Segreterie regionali del Veneto

WELFARE E NUOVO PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

OBIETTIVI E PRIORITÀ DI CGIL CISL UIL DEL VENETO

Il presente documento nasce dalla volontà di CGIL, CISL e UIL del Veneto, d'intesa con le categorie dei pensionati e dei lavoratori pubblici e privati dei servizi socio-sanitari, di mettere a fuoco un'analisi sul welfare regionale, con particolare riferimento a sanità e sociale, alla luce dei contenuti del nuovo PSSR e delle schede di dotazione ospedaliera e territoriali. L'obiettivo è quello di offrire alle categorie e alle strutture territoriali non solo un'analisi condivisa ma anche alcune linee di indirizzo utili ai confronti da attivare a livello regionale e in sede territoriale, non solo sugli "Atti aziendali" ma più in generale sull'insieme della programmazione sociale e sanitaria che accompagnerà, per molto tempo, la fase attuativa del PSSR.

Allo scopo, si ritiene utile addivenire alla redazione di un protocollo con la Regione Veneto, quale strumento di definizione di un metodo operativo in progress, individuando in modo condiviso una serie di priorità su cui dar corso e continuità al confronto sui temi stabiliti di volta in volta, definendo linee guida e concordando decisioni e azioni attuative.

PREMESSA GENERALE

I temi del welfare infatti saranno al centro, insieme a quelli della crescita e dell'occupazione, della iniziativa unitaria di CGIL CISL e UIL del Veneto. Due i principi alla base dell'azione che si intende sviluppare nei confronti della Regione Veneto e delle amministrazioni locali: la salvaguardia del carattere pubblico e universalistico del servizio sanitario e il miglioramento delle politiche di welfare anche attraverso l'incremento delle risorse destinate ai servizi sociali e il finanziamento delle politiche per la non autosufficienza e la disabilità.

IL NUOVO MODELLO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

Il passaggio in Veneto da un modello "ospedalocentrico" al nuovo modello contenuto nel PSSR, che vede il territorio quale asse centrale della filiera assistenziale, ha bisogno di trovare ampio consenso e condivisione degli obiettivi per riorientare la spesa e per organizzare i servizi alla luce delle nuove necessità: a partire da una riorganizzazione capace di garantire la necessaria contestualità fra la prevista dismissione di posti letto per acuti e/o la riconversione di piccole strutture ospedaliere e l'attivazione di posti letto di comunità, che devono garantire la continuità assistenziale del post-acuzie nell'ottica della presa in carico delle persone.

Un nuovo modello, tuttavia, non si realizza solo con i posti letto di comunità né tanto meno si può realizzare a costo zero. Per questo occorre condividere delle priorità, sia a livello regionale che in ogni singolo territorio, definendo tempi e modalità di avvio e implementazione della "filiera", nonché le risorse necessarie. Risorse che possono essere ricavate da un atteso riordino istituzionale complessivo (unioni e/o fusioni tra Comuni, Città metropolitana, revisione ambiti territoriali ecc.), da una conseguente riorganizzazione dei livelli amministrativi e potenziando il sistema centralizzato degli acquisti.

Si rende inoltre necessario individuare percorsi, anche in collaborazione con i Comuni, volti al possibile recupero di risorse economiche dalla pratica dell'evasione, potenziando il sistema dei controlli. Tali risorse, possono essere destinate alle funzioni sociali degli enti locali, nel quadro della necessaria riqualificazione

complessiva della spesa sociale, oggi finalizzata quasi esclusivamente a erogazioni monetarie piuttosto che alla realizzazione di servizi alla persona, con l'obiettivo di rilanciare e riqualificare il ruolo delle conferenze dei Sindaci affinchè la delega alle ULSS non si traduca, come spesso avviene, in una sorta di de-responsabilizzazione del soggetto politico.

Cgil-Cisl-Uil del Veneto, inoltre, ritengono più che mai urgente preparare il modello veneto ad affrontare la nuova sfida europea della salute. Da ottobre 2013, infatti, si apre la libera circolazione dei pazienti a livello di Unione europea. Ognuno potrà scegliere dove farsi curare (il rimborso è garantito dai Paesi di provenienza) ed è necessario che il nostro "sistema salute" sia messo in grado da subito di essere altamente attrattivo e capace di competere in ambito internazionale. Le conseguenze possono risultare molto importanti, sia al fine di incamerare nuove risorse, sia al fine dello sviluppo occupazionale.

LA RETE DEI SERVIZI

Al di là della scadenza del 31 ottobre 2013 per l'invio degli Atti aziendali in regione, come Cgil-Cisl-Uil riteniamo che sul contenuto programmatorio degli stessi e dell'implementazione della "filiera dell'assistenza" si debba aprire un confronto su basi di maggior trasparenza con le Direzioni strategiche delle Ulss e con le Conferenze dei sindaci in quanto finora è stata valutata insufficiente la modalità con la quale tale confronto sin qui è stato esercitato.

Per affrontare compiutamente le questioni afferenti al PSSR è necessario poter disporre almeno dei seguenti elementi:

a. numero e dislocazione dei Distretti socio sanitari. Va chiarito, in primo luogo, che il concetto di "Distretto unico" dev'essere inteso non come unico luogo nel quale accentrare, nel territorio, tutte le funzioni e le prestazioni, ma l'unicità deve essere intesa sotto il profilo dell'uniformità gestionale e organizzativa;

b. programmazione degli Ospedali di Comunità e delle altre strutture intermedie extraospedaliere, come le URT (Unità Riabilitative Territoriali), stabilendo la distribuzione e collocazione territoriale, le caratteristiche strutturali e organizzative, e stabilendo un numero di posti letto da risultare sufficiente alle reali necessità locali;

c. numero, dislocazione e tempistica dell'attivazione delle medicine di gruppo integrate, precisando il personale medico e non, ivi previsto (es. quanti medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri ed eventuali altre figure professionali socio-sanitarie e unità amministrative) per ciascuna Medicina di Gruppo Integrata (MGI). Su questa base definire quante AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) sono attivabili, sapendo che, nel modello previsto dalla Regione, l'AFT è una aggregazione virtuale, che dovrà comprendere, sotto il profilo del coordinamento, 3-4 medicine di gruppo integrate. Per la realizzazione rapida e diffusa delle Medicine di Gruppo Integrate è necessario che la Regione completi l'iter e faccia applicare il "contratto di esercizio tipo", al fine di non creare disomogeneità nella erogazione dei servizi e delle prestazioni;

d. modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, a partire dalla strutturazione e distribuzione delle Medicine di Gruppo Integrate;

e. organizzazione del territorio sul modello H24. Definizione delle modalità di presa in carico (chi fa cosa), dei percorsi terapeutici e assistenziali personalizzati, di come garantire l'avvio delle COT (Centrali Operative Territoriali), del necessario coordinamento fra ospedale e territorio, riorganizzando laddove necessario il sistema dell'Assistenza Domiciliare. L'attivazione del modello H24 dovrà consentire per un verso la maggiore appropriatezza di ricoveri e prestazioni, riducendo gli accessi impropri ai Pronto Soccorso, e dall'altro, un utilizzo corretto della diagnostica e della specialistica ambulatoriale, riconducendo la libera professione alla libera scelta del cittadino, e non

come è oggi, una scelta obbligata a causa della carenza di risposte adeguate nel territorio e degli eccessivi tempi di attesa delle strutture ospedaliere;

f. reperimento di nuove risorse per la non autosufficienza e la disabilità, attualmente insufficienti anche per effetto dei tagli lineari e dei provvedimenti normativi decisi dai diversi governi nazionali e ridotte anche in Veneto, che devono inserirsi nel disegno piu' generale di attuazione della L.R. 30/2009, mettendo la persona al centro di un proprio progetto individualizzato di assistenza. Il tema della non autosufficienza in Veneto è un argomento che per la sua delicatezza etica e morale e per la sua dimensione sociale ed economica non può più essere sottovalutato o addirittura sottaciuto. Sono passati ormai quattro anni dal varo della Legge e da quella data non solo non ha ricevuto alcun ulteriore finanziamento ma fatica a mantenere quello esistente, mentre nessun provvedimento regolamentare in essa previsto è stato assunto per uniformare qualità ed equità d'accesso ai servizi. Cgil, Cisl, Uil sollecitano la Regione Veneto ad attivarsi anche in sede nazionale, per l'urgente definizione dei LEPS (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) e dei Livelli Essenziali per la non autosufficienza, unico strumento in grado di garantire uniformità e universalità nei servizi;

g. rivisitazione in base a criteri di equità e di progressività di tutta la partita della compartecipazione (rette, tariffe, ticket, ecc.) sia sulle prestazioni, sia sulle diverse tipologie di residenzialità extraospedaliera;

h. ai fini della garanzia del finanziamento dei LEA occorre provvedere quanto prima al riparto del Fondo Sanitario Regionale di quest'anno e rivedere il sistema di finanziamento come previsto dalla L.R. 23/12, riconoscendo le specifiche funzioni assegnate alle Aziende ospedaliere e alle Ulss, tanto più se di rilievo provinciale e regionale, nonchè della specificità territoriale.

LE PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE

E' necessario individuare strumenti atti alla valorizzazione e alla partecipazione di tutte le professioni, a partire da quelle del comparto, che devono essere favorite a ogni livello, perché solo con esse e coerentemente all'implementazione dei nuovi modelli assistenziali previsti sarà possibile accompagnare e rendere effettiva la complessa riorganizzazione prevista ospedale-territorio. Il nuovo modello, infatti, soprattutto per le figure infermieristiche, ma non solo, richiede a nostro parere la messa in campo di strumenti di formazione e/o aggiornamento professionale mirati. Analogo ragionamento vale per l'area medica, tecnica, amministrativa e per l'area della specialistica ambulatoriale che deve essere riqualificata. In questo contesto e in prospettiva, sia per la sostenibilità del sistema, sia per una reale integrazione tra le professioni che devono operare in stretto rapporto nella nuova dinamica di rete, Cgil-Cisl-Uil del Veneto intendono proporre alla Regione di approfondire il tema dell'inserimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta all'interno del Servizio Sanitario Regionale, superando i pesanti squilibri che il sistema delle convenzioni ha determinato, sia sul piano organizzativo, retributivo e sia sul versante operativo.

RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ

IPAB e Centri di servizio, devono rientrare nella rete della filiera territoriale dell'insieme dei servizi. Occorre superare resistenze ormai intollerabili e procedere alla riforma delle IPAB (prevista dalla L. 328/2000) che, a nostro avviso, devono essere trasformate in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP). Per le strutture private va rivisto il sistema di accreditamento e finanziamento. Per tutti, vanno definiti standard di servizio, nel rispetto dei contratti di lavoro e delle leggi, superando gli ostacoli di natura fiscale e le anomalie contrattuali che penalizzano le strutture pubbliche a tutto vantaggio di quelle private. A questo proposito chiediamo che quanto prima venga attivato lo specifico tavolo di confronto che abbiamo recentemente richiesto.

E' necessario, in questo quadro, potenziare lo strumento dell'assistenza domiciliare, che solo nel contesto di un sistema "a rete" può rappresentare una alternativa alla istituzionalizzazione del paziente non autosufficiente o disabile. Al riguardo occorre investire nei progetti di autonomia e di vita indipendente anche attraverso la riconversione di strutture o parti di strutture di ricovero in "case protette", più idonee ad ospitare soggetti ancora parzialmente autosufficienti se inseriti in un contesto protetto ma non più in grado di rimanere al proprio domicilio.

PUBBLICO-PRIVATO-APPALTI

Il privato può e deve continuare a svolgere un ruolo integrativo del pubblico nell'ambito e nel rispetto della programmazione regionale. Allo scopo occorre intervenire, con urgenza, per:

- vincolare le imprese che operano in convenzione con il Servizio socio-sanitario regionale e le strutture ospedaliere private accreditate, a rendersi disponibili, alla luce delle eventuali esigenze derivanti dalla programmazione e dalla riorganizzazione dei servizi che ne scaturisce, per mettere in atto tutte quelle azioni di riorganizzazione e/o di riconversione, utili a salvaguardare l'efficacia dei servizi, i livelli occupazionali, le esigenze dell'utenza.

- rivedere il sistema degli appalti, definendo un sistema di regole per superare la logica degli affidamenti al massimo ribasso e vincolando le imprese profit e no-profit (cooperative, ecc..) al rispetto delle norme di legge e contrattuali. A questo proposito viene valutata positivamente la decisione del tavolo regionale di insediare un gruppo di esperti tra Regione e OO.SS. per la definizione di un "capitolato-tipo", con particolare attenzione alle clausole sociali. Altresì è urgente definire con la Regione l'impegno a individuare spazi per favorire i contratti di solidarietà e poter accedere, in caso di eventuali esuberi, al sistema degli ammortizzatori sociali e ad inserire, per le tipologie di lavoratori che non hanno altre possibilità, clausole e tutele simili a quelle in essere nei cambi di appalto.

- implementare un sistema regionale di coordinamento per acquisti e forniture con l'obiettivo di razionalizzare le spesa, ferma restando la qualità dei beni forniti.

TAVOLO PERMANENTE

La costituzione del Tavolo permanente di confronto con la Regione per affrontare i problemi relativi alla realizzazione del nuovo Pssr è un punto di partenza positivo. Questo confronto deve essere riproposto anche a livello territoriale, nelle singole ULSS e aziende dove vengono decise le scelte operative per applicare il Piano e nel rapporto con le Conferenze dei Sindaci.

E' evidente che il tavolo permanente regionale deve avere un ruolo di progettazione, analisi, coordinamento e di raccordo delle politiche del welfare per individuare percorsi, metodi e azioni che consentano di trovare soluzioni condivise. Sul piano del metodo, si ritiene utile accompagnare tale percorso aprendo il confronto permanente anche nel territorio con le aziende socio-sanitarie locali sui provvedimenti destinati ad intervenire in maniera sostanziale sull'organizzazione dei servizi socio sanitari, in attuazione del PSSR. Il confronto permanente di cui trattasi si intende di carattere preventivo e continuativo e va attuato strutturando un Tavolo permanente composto dalla Direzione strategica aziendale e dalle oo.ss. Cgil-Cisl-Uil confederali e di categoria.

Per tutto questo è necessario definire, in tempi brevi, un primo protocollo d'intesa con la Regione Veneto, come evidenziato in premessa di questo documento.

Ottobre 2013