21 aprile 2015

CONFERENZA SANITA'

Sergio Melis

Si è svolta ieri, 20 aprile 2015, la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria della regione Piemonte. All'ordine del giorno l'approvazione del verbale della seduta precedente, l'illustrazione della proposta di rete di assistenza domiciliare e territoriale, vane ed eventuali. Cos'è la Conferenza? Da chi è composta? Di cosa si deve occupare? Che cosa discute realmente?
Un piccolo compendio per fare il punto

LA CONFERENZA PERMANENTE PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Istituita con la **Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007,** che istituisce **"**Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale", viene configurata all'art. 6 la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria nel modo seguente:

1. La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di cui all' articolo 2, comma 2-bis del d. lgs. 502/1992, è l'organo attraverso cui gli enti locali territoriali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria.
2. La Conferenza esprime parere, entro sessanta giorni dalla richiesta:
a) sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
b) sulla proposta di piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
c) sulla relazione socio-sanitaria regionale.
3. La Conferenza può formulare proposte sui documenti di cui al comma 2, lettere a) e b).
4. La Conferenza valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla Conferenza i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.
5. La Conferenza, istituita con decreto del Presidente della Giunta regionale, è presieduta dal medesimo o da suo delegato ed è così composta:
a) dal sindaco della città di Torino, o un suo delegato, nella sua qualità di Presidente delle conferenze dei presidenti di circoscrizione di cui all' articolo 15, comma 5, della legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10 (Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende sanitarie regionali);
b) dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle ASL;
c) dai presidenti delle province piemontesi;
d) da tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani;
e) da due rappresentanti della Lega delle autonomie locali;
f) da un rappresentante della Associazione nazionale piccoli comuni d'Italia;
g) da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani;
h) da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello regionale;
i) da un rappresentante del terzo settore.

6. I componenti di cui al comma 5, lettere d), e), f), g), h) e i) sono designati dalle rispettive organizzazioni di appartenenza.
7. Le modalità di funzionamento della Conferenza e delle sue eventuali articolazioni sono disciplinate da apposito regolamento, approvato con deliberazione della Giunta regionale, informata la commissione consiliare competente. Il medesimo provvedimento definisce altresì le modalità di raccordo della stessa con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali di cui all' articolo 6 della legge regionale 20 novembre 1998, n. 34 (Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli enti locali).

Nella presente legislatura regionale del Piemonte la Conferenza si è insediata il 31 0ttobre 2014, la CISL Piemonte ha recentemente nominato Sergio Melis quale componente in sostituzione di Giovanna Ventura che è entrata a far parte della Segreteria Confederale. La Conferenze è così composta:

Presidente della Conferenza è l'Assessore Antonio Saitta.

RAPPRESENTANZA	TITOLARE	DELEGATO
Comune di Torino	FASSINO Piero	TISI Elide
ASL TO3	DESSI' Franco	CASCIANO Francesco
ASL TO4	DELLA PEPA Carlo	
ASL TO5	MEO Roberta	
ASL VC	FORTE Maura	
ASL BI	CAVICCHIOLO Marco	PRESA Diego
ASL NO	BALLARE' Andrea	IMPALONI Elia
ASL VCO	MELLANO Maria Adelaide	
ASL CN1	BORGNA Federico	
ASL CN2	ADRIANO Davide	
ASL AT	PESCE Flavio	
ASL AL	non hanno ancora nominato	
Provincia Alessandria	ROSSA Maria Rita	
Provincia Asti	BRIGNOLO Fabrizio	PESCE Flavio
Provincia Biella	RAMELLA PRALUNGO Emanuele	
Provincia Cuneo	BORGNA Federico	
Provincia Novara	BESOZZI Matteo	
Provincia Torino	AVETTA Alberto	
Provincia Verbano-Cusio -Ossola	COSTA Stefano	DELBARBA Damiano
Provincia Vercelli	VERCELLOTTI RIVA Carlo	

Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)	TISI Elide	
Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)	COTTO Mariangela	
Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)	TINIVELLA Anna	
Lega delle autonomie locali	RIU Mario	
Lega delle autonomie locali	AIRES Emiliano	
Associazione nazionale piccoli comuni d'Italia (ANPCI)	BIGLIO Franca	
Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (UNCEM)	GARBANO Mauro	
CGIL	SEIDITA Laura	
CISL	MELIS Sergio	
UIL	LO GRASSO Francesco	

INSEDIAMENTO DELLA CONFERENZA

Il 31 ottobre 2014, nel primo incontro definito dal Presidente "Un utile momento di confronto con gli amministratori locali, i rappresentanti dei sindacati e delle forze sociali in vista delle decisioni che dovremo assumere per rendere la nostra sanità più sicura ed efficiente", Saitta ha ricordato che i prossimi mesi sarebbero stati decisivi per dare prospettive alla sanità del Piemonte. "Per uscire dal Piano di rientro – ha affermato - dobbiamo riorganizzare la rete ospedaliera, potenziare l'assistenza territoriale, accorpare e razionalizzare laddove è necessario per la sicurezza dei cittadini, centralizzare gli acquisti di beni e servizi e ridurre la spesa farmaceutica, in particolare ospedaliera, per contenere i costi e rimanere nel 2015 nei limiti delle risorse assegnate al Piemonte dal Fondo sanitario nazionale. La rapida uscita dal Piano di rientro è il presupposto per lo sblocco del turnover del personale, in particolare infermieristico, e per l'attivazione degli investimenti nel campo dell'edilizia sanitaria."

Il direttore regionale Moirano ha illustrato dal punto di vista tecnico i parametri e le principali ricadute del Patto della Salute sottoscritto a luglio e del successivo Regolamento di agosto che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

Sindaci, sindacalisti, esponenti delle associazioni rappresentative dei Comuni, dei piccoli Comuni e delle Province sono intervenuti nel dibattito seguito alle comunicazioni dell'assessore, evidenziando alcuni aspetti legati alle specificità del territorio, alla necessità di coinvolgere i medici di medicina generale, all'esigenza di potenziare l'assistenza domiciliare integrata con particolare attenzione al tema delle cronicità legate all'invecchiamento della popolazione.

"I contributi e suggerimenti emersi dalla Conferenza di oggi sono stati utili per avere un quadro generale e complessivo della situazione: da parte della Giunta, ribadisco l'impegno all'approfondimento continuo e costante in questa delicata e complessa fase di revisione del sistema sanitario regionale"- ha concluso Saitta.

INCONTRO DEL 20 APRILE 2015

Ordine del giorno: 1. Approvazione del verbale della seduta precedente, 2. Illustrazione della proposta di rete di assistenza domiciliare e territoriale, 3. Vane ed eventuali.

Dopo i saluti e l'approvazione del verbale della seduta precedente, il Presidente ha iniziato a illustrare i principi per il ridisegno della rete territoriale dei servizi prefigurando un nuovo ruolo per i Distretti e una riduzione delle strutture amministrative nelle aziende sanitarie

Saitta ha evidenziato che ogni anno i passaggi nei pronto soccorso in Piemonte sono 1.768.800, di cui 1.601.335 (cioè il 90.54%) sono codici bianchi e verdi (dati 2013) e solo il 10% dei passaggi nei pronto Soccorso è seguito da ricovero. L'attività legata all'emergenza/urgenza ospedaliera rappresenta il 35% dei ricoveri, mentre oltre il 40% dei piemontesi ha avuto un accesso in pronto soccorso: considerando anche i passaggi ripetuti, si può tranquillamente affermare che almeno 1 piemontese su 3 si è recato nell'arco di un anno in un Pronto soccorso. All'interno del dato del 90,54% di codici bianchi e verdi che accedono al Pronto Soccorso va ricercata l'inappropriatezza della risposta alle necessità dei pazienti: si tratta di casi che si recano al Pronto Soccorso perché non trovano risposta sul territorio (fine settimana, orari serali/notturni, festività etc.) anche se molto spesso le risposte esistono. Considerando invece i numeri relativi ai ricoveri ordinari (senza tenere conto dell'attività di day hospital) in Piemonte in un anno si sono registrati 492.399 ricoveri, di cui il 47. 19% in urgenza: tra i pazienti ricoverati, quelli di età compresa fra i 70 e i 90 anni e oltre sono ben 193.605, cioè il 40% del totale.

Ad oggi solo lo 0.73% di loro dopo il ricovero intraprende un percorso di assistenza domiciliare integrata, ancora meno usufruisce dell'ospedalizzazione a domicilio (0.19%), il 54.2% viene ricoverato nelle RSA-residenze sanitarie assistenziali ed il 7.3% viene destinato al percorso di riabilitazione. Quindi circa l'80% di questi pazienti anziani dopo il ricovero fa ritorno a casa: questo vuol dire che persone molto anziane vengono sempre più spesso ospedalizzate, mentre un'efficace e diversa azione mirata di prevenzione e cura domiciliare potrebbe avere grande efficacia per loro e per le loro famiglie, ma farebbe anche registrare un beneficio per le casse della sanità piemontese. L'assessore alla sanità Antonio Saitta ha condiviso la settimana scorsa con la Giunta regionale il nuovo piano per l'assistenza territoriale:

"Il modello organizzativo che la Regione Piemonte affianca alla revisione della rete ospedaliera - ha affermato - parte dalla programmazione e dal governo della rete dei servizi già presenti sul nostro territorio. Per rendere concreta l'integrazione tra ospedale e territorio e garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi del percorso di salute, dobbiamo evitare dispersione organizzativa, sovrapposizione di competenza, ma soprattutto dobbiamo partire dal rilancio del Distretto cui attribuire vera responsabilità di governo della rete territoriale. Lo intendiamo come il distretto della salute e della coesione sociale, cui afferiscono le istituzioni che hanno la responsabilità dei servizi sanitari (ASL) e le istituzioni che hanno la responsabilità dei servizi sociali (i Comuni nella forma associata), in cui si costruisce un modello forte ed omogeneo per la gestione dei servizi ad integrazione sociosanitaria (in cui ASL e comuni devono operare congiuntamente e in un rapporto paritario e trasparente); in cui si costruisce una vera rete integrata con il vasto mondo del volontariato e del terzo settore" Saitta ha sottolineato, inoltre, che su questa parte ha ragionato in sinergia con il collega Augusto Ferrari.

Saitta ha proseguito evidenziando che ogni Distretto avrà una dimensione tra gli 80 e i 150mila

abitanti, coinciderà con l'ambito territoriale dei Consorzi socio assistenziali, ma si terrà conto delle specificità delle aree montane a scarsa densità abitativa. “Avremo ragionevolmente un numero di Distretti che oscilla fra i 30 e i 35 – ha affermato Saitta – e nel piano per il rilancio della rete di assistenza territoriale, il Distretto viene individuato come braccio operativo delle Asl, responsabile per il governo della rete territoriale che comprende sia le cure primarie, sia le strutture intermedie (i cavs, gli ospedali di comunità), sia la rete socio sanitaria dei servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali gestita in raccordo con il sistema dei servizi sociali”. Il rilancio della rete territoriale passerà dalle AFT, le aggregazioni funzionali territoriali gestite dai medici di medicina generale (tra i 15 e i 20 medici per ciascuna AFT) con il supporto di infermieri ed assistenti sociali: loro compito la presa in carico globale del paziente (non più di 30mila assistiti in tutto) sia per la sua salute che per il necessario supporto sociale alle famiglie. Utilizzeranno le risorse tecnologiche delle centrali uniche di riferimento per l'assistenza primaria, diventeranno punto di riferimento della popolazione anche per l'accesso alle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, ma anche per le necessità di assistenza domiciliare.

L'altro punto di forza dovranno essere le UCCP- unità complesse di cure primarie: ogni distretto ne avrà al massimo 2, saranno centri multi professionali (di fatto l'evoluzione degli attuali CAP già sperimentati sul territorio) composti da medici specialisti, pediatri e medici di medicina generale e saranno aperti 24/24. Nel rilancio della rete territoriale, la Giunta regionale ridisegna anche le strutture complesse delle Aziende sanitarie: oggi a livello territoriale ci sono 543 strutture complesse tra amministrative (257) e sanitarie (286 ad esempio Spresal, Igiene pubblica, Medicina legale, Servizi farmeceutici etc) ma saranno ridotte in modo considerevole partendo dai Dipartimenti amministrativi che saranno sostituiti da strutture semplici: le strutture complesse non potranno essere- in totale- più di 318 in tutto il Piemonte. Infine Saitta ha annunciato il raggiungimento di un’intesa sul rinnovo della convenzione con i medici di medicina generale.

“Nel rinnovo del contratto nazionale dei medici convenzionati saranno contenute in modo forte le linee guida volute dalle Regioni sull’assistenza territoriale, che oggi a Roma abbiamo siglato: si va dunque verso la strada di ridurre l’ospedalizzazione sostenendo un nuovo modello di cura, al quale in Piemonte lavoriamo da tempo e che abbiamo presentato proprio in questi giorni”.

Saitta ha espresso soddisfazione per l’intesa che le Regioni italiane hanno trovato oggi consegnando alla Sisac (la struttura interregionale sanitari convenzionati) gli obiettivi da inserire nel rinnovo del contratto della medicina convenzionata: “saranno privilegiate in modo forte le aggregazioni dei medici di famiglia e pediatri che garantiranno aperture e servizi ampi ai pazienti – ha spiegato - e le Regioni potranno sostenere il processo di sviluppo della rete di assistenza territoriale destinando le risorse che si libereranno con le riorganizzazioni in atto. In pratica potremo aiutare la nascita delle Aft e Uccp assegnando sedi, strutture, anche personale infermieristico, vogliamo che i pazienti trovino sul territorio le risposte che oggi tutti chiedono solo al pronto soccorso”.

Ora Sisac avvierà la trattativa con la categoria dei medici di medicina convenzionata: “in Piemonte il confronto con i rappresentanti sindacali dei medici di famiglia e pediatri comincerà presto – ha affermato Saitta - e già il prossimo 23 aprile li incontreremo per illustrare il progetto di rete di assistenza territoriale, il loro coinvolgimento è indispensabile". In Piemonte i medici di famiglia convenzionati compresi i pediatri sono circa 3.350. L’assessore Saitta ha precisato anche che il confronto continuerà anche con i Comuni, le associazioni e “tutte le categorie professionali interessate.

Il Presidente ha affermato che la costituzione della rete sarà oggetto degli obiettivi conferiti ai nuovi Direttori Generali e che questi dovranno realizzarla con i sindaci.

Si è poi soffermato sulle funzioni del distretto come da seguente slide.

LE FUNZIONI DEL DISTRETTO

FUNZIONE DI TUTELA E GARANZIA

Valutare quali servizi per quali bisogni

- garanzia dei LEA territoriali
- approccio alla pianificazione e programmazione anche con il sociale
- analisi dei bisogni epidemiologici e dei consumi sanitari
- eventuale riprogrammazione dell'offerta

Il distretto svolge un ruolo chiave rispetto a:

- analisi domanda di salute, governo dell'offerta dei servizi
- integrazione delle istanze dei portatori di interessi sanitari e sociali
- realizzazione di attività di promozione della salute, di prevenzione individuale delle malattie e delle disabilità
- sviluppo della cultura e della realizzazione dell'integrazione tra attività territoriali e ospedaliere e tra i servizi sociali e socio-sanitari

FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLA RETE E EROGAZIONE SERVIZI

- Coordinamento delle rete dei servizi
- Erogazione dei servizi gestita dal Distretto
- Ruolo centrale dei MMG e PLS
- Governo e controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni

Il distretto promuove attività di educazione alla salute e assicura:

- servizi di Assistenza Primaria
- assistenza sanitaria di base e la Continuità Assistenziale
- assistenza domiciliare
- assistenza residenziale e semi-residenziale
- assistenza consultoriale per infanzia, maternità e famiglia
- assistenza specialistica e la prenotazione tramite CUP
- informazione e assistenza amministrativa ai cittadini, ai fini dell'utilizzazione dei vari servizi sanitari e socio-sanitari

Si è quindi aperto il dibattito e tutti i rappresentanti hanno riconosciuto al Presidente il mantenimento delle promesse circa la presentazione della proposta, hanno sottolineato la necessità che si giunga delineare i passi effettivi, hanno sollecitato il necessario coinvolgimento dei promi cittadini e la necessità di evitare confusioni tra piano di gestione sanitaria e sociali per scongiurare il caos nella erogazione dei servizi ed impedire l'affossamento della integrazione reale.

Come organizzazioni sindacali abbiamo rimandato alla nostra “piattaforma” sottolineandone le convergenze (quali il Distretto forte e la “contestualità tra riordino della rete ospedaliera e rafforzamento della rete territoriale) ed evidenziando la necessità che si proceda alla istituzione delle Unità Complesse di Cura Primarie, senza le quali non si riuscirà a rispondere alle domande dei cittadini ed assorbire il surplus di affluenza ai pronto soccorso. Abbiamo apprezzato il percorso di coinvolgimento dei medici di famiglia e suggerito di utilizzare anche gli strumenti premiali già esistenti per ottenere i risultati e monitorare impegno e risultati. Abbiamo, infine, sollecitato la costruzione di un vero sistema di presa in carico che vada dal primo contatto, l’indirizzamento, passi per prevenzione, cura e giunga alla continuità di assistenza e cura. Abbiamo espresso dubbi su un Distretto troppo grande, 70/80 mila è un numero di abitanti congruo. Abbiamo sottolineato la necessità che il Distretto coincida con il territorio di erogazione dei servizi (consorzi).

Come CGIL CISL UIL Piemonte abbiamo poi rimandato a incontri successivi gli approfondimenti e la presentazione di ulteriori proposte.

RICORSO ASSEGNI DI CURA

In coda all’incontro, dopo le conclusioni, il Presidente, su nostra sollecitazione, ha comunicato che la giunta ha deliberato nella mattinata la copertura per il 2015 di ulteriori 15 milioni per gli assegni di cura e ha preso la decisione di ricorrere al Consiglio di stato contro la sentenza del Tar sulla questione degli assegni di cura.

Una decisione tecnica imposta dal Ministero dell’Economia per poter mantenere la strada dell’uscita dal piano di rientro dal debito sanitario – ha dichiarato Saitta - alla quale però oggi la Giunta regionale ha affiancato una scelta politica forte, quella di incrementare di 15 milioni di euro del fondo sanitario la quota destinata alla non autosufficienza che sale così da 265 a 280 milioni di euro per l’anno in corso”. Ha continuato Saitta: “l'assegno di cura diventa vera alternativa al ricovero nelle residenze sanitarie assistenziali”. Saitta ha precisano poi che l’aumento della quota servirà anche a dare risposte alla domanda di assistenza sempre più crescente in Piemonte dove sono circa 16mila gli anziani in residenza a carico della Regione Piemonte e circa 8mila gli utenti in sistema di domiciliarità, con liste d’attesa aperte su entrambi i fronti.

Abbiamo chiesto al Presidente di avere la delibera e il testo del ricorso presentato.