



Federazione
Friuli Venezia Giulia

Documento di osservazioni al disegno di legge regionale

(DDLR 059/2014)

“Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”

Prioritariamente è doveroso precisare che Federsanità ANCI FVG ritiene utile ed importante il contributo derivante dalla **proposta di legge n. 60** *“Revisione dell’assetto istituzionale delle Aziende per i servizi sanitari del Friuli Venezia Giulia. Istituzione dell’Azienda unica per i Servizi Sanitari Regionali e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”* (di iniziativa del consigliere Tondo) e della **proposta di legge n. 61** *“Modifica dell’assetto istituzionale delle Aziende per i servizi sanitari del Friuli Venezia Giulia”* (di iniziativa dei consiglieri Riccardi, Ziberna, Novelli, Marini, De Anna), presentate in questi giorni e abbinate al **disegno di legge n. 59** oggetto del nostro approfondimento.

Com’è consuetudine per Federsanità ANCI FVG la presenza di un Disegno di Legge specifico, presentato dalla Giunta Regionale, induce a concentrare l’attenzione esclusivamente su quel testo, fermo restando rispetto ed attenzione per il lavoro dei singoli Consiglieri regionali e dei Gruppi consiliari proponenti.

Naturalmente viene riconfermata la più ampia disponibilità anche agli opportuni approfondimenti futuri sui singoli progetti di legge. Il documento offerto alla nostra attenzione costituisce un punto di sintesi alto di tutto il dibattito, delle riflessioni, osservazioni e proposte delle comunità locali e della Regione Friuli Venezia Giulia. Esso rappresenta, in primo luogo, la condizione cruciale di tenuta, salvaguardia e consolidamento del nostro sistema di protezione sociale e l’occasione per un suo sviluppo credibile e sostenibile. Tale sistema ha reso questa Regione una punta avanzata nel panorama nazionale, in un contesto generale nel quale i sistemi di welfare corrono rilevanti rischi di messa in discussione e ridimensionamento.

In coerenza con quanto affermato anche dal Ministero della Salute, da ultimo anche nella bozza di decreto di data 21 luglio 2014 su *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*, alla cui lettura si rimanda, l’architettura della legge di riordino prevede obiettivi, finalità e strumenti adatti a perseguirli.

La sfida e il traguardo di questa operazione dovrebbero consentire più che un trasferimento di funzioni e risorse dall'ospedale al territorio, una chiara assegnazione a ciascuno dei protagonisti delle proprie funzioni e attività e, quindi, una coerente riallocazione di risorse.

Il primo cambiamento positivo che sottende il principio ispiratore della riforma riguarda i cittadini della nostra regione che hanno problemi e bisogni di salute e assistenza e per i quali si prevede, di fatto, una gestione non più parcellizzata, ma un accompagnamento all'interno di una rete governata: rete istituzionale (fra mondo sanitario, sociale e dei Comuni), organizzativa, professionale, clinica, gestita attraverso lo sviluppo di percorsi assistenziali omogenei e coerenti che rispondono al bisogno individuato e prioritario, piuttosto che alla semplice somma di domande. La rete ha come presupposto di base la collaborazione e la condivisione, non certo la competizione. E' questo un mutamento di lessico e di paradigma dell'organizzazione.

In tale contesto concettuale e metodologico gli strumenti disponibili sono articolati in un'ottica finalizzata e coerente.

Distretto

Per la prima volta è declinato sia come luogo di sintesi, raccordo, integrazione e governo del territorio, sia come realtà organizzata con requisiti diffusi ed omogenei in tutto il territorio regionale: il cittadino, a prescindere dal punto nel quale si presenta, dovrà avere lo stesso tipo di risposta e il massimo livello di efficienza, qualità ed esito; **diventa, pertanto, cruciale il rapporto con gli Ambiti e, a tale proposito, diventa ancora più cruciale una stretta correlazione temporale e normativa con la riforma delle Autonomie locali.** Si ritiene peraltro che vada salvaguardata, di norma, la coincidenza tra Ambito e Distretto. Un Distretto multiplo o sottomultiplo della dimensione di ambito destrutturerebbe il rapporto univoco tra le due entità e costringerebbe il direttore di Distretto a politiche non necessariamente uniformi, in funzione delle diverse sensibilità espresse dalle presidenze di Ambito.

Nei Distretti, o in forte connessione con essi, si sviluppano i processi dell'assistenza primaria che vedono i medici di medicina generale fra i principali protagonisti. Va dato atto che, per la prima volta, nella pianificazione e programmazione strategica regionale viene esplicitamente e con forza affermato il ruolo della medicina generale. Non separato o, peggio, ancillare al resto del sistema, ma quale presenza fondamentale nel governo dei percorsi di salute dei cittadini, dentro l'organizzazione territoriale e con un ruolo, anche organizzativo, dai contorni definiti, dagli obiettivi certi e dalle risorse coerenti. **La sfida, al di là degli assetti organizzativi, sarà quella di far crescere una effettiva "medicina di iniziativa" in grado di individuare le priorità in termini di cronicità e fragilità; realizzare un modello organizzativo che vede i professionisti operare in stretta collaborazione, dare corpo effettivo alla continuità assistenziale e introdurre sistemi di analisi e monitoraggio degli esiti** per implementare i necessari piani di miglioramento.

Una variabile critica di questo processo è rappresentata dal **sistema informativo** che dovrà essere costruito in adesione all'organizzazione dei percorsi dei cittadini ed essere in grado di far colloquiare tutti gli attori del sistema.

Ospedali

Quanto previsto (modello "hub and spoke") è coerente con la normativa e con le più avanzate esperienze di organizzazione ospedaliera. A questo modello vanno applicati gli standard di tasso di ospedalizzazione e di dotazione di posti letto previsti dai recenti decreti (Patto per la Salute).

Tale impostazione appare coerente con un processo di revisione dell'offerta ospedaliera già in corso nella nostra Regione da molti anni. In questo ambito già molto è stato realizzato. Quindi, oltre all'aspetto strutturale è positivo che siano indicate modalità operative, differenziazione di funzioni tra i vari livelli, focalizzazione sulla gestione dei percorsi in termini di appropriatezza ed evidenza scientifica. I nostri cittadini dovranno avere la consapevolezza che una loro eventuale esperienza in tali strutture sarà **garantita da alti livelli di sicurezza e standard qualitativi**. La **prevista riduzione dei posti letto andrà certamente governata nella tempistica e nel raccordo con il necessario incremento e riorganizzazione dell'offerta territoriale**.

Peraltro, nel DDLR compare più volte la definizione di Presidio OSPEDALIERO per la salute. Tale definizione potrebbe meglio essere emendata in Presidio TERRITORIALE per la salute. In alternativa, può essere accettabile il termine più neutro di Presidio PER LA SALUTE. Se l'ospedale è luogo di gestione clinica dell'acuzie non altrimenti affrontabile, il termine "ospedaliero" utilizzato nel DDLR potrebbe essere confondente.

Università

Il ruolo e le funzioni delle Università e delle Facoltà di Medicina di Udine e di Trieste divengono ancor più cruciali e fondamentali per accompagnare l'iter di una riforma ambiziosa ed impegnativa, in una logica di coordinamento tra le due strutture. Andrà promossa una maggiore cooperazione ed integrazione tra le due Università e tra queste ed i centri di ricerca, gli ospedali, il territorio.

Andranno, infatti, **definiti gli ambiti delle attività assistenziali, di didattica e ricerca** coerenti con l'impianto generale della riforma, fornendo ad essa contenuti culturali e di alta formazione dei professionisti che saranno chiamati a realizzare il progetto, in un'ottica di pianificazione condivisa e partecipata, consapevoli della problematica delle risorse in campo.

Strutture intermedie

Il tema è affrontato sia all'articolo 19, comma 12, lettera h), sia all'articolo 24 "strutture e interventi a rilevanza sociosanitaria" e si ispira al principio "meno ospedale e più territorio". Si riterrebbe opportuno un preciso riferimento alle strutture residenziali per non autosufficienti e al processo, ormai decennale, di riclassificazione delle stesse.

Le cosiddette "case di riposo" che fanno parte del sistema dell'integrazione sociosanitaria (LR 6/2006) in convenzionamento con le Aziende sanitarie di riferimento, non sono adeguatamente trattate nel testo.

Rispetto al ruolo delle ASP, per le quali si auspica vada quanto prima a compimento il percorso di riclassificazione, nell'articolato del DDLR non vi è alcun riferimento specifico al ruolo delle stesse nel contesto sanitario.

Al riguardo si auspica che le ASP trovino collocazione tra gli Enti intermedi. Qualora questo fosse in qualche modo recepito il riferimento auspicato potrebbe essere la struttura direzionale della salute, in sinergia con quella delle autonomie locali.

Si evidenzia come le strutture intermedie di assistenza sanitaria e di riabilitazione garantiscono nell'ambito dei LEA distrettuali non solo il livello della residenzialità (evidenziato nel DDLR) ma anche quello della semiresidenzialità (livello che dovrà pertanto essere considerato nell'articolato).

Appare comunque importante nell'economia del provvedimento la codifica e la collocazione nella rete assistenziale del sistema delle strutture intermedie, molto cresciuto in rapporto **all'articolazione dei bisogni**, all'aumento della speranza di vita e nel quale l'intreccio tra il socio-assistenziale e il sanitario è profondo. **Queste articolazioni operative rispondono a bisogni complessi, assistenziali e riabilitativi, tali da non richiedere un ricovero ospedaliero ed assicurano la continuità delle cure, perseguono l'obiettivo del completo recupero dell'autonomia, intervengono a livello di prevenzione secondaria e terziaria nel quadro caratterizzato dalla cronicità.** Di conseguenza risulta apprezzabile l'intendimento di ordinare tale sistema mediante i processi di accreditamento **che differenzino le strutture in ragione della missione clinica, dell'età dei soggetti utenti interessati, dell'intensità dell'intervento clinico, riabilitativo ed assistenziale.** **Peraltro i processi di accreditamento di tali strutture sono normativamente previsti e soggetti a termini che ormai appaiono inderogabili.**

Il processo di accreditamento siffatto sarà anche la base per la ridefinizione di un sistema tariffario **costruito in ragione della qualità, della quantità dei fattori impegnati e dell'articolazione dei processi assistenziali e riabilitativi pertinenti.** Il sistema tariffario inoltre consentirà, in alcuni casi, la rapida trasformazione di contratti di appalto, in alcuni casi complessi e conflittuali, in rapporti convenzionali che danno maggiori certezze ai cittadini di ricevere l'assistenza necessaria e alle aziende sanitarie ed alle imprese di programmare ed operare in un contesto di maggiori certezze.

IRCCS

Positivamente ne viene prevista una maggiore integrazione della parte sanitaria all'interno del sistema complessivo dell'offerta, per sintesi organizzativa e semplificazione dell'offerta. Il dettaglio di tale assunto andrà meglio specificato oltre a considerare nell'impianto della riforma e definire il ruolo dell'IRCCS Medea - la Nostra Famiglia per quanto attiene alle problematiche neuroriabilitative, il dimensionamento della sua offerta in termini di gestione della casistica, i livelli di complessità, l'offerta degenziale e di prestazioni specialistiche.

Ente per la gestione accentrata dei servizi sanitari

Questa nuova struttura è vista come una opportunità di servizio per il sistema, per alleggerirlo di funzioni trasversali e di base, favorire e accelerare la conclusione di procedure in ambito tecnico-

amministrativo e di personale. Tale impostazione è condivisibile. **Si ritiene opportuno e auspicabile prevedere una concertazione nell'individuazione puntuale delle funzioni da accentrare, nonché una adeguata ed esplicita graduazione temporale nel progressivo accentramento delle funzioni stesse ed una puntuale declinazione dei livelli di responsabilità**, al fine di sopperire alle difficoltà riscontrate nella gestione concreta del funzionamento e delle risorse umane da impiegare nelle attività che saranno trasferite.

Per quanto riguarda la **formazione**, la sua programmazione strategica dovrà essere articolata fra i vari livelli di governo del sistema. Se alla Regione compete la programmazione generale strategica, alle aziende dovrà competere una propria strategia formativa specifica, coerente con le politiche di sviluppo delle risorse umane. All'Ente per la gestione accentrata è bene altresì affidare tutte le procedure burocratico-amministrative di back office relative all'ECM, per semplificare ed omogeneizzare le procedure. Possibile, inoltre, centralizzare alcuni contenuti formativi obbligatori (es. sicurezza sul lavoro, privacy...).

Meccanismi di finanziamento

Dai costi standard ai costi dei percorsi: l'obiettivo così come enunciato è denso di prospettive e da solo potrebbe invertire una logica prestazionistica che ha informato negativamente il nostro sistema per troppo tempo. Se realizzato ci posizionerebbe nel panorama nazionale come una esperienza mai attuata in tali dimensioni e complessità; inoltre, porterebbe certamente bene al sistema in termini **di equità, riconoscimento delle risorse in relazione agli esiti e non alle prestazioni. Dare risposta ai bisogni e non alla domanda.**

ALLEGATO

NOTE:

I temi della riforma sono perfettamente coerenti con i contenuti del documento del Ministero della Salute *“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*, bozza di decreto di data 21 luglio 2014, che tra l’altro recita:

“Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure sempre più personalizzate ed appropriate, costituiscono gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni – epidemiologica, demografica e sociale – che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile redistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici”

e ancora:

“L’unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (pdta) e l’appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, cui deve far seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governance”.

EMENDAMENTI, INSERIMENTI E PROPOSTE:

Art. 12 - Direzione strategica

Comma 8: si ritiene che se i servizi sociali sono in delega all’Azienda per l’assistenza sanitaria, il parere della Conferenza dei Sindaci per la nomina del coordinatore socio sanitario debba essere vincolante, in quanto il Coordinatore gestisce risorse e progetti finanziati dai Comuni per i quali è auspicabile un parere non solo consultivo.

Art. 19 - Il Distretto

Comma 5 sub b) E’ detto che, a proposito della funzione di produzione, l’attività del distretto consiste nella “erogazione delle prestazioni socio-sanitarie...”. Tale affermazione appare in parte modificabile rispetto alla funzione di produzione del Distretto che, già ora, sia dal punto di vista concettuale che operativo, è oltre una modalità dell’offerta di tipo prestazionale. Si tratta, in effetti, di **rendere il Distretto luogo della regia dei percorsi assistenziali** vissuti dalle persone con problemi di salute con individuazione delle fasi dei percorsi, delle risorse in campo per realizzarli e, all’interno di esse, anche delle attività prestazionali necessarie.

Comma 12 sub h) (proposta di inserimento) Si rammenta che le strutture intermedie di assistenza sanitaria e di riabilitazione, garantiscono nell’ambito dei LEA distrettuali non solo il livello della residenzialità (evidenziato nel DDLR) ma anche quello della semiresidenzialità (livello che dovrà pertanto essere considerato nell’articolato).

Art. 20 - Organizzazione dell'assistenza medica primaria

Lo sviluppo di tale obiettivo è senza dubbio uno dei valori aggiunti di questa proposta di riforma. Obiettivo strategico, cruciale e complesso.

Potrebbe essere utile una maggiore precisazione circa i rapporti fra i gruppi dei medici convenzionati che opereranno nelle aggregazioni funzionali territoriali, nei gruppi, nei centri di assistenza primaria, evidenziando, soprattutto per quanto riguarda la medicina di iniziativa e la gestione delle cronicità caratterizzanti ogni territorio, come la funzione del distretto sia quella di forte governo e regia dei processi assistenziali, riconoscendo ogni autonomia clinica ai medici convenzionati.

Allo stesso modo, la medicina specialistica ambulatoriale, di default nella funzione di committenza distrettuale, va coordinata e programmata con l'offerta ospedaliera per rispondere sempre più a bisogni reali invece che alla semplice domanda.

Art.23 - Strutture Intermedie

Comma 4 - L'articolazione e la specificità delle strutture intermedie in termini di platea dei soggetti interessati (età evolutiva, adulta ed anziana), qualità del bisogno espresso, tipologia delle prestazioni rese, soggetti coinvolti, richiedono diverse modalità di coordinamento e di integrazione. In altre parole vi è differenza sostanziale fra una RSA riabilitativa per adulti o anziani ed un Presidio di Riabilitazione intensiva o estensiva extra-ospedaliera (ex.art.26 legge 833/78) orientato all'età evolutiva. Così come all'interno delle stesse strutture intermedie i suddetti percorsi ed i processi di coordinamento fra diversi operatori e diverse istituzioni si differenziano a seconda che il soggetto utente sia caratterizzato da disabilità transitoria o da disabilità permanente ed in quest'ultimo caso se sia necessario (o meno) attivare percorsi che promuovano "progetti di vita" condivisi, con il coinvolgimento di diversi attori, atti ad eliminare o attenuare lo svantaggio esistenziale del soggetto interessato. Con ciò si dice come nel DDLR sia necessario ed opportuno affermare il principio dell'integrazione e del coordinamento delle strutture sanitarie intermedie da parte del Distretto senza però entrare in ulteriore dettaglio, rinviando a normative esistenti o da codificare adeguatamente le modalità concrete ed operative di integrazione e di coordinamento.

Art. 26 - Programmazione ospedaliera

Pur condividendo il principio e la necessità di riorganizzare e contenere entro limiti di compatibilità l'offerta ospedaliera rispetto a quella territoriale **sarà utile che la programmazione regionale accompagni nella necessaria gradualità e sicurezza per i ricoverati tale processo che, se applicato rapidamente, potrebbe provocare difficoltà e disagi nella armonizzazione fra ospedale e territorio e fra strutture intermedie e protette.**

RSA

L'indicatore di posti letto previsto nella norma e cioè 0,8 p/l per 1000 abitanti modifica l'offerta e alcuni p/l andranno riconvertiti in riabilitazione estensiva. Anche in questo caso, considerando che attualmente il **tasso di occupazione delle RSA è vicino al 98%, si ritiene di graduarne e**

scadenzarne la trasformazione una volta individuate le risorse, la logistica ed i modelli organizzativi per attivare i nuovi posti letto a più alto livello assistenziale.

Dipendenze

Nella norma sono, di fatto, aboliti i Dipartimenti per le dipendenze e trasformati in servizi distrettuali. Si condivide certamente il concetto di prossimità da enfatizzare in una attività così articolata e complessa. Ma proprio in considerazione della multi problematicità di un tema come quello delle dipendenze, dei numerosi rapporti che assume con le comunità locali, con le famiglie, con il volontariato, con la cooperazione sociale, con le scuole, è necessario mantenere un punto di sintesi organizzativa e gestionale che sia di riferimento alle istituzioni, che produca strategie per ogni territorio e che dia certezze nella gestione degli interventi, nella valutazione dei risultati raggiunti e nella predisposizione dei piani di miglioramento.

Proposta di riconoscimento di area di riferimento regionale

In considerazione del fatto che l'area triestina, a partire dall'esperienza basagliana, ha sviluppato e consolidato un sistema di welfare dalle solide basi concettuali, tradotte in pratiche di fortissima integrazione e sperimentazione con tutti gli attori del territorio, dai Comuni, al volontariato, all'Università, agli enti di ricerca, alla cooperazione sociale, inserite in progetti significativi sia regionali, che nazionali, che europei, che ha sviluppato forme innovative di individuazione del bisogno penetrando nelle pieghe più strette del disagio e della sofferenza attraverso le microaree, si propone il riconoscimento di "Riferimento Regionale per i Sistemi di Welfare" per l'area triestina e quindi per l'erigenda Azienda Sanitaria Triestina.

Servizi di facilitazione per l'accesso

Il sistema dei trasporti pubblici è rilevante quale strumento fondamentale per fare "rete" fra strutture, servizi e cittadini. In sintesi, la Regione dovrebbe dare la possibilità ai cittadini di utilizzare una mobilità pubblica efficiente tra le zone più decentrate e i presidi di riferimento (es. per esami e visite).

Approvato all'unanimità dal Comitato direttivo di Federsanità ANCI FVG

Udine, 26 agosto 2014