ultimi mesi, spesso ispirate da una volontà di scontro di parte.

Si è fin troppo esageratamente sparato contro la riforma della governance del SSSR dipingendo scenari foschi e gravidi di incognite, di ospedali chiusi, di cure negate, di centinaia e centinaia di licenziamenti tra il personale sanitario e di tagli nelle prestazioni sociali, tutto causato da una riforma accusata di "cancellare il sociale" e di "uccidere il modello sociosanitario veneto".

A noi invece interessa dire quale è la sanità e qual è il sistema socio-sanitario che vogliamo e che, crediamo, il Veneto si aspetta e si merita.

Siamo consapevoli che il nostro SSSR è tra i migliori d'Italia, come è stato ribadito proprio in questi giorni.

Siamo anche convinti che chiunque metta mano all'attuale sistema sociosanitario regionale deve farlo solo per migliorarlo.

In caso contrario si minerebbe il benessere conquistato (la sanità ne rappresenta l'elemento più significativo) mettendo in crisi uno dei valori fondamentali della nostra comunità regionale: la coesione sociale.

Abbiamo evitato che la crisi economica degenerasse in una crisi delle relazioni sociali e nello scontro sociale, perché tutto sommato siamo riusciti a stare insieme e a tenere alti i valori solidaristici della società veneta.

La Cisl, durante tutta la crisi, ha dato il suo contributo concertando con la Regione azioni per il sostegno del reddito di migliaia di lavoratori, per il contrasto alla povertà, per sostenere l'impresa favorendo innovazione e ricerca, per lo sviluppo.

Abbiamo gestito con cura e attenzione migliaia di crisi aziendali riuscendo a risolverne molte in modo positivo o comunque riducendone al minimo i danni.

Lo abbiamo fatto secondo la nostra cultura e prassi sempre partecipativa, sempre innovativa, mai ideologica e mai antagonista. Tantomeno per procura.

Abbiamo anche suonato la sveglia al governo regionale anche organizzando la grande manifestazione regionale dell'8 ottobre 2011 a Venezia con l'intento di

rimettere tutti i vagoni del treno sui binari ed evitare che la locomotiva deragliasse, portandosi dietro noi tutti.

In quella manifestazione abbiamo sottolineato che in Veneto venivano prima l'equità, il lavoro e lo sviluppo, mettendo così al centro dell'azione sociale e politica i problemi delle famiglie colpite dalla disoccupazione e dalla crescente instabilità del lavoro.

Siamo pronti a farlo ancora oggi se per davvero cadesse in pregiudizio il valore della coesione, se il benessere conquistato venisse negato e, aggiungo, anche se la nostra opinione, quella del più grande sindacato del Veneto, non trovasse il giusto ascolto.

Ma è proprio per le responsabilità che ci siamo sempre assunti e che portiamo nel rappresentare gli interessi del lavoro in Veneto che su questi temi vogliamo mantenere (anzi: rafforzare!) un dialogo costruttivo con la Regione Veneto.

Per questo oggi siamo qui con l'assessore Coletto (ma ci rivolgiamo anche all'assessore Lanzarin a cui non è stato possibile avere la sua presenza) per discutere della riforma del sistema di governance del sistema socio-sanitario veneto.

Il sistema socio-sanitario Veneto, come dicevo prima, è ritenuto fra i migliori in Italia e forse in Europa (nel rapporto Bloomberg l'Italia è terza in classifica al mondo per qualità del sistema sanitario dei paesi Ocse).

Da tempo però è messo a dura prova da una situazione economica che ha scaricato la tenuta del Patto di Stabilità in modo prevalente su pensioni e su sanità con tagli crescenti e pressoché indistinti ai budget dei SSSR.

I diversi governi che si sono succeduti negli ultimi anni per mettere sotto controllo la spesa sanitaria troppo a lungo incontrollata e spesso aggravata da sprechi e ruberie, hanno imposto alle Regioni di rientrare con nei limiti di spesa consentiti attraverso il meccanismo dei costi standard.

La spesa sanitaria pubblica tra il 2009 e il 2014 ha così registrato un aumento medio annuo pari ad appena lo 0,7%, mentre nei cinque anni precedenti alla crisi economica (2003-2008), i livelli di crescita si erano attestati attorno al 6% annuo.

Gli stessi annunciati aumenti di finanziamento con il recente Patto per la Salute, con l'intesa tra Stato e Regioni, sono stati sistematicamente cancellati con manovre legislative immediatamente successive.

I dati del Censis dicono inoltre che la spesa privata per la sanità in Veneto è di 710 euro pro-capite.

Che la misura sia colma lo si capisce dalla riduzione della spesa per i farmaci e le visite specialistiche come conseguenza dalla impossibilità delle famiglie a farvi fronte.

Non di meno è, per criticità, l'erogazione di prestazioni e sussidi sociali da parte dei comuni anch'essi sottoposti ad una forte cura dimagrante .

Che il contesto sia critico e richieda la massima responsabilità dell'intera società veneta lo si comprende anche dalla crescita della povertà relativa ed assoluta delle famiglie che risulta triplicata nella nostra regione rispetto agli anni pre-crisi.



IL CONTESTO: LA SPESA

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|---------|-------|-------|
| Spesa sanitaria totale corrente | | | | | | | | | | | |
| Miliardi di euro | 119,4 | 124,8 | 128,8 | 133,4 | 138,3 | 140,8 | 142,3 | 146,1 | 146,7 | 144,8 | 147,0 |
| In % del PIL | 8,2 | 8,4 | 8,3 | 8,3 | 8,5 | 8,9 | 8,9 | 8,9 | 9,1 | 9,0 | 9,1 |
| Spesa sanitaria pubblica corrente | | | | | | | | | | | |
| Miliardi di euro | 91,2 | 96,8 | 99,6 | 103,8 | 107,1 | 110,2 | 111,3 | 112,8 | 114,0 | 112,8 | 114,1 |
| In % della spesa sanitaria totale | 76,4 | 77,5 | 77,4 | 77,8 | 77,4 | 78,3 | 78,2 | 77,2 | 77,7 | 77,9 | 77,6 |
| In % del PIL | 6,3 | 6,5 | 6,4 | 6,4 | 6,6 | 7,0 | 6,9 | 6,9 | 7,1 | 7,0 | 7,1 |
| In % della spesa per consumi fin. della PA | 14,1 | 14,5 | 14,5 | 14,3 | 14,7 | 14,6 | 14,9 | 14,5 | 14,2 | 14,1 | n.a. |
| Spesa sanitaria delle famiglie | | | | | | | | | | | |
| Miliardi di euro | 28,2 | 28,0 | 29,1 | 29,6 | 31,2 | 30,6 | 31,0 | 33,3 | 32,8 | 31,9 | 33,0 |
| In % della spesa sanitaria totale | 23,6 | 22,5 | 22,6 | 22,2 | 22,6 | 21,7 | 21,8 | 22,8 | 22,3 | 22,1 | 22,4 |
| In % del Pil | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| In % della spesa delle famiglie | 3,3 | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,3 |
| Spesa generale delle famiglie | | | | | | | | | | | |
| Miliardi di euro | 865,3 | 893,1 | 930,1 | 961,5 | 979,7 | 958,7 | 984,2 | 1.014,2 | 1.002,4 | 986,3 | 991,7 |
| In % del PIL | 59,7 | 59,9 | 60,0 | 59,7 | 60,0 | 60,9 | 61,3 | 61,9 | 62,1 | 61,3 | 61,4 |

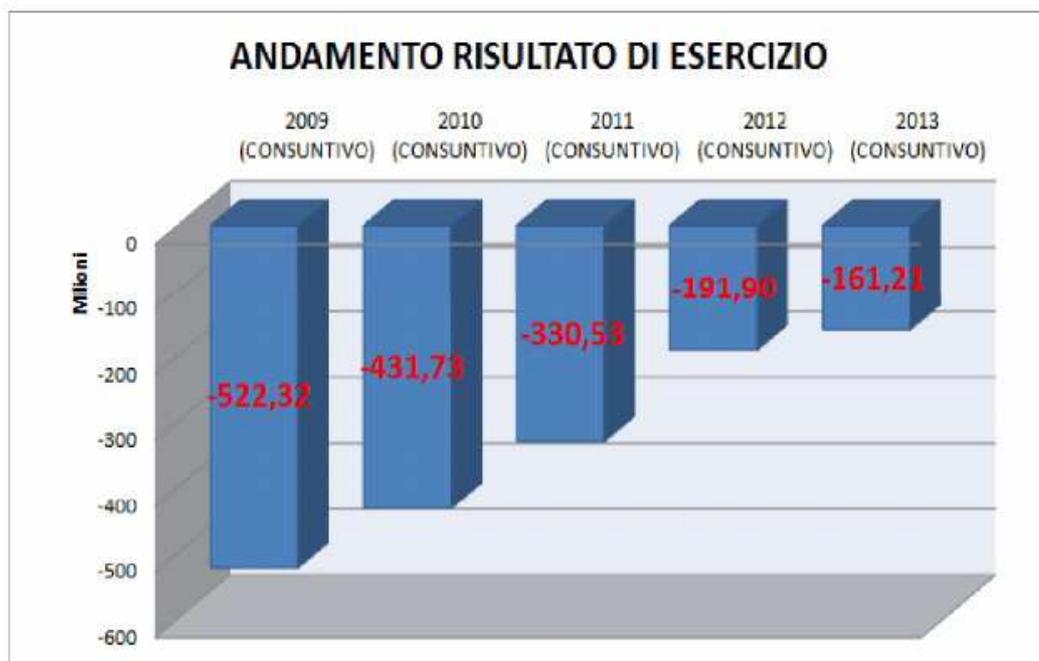
Dal punto finanziario la sanità veneta ha fatto un performance straordinaria. Merito del management? Certamente! (non sempre e non da tutti nello stesso modo).

Ma cosa sarebbe successo senza i sacrifici da parte di (quasi) tutti i soggetti coinvolti: a cominciare dai lavoratori occupati nel sistema, per primi quelli degli appalti e gli operatori delle varie professioni sanitarie.

A questo proposito dobbiamo ribadire e sottolineare che non i problemi della sostenibilità della spesa socio-sanitaria, specie in una regione virtuosa come il Veneto, non si risolvono con il blocco dei rinnovi contrattuali e dei salari.

I fattori che, in questi anni di spending review, hanno mantenuto in piedi l'efficienza del sistema veneto sono stati indubbiamente l'attaccamento al proprio lavoro, la responsabilità e l'identità professionale degli operatori: quegli stessi fattori che hanno fatto grande la sanità veneta .

Con queste certezze e con queste motivazioni abbiamo partecipato, sabato scorso a Roma, alla manifestazione nazionale per il rinnovo dei contratti.





Torniamo sui costi e sulla sostenibilità della Sanità pubblica in Veneto e partiamo da un dato di fatto molto importante: il pareggio di bilancio è cosa fatta.

La maggior parte delle 21 Ulss del Veneto sono in positivo, altre vi sono in prossimità.

Tutto è avvenuto mantenendo la qualità del SSSR e grazie ad una buona governance che è stata anche capace di introdurre significative innovazioni per le quali ci distinguiamo ancora una volta rispetto a molti altri Sistemi Sanitari Regionali.

Ne sono da esempio la dematerializzazione delle impegnative trattate tutte con un percorso digitale, l'implementazione di reti ICT per lo scambio dei dati tra aziende, l'avvio della informatizzazione dei CUP, il fascicolo sanitario elettronico, l'utilizzo h 24 delle tecnologie per le diagnostica, l'accorciamento delle liste d'attesa, il risparmio sui farmaci (- 26% fonte AIFA) migliore in Italia, l'acquisto (ancora insufficiente) di farmaci innovativi, l'ammodernamento di alcuni ospedali e piastre ambulatoriali.

Il Veneto è fra le prime regioni ad adottare, e da tempo, i costi standard, gli acquisti centralizzati sopra una certa soglia (CRAS), ad imporre gli obiettivi di gestione e di bilancio ai Direttori generali, a definire un apposito monitoraggio dei risultati, a creare un sistema di cura che ha ridotto notevolmente i ricoveri (- 9%) e i posti letto (-6%) a favore della continuità di cura nel territorio.

Abbiamo infatti il più basso tasso di ospedalizzazione di tutte le regioni.

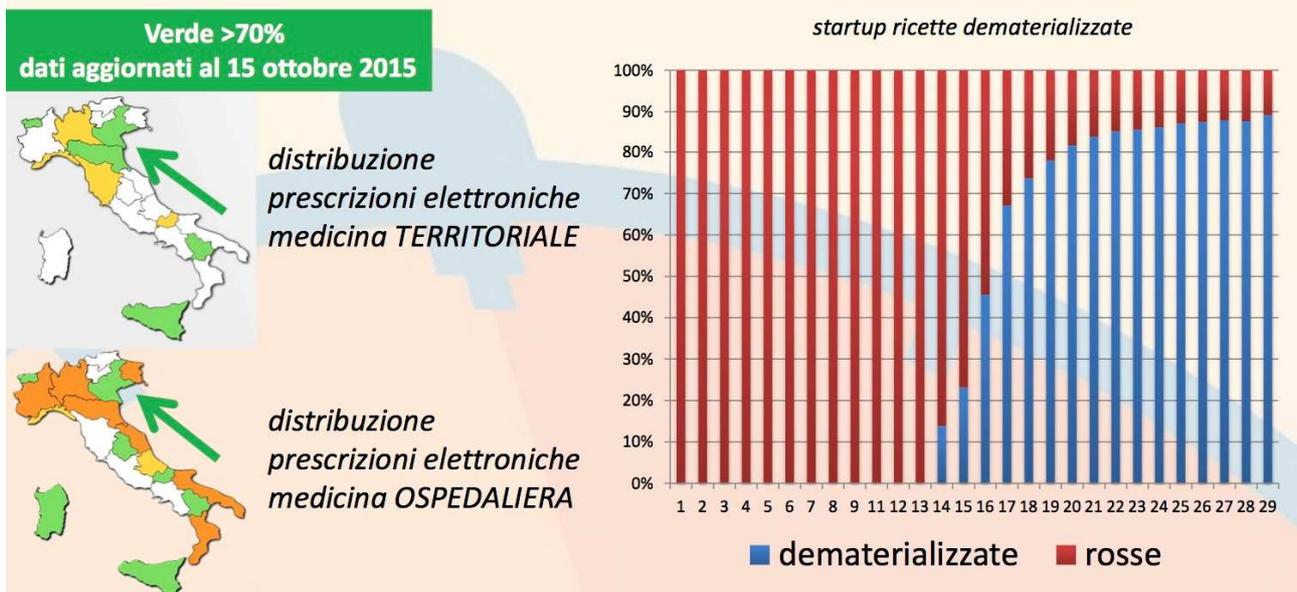
Insomma la nostra, nonostante la cura dimagrante, è ancora oggi quella “buona sanità” che si occupa con successo del benessere di 5 milioni di veneti. E noi ne siamo orgogliosi.



STRUMENTI DI GESTIONE: APPLICAZIONI INFORMATICHE (1)

Al fine di agevolare una analisi della APPROPRIATEZZA sulle prescrizioni, la Regione:

- ha profuso il massimo impegno nella implementazione della RICETTA DEMATERIALIZZATA su tutto il territorio regionale, risultando uno degli attori con l'applicazione più estesa.



(slide presentata al recente convegno delle Regioni dal prof. Dal Vecchio di UNIBocconi per analizzare il grado di adozione delle prescrizioni elettroniche)

PERCHÉ È NECESSARIO RIORGANIZZARE IL SSSR

È però fisiologico attendersi che al prolungarsi del periodo di rigido contenimento dei costi (siamo al settimo anno) le leve disponibili per la razionalizzazione della spesa tendano ad esaurire i loro effetti positivi.

Si rischia quindi di contingentare la risposta ai bisogni crescenti di assistenza o, peggio, di rinunciare alle necessarie innovazioni tecniche più costose a fronte di un livello di finanziamento immutato.

Molti indicatori sui livelli di appropriatezza complessiva del SSN (es. tasso ospedalizzazione per patologie croniche) risultano tra i migliori nei confronti internazionali, quindi si riduce lo spazio per altri significativi miglioramenti.

Anche per queste ragioni nel “patto per la salute” si prevede tra le altre cose la riorganizzazione della governance e molte Regioni hanno già prodotto legislazione ad hoc e percorsi con stati di avanzamento diversi.

A tal proposito sentiremo la comunicazione del nostro amico Massimo Campedelli associato alla Scuola Superiore S. Anna Di Pisa, esperto della materia.

Il suo intervento ci darà molti spunti per il prosieguo del nostro impegno su questo fronte.

LA RIFORMA VENETA, PDL 23

Una prima osservazione sulla riorganizzazione in atto in altre regioni è che ci sembra concentrata più sulla forma della struttura (dimensione Ulss e gerarchia) piuttosto che sul funzionamento e la produzione dei servizi avendo come obiettivo principale il miglior risultato di bilancio piuttosto che la risposta ai crescenti bisogni di cura.

Lo si evince dalle considerazioni contenute nel rapporto OASI 2015 che vi riporto e vi consegno per una lettura completa.

Mi preme sottolinearne la parte centrale:

“1.5 Le reazioni dei policy maker regionali

Nel quadro economico-finanziario presentato, i policy maker regionali sono perfettamente consapevoli che a fronte di risorse stabili e bisogni crescenti debbono riorganizzare i propri servizi sanitari, per cercare di contrastare l'alternativa inevitabile del razionamento dei servizi e la conseguente riduzione dei tassi di copertura quali o quantitativa dei bisogni.

La riorganizzazione è stata lanciata o implementata quasi contestualmente, nello spazio di 12 mesi, da Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Toscana, Veneto, Lazio e Piemonte, per citare le Regioni più rilevanti e con le iniziative di policy più marcate.

Quali tipi di riorganizzazioni si sono decise, potendo distinguere tra innovazioni istituzionali, di strutture organizzative, di geografia dei servizi, di processi erogativi?

Le innovazioni decise sono quasi esclusivamente dei primi due tipi, ovvero quelle di natura “weberiana”, basate sull’ipotesi implicita che una modifica degli assetti istituzionali o delle strutture organizzative possa determinare un’evoluzione virtuosa dei processi produttivi ed erogativi. Deboli o assenti sono state le ultime due tipologie di innovazioni, quelle sulla geografia dei servizi o sulla trasformazione dei processi produttivi.

Nel dettaglio, le trasformazioni istituzionali (cfr. cap. 7 del presente Rapporto) sono state prevalentemente orientate da tre tensioni:

- 1. ri-accorpamento istituzionale tra aziende ospedaliere e aziende USL in un’unica azienda integrata nella speranza che questo possa favorire processi di integrazione tra ospedale e territorio; ciò è previsto in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, nel Lazio con l’accorpamento tra l’ASL Roma E e l’AO S. Filippo Neri; inoltre, con l’istituzione del dipartimento di coordinamento tra aziende ospedaliere e AUSL in Toscana, dove non si è riusciti a realizzare vere e proprie aziende integrate;*
- 2. accorpamento di aziende per ottenere dimensioni rilevanti; è il caso della fusione delle 4 AUSL della Romagna in un’unica azienda con 12.000 dipendenti; in Toscana, della riduzione a 3 AUSL; in Veneto, dell’annunciata riduzione da 21 a 7 ULSS; in Friuli Venezia Giulia, dell’accorpamento tra ASS Isontina e della Bassa Friulana; in Lombardia, della fusione tra AO S. Carlo e AO S. Paolo, tra FBF e Sacco; nel Lazio, delle fusioni tra le ASL della provincia di Roma;*
- 3. creazione di forti agenzie regionali per la centralizzazione degli acquisti: ARCA e agenzia dei controlli per la Lombardia, ESTAV unica in Toscana, Azienda Zero in Veneto, Agenzia per la centralizzazione in Friuli Venezia Giulia, ecc.*

Le modifiche delle strutture organizzative hanno riguardato una significativa riduzione delle strutture organizzative complesse e semplici e correlata diminuzione dei dipartimenti di coordinamento.

A titolo esemplificativo possiamo citare come la Regione Lazio abbia ridotto del 38% le unità operative complesse e la Regione Piemonte di circa il 30%.

Ciò è stato possibile anche grazie all'età media molto avanzata dei dirigenti di struttura complessa che, pensionati o vicini alla quiescenza, semplicemente non sono stati sostituiti; le loro unità operative sono state accorpate ad altre.

Questo profondo e rilevante processo di trasformazione istituzionale e organizzativo ha attraversato quasi tutto il SSN e avrà dei costi di aggiustamento molto alti e prolungati nel tempo, in quanto la messa a regime di un nuovo assetto istituzionale richiede dai 2 ai 4 anni, prima che un'azienda sia di nuovo in grado di concentrare le proprie energie sull'innovazione dei servizi.

Ciò che sorprende è l'assoluta mancanza di riflessione sulle finalità dell'innovazione, l'assenza di ogni studio sulle soluzioni adottate e le alternative possibili, l'inesistenza di valutazioni costo/beneficio di queste trasformazioni istituzionali, la percezione di una sottovalutazione dei tempi e dei costi di ripermetrazione aziendale.

Sicuramente questa ingegneria istituzionale impedirà nel breve periodo di occuparsi della modifica della geografia dei servizi per allinearli il più rapidamente possibile all'epidemiologia emergente.

Allo stesso modo, distrarrà dalla possibilità di investire sulla reingegnerizzazione dei processi produttivi e clinici che devono riorientarsi alla cronicità, all'orizzontalità, alle interdipendenze tra unità operative.

La classica reazione weberiana ha il vantaggio di essere una reazione riorganizzativa apparentemente rapida, che si scrive e legifera in un orizzonte temporale di mesi, che formalmente è comunicabile al mercato politico in modo diretto e con tappe amministrative precisamente scandite e verificabili.

Un approccio alternativo, più interessato al portafoglio e ai contenuti dei servizi, ai processi produttivi ed erogativi, richiede un orizzonte temporale più lungo, uno

sviluppo di nuove competenze e professionalità, l'attivazione di complessi processi di accompagnamento e l'inevitabile registrarsi di qualche fallimento o ritardo attuativo.

In realtà è un processo più veloce e diretto della via weberiana, che, dopo il rapido successo sul mercato politico, richiede anni prima di andare a regime per creare le condizioni di contorno, con le quali si possano poi avviare progettualità significative per l'evoluzione dei servizi e dei processi produttivi.”

La domanda è: ci dobbiamo occupare del contenitore o del contenuto?

La risposta: di tutti e due, ma con giudizio.

Pensiamo che non ci sia un angolo del sistema che non possa essere riorganizzato per migliorare.

Come Cisl siamo dell'idea che la ricetta per una buona sanità, così come l'esperienza veneta ci insegna, non sia quella di fare una riforma ogni tanto ma stia in un processo di continua innovazione e miglioramento in tutti gli aspetti del sistema.

Un processo quindi di “Open Innovation” su professioni, lavoro, aziende, organizzazioni, spese, ospedali, cure primarie, prevenzione e così via.

Vale per la sanità ciò che vale per la nostra economia: tutti i fattori devono avere un continuo miglioramento.

In questo caso non dobbiamo mai dimenticarci che abbiamo a che fare con materia viva: la fabbrica del benessere della nostra società.

Anche per questo motivo un sindacato confederale com'è la CISL pretende di essere della partita, pur sapendo tutte le difficoltà ed il carico di responsabilità che questa posizione comporta.

A partire dal fatto che il primo nostro compito è quello di saper individuare e sostenere quel punto di incontro e di equilibrio che permette di tenere insieme i bisogni sociosanitari espressi dalla cittadinanza attiva e dai nostri pensionati con la rappresentanza generale dei lavoratori e specifica dei lavoratori della sanità e dei servizi socio-sanitari.

Per questo riteniamo di poter dare un concreto contributo positivo alle scelte della Regione, come anche nelle Conferenze dei Sindaci sui Piani di Zona, e ciò è possibile se si consolida una interlocuzione privilegiata e continuativa.

Il Pdl 23 prevede fundamentalmente due misure chiave: Azienda Zero e passaggio a 7 Ulss (oggi sono 21) con una diversa distribuzione di poteri.

Dato per scontato che la sostenibilità economica sarà ancora incerta e le ristrettezze ancora presenti visto che quest'anno la Sanità veneta subisce un abbattimento di 200 milioni di euro rispetto a quanto stabilito nel Patto per la Salute, condividiamo la necessità di attuare misure di riforma della governance anche in Veneto.

Misure che potrebbero recuperare ancora un qualche margine di riduzione dei costi.

L'importante è che le economie ottenute siano re-investite in ulteriori miglioramenti della performance complessiva del sistema visto che si è raggiunto l'equilibrio di bilancio.

Pur non appassionandoci alla roulette dei numeri di Ulss da adottare pensiamo che il governo del SSSR nel territorio sia contemperabile attorno alla cifra media nazionale abitanti che si legge nella tabella sottostante.

Tabella 3.1 **Numero di ASL e AO e dimensioni medie**

| Regione | ASL | | | | | | | | AO | | | | | | |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|------------------------|--|---------------------------------------|---|----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|---|
| | Numero ante 502/92 | Numero al 31/12/95 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/14 | Numero al 30/06/2015 | Popolazione media 2015 | N. presidi a gestione diretta 2014 (*) | N. medio presidi a gest. Diretta 2014 | Numero stabilimenti a gestione diretta 2014 | N. Medio stabilimenti 2014 | Numero al 31/12/1995 | Numero al 30/06/01 | Numero al 30/06/14 | Numero al 30/06/15 (**) | Numero stabilimenti a gestione diretta 2014 |
| Piemonte | 63 | 22 | 22 | 13 | 13 | 340.344 | 22 | 1,7 | 47 | 3,6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 15 |
| Valle d'Aosta | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 128.298 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | - | - | - | - | - |
| Lombardia | 84 | 44 | 15 | 15 | 15 | 666.841 | 1 | 0,1 | 2 | 0,1 | 16 | 27 | 29 | 29 | 97 |
| PA Bolzano | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 518.518 | 7 | 7,0 | 7 | 7,0 | - | - | - | - | - |
| PA Trento | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 537.416 | 7 | 7,0 | 10 | 10,0 | - | - | - | - | - |
| Veneto | 36 | 22 | 21 | 21 | 21 | 234.647 | 21 | 1,0 | 54 | 2,6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Friuli VG | 12 | 6 | 6 | 6 | 5 | 245.424 | 8 | 1,6 | 9 | 1,8 | 3 | 3 | 3 | 2 | 7 |
| Liguria | 20 | 5 | 5 | 5 | 5 | 316.653 | 6 | 1,2 | 18 | 3,6 | 3 | 3 | - | - | - |
| Emilia Romagna | 41 | 13 | 13 | 8 | 8 | 556.314 | 20 | 2,5 | 49 | 6,1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Toscana | 40 | 12 | 12 | 12 | 12 | 312.721 | 31 | 2,6 | 43 | 3,6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Umbria | 12 | 5 | 4 | 2 | 2 | 447.381 | 8 | 4,0 | 18 | 9,0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Marche | 24 | 13 | 13 | 1 | 1 | 1.550.796 | 5 | 5,0 | 26 | 26,0 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 |
| Lazio | 51 | 12 | 12 | 12 | 12 | 491.035 | 35 | 2,9 | 46 | 3,8 | 3 | 3 | 5 | 4 | 7 |
| Abruzzo | 15 | 6 | 6 | 4 | 4 | 332.894 | 18 | 4,5 | 18 | 4,5 | - | - | - | - | - |
| Molise | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 313.348 | 3 | 3,0 | 6 | 6,0 | - | - | - | - | - |
| Campania | 61 | 13 | 13 | 7 | 7 | 837.361 | 32 | 4,6 | 45 | 6,4 | 7 | 8 | 7 | 7 | 15 |
| Puglia | 55 | 12 | 12 | 6 | 6 | 681.684 | 25 | 4,2 | 25 | 4,2 | 4 | 6 | 2 | 1 | 1 |
| Basilicata | 7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 288.310 | 7 | 3,5 | 11 | 5,5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Calabria | 31 | 11 | 11 | 5 | 5 | 395.326 | 17 | 3,4 | 19 | 3,8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 8 |
| Sicilia | 62 | 9 | 9 | 9 | 9 | 565.787 | 52 | 5,8 | 52 | 5,8 | 16 | 17 | 5 | 5 | 11 |
| Sardegna | 22 | 8 | 8 | 8 | 8 | 207.911 | 25 | 3,1 | 25 | 3,1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ITALIA | 659 | 228 | 197 | 140 | 139 | 437.379 | 351 | 2,5 | 531 | 3,8 | 81 | 97 | 78 | 75 | 184 |

* Si considerano i presidi a gestione diretta ASL e le strutture interne (stabilimenti) individuati dall'Indirizzario del Ministero della Salute aggiornato al 1° gennaio 2014. Non sono inclusi nel computo, per una scelta metodologica di continuità rispetto ai precedenti Rapporti OASI, i presidi a gestione diretta delle AO lombarde. Per i presidi si utilizza la definizione ministeriale, che include in un unico presidio gli stabilimenti funzionalmente accorpati (ex art. 4 c. 9 D.Lgs 502/92).

** Per AO si intende la somma della Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Non sono, invece, incluse le Aziende Ospedaliere - Universitarie integrate con l'SSN (ex Policlinici).

Fonti: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Elenchi ASL e strutture di ricovero 2014- c.d «Indirizzario»), Schede Regionali 2015.

Pur considerando bassa la media attuale di 236.000 abitanti per Ulss, sappiamo anche che quelle che amministrano quantità ben più numerose di utenti (come Padova con 480.000 persone, Verona con 470.000 e Treviso con 420.000) non hanno quasi mai prodotto buoni risultati di bilanci.



La distribuzione è eterogenea: 13 aziende sanitarie su 24 sono in utile.

Per questa ragione riteniamo che la dimensione ottimale sia quella che garantisce il miglior servizio e che a fronte di una ottimizzazione dei costi non solo raggiunga l'equilibrio di bilancio ma garantisca - in sinergia con le altre Ulss - la capacità di investimenti in innovazioni in via prioritaria su: farmaci innovativi, dispositivi medici, grandi tecnologie sanitarie, sistemi informativi, immobili.

Ne vogliamo parlare?

Vorremmo per esempio conoscere come si intende sfruttare le potenzialità delle fusioni tra Ulss, se c'è fin dall'inizio un master-plan del processo di cambiamento, quali sono i risultati attesi e se, fermo restando l'erogazione dei LEA, viene garantita o meno (costituzione art.37) l'universalità dei servizi.

L'Azienda Zero poi, data la cronica carenza di finanziamenti (a bilancio le risorse previste per il 2016 ammontano a 8.286,5 milioni di euro, in lieve calo rispetto all'anno precedente), non la si può archiviare al grido di "occhio al nuovo Mose".

Ma non si può neppure fare spallucce alla opportunità che rappresenta, quella appunto di assumere in un solo centro operativo molte funzioni assegnate alle Ulss a partire dalla funzione acquisti che potrebbe produrre ulteriori economie.

In altre regioni è stata chiamata holding.

Una operazione seria di service operativo che sia privo di poteri gerarchici sulle altre Ulss, ma con funzioni di coordinamento delle innovazioni, di centrale per gli appalti e gli acquisti di beni, che studi l'innovazione possibile, che funga da supporto alle Ulss e alle aziende ospedaliere, che monitora i risultati e faccia i piani di prevenzione, senza sovrapposizioni di sorta, rappresenta sicuramente una opportunità da percorrere.

A tal proposito valgono le nostre osservazioni che abbiamo inviato alla Quinta Commissione Consiliare per l'audizione sul PDL 23.

OSSERVAZIONI CISL SU PDL 23/2015

AZIENDA ZERO: mission, competenze, funzioni

Fin dall'inizio è importante definire con molta chiarezza la "mission" dell'Azienda Zero e di come si bilancia l'insieme del "Sistema Socio Sanitario Regionale" in modo ordinato ed efficiente.

Motivo per cui devono essere definiti chiaramente gli "ambiti di competenza" ("funzioni") tra l'Azienda Zero e l'Area Socio Sanitaria e in particolare vanno "dettagliate le funzioni e i compiti" di questi soggetti, dando chiarezza di ruolo sia verso la struttura interna sia verso l'esterno (utenza, comuni, fornitori di beni e servizi, associazioni di rappresentanza ecc.).

Riteniamo che la programmazione sanitaria e socio-sanitaria debba rimanere di competenza politica in ambito regionale (Consiglio e Giunta) con il supporto tecnico dell'A.Zero.

Conseguentemente, per l'attuazione della programmazione e per le funzioni di Coordinamento e di Governance vanno meglio suddivisi i compiti tra: quelli già stabiliti in capo all'A.Zero, quelli fatti a supporto del sistema delle altre AULss ed altri enti del SSSR e quelli di esclusiva competenza delle altre AULss. Riteniamo che la programmazione sanitaria e socio-sanitaria debba rimanere di competenza politica in modo tale da evitare possibili rischi di conflitti o sovrapposizioni.

Relativamente agli Organi, dato il forte concentrazione di competenze e poteri attribuiti dal pdl 23 in via esclusiva all'A.Zero ci sembra opportuno prevedere in aggiunta a quelle già previsti un'entità collegiale (almeno consultiva) composta da

presidenti delle conferenze dei sindaci, esperti di sanità, o altri membri nominati dal consiglio regionale.

Riteniamo che su questi temi (per gli effetti sul sistema e per le ricadute organizzative ed operative) debba essere aperto un Tavolo di concertazione tra la Regione e le OO.SS. confederali e di categoria che accompagni la riforma con una larga condivisione e la dovuta gradualità tenuto conto che, nell'incrocio tra la costituzione dell'A.Zero e la riduzione del numero delle A.Ulss probabilmente dovrà essere rivisitato il sistema di individuazione delle strutture hub e spoke, nonché di riferimento regionale, delle Unità Operative Complesse e dei regolamenti di organizzazione e di funzionamento (oltre che aggiornare le dotazioni organiche).

Infine, la consultazione con le OO.SS. sull'Atto aziendale, che determina l'organizzazione degli uffici e delle funzioni (compito in capo al Direttore Generale che deve redigere tale documento entro 30 gg dalla nomina) nel caso dell'A.Zero, in attesa una nuova rappresentanza sindacale unitaria, potrebbe essere, in prima istanza, individuata nelle OO.SS regionali di categoria.

A tal proposito riteniamo sia compito del tavolo di concertazione trovare le migliori soluzioni operative per evitare impasse che blocchino la riorganizzazione proposta nel pdl.

LE NUOVE A.ULSS

La CISL ritiene che ogni operazione di riorganizzazione delle A.Ulss debba garantire ed incrementare il valore aggiunto dato dall'integrazione di sanità e sociale, scelta operata fin dagli anni '80, (e questo che è stata da tutti riconosciuto come un elemento di assoluta qualità del sistema veneto).

Condividendo che il numero delle A.Ulss può essere rivisto al ribasso, una riflessione va, quindi, fatta sulla nuova estensione provinciale proposta e sugli effetti negativi che potrebbe determinare in alcune aggregazioni (data l'enorme dimensione tra gli 800 e 980 mila abitanti in contrasto con quanto previsto dal piano socio-sanitario veneto che stabiliva l'ottimale dimensione collocata su di un bacino omogeneo di 200 e 300 mila abitanti). In particolar modo per quanto riguarda la gestione del territorio, ribadiamo/riteniamo che l'organizzazione distrettuale vada dimensionata per bacini corrispondenti quantomeno all'ambito delle precedenti A.Ulss e comunque coerenti con una reale sostenibilità gestionale dei servizi nel territorio, soprattutto quelli sociali che potrebbero subire un forte ridimensionamento.

Riteniamo pertanto doveroso ogni approfondimento utile a verificare la sostenibilità della proposta che prevede ambiti A.Ulss che comprendono tutto il territorio provinciale relativamente: all'erogazione complessiva dei servizi; alla gestione delle attività, sia dal punto di vista organizzativo che operativo; al coinvolgimento e alla

partecipazione del sistema dei Comuni; all'integrazione "Ospedale-Territorio" e "Sanità-Sociale".

In materia di contabilità per le nuove A.Ulss devono essere esplicitate le regole che andranno a definire la distribuzione e la gestione delle risorse economiche tenuto conto, in particolare, delle attuali risultanze di alcuni bilanci consultivi strutturalmente in deficit che non devono essere ridistribuiti o coperti da chi ha conseguito delle buone performance.

Da attenzionare come le nuove A.Ulss potranno garantire i contenuti dell'attuale Piano socio-sanitario regionale (Pssr) nella fase di attuazione della riorganizzazione ospedaliera e territoriale: dalla razionalizzazione dei posti letto, all'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Centrali Operative Territoriali (COT), Ospedali di Comunità (OdC), ecc.; a tal proposito si ribadisce che per la formulazione e la condivisione preventiva con le OO.SS. degli atti aziendali e dei regolamenti funzionali delle nuove A.Ulss si dovrà attuare lo stesso iter attualmente in essere, compreso il visto di congruità regionale. Si dovrà, inoltre, prestare particolare attenzione alla qualità del management e alle figure di comando, gestione e integrazione.

Per la Cisl è fondamentale puntare a mantenere e migliorare la qualità, la garanzia, la diffusione, l'omogeneità e l'universalità dei servizi, anche reinvestendo a tal fine i risparmi che sembra generare, almeno in prospettiva, l'intera riorganizzazione.

Da valutare la dimensione ottimale anche per tutto ciò che compete ai Piani di zona, considerando la fattibilità nel territorio della gestione dei servizi e delle relazioni con i diversi soggetti interlocutori (terzo settore, associazioni, volontariato, parti sociali, ecc....), l'esercizio dei rispettivi loro ruoli e la fruibilità di efficaci luoghi di partecipazione delle parti sociali e delle comunità, in modo tale da non aumentare le difficoltà operative e di coordinamento delle funzioni integrate nel territorio e di interazione coi soggetti erogatori. Altresì, da valutare la dimensione sostenibile per cui i Sindaci, attraverso le Conferenze dei Sindaci delle A.Ulss, possano esercitare le funzioni di indirizzo e valutazione per tutto l'ambito di competenza, sapendo che già oggi ci sono rapporti da qualificare e da migliorare.

Al fine di favorire una più ampia condivisione e socializzazione sulla realizzazione di quanto previsto, si ritiene necessario prevedere un gruppo di lavoro o cabina di regia (composto anche da referenti specifici di territorio...) che semestralmente verifichi lo stato di attuazione effettuando monitoraggi sui dati a disposizione.

PERSONALE

Partendo dal presupposto che il personale che eroga i servizi socio-sanitari nella nostra regione è un capitale di professionalità e competenza da tutelare e valorizzare al quale va dato il grande merito di aver contribuito in massima parte alla qualità del nostro sistema e dando per assodato che dalla riorganizzazione non vi saranno esuberanti, deve già essere previsto nella legge che, attraverso un apposito accordo regionale, definito con le OO.SS di categoria, si regolamenterà tutta la gestione del personale interessato dalla riforma sia per le nuove acquisizioni, che nel caso di mobilità e trasferimenti.

SERVIZIO ISPETTIVO DELLA SANITA'

Riteniamo che debbano essere sentite le OO.SS. prima della redazione del Regolamento (da approvare nei 45 gg successivi alla pubblicazione sul Bur della legge reg.) che disciplina l'organizzazione di tale Servizio e le modalità di esercizio delle funzioni di competenza.

ARPAV

Riteniamo, altresì, utile, in questa fase valutare l'opportunità di inserire in via definitiva l'ARPAV all'interno del sistema sanitario al fine di rendere omogenee le norme e chiare le responsabilità.

FUNZIONI IN MATERIA DI SERVIZI SOCIALI nelle nuove A.ULSS

La riduzione delle AULSS comporterà la messa assieme di realtà che oggi delegano interamente i servizi sociali con realtà che non lo fanno affatto. Gli effetti che si vogliono ottenere su questo versante devono essere prefissati a monte, pena il rischio che si perda ciò che di buono è finora stato realizzato nelle diverse comunità territoriali.

Per la storia che ha la nostra regione in materia di Servizi Sociali, si valuta negativamente l'abolizione del Direttore Sociale e si chiede di ripristinare le funzioni di tale figura in quanto appare poco convincente e priva di poteri e competenze la nuova figura del Coordinatore dei servizi Sociali che deve coadiuvare il Direttore sanitario.

Diverso è, piuttosto, prevedere una figura che traguardi i vecchi confini tra la sanità e il sociale verso un processo di presa in carico della persona nella continuità assistenziale. Percorso che sarebbe da sviluppare ulteriormente prevedendo l'integrazione anche del sistema Ipab.

Sulla riqualificazione e rafforzamento dei servizi, in primis territoriali e domiciliari, può infatti senz'altro rientrare anche il sistema delle "Ipab", sia per l'attività di

carattere pubblico svolta finora, sia per una nuova configurazione che crediamo possa nascere da un loro rinnovato forte coinvolgimento nel nuovo contesto di welfare moderno.

A tal proposito, in considerazione del fatto che è in fase di discussione un specifico progetto di legge anche per queste strutture (pdl 25), si potrebbe fin da subito approfondire la possibilità di inserire punti di convergenza per una riorganizzazione territorio che valorizzi l'intero sistema

REGOLARE E INTEGRARE I CONSUMI SANITARI PRIVATI NEL SSN

Il piglio riformatore dei policy-maker dovrebbe dedicare una particolare attenzione ai cambiamenti in atto in ordine alla spesa privata per la sanità.

Le mutue, i fondi sanitari sono una realtà in crescita che alimentano circuiti economici del settore sanitario non sostenuti da risorse pubbliche e trainati, in misura prevalente, da scelte individuali e da meccanismi di mercato che condizioneranno in futuro il servizio sanitario italiano.

I policy maker e il management del SSN tendono da sempre a sottovalutare i “consumi sanitari privati” come possibile risorsa per una risposta ai bisogni collettivi. Ad esempio, il 40% delle visite specialistiche sono *out of pocket*: un mercato che spesso è totalmente scollegato dai percorsi dei pazienti che si trovano, quindi, ad auto-organizzarsi.

Bisogna innanzitutto uscire dalla retorica politica e riconoscere il ruolo effettivo che i consumi sanitari privati hanno nel rispondere ai bisogni di salute.

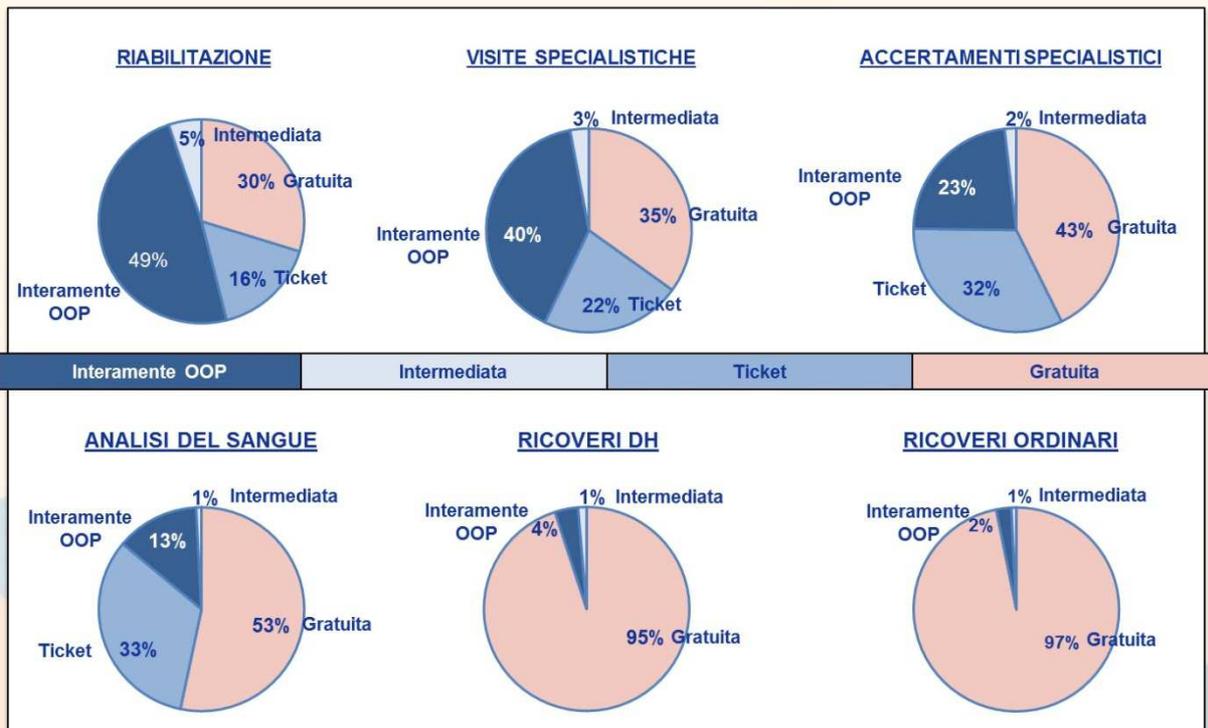
Grazie alla contrattazione sindacale degli ultimi anni il welfare integrativo aziendale, settoriale e di comunità si sta espandendo in tutto il paese ed interviene in chiave di sussidiarietà stabile e duratura soprattutto ad integrazione della spesa privata in sanità.

Nella nostra regione abbiamo esempi di eccellenza in alcune grandi aziende (Luxottica, Benetton ecc.) ed in alcuni settori (bancario, chimico, meccanico ecc.), mentre in quelli del commercio, agricoltura, edilizia, artigianato, oltre ad utilizzare il proprio fondo sanitario, contano su un forte sistema bilaterale-mutualistico che eroga tra l'altro notevoli prestazioni sanitarie in forma sussidiaria ed integrativa.

In Veneto si spendono circa € 3,5 Mdi di quei 33 Md della spesa sanitaria out-of-pocket Italiana, della cui ripartizione a titolo esemplificativo diamo evidenza con la tabella sotto-riportata. (prof. Del Vecchio, Unibocconi MI)



UN QUADRO DI INSIEME



Concludiamo sostenendo che l'approccio riformatore del management sanitario, non può continuare ad interessarsi più al portafoglio che alla maggior fruibilità dei servizi, deve migliorare i processi produttivi ed erogativi, deve occuparsi dello sviluppo di nuove competenze e professionalità capaci di innovare, altrimenti rischia di non capire e non cogliere l'opportunità gli si sta presentando.

Infatti chi meglio della sanità pubblica può diventare il fornitore ideale se non esclusivo dei fondi sanitari?

Certo bisognerà rivedere ed estendere la regolamentazione di interi comparti, odontoiatria, estetica, specialistiche (le maggiori prestazioni gestite da assicurazioni e fondi sanitari integrativi) per garantire standard e qualità accettabili e trasparenza, agendo sui processi di autorizzazione, sui tariffari e sulle tutele per i pazienti (pazienti-consumatori).

È necessario agire secondo logiche organizzative diverse e con adeguate competenze professionali, che oggi mancano alle aziende sanitarie pubbliche, per essere produttori attivi ed efficaci di offerta di servizi sanitari per il settore dei consumi privati.

A tutela dei pazienti, va regolamentata la evidenza delle prestazioni sanitarie acquisite privatamente, censendole nel fascicolo sanitario elettronico per evitare gap informativi sul percorso sanitario complessivo del paziente.

Con il consenso del paziente stesso, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate nei sistemi informativi del SSSR (anagrafe unica elettronica).

La sanità veneta su questo campo c'è la può fare, e la Cisl, che come gli altri sindacati e le associazioni d'impresa è direttamente coinvolta nella gestione dei fondi sanitari, sarà un vostro alleato: conviene ai nostri tutelati; conviene al sistema socio-sanitario Veneto.

Parliamone e apriamo subito un confronto in assessorato!

STATO DI APPLICAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO E SUSSIDIARIETÀ

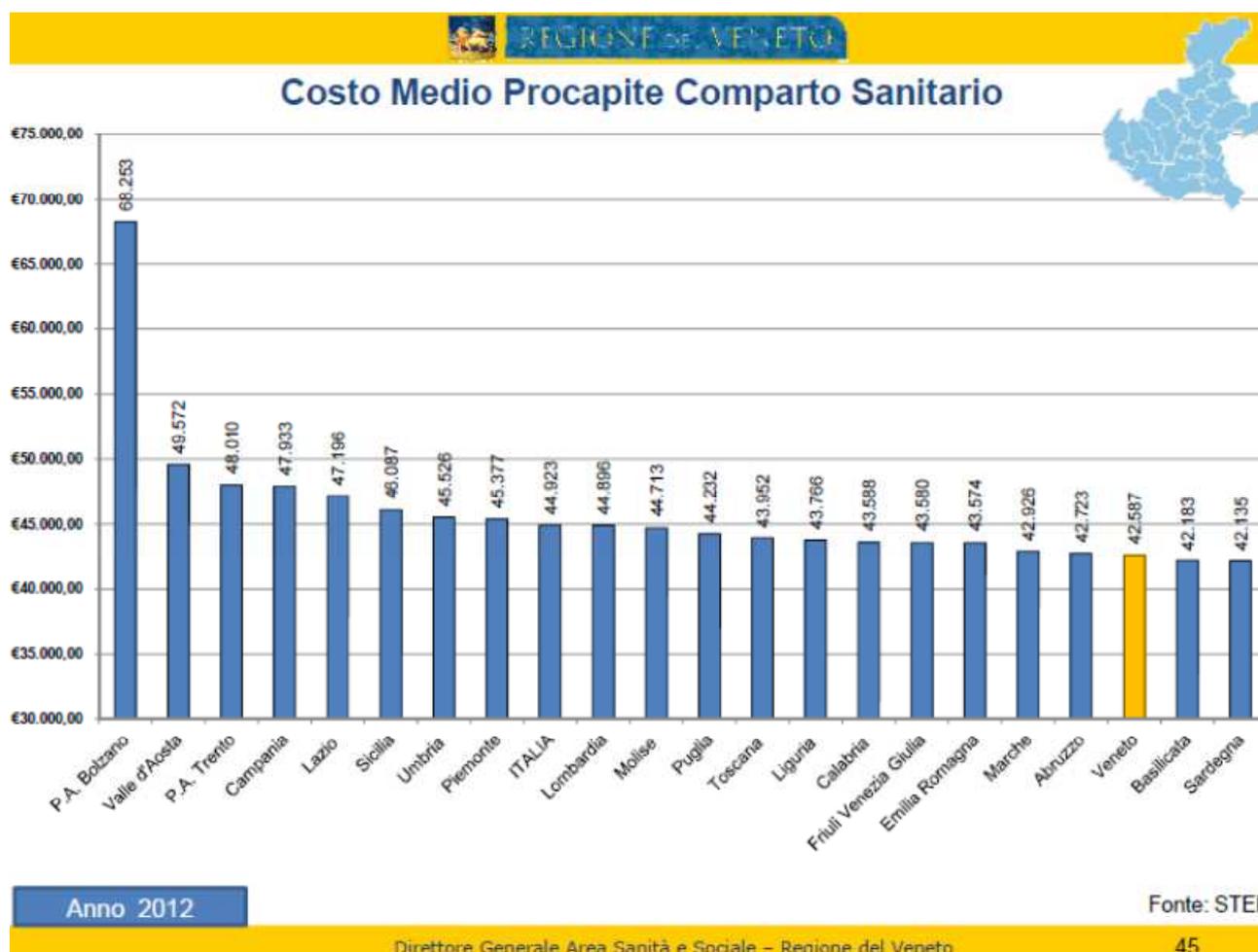
Concluso il match romano sui finanziamenti 2015 con un sostanziale pareggio assegnati 8.866 mli – 0.35% rispetto al 2014.

È comunque uno schiaffo al comparto sanitario Veneto.

Proprio in questi giorni la sanità del Veneto ottiene un risultato esaltante la miglior valutazione (appropriatezza) su 38 parametri tanto da rappresentare il benchmark per i sistemi sanitari dell'intero paese.

La festa sarebbe più bella se accanto all'orgoglio di appartenere a questa grande e prestigiosa macchina della salute si potesse contare su qualche soldino in più, per il personale sanitario, per medici e per i lavoratori dei servizi in appalto.

Peccato perché il merito di tanto successo va proprio ascritto a loro e sono fra i meno pagati in Italia. Vedi tabella.



Saremo tutti più sereni se dappertutto il piano sociosanitario fosse applicato, se tutte le previsioni rispettate ma non è ancora così, infatti la contrattazione sociale di prossimità che le Cisl territoriali e la nostra Federazione dei pensionati svolgono quotidianamente nel territorio mette in luce una sempre più le carenze esistenti.

Pensiamo innanzitutto che vada realizzato l'osservatorio per una verifica costante dell'implementazione del PRSS anche dal punto di vista sociale.

Il piano infatti prevede un sistema di Osservatori, strumenti indispensabili al cruscotto di governo, è composto da tre strutture di monitoraggio, che devono assicurare il miglioramento dell'efficienza gestionale delle singole Aziende Sanitarie e per consentire il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità del SSSR.

Queste strutture concorreranno all'estensione di comportamenti virtuosi relativamente alla gestione delle tariffe ed alla gestione degli acquisti nel loro complesso. Vorremmo che l'osservatorio mettesse in luce il delta tra il le previsioni dei piani di zona e le relative realizzazioni.

A tal proposito riportiamo una delle richieste standard della contrattazione sociale che si svolge nel territorio (UST CISL di Treviso-FNP)

Pensiamo vada meglio realizzato l'integrazione tra il servizio ospedaliero e i servizi del territorio, in particolare:

- *per la realizzazione delle forme associative dei medici di base e la loro integrazione professionale attraverso la realizzazione dell'AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) per garantire il conseguimento degli obiettivi di assistenza;*
- *il funzionamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) che ha l'obiettivo di supportare e coordinare la "presa in carico" accompagnando il cittadino nel complesso percorso assistenziale e agendo come luogo di riferimento per l'integrazione sociosanitaria;*
- *l'attuazione degli ospedali di comunità e la trasformazione delle Case di Riposo in "Centri servizi".*

E' opportuno promuovere, attraverso la valorizzazione dei rapporti tra le parti sociali e le istituzioni (ULSS e conferenze dei sindaci) l'informazione nei confronti dei cittadini e incoraggiare la loro attiva partecipazione. Inoltre Vi chiediamo i dati dei "Piani di Zona" per conoscere l'ammontare della spesa sociale con la relativa suddivisione

degli interventi socio-sanitari e assistenziali. Questo ci permette di verificare e monitorare le quantità dei contributi comunali trasferiti alle ULSS e quelli gestiti direttamente dai Comuni o dati in appalto alla cooperazione sociale. I dati permettono così il censimento delle prestazioni sociali con le relative modalità e i criteri di accesso ed hanno come obiettivo definire standard qualitativi omogenei specifici di ciascuna Ulss.

Riassumendo riteniamo che il PSSR del Veneto sia di ottima fattura, la sua stesura è avvenuta con una forte pratica partecipativa a cui la CISL del Veneto ha fortemente contribuito, rappresenta per noi il baricentro della nostra azione sul materia sociosanitaria.

Pensiamo anche che si possa attribuire al PSSR gran parte del successo delle performance della sanità in Veneto per questo riteniamo vada applicato interamente ed in tal senso che la CISL del Veneto in tutte le sue articolazioni si sta adoperando.

Anche su questo tema vorremmo confrontarci con l'assessorato e trovare soluzioni condivise per l'applicazione integrale del piano in tutti i territori.

IL PROGETTO DI LEGGE 25

Da tempo aspettiamo una legge che disciplini la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e le aziende pubbliche e delle persone giuridiche di diritto privato di servizi alla persona.

Ciò non toglie che è opportuno procedere in maniera non affrettata o superficiale per il ruolo fondamentale che queste strutture hanno nel tessuto socio-sanitario della nostra regione.

Anche perché la crisi economica ha acuito il problema della sostenibilità economica di questi enti e le famiglie fanno sempre più fatica a sostenere i costi delle rette optando quanto più possibile per il mantenimento in famiglia dell'anziano e ricorrendo a queste strutture solo quando l'assistenza diventa così "impegnativa" da risultare insostenibile.

Ciò comporta che molte IPAB si ritrovano con letti cosiddetti "freddi" che non concorrono a coprire i costi fissi e ospiti sempre più bisognosi di una assistenza continuativa e qualificata che necessiterebbe invece di maggiori investimenti sulla qualità e quantità del personale.

Al contrario, invece, la necessità di contenere i costi sta portando il sistema a concentrarsi quasi esclusivamente sui costi del personale, portando alle esternalizzazioni "selvagge" che conosciamo (v. gare di appalto e/o affidamenti di servizi secondo il criterio del massimo ribasso, peraltro da noi contrastato anche attraverso specifici protocolli sia con la regione che con le Centrali Cooperative) o all'avvio di procedure per la trasformazione in fondazioni.

Quando si tratta di servizi come quelli che vengono erogati da questi enti è importante ricordare che sono le persone e le condizioni in cui operano a fare la differenza. Stiamo parlando di assistenza diretta a ospiti molto fragili, è un tipo di assistenza che deve saper rispondere agli impegnativi bisogni fisici e psicologici con particolare sensibilità e abnegazione.

E' responsabilità di chi organizza e gestisce le strutture mettere i lavoratori nella condizione di poterlo fare ma non ci sembra che ad oggi ci sia questa attenzione e non ci riferiamo solo ai casi eclatanti portati alla ribalta dai media (da Ficarolo a Vicenza).

E' prassi diffusa oggi cercare il contratto di lavoro sempre più conveniente dal punto di vista economico e quando questo non è sufficiente si trovano forme sostitutive come il contratto di "volontariato" che in realtà è molto più vicino a un nuovo modello di schiavitù che a un contratto di lavoro.

Il pdl 25 prevede l'opportunità di effettuare un duplice percorso: le IPAB possono privatizzarsi e diventare quindi fondazioni/associazioni di diritto privato, oppure possono trasformarsi in Aziende pubbliche di servizi alla persona, denominate APSP, tenute a svolgere servizi socio-sanitari nell'ambito della rete dei servizi sociali della Regione del Veneto e del ruolo rafforzato dal piano Socio Sanitario, quali Centri di Servizio. Tale trasformazione garantisce alle ex IPAB di concorrere alla programmazione della rete dei servizi e dell'approvazione dei piani di zona.

La trasformazione in APSP è esclusa, tra l'altro, quando i posti letto autorizzati sono inferiori a 120.

Due progetti di Legge, il 23 e il 25, entrambi hanno come contenuto l'assistenza e le stesse figure professionali che la erogano, entrambi nascono dalla necessità di meglio rispondere ai nuovi bisogni in una fase di risorse "finite"; entrambi vedono coinvolti il territorio con i loro rappresentanti (sindaci); entrambi toccano in profondità il contesto comunitario.

Non è questa l'occasione per fare un salto di qualità? Perché non integrare davvero il sistema?

Nel progetto di legge sulla trasformazione delle IPAB, per ottenere delle economie di scala, si prevede che in APSP si possano trasformare solo le strutture con almeno 120 posti letto e ciò anche attraverso l'aggregazione di più strutture.

E' normale supporre che il progetto di riorganizzazione delle sanità veneta si fondi sulla convinzione che le attuali Aziende siano troppo piccole e ciò renda necessario un loro accorpamento a livello provinciale con l'aggiunta di una gestione a livello regionale di gare e di alcuni servizi amministrativi economicamente non sostenibili a livello provinciale.

Se riteniamo insufficienti dal punto di vista della razionalizzazione delle risorse le "dimensioni" delle attuali A.ULSS perché non abbiamo più coraggio relativamente alle "dimensioni" delle APSP.

Sono sufficienti 120 posti letto per permettere una vera assistenza di qualità sostenibile economicamente?

E i costi fissi delle attuali IPAB derivanti dai servizi amministrativi e di supporto (ufficio personale, economato, tecnico, ecc.) sono giustificati?

E le gare necessarie per gli approvvigionamenti (i beni e i servizi sono gli stessi che servono alle A.ULSS) è ancora sostenibile vengano replicate in ogni Ente?

Ci sono le professionalità per farle in modo corretto e se sì, quanto costa al sistema per formarle?

Chi e come gestisce le procedure concorsuali per assumere il personale?

Come vengono affidati i servizi alle varie cooperative e/o alle Agenzie di somministrazione di lavoro?

Chi controlla e con quali strumenti?

Perché non approfittare dell'opportunità offerta da queste riorganizzazioni per far diventare a tutti gli effetti le IPAB strumenti a supporto del sistema socio-sanitario?

La nostra proposta è quella di far gestire a livello di A.ULSS tutta la parte amministrativa delle APSP appartenenti a quel determinato territorio (gare, concorsi, gestione personale, ecc), specializzando e concentrando le APSP (che sono diffuse e perciò molto più rispondenti al criterio di prossimità) su tutta la parte inerente all'assistenza sul territorio (domiciliare, cure palliative, Ospedale di Comunità, Medicine di Gruppo Integrate, Hospice, URT, ecc) in stretta collaborazione con il Distretto e perciò in stretta collaborazione con i Sindaci non solo quello del comune dove ha sede l'ex IPAB (che potrebbe comunque mantenere il proprio ruolo nel Consiglio di Amministrazione) ma tutti quelli afferenti a quel determinato territorio garantendo così maggior programmazione attraverso i Piani di Zona.

A queste nuove strutture potrebbero, inoltre, essere affidati servizi a prevalenza sociale e/o anche il sociale stesso, favorendo così la possibilità di delega da parte dei Comuni alle A.ULSS (in rete con le nuove APSP) in quanto gli stessi avrebbero una funzione diretta sia di programmazione che di controllo, in un sistema certamente nuovo e innovativo perché integrato e in una rete che tiene tutti collegati.

Una vision del genere può tranquillamente contemplare anche i servizi di natura sociale che fino ad oggi sono stati garantiti dalle ex Province: sia nel caso si trattasse di una gestione diretta, sia nel caso di gestione consueta da parte dei nuovi enti di area vasta (o Città metropolitana per Venezia).

Così come, in un'impostazione innovativa, si può includere il sistema del privato accreditato, a patto che condividano il progetto di rete aderendovi tramite apposite convenzioni (tema questo, ovviamente, tutto da approfondire).

Conseguentemente, una scelta strutturale simile porterà inevitabilmente a una razionalizzazione dei costi, generando nuove possibilità di reinvestire i risparmi ottenuti nel contenimento delle rette e nella valorizzazione del personale anche in termini numerici.

Parliamo di strutture pubbliche a tutte gli effetti, delle vere cittadelle dei servizi socio sanitari alle persone, necessarie oggi, indispensabili domani.

Lasciamo a chi ne ha la competenza la trascrizione "a norma di legge", a noi il compito di proporre, stimolare e verificare la parte applicativa.

Noi non abbiamo paura di cambiare, ma il cambiamento deve essere vero, deve essere utile, deve portare un valore aggiunto, deve valerne la pena. deve soddisfare i bisogni di oggi e soprattutto di domani e non garantire i servizi che erano progettati per il ieri.

Per tutto ciò chiediamo di discutere con Lei assessore, facendo ripartire il tavolo di concertazione sociosanitario stabile come prima mossa e proponiamo all'assessore Lanzarin l'avvio di una CONSULTA DEL SOCIALE che metta insieme tutto l'associazionismo per realizzare nuove frontiere di lotta all'esclusione ed alla crescente povertà primo forte motivo di preoccupazione della CISL del Veneto .