



Documento di osservazioni al DDLR 70/2019 - "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015".

Audizione in III Commissione del Consiglio regionale FVG

Trieste, 11 novembre 2019

PROPOSTE ESAMINATE IN COMITATO DIRETTIVO 5 NOVEMBRE 2019

Con il presente documento Federsanità ANCI Friuli Venezia Giulia propone alcune riflessioni in merito alla riforma DDL n. 70/ del 24 ottobre 2019.

Innanzitutto si esprime apprezzamento per il percorso di coinvolgimento degli Amministratori locali dei Comuni, dei dirigenti ed operatori del SSR, del mondo delle professioni sanitarie e sociosanitarie, dell'Associazionismo e del terzo settore, della Cooperazione e di tutti i principali soggetti del territorio, nonché per la particolare attenzione rivolta ai temi dell'integrazione tra Socio Sanitaria e del riequilibrio delle risorse tra Ospedale e Territorio. Inoltre, si valuta positivamente l'attenzione posta sui principali riferimenti per i cittadini sul Territorio, prima e dopo i ricoveri ospedalieri, in primo luogo il Distretto. Il tema dell'integrazione Socio Sanitaria è stato affrontato – a nostro avviso - in maniera adeguata con una prospettiva di costante integrazione tra l'Area del Sociale e quella Sanitaria e i rispettivi servizi. La valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato, il budget personale di progetto e il budget di salute dimostrano che l'approccio al sistema pone basi per produrre cambiamenti positivi. In particolare, la "presa in carico personalizzata" vede il Distretto quale struttura fondamentale per assicurare la vera integrazione Socio Sanitaria: il Distretto, quindi, con funzione di agente di tutela e accompagnamento all'accesso e alla fruizione degli interventi sanitari più appropriati ed efficaci soprattutto, ma non solo, nei confronti degli utenti più fragili.

Si tratta di un percorso complessivo e articolato che deve fondarsi sull'analisi del variegato contesto regionale da cui emerge una crescente domanda di salute da parte della popolazione con un'età media crescente e con un incremento costante delle patologie cronico – degenerative, della cronicità, della comorbidità (pluripatologia), delle fragilità e disabilità correlate.

Il Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia ha conseguito, nel tempo, un livello elevato di qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Su queste basi si auspica che la riforma persegua l'obiettivo di migliorare gli attuali standard delle prestazioni migliorando ulteriormente i risultati di salute per i cittadini.

A nostro avviso, infatti, è sempre possibile trovare margini di recupero di efficienza per garantire la sostenibilità del sistema, a lungo termine, perché non è solo una questione economico-finanziaria, ma soprattutto di coesione sociale, di evoluzione dei modelli organizzativi nella continuità dei principi ispiratori che nel tempo hanno consentito di conseguire elevati

standard nelle prestazioni, di consapevolezza e responsabilità su temi che riguardano la salute e non solo i servizi.

Peraltro, apprezziamo anche il forte richiamo alla “Salute”, globalmente intesa, come indica l’OMS, ovvero come benessere fisico, psichico e sociale del soggetto e, quindi, come necessariamente la sua promozione, debba prevedere, trasversalmente, il pieno coinvolgimento delle istituzioni locali e dei principali soggetti del territorio, nonché l’empowerment degli stessi cittadini, per un obiettivo prioritario e comune e per la cui attuazione Federsanità ANCI FVG è impegnata fin dalla sua costituzione nel 1996.

In generale, si ritiene di esprimere condivisione per i principi che connotano l’intero impianto del DDL n. 70. In particolare per la necessità di conciliare la qualità delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali con la performance economica, ottimizzando l’utilizzo delle risorse del sistema che appare alquanto urgente. In questo senso si auspica che possa essere consolidata una prassi di “riconversione della spesa verso aree di intervento, come quelle territoriali e sociosanitarie oggi maggiormente esposte”, a causa di dinamiche demografiche ed epidemiologiche, note e più volte citate nel documento.

A nostro avviso è fortemente condivisibile, in questo senso, la strategia di puntare sulla metodologia dell’integrazione socio sanitaria, tanto per il miglioramento della “presa in carico globale della persona” che per l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse.

In questa prospettiva ci pare adeguatamente ribadito l’approccio verso una governance partecipata e allargata alle diverse Istituzioni ed Enti della rete dei servizi. Altrettanto condivisibile appare l’approccio fondamentale del DDL che promuove un sistema orientato e teso al governo della domanda. A tal fine si ritiene necessario affiancare le persone e le loro famiglie nelle scelte strategiche rispetto alla gestione degli interventi sanitari, socio sanitari e sociali, con particolare riguardo alla nuova emergenza generale della diffusione estesa di patologie croniche, di poli-patologie e di condizioni di non autosufficienza, che richiedono sempre di più approcci complessi, multiprofessionali e disciplinari. Di fronte a tale complessità è assolutamente ammissibile che le persone e le loro famiglie siano in grave difficoltà, indipendentemente dagli aspetti di sostenibilità economica che hanno comunque un peso rilevante e persino in importanti criticità nel progettare il proprio futuro e il proprio percorso assistenziale. A tal fine si richiama che dalla valutazione dei bisogni nei contesti territoriali emergono infatti, una articolazione ed una complessità crescenti e spesso il bisogno include in sé, in modo congiunto, problematiche di natura clinica, funzionale ed assistenziale che richiedono una dimensione di integrazione socio-sanitaria ed educativa.

Tuttavia preme rilevare che il ruolo delle Aziende dei Servizi alla Persona è solamente minimamente accennato. Proprio le Asp potrebbero rappresentare un volano importante per la nuova riforma socio sanitaria, in particolare modo se avessero la possibilità di connotarsi non più solo come gestori di servizi residenziali per persone non autosufficienti, ma complessivamente come Centri di Servizi socio sanitari. In tal senso la riforma non sembra avere colto l’importanza di questa opportunità, che le Asp potrebbero rappresentare per l’intero sistema.

Dopo questo inquadramento generale vorremmo entrare nello specifico degli articoli del DDL 70.

Artt. 1- 12 - FINALITA’ E LIVELLI DI ASSISTENZA DEL SSR

A nostro avviso appaiono apprezzabili le “finalità” del modello assistenziale proposto sostanzialmente nei primi 12 articoli del DDL che pare confermare e rafforzare i principi “cardine” della personalizzazione degli interventi, dell’integrazione e della sussidiarietà, sulla cui base il DDL 70 riconfigura l’intero sistema partendo dalla persona con i suoi bisogni, le sue aspettative e le sue

risorse ed entro il suo ambiente di vita e di relazione. Risorse, peraltro, fondamentali perché la “Persona” possa essere più protagonista delle scelte che la riguardano e avere maggiore controllo sulle risorse necessarie per sostenere i suoi percorsi di cura e di inclusione.

Inoltre, il provvedimento pone una grande enfasi sul principio operativo dell’ “Integrazione e Assistenza sociosanitaria” (artt. 4 e 5), puntualmente e a tutti i livelli istituzionale, gestionale, operativo e professionale. Per realizzare questa prospettiva si auspica possano derivare conseguenti azioni anche a livello operativo. Inoltre, condividiamo i temi dell’ “accesso unitario ed egualitario” all’ Assistenza sociosanitaria (art.6), della “valutazione multidimensionale dei bisogni” (art. 7) e del “progetto personalizzato” (art.8). Riteniamo, peraltro, che attraverso la Sussidiarietà orizzontale si possano consolidare anche quelle politiche di “Welfare Community” e di “Welfare Generativo” capaci di rispondere ai bisogni articolati e complessi, garantendo coesione sociale e sostenibilità del sistema, globalmente inteso. In questo contesto leggiamo l’art.10 - “Partenariato pubblico-privato sociale”, quale riconoscimento di un sistema socio-sanitario diffuso e pluralista, pur entro una cornice pubblica.

Art.9 - BUDGET PERSONALE DI PROGETTO E BUDGET DI SALUTE: laddove si cita la riconversione *“delle risorse destinate a servizi istituzionalizzanti.....a sostegno di percorsi di inclusione”*, si chiede cortesemente, se possibile, chiarire meglio.

CAPO II ASSISTENZA DISTRETTUALE - Art. 13 - FUNZIONI DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE

L’individuazione di un unico soggetto di governo della “presa in carico globale della persona” viene letta nella prospettiva di affiancamento alle persone in condizione di fragilità. Appare sfidante e complesso avere centrato tale organizzazione di presa in carico e di governo della domanda sul Distretto sanitario, che necessita, a questo punto, di importanti interventi organizzativi, di cui si rimane in attesa nelle prossime Linee guida.

Oggi il “sistema Distretto” tuttavia segnala criticità che potrebbero inficiare gli obiettivi della riforma: un approccio sanitario prestazionale, utilizzo improprio dei servizi distrettuali da parte dei cittadini, mancanza di personale, limitata autonomia gestionale, modesta diffusione della cartella sanitaria.

Si auspica, inoltre, che la “Cabina di regia distrettuale” possa connotarsi anche come sistema aperto alla partecipazione dei diversi interlocutori, dalla famiglia al privato sociale, etc. A nostro avviso è importante, per la tenuta del sistema, che questa governance vada sviluppata e articolata all’interno delle suddette prossime “Linee guida”. Parimenti è attesa dai diversi soggetti socio-sanitari del territorio un’adeguata riconversione/riequilibrio della spesa sanitaria a favore degli stessi a fronte dell’auspicata ottimizzazione dei ricoveri ospedalieri che la riforma intende perseguire mediante l’integrazione socio sanitaria e la “Cabina di regia unica distrettuale”. A tal fine il riassetto funzionale ed organizzativo del Distretto, quale nodo nevralgico, intende assicurare al cittadino utente una risposta unitaria, coordinata e continua, nell’ambito dei LEA.

Si coglie, inoltre, come, accanto alla Medicina di iniziativa sia stata introdotta quale elemento di innovazione la funzione di assicurare agli utenti ed alle loro famiglie concreto supporto nell’organizzazione dell’accesso ai servizi ed alle prestazioni previste nel percorso di cura. Il tutto avendo cura di evitare un mero approccio procedurale e burocratizzante, di assicurare libertà di scelta del soggetto utente e della sua famiglia e di promuovere consapevolezza e partecipazione.

Art. 14- IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Nel riconoscere l’importanza del ruolo del Medico di Medicina Generale nell’articolazione complessiva del sistema, preme tuttavia sottolineare che in alcune aree tale ruolo di principale

responsabile clinico del governo della cronicità appare fortemente ridimensionato. In particolar modo all'interno delle Residenze protette per anziani non autosufficienti, dove lo stesso medico è coinvolto solo in minima parte nelle progettazioni personalizzate, nelle prese in carico e nell'organizzazione socio sanitaria delle strutture. La stessa presenza fisica del MMG è spesso ripartita tra numerosi impegni, ma non organicamente garantita, a discapito di un approccio proattivo e di "medicina di iniziativa". Tutto ciò espone, di fatto, le persone che vivono e lavorano all'interno delle Residenze protette a numerosi rischi e invalida l'impegno concreto verso una presa in carico globale e personalizzata, alla base del DDL in argomento. A tal fine lo sviluppo di logiche e meccanismi di presa in carico in una prospettiva di integrazione clinico assistenziale e socio sanitaria- a nostro avviso – dovrebbe, infatti, passare attraverso un'adeguata ristrutturazione della presenza e coinvolgimento dei MMG in favore delle circa 5.000 persone che vivono la propria non autosufficienza nelle residenze protette. La medesima riduzione dei tassi di ospedalizzazioni, con relative economie di gestione, comporta uno snodo fondamentale ed evidente nel maggiore ruolo dei Medici di Medicina Generale nelle strutture protette.

Si auspica, pertanto, che nelle forme organizzative (anche sperimentali), promosse e previste dal comma 3 dell'art. 14, possano essere ricomprese anche quelle in favore delle Residenze protette.

Artt. 16 e 17 – STRUTTURE DI ASSISTENZA INTERMEDIA

In tema di "Servizi sul territorio" accogliamo positivamente all'articolo 16 la sottolineatura dell'importanza delle cure domiciliari assicurate a livello distrettuale, nonché all'art.17 l'individuazione delle strutture di assistenza intermedia tra le quali le RSA, gli ospedali di comunità, le speciali Unità di Assistenza Protratta (SUAP) e all'art. 19 le farmacie convenzionate che assumono la funzione di "punti di salute". Le strutture intermedie costituiscono, infatti, articolazioni operative del sistema sanitario dell'assistenza primaria integrate nella rete dei servizi distrettuali. Esse svolgono una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse, e i servizi domiciliari e ambulatoriali, destinati alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche, che necessita di assistenza, o monitoraggio continui al di fuori dell'ospedale, al fine di assicurare la continuità delle cure qualora non si sia verificato il completo recupero dell'autonomia, o non vi siano le condizioni per il trattamento ambulatoriale o domiciliare.

In merito all'attribuzione di funzioni di assistenza alle Strutture intermedie va rilevato che alcune di queste sono presenti, talvolta in forma anche ampia, all'interno delle Residenze protette e delle ASP. Altre potrebbero essere promosse (ospedale di comunità). In tal senso sarebbe auspicabile che le condizioni previste per le Strutture intermedie vengano estese anche alle Residenze protette nel caso di funzioni equipollenti, con particolare riguardo anche ai procedimenti, al personale e alle prese in carico, al fine di promuoverne la qualità dei servizi e di scongiurarne il ridimensionamento dei servizi e degli interventi. Al riguardo si ricorda che spesso molte funzioni delle RSA sono presenti nelle Residenze protette e che la valorizzazione di queste ultime all'interno del sistema delle strutture intermedie potrebbe liberare importanti spazi di operatività e presa in carico nelle RSA.

Inoltre, in merito all'articolazione delle strutture intermedie, osserviamo come manchino le strutture di riabilitazione funzionale ai sensi dell' art. 26 della legge n. 833/1978, eroganti prestazioni finalizzate a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti disabilitanti, che richiedono, in riferimento ai bisogni clinico-funzionali e socio-assistenziali, una presa in carico multiprofessionale che si qualifica con la formulazione di un progetto abilitativo/riabilitativo individuale (così come previsto dall'art.23 legge 17/2014).

Si propone, pertanto, che l'articolo 17 del DDL 70 possa essere integrato in tal senso, con la previsione, fra le Strutture di assistenza intermedia, dei Presidi di riabilitazione funzionale finalizzati alle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali. Infine, pare oggettivamente opportuna e necessaria la semplificazione dell'accesso in favore del soggetto utente alle degenze intermedie, previsto dalla norma, che dovrà trovare riscontro nelle prassi e nei percorsi previsti.

In merito ai temi specifici delle ASP – Aziende Pubbliche Servizi alla Persona, si allega il contributo dedicato.

In merito al ruolo delle farmacie si auspica che le stesse possano connotarsi con funzioni di “punti salute”, quale sostegno professionale di percorsi di cura, di aderenza terapeutica, monitoraggio e educazione sanitaria, con particolare attenzione per la cronicità e in funzione del presidio del territorio, il tutto sempre in sinergia con il medico di medicina generale.

ART. 19 e CAPO III - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

In merito all'art 20 “Governo della presa in carico” che introduce la Centrale operativa “territoriale” ci pare una novità significativa che impatterà positivamente sul sistema e ancor più saprà dare delle risposte più immediate agli utenti. La Centrale Operativa riveste un ruolo fondamentale nella rete dei Servizi, come elemento cardine dell'organizzazione, in quanto svolge funzioni di coordinamento della presa in carico dell'utente “fragile” e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. In sintesi, essa rappresenta, dunque, la regia e la garanzia dell'integrazione ospedale/territorio, nonché lo strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle sue specifiche esigenze e bisogni. La Centrale garantisce, inoltre, uniformità nella raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, nell'attivazione delle risorse più appropriate, nella programmazione e nella pianificazione degli interventi, coordinando i soggetti della rete assistenziale, nonché tutelando il percorso da un luogo di cura a un altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Relativamente all'attività ospedaliera pare che questa venga assicurata tramite il modello “hub & spoke”, potenziando l'organizzazione in rete e con la progressiva differenziazione delle attività e dei mandati delle sedi ospedaliere (artt. da 21 a 24). Al riguardo si ritiene prioritario il tema del rafforzamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, potrebbe comportare forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'Ospedale e dei Pronto Soccorso. La riorganizzazione della rete ospedaliera -a nostro avviso- potrebbe, infatti, rivelarsi insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali in una logica di continuità assistenziale. L'integrazione funzionale fra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata, attraverso un adeguato ruolo di filtro, che in uscita dall'ospedale, attraverso dimissioni protette, o la presa in carico da parte delle strutture territoriali ed intermedie, in grado di assicurare l'opportuna continuità assistenziale.

Nel rapporto Ospedale-Territorio risultano, quindi, strategiche – a nostro avviso - sia l'individuazione della “Centrale operativa per il governo della presa in carica e della continuità assistenziale” (art.19), in capo agli Enti del SSR, per la successiva presa in carico post-ospedale, che la promozione della “Medicina di iniziativa” e della “Farmacia dei servizi” quale modello assistenziale orientato alla Promozione attiva della Salute, anche tramite l'educazione della popolazione a corretti stili di vita ed interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Infine, si rileva che mentre sono elencate tutte strutture sanitarie, non sono invece esplicitati gli Enti e le Strutture del territorio e non si trova un richiamo esplicito alle ASP che consenta di individuare le ASP come Enti dell'area socio sanitaria assistenziale. Se vi è l'intenzione di farlo con la futura modifica della L.R.19/2003, si ritiene comunque utile che questo tema venga adeguatamente esplicitato in qualche punto del DDL 70, diversamente le ASP rischierebbero di rimanere nel "limbo" tra gli Enti locali e quelli del Sistema socio sanitario, senza alcuna specificazione.

CAPO V – artt. 25 – 28 – RETI PER L'ASSISTENZA

Riteniamo questa una parte significativa del DDL 70, perché richiama i diversi soggetti della Rete su cui si basa il modello di Assistenza che si intende attivare con la collaborazione di tutti i diversi protagonisti, ciascuno per la propria competenza, dai professionisti, alle strutture aziendali e servizi e con l'identificazione fra gli Enti del SSR dei Centri di riferimento e specializzazione regionale.

ART. 29 - GLI IRCCS PUBBLICI E PRIVATI

E' questo – a nostro parere- un altro capitolo fondamentale per la promozione della Ricerca scientifica finalizzata alla clinica ed ai Livelli di Assistenza, attraverso la ricerca traslazionale in FVG, tramite gli IRCCS pubblici e privati presenti in Regione e di cui all'art.24- "Presidi Ospedalieri specializzati" (l'IRCCS Burlo Garofolo, di Trieste, l'IRCCS CRO di Aviano e l'IRCCS E. Medea – La Nostra Famiglia, polo regionale) ed attraverso le Aziende Ospedaliere Universitarie e la collaborazione con le Università (art. 29) per cui la Regione dovrà compartecipare allo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria valorizzandone i risultati quale indispensabile strumenti di innovazione e di efficacia del sistema.

La ricerca per la cura e l'assistenza delle persone, nell'ambito degli obiettivi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale è, infatti, fattore strategico e meritevole di adeguati investimenti.

Art. 31 – CENTRO DI FORMAZIONE PER L'ASSISTENZA SANITARIA

Certamente la Formazione sanitaria e sociosanitaria è da intendere non solo per i Medici di Medicina Generale, destinatari di specifici provvedimenti nazionali e regionali, ma proprio quale strumento strategico fondamentale per il riequilibrio e l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria, che oltre a fondarsi sul riequilibrio delle risorse economiche deve poter contare anche su adeguate e preparate risorse umane e professionali sino ad oggi poco considerate, al di fuori degli ospedali. Al riguardo si richiama, che attualmente gravi difficoltà caratterizzano il reclutamento di personale infermieristico e di operatori socio-sanitari nelle Residenze protette e nei servizi territoriali. In questa prospettiva auspichiamo un reale riequilibrio tra i Servizi sanitari e socio sanitari, anche per non dover più assistere, in occasione di ogni concorso pubblico, ad un ampio e non governato trasferimento di personale infermieristico e socio sanitario dal territorio verso le strutture sanitarie, con un grave impoverimento dei servizi intermedi e territoriali per le persone qui ospitate.

Infine è importante che la figura del farmacista venga coinvolta nei percorsi formativi regionali e aziendali.

Art. 39- PARTECIPAZIONE DEGLI ENTI LOCALI ALL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE

Sul tema della partecipazione alle attività di programmazione si auspica che una rappresentanza dei soggetti intermedi (ASP), che si occupano di cronicità e non autosufficienza, possa essere ammessa alle Conferenze dei Sindaci. D'altro lato si ricorda che la partecipazione delle Aziende Servizi alla Persona all'interno dei Piani di Zona è stata promossa nel passato solo in forma minima. Si condivide l'intento di rafforzare il rapporto del SSR con le Autonomie Locali tramite le Conferenze dei Sindaci che esprimono i bisogni di salute delle popolazioni, nonché investire sul sociale e sul sociosanitario per prevenire il ricorso inappropriato alle strutture sanitarie e per ritardare, per quanto possibile, l'istituzionalizzazione delle persone anziane.

In tema di rapporti tra Aziende sanitarie e Amministrazioni locali, si auspica che, sulla base delle positive esperienze sviluppate, le relazioni con la Conferenza dei Sindaci siano tenute dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore dei Servizi Socio- Sanitari.

A livello regionale relativamente ai rapporti tra Regione, Aziende del SSR e Amministrazioni Locali si richiama la convinta richiesta di Federsanità ANCI FVG sull'opportunità di riattivare, almeno nei contenuti inizialmente attraverso la prevista Commissione del CAL, le finalità della *"Conferenza permanente regionale per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale"* (indicata nel D.LGS 502/1992 e successivamente recepita all'articolo 1 legge regionale 9 marzo 2001 n. 8 "Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali"), abrogata dalla legge regionale n. 12/2015, in quanto sede idonea di confronto propositivo e sintesi tra le diverse istanze dei territori.

Al riguardo spiace dover ricordare che i Governi regionali degli ultimi dieci anni, abbiano cercato, prima di attenuare, e quindi di eliminare detto organismo, cercando – secondo noi in modo poco appropriato – di ricondurre la materia sanitaria e socio sanitaria nell'ambito tra quelle, già numerose, trattate dal CAL, che avrebbe bisogno di essere rivisto. La già ricordata Conferenza, infatti, ha costituito per tutti i partecipanti e per i risultati conseguiti un'esperienza all'avanguardia anche rispetto ad altre Regioni.

IL CRITERIO DELL'INNOVAZIONE

Il rimodellamento sul versante istituzionale ed il processo di riforma sono necessari, ma da soli non saranno sufficienti a garantire i risultati attesi. Riteniamo, infatti, che il SSR, nel suo complesso, debba continuare ad essere caratterizzato dal criterio dell'innovazione; sul piano dei processi clinici ed assistenziali, sul piano dell'integrazione socio-sanitaria, sul piano organizzativo e gestionale, il tutto sostenuto da due elementi che possono rappresentare le due facce della stessa medaglia rappresentata dall'innovazione: la formazione continua e la ricerca scientifica.

TITOLO III – SANITA' DIGITALE E SVILUPPO TECNOLOGICO

Anche i sistemi informativi (art. 32) dovranno essere oggetto di innovazione, sapendo che è insufficiente agire solo sull'architettura istituzionale, a maggior ragione se non viene riqualificato e potenziato il sistema informativo strumento fondamentale per la "governance" di sistemi complessi, ove insistono contemporaneamente la dimensione clinica, gestionale ed amministrativa. Il sistema informativo attualmente è imperniato sulla medicina di base, sull'ospedaliera e sull'attività di specialistica ambulatoriale; evidentemente non è sufficiente.

Se da una parte sono stati di recente codificati i flussi per il governo della residenzialità e semiresidenzialità di natura socio-sanitaria ed assistenziale per persone con disabilità, di cui alla Legge 41/96, è necessario e non più procrastinabile il completamento del sistema informativo e la produzione di flussi informativi informatizzati che codifichino e rilevino i dati diagnostici, legati alla diagnosi clinica e funzionale. Per una diagnosi in grado di tracciare i percorsi effettuati e le prestazioni erogate, caratterizzati dalla continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio; che metta insieme i dati e le informazioni delle unità e degli erogatori del sistema pubblico ed accreditato, ivi comprese le strutture intermedie e dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, ai fini epidemiologici, quali-quantitativi e programmatori. Un sistema informativo che gestisca linguaggi e sistemi di classificazione comuni nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria per le valutazioni di sistema.

Art. 54 - STRUTTURE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

In merito all'autorizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (art. 54 comma 2) si auspica che il parere di compatibilità del progetto rilasciato dall'Amministrazione regionale possa essere vincolante. Si rileva che non si fa accenno a processi autorizzativi di servizi semiresidenziali e di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e domiciliare.

Nello specifico invece rilevo le seguenti criticità:

- agli articoli 54 (Autorizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie) e 55 (Accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie) si parla di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio nonché di accreditamento solo di strutture e non si fa nessun cenno all'insieme dei servizi semiresidenziali e di Per questi che cosa si prevede? Sono escluse dal sistema di autorizzazione e di accreditamento?

- all'articolo 56 (Accordi contrattuali) analogamente si citano solo le strutture e non gli altri servizi. Per questi non si prevedono accordi contrattuali? Inoltre si parla solo di strutture private, ma le strutture pubbliche (quelle gestite da Comuni e da ASP) non sono considerate ovvero rientrano nel concetto di privato perché non gestite dal Servizio sanitario regionale? Se così fosse anche in questo caso verrebbe meno da un lato, la titolarità nell'erogazione dei servizi da parte dei Comuni e dall'altro il ruolo delle ASP nell'ambito del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali e sociosanitari.

Art. 55 - ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE

Si rileva che non si fa accenno a processi di accreditamento e ad accordi contrattuali per servizi semiresidenziali e per prestazioni erogate a livello ambulatoriale e domiciliare.

Rispetto al complessivo impianto del DDL che promuove il governo della domanda da parte di una Centrale distrettuale pubblica, si ritiene possa essere meglio chiarito il comma 5 dell'art. 55 che sembra introdurre meccanismi di concorrenza fra servizi pubblici e privati, all'interno dei quali la persona e la sua famiglia si troverebbero quasi "tirati" da un lato all'altro della rete dei servizi, così come già sperimentato in altre Regioni, con il rischio, alla fine, di rimanervi intrappolati.

Le case di riposo pubbliche non nutrono riserve all'ingresso di realtà private nel sistema di accoglienza delle persone anziane, in un'ottica di necessaria complementarità degli interventi e a parità di condizioni, ma richiedono che il loro patrimonio (professionale, culturale, sociale, economico) venga

valorizzato e non sacrificato a ciò che rischia di apparire come una teorica equiparazione in termini più di logica di mercato che di tutela di diritti esigibili.

In merito ai temi specifici delle ASP – Aziende Pubbliche Servizi alla Persona, si rinvia per approfondimenti e proposte all'allegato documento dedicato.

Art. 59 - FINANZIAMENTO DEGLI ENTI DEL SSR

Seppur in presenza di un articolato e coerente DDL, in ragione dell'evoluzione dei bisogni, del dato demografico ed epidemiologico, con una crescente pressione della cronicità, con il necessario rafforzamento del livello territoriale, si pone il problema delle risorse complessive di sistema ed, in particolare, della ripartizione, già normativamente codificata, nelle quote del 55% all'assistenza territoriale e del 45% all'assistenza ospedaliera.

PIANO SOCIALE

Infine, un doveroso auspicio affinché, nel 2020, si possa procedere anche con la definizione dell'atteso "PIANO SOCIALE", strumento fondamentale di programmazione e pianificazione delle politiche per il Welfare in FVG. Un documento strategico da "costruire" insieme e per il quale, come per altri percorsi per elevare la qualità e l'accessibilità dei servizi per la Salute e il Welfare nella nostra regione, Federsanità ANCI FVG assicura, fin d'ora, la piena collaborazione, sia nella fase di impostazione che, in quella più faticosa, dell'attuazione con e sul territorio, auspicando, peraltro, anche un forte un raccordo con la Riforma delle Autonomie Locali

Il Presidente
dott. Giuseppe Napoli