



**Federazione  
Friuli V.G.**

## **OSSERVAZIONI SUL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2010-2012**

*A cura del GL ANCI – Federsanità ANCI FVG*

1 – I Comuni sono consapevoli della grave situazione economica e finanziaria della Regione Friuli Venezia Giulia e della conseguente necessità di intraprendere azioni di revisione dell'attuale organizzazione. Va, altresì, ribadita l'esigenza che in una regione virtuosa in cui molti parametri dimostrano un uso efficiente delle risorse (ad esempio nel tasso di ospedalizzazione e nel numero di posti letto per 1000/abitanti), non possano essere adottate misure generiche di tagli indiscriminati, ma debbano invece essere intraprese azioni mirate. Ciò al fine di evitare danni ad un sistema ben funzionante ed in equilibrio.

2 – E' necessario che siano chiariti in partenza i ruoli istituzionali nella definizione dei contenuti del piano. Il piano, infatti, mescola i ruoli istituzionali e delega alle Aziende ruoli che sono propri della Regione. Al riguardo si ritiene indispensabile che sia la Regione e non l'Azienda a definire i punti fermi, ad esempio, dell'offerta ospedaliera. E', quindi, la Regione che definisce quante sono e dove debbano essere collocate funzioni e sedi ospedaliere.

Inoltre, relativamente al personale, tale prospettiva non può non tener conto del blocco delle assunzioni che rischia di mettere in serie difficoltà e in maniera diffusa le aziende sanitarie già nei prossimi mesi. Questi aspetti, pur non essendo contenuti nel piano, stanno, di fatto, condizionando pesantemente, già ora, il corretto funzionamento di alcuni servizi.

3 - Si è espresso ampio apprezzamento per il metodo adottato nella costruzione del "Libro verde" e, pertanto, si sarebbe aspettato un "Libro bianco" che sviluppasse i contenuti tenendo conto dei contributi pervenuti da diversi soggetti. Delle tredici linee del "Libro verde" il Piano, invece, ne affronta (parzialmente e avendone modificato i contenuti) solo quattro, o cinque. E', invece, indispensabile che il Piano tocchi tutti i punti più rilevanti, tra questi prioritario è l'argomento delle cure primarie e dell'organizzazione distrettuale.

La necessità di un Piano che affronti tutti i temi (prevenzione, cure primarie, organizzazione del Distretto, ruoli dei Comuni) non deriva dal bisogno di essere esaustivi, ma si rivela indispensabile perché, visto che la sanità e i temi della salute costituiscono una rete continua, se si interviene, anche pesantemente, su un settore si dovrebbero, nel contempo, prevedere eventuali compensazioni nell'altro e viceversa.

4 – La riorganizzazione complessiva deve prendere in considerazione l'intera rete dell'offerta regionale. Al riguardo, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 è indispensabile considerare nel progetto di razionalizzazione anche gli oltre 700 posti letto dell'ospedalità privata accreditata, nonché l'offerta residenziale (residenze protette). Solo in questo modo sarà possibile progettare una vera "rete". La prospettiva, è, infatti, quella di realizzare un sistema socio sanitario territoriale realmente integrato, oggi non ancora adeguatamente compiuto, in grado di dare risposte di qualità, anche innovative, all'evoluzione della domanda di salute e servizi derivante dall'aumento delle patologie cronico-degenerative, dall'allungamento della durata della vita media, dalle disabilità e dalla non autosufficienza

I temi della continuità assistenziale e dei servizi sociosanitari, prima e dopo l'ospedale, dovranno, poi, collegarsi anche con la realizzazione di un adeguato sistema informativo socio-sanitario (punti unici di accesso, fascicolo sanitario elettronico, etc.).

5 – Gli interventi strutturali dovrebbero prendere in considerazione le seguenti tematiche:

- a) i servizi che possono non avere un rapporto diretto con l'utenza per i quali possono essere ipotizzate anche soluzioni sovraziendali, dove praticabili;
- b) le singole aree su cui una migliore distribuzione, o concentrazione delle risorse potrebbe ottimizzare l'efficienza (es. ORL, ortopedia, chirurgia generale, etc.);
- c) gli interventi tesi a ottimizzare l'uso delle risorse (logistica, contrattualistica e personale) dai quali potrebbero derivare ulteriori risparmi.

6 – Sempre seguendo le indicazioni del recente accordo Stato-Regioni e da quanto stanno facendo altri Paesi europei, si dovrebbe attuare un serio intervento, anche normativo, sull'appropriatezza delle prestazioni. Si pensi, ad esempio all'esplosione di prestazioni quali diagnostica per immagini, o artroscopia che difficilmente possono essere giustificate con un aumento del bisogno di salute.

7 – Va, inoltre, ribadito il ruolo essenziale dell'aziendalizzazione nella tenuta e nella gestione del sistema.

I principi del piano e degli atti ad esso collegati mettono in discussione, nella pratica, molti principi di aziendalizzazione e, quindi, stravolgono le leggi di riforma sanitaria 502/92 e 517/93. Ad esempio:

- si danno in capo alle aziende le responsabilità di mantenere, o chiudere reparti ospedalieri "non obbligatori", tipico compito regionale;

- si sposta sulla regione l'autorizzazione delle assunzioni delle singole persone, tipico compito aziendale;

- si sposta sulle aziende ospedaliere la gestione dei rapporti con i privati, tipico compito di chi deve gestire domanda/offerta ovvero, le aziende territoriali;

- si tratta il tema del personale come un problema di costi e non di principale risorsa su cui investire per il buon funzionamento della sanità (questo è uno dei temi completamente stravolti rispetto a quanto scritto nel "Libro verde").

Al riguardo l'eccessiva centralizzazione delle scelte in materia di gestione del personale e delle funzioni di direzione rischia sia di deresponsabilizzare lo stesso personale, che di favorire, sul territorio, la perdita delle professionalità attualmente esistenti.

8 – La ridefinizione degli strumenti programmatori locali (Piano di zona e Piano delle attività territoriali) contenuta nel PSSR 2010 - 2012 ridimensiona il ruolo dei Comuni e del terzo settore nella programmazione territoriale locale. Al contrario pare opportuno valorizzare il ruolo dei Comuni soggetti titolari della funzione di programmazione locale del sistema integrato dei servizi, così come previsto dalla L.R. 6/2006.

9- Nel Piano si afferma che proseguono e vengono confermati i contenuti di altri Piani (es. il Piano della riabilitazione). In realtà parte di questi piani non è stata realizzata perché necessita di importanti risorse aggiuntive: sarebbe quindi utile capire, nel dettaglio, quali sono le parti effettivamente confermate.

10 – Uno dei punti critici del sistema regionale ed anche dei punti che hanno un potenziale impatto sulle risorse è il processo di riqualificazione e accreditamento delle residenze protette. Al riguardo si ritiene necessario esplicitare cosa si prevede di fare realmente nel prossimo triennio.

11 - Il capitolo sulla "*presa in carico integrata*" (ampiamente ripreso dal "Libro bianco" del ministro Sacconi) affronta aspetti rilevanti della disabilità e delle malattie croniche, ma non contiene alcuna valutazione economica.

Non considera, infatti, che per affrontare il tema della disabilità l'intervento più importante è l'investimento nella prevenzione e nella medicina di iniziativa

(seguire attivamente i pazienti e non aspettare che siano loro a presentarsi quando ci sono i problemi).

Con tale obiettivo è fondamentale progettare adeguatamente il ruolo della medicina generale e dei Distretti, con particolare attenzione agli interventi in materia di prevenzione e integrazione socio-sanitaria.

12 – In sintesi, per poter avviare un serio processo di intervento sul sistema sanitario regionale è necessario che venga ripristinato e valorizzato il ruolo di condivisione/partecipazione/ discussione/ con il contributo fondamentale dei Comuni, quali rappresentanti delle comunità locali.

13 - Infine, relativamente alle aziende ospedaliero- universitarie della regione si raccomanda di riconoscere e tutelare anche le funzioni della didattica e della ricerca.

---

**Componenti Gruppo di Lavoro “Piano socio-sanitario 2010-2012”  
ANCI e Federsanità ANCI FVG**

Prof. Gianfranco Pizzolitto, Presidente ANCI FVG

Dott. Giuseppe Napoli, Presidente Federsanità ANCI FVG

Dott. Vittorino Boem, Presidente Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale

Prof. Furio Honsell, Sindaco Comune di Udine

Dott. Carlo Grilli, assessore alle politiche sociali Comune di Trieste

Dott.ssa Silvana Romano, assessore alle politiche sociali Comune di Gorizia

Dott. Giovanni Zanolin, assessore alle politiche sociali Comune di Pordenone

Dott. Giovanni Cumin, Sindaco Campolongo -Tapogliano, coordinatore

Consulta Piccoli Comuni ANCI FVG

Dott. Paolo Bordon, direttore generale ASS N.5 Bassa friulana

Dott. Giorgio Simon, dirigente Distretto Est ASS 6 Friuli Occidentale

Dott. Fabio Bonetta, direttore generale ASP- Azienda Servizi alla persona ITIS Trieste

Dott.ssa Tiziana Del Fabbro, segretario Federsanità ANCI FVG .

---

***Documento approvato dal Comitato Esecutivo di ANCI FVG integrato  
dei rappresentanti del Comitato direttivo di Federsanità ANCI***

Udine, 23 febbraio 2010