4 maggio 2015

INCONTRO CON GLI ASSESSORI

ALLA SANITÀ E ALLE POLITICHE SOCIALI

A cura di Aldo Roncarolo

1. RELAZIONE INTRODUTTIVA DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ

L'Assessore Saitta ha affermato che esiste una totale sintonia e unità d'intenti con l'Assessore alle Politiche Sociali e l'occasione dell'incontro congiunto offre l'occasione per dimostrarlo.

Dopo la premessa è passato alla descrizione del percorso che dovrebbe portare all'approvazione del documento sulla riorganizzazione dei servizi territoriali da licenziarsi entro il mese di giugno (delibera).

Ha tralasciato i commenti al testo, conosciuto dai presenti, soffermandosi invece sulle logiche che lo hanno ispirato.

Lo ha definito come un documento di principi, aperto a modifiche ed integrazioni e per questo motivo ne ha ammesso i limiti.

L'intento dichiarato è quello di coinvolgere tutti gli interessati in una discussione, il più possibile aperta, per arrivare alla definizione accurata delle competenze assegnate ai Distretti da parte degli uffici dell'Assessorato.

Da atto che nei primi confronti sono state evidenziate lacune da parte dei partecipanti.

La delibera dovrebbe vedere la luce entro il prossimo mese di giugno e completerà il quadro di obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

A questi sarà dato un tempo di circa sei mesi per elaborare i piani di assistenza territoriale per ciascun Distretto.

L'attuazione della rete ospedaliera e territoriale costituirà elemento di giudizio sull'operato dei Direttori medesimi: per la rete ospedaliera è riferimento la DGR 600 del novembre scorso integrata dal crono-programma deliberato nel gennaio 2015.

Nei piani Aziendali dovranno essere previsti i tempi di attuazione e indicate le risorse necessarie per la loro realizzazione; se le Direzioni Aziendali si adegueranno a queste

linee di indirizzo, nel 2016 le risorse saranno vincolate agli obiettivi di piano, il processo sarà sottoposto a valutazione da parte della Regione che, afferma l'Assessore, ha gli esperti con competenze in pianificazione.

L'Assessore ritiene che il problema maggiore nella realizzazione di un Distretto "forte" sia rappresentato dalla difficoltà a innescare il processo, cosa mai avvenuta negli anni passati; il fatto sarebbe da imputare prevalentemente a due fattori: l'assenza di competenze e l'aver ritenuto l'attività territoriale residuale rispetto all'attività di diagnosi e cura.

Da qui la necessità di individuare una figura di responsabile distrettuale dotata di competenze adeguate e la necessità di definire un budget specifico per il Distretto.

Su questo argomento vi sono state alcune osservazioni, sia da parte sindacale che da parte del funzionario presente, che hanno prodotto ulteriori considerazioni.

- *Il budget, oltre a dare certezze alle attività devolute al Distretto, risponde anche alla logica di tenere sotto controllo in particolare la spesa farmaceutica territoriale e quella destinata alla diagnostica (non è stata una affermazione in forma esplicita ma il discorso sottinteso è che da una parte le responsabilità a carico del dirigente del Distretto sono ampliate ma dall'altra le risorse economiche non sono riconosciute a piè di lista ma entro confini piuttosto precisi).*
- Il problema dei costi investe prevalentemente l'attività specialistica e diagnostica, su questo versante i medici di base sono in prima linea nel determinare e condizionare la spesa; *sul loro comportamento ha un'importanza rilevante quella che è definita "medicina difensiva", cioè quella attività prescrittiva non pienamente giustificata da motivi diagnostici ma piuttosto dalla necessità di dimostrare, in un eventuale giudizio per negligenza professionale, di avere fatto tutto quanto scienza e coscienza suggerivano*.
- Più contenuto lo scostamento per quanto riguarda la spesa farmaceutica territoriale mentre più preoccupante l'andamento dei conti della spesa farmaceutica ospedaliera.
- Per quanto riguarda il sistema di controllo l'Assessore lo ha definito controllo esercitato "guardandosi": *se e quando questo sistema verrà applicato potrà dare buoni risultati perché consiste nel far emergere le situazioni in cui il risultato di spesa presenti anomalie al rialzo o al ribasso rispetto a una platea estesa di soggetti osservati (detto per inciso è un sistema che dimostra efficacia anche nella acquisizione di beni e servizi da parte della PA per far emergere i casi di dubbia limpidezza o comportamenti non corretti da parte dei funzionari).*

1.a Rinnovo della Convenzione con i Medici di Famiglia

L'assessore ha comunicato che la Conferenza delle Regioni ha licenziato le linee di

indirizzo per il rinnovo della convenzione con i medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS) e, attraverso questa, dare attuazione alle AFT e alle UCCP.

Il rinnovo non dovrebbe prevedere incrementi economici anche se ci sono state fughe in avanti da parte della regione Liguria e della Campania, probabilmente influenzate dall'imminenza dei rinnovi dei Consigli in quelle Regioni, i risparmi che ne dovessero derivare non sarebbero devoluti ad aumenti contrattuali.

Si intende comunque incentivare l'associazione tra medici

Le forme di associazione possibili sono diverse e ciascuna comporta un diverso approccio all'assistenza di base; queste sono:

- *Medicina in associazione*
- *Medicina in rete*
- *Medicina di gruppo*

1.b Medicina in associazione

- gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica

- associati da un minimo di 3 a un massimo di 10

- è prevista la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza etc.

1.c Medicina in rete

- gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica

- associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (salvo casi particolari);

- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili

- collegamento dei sistemi informatici degli studi dei medici con accesso alle informazioni relative agli assistiti da parte dei componenti dell'associazione

- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano previste da accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittivi interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione.

1.d Medicina di gruppo

- sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;

- numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8

- presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;

- utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;

- utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno;

- gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;

- utilizzo di software tra loro compatibili per la gestione della scheda sanitaria;

- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda Sanitaria e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittivi interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa.

Come si vede la medicina di gruppo consiste prevalentemente nella condivisione di locali e strumenti tecnologici e telematici; la medicina in associazione consiste nella condivisione delle competenze mentre la medicina in rete è quella che prevede una maggiore integrazione di funzioni e di attività.

Appare evidente come i medici che hanno raggiunto il massimale degli assistiti siano i più riluttanti ad accettare forme di condivisione che per loro presentano scarsi vantaggi.

1.e Cure primarie e Case della Salute

I CAP esistenti sono tutti in fase sperimentale, localizzati in strutture derivate dalla conversione di presidi ospedalieri dismessi e questo ha portato ad allocazioni non sempre funzionali sia dal punto di vista logistico che da quello assistenziale.

La scelta dei locali è stata determinata dalla necessità di offrire in tempi rapidi una

alternativa alla chiusura dei corrispondenti ospedali; le operazioni di taglia-incolla hanno determinato una discordanza tra attese e i risultati concreti.

L'Assessore ha rilevato che dalla sperimentazione di alcuni gruppi di cure primarie sono emersi risultati positivi che sarebbe utile propagare.

1.f I Distretti

Confermato l'orientamento, già contenuto nel Piano Socio Sanitario in vigore, di attestarsi su una dimensione compresa tra gli 80 e i 150 mila abitanti*, a questo proposito si è ribadita l'opinione del sindacato che il limite superiore è eccessivo salvo che per aree di intensa conurbazione e che anche la soglia inferiore dovrebbe essere soggetta a deroghe tenendo conto della topografia del Piemonte poiché sono presenti vaste aree montane e collinari; concludendo: i limiti indicati dovrebbero avere carattere orientativo ed essere applicati con una certa flessibilità per adattarli alla conformazione del territorio e alla conseguente distribuzione della popolazione.*

L'indirizzo dell'Assessorato è che il Distretto rappresenti la forma organizzativa che assume l'assistenza territoriale in tutte le su espressioni ma anche il luogo d'incontro con i servizi e il sistema socioassistenziale.

Dagli incontri con gli Enti Locali sono emerse posizioni difformi, è anche stato rilevato che per una parte dei Sindaci è più facile farsi portavoce della resistenza alle chiusure dei reparti piuttosto che prendersi la responsabilità di mettere mano alla riorganizzazione.

In questa fase tutti gli attori sono invitati a presentare osservazioni e proposte scritte.

2. LA POSIZIONE SINDACALE

Con enfasi e accentuazioni diverse sono state ripercorse le posizioni sindacali.

Si è rilevato come l'incremento della longevità della popolazione comporti inevitabilmente un aumento delle cronicità e che questo fenomeno a sua volta richieda interventi maggiormente orientati sull'assistenza territoriale.

Si è richiesto di ampliare l'orizzonte del documento sull'assistenza territoriale indicando tempi, strutture, risorse economiche e di personale da destinare a quelle funzioni.

Si è ripreso il discorso sulla dimensione ottimale dei Distretti esprimendo una preferenza per un bacino di circa 70 mila abitanti.

Sono stati richiamati aspetti dove fragilità e stato di povertà si accompagnano alle condizioni di salute come nel caso delle dipendenze e di alcune patologie psichiatriche.

Qualcuno ha osservato che l'assistenza primaria svolge ancora un ruolo ancillare rispetto all'assistenza ospedaliera.

Si è richiesto un maggiore impegno nella prevenzione osservando che la malattia cronica che si manifesta in età avanzata si contrasta nell'età di mezzo.

Si è richiesto di operare interventi per alleggerire i Pronto Soccorso dai codici bianchi e di usare gli strumenti presenti o da istituire nel territorio per dare risposte alla cronicità e intercettarla prima dell'ingresso in ospedale.

In merito al ruolo dei sindaci qualcuno ha affermato che dovrebbero abbandonare la difesa dei DEA per occuparsi concretamente del funzionamento dei Distretti.

Non è ancora stata affrontata una descrizione circostanziata delle funzioni degli UCCP e nello stesso tempo va dedicata attenzione ai MMG per inculcare l'attitudine a lavorare in integrazione con gli specialisti.

3. RELAZIONE DELL'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI

L'Assessore Ferrari ha rilevato che nel corso delle consultazioni sul Patto per il Sociale il gruppo che ha visto maggior partecipazione e suscitato maggiore interesse è proprio stato quello relativo all'ambito socio-sanitario che ha marginalizzato altri temi che pure non sono secondari per la coesione sociale.

Il materiale raccolto nel corso degli incontri è in fase di rielaborazione, si arriverà a un documento strategico per disegnare il welfare piemontese.

Il documento finale sarà oggetto di ulteriore confronto con il Sindacato, l'ANCI e il coordinamento degli Enti Gestori.

L'Assessore riconosce la necessità di rielaborare il capitolo dedicato al socio-sanitario focalizzando l'attenzione sulla non autosufficienza, sul governo del problema e sulle risorse finanziarie che questo settore richiede.

Ha espresso la necessità di mettere mano all'impianto normativo regionale dedicando attenzione alle questioni relative ad anziani e disabili, alla domiciliarità e alla residenzialità.

Ha osservato lo stato di anarchia nel quale si trovano le tariffe applicate ai servizi dedicati ai pazienti psichiatrici.

Ritiene vadano riviste le funzioni che rientrano totalmente nei LEA sanitari separandole da quelle destinate a compartecipazione. Ha segnalato un incremento delle patologie riconducibili ad autismo nella fascia di età compresa tra gli 8 e i 16 anni e sottolineato come vada dedicata una nuova attenzione a questo fenomeno che solo adesso sta emergendo, non appare ancora chiaro se si tratti di un incremento effettivo o non piuttosto l'effetto di un diverso approccio diagnostico

3.a Distretto Sanitario e servizi socio assistenziali

Riconosce il Distretto come l'ambito territoriale nel quale le politiche sanitarie e sociali convergono e dove si integrano i servizi.

Il problema è come riuscire a fare dialogare i soggetti che si occupano di salute con quelli che si dedicano alla coesione sociale.

Si è rilevato come i Sindaci abbiano finito con l'appaltare ai Consorzi le politiche sociali, la conferenza dei Sindaci con le Aziende Sanitarie si sono ridotte a puri atti rituali mentre dovrebbe essere attivata una fattiva partecipazione dei comuni alla definizione degli obiettivi del Distretto.

Per ultimo è stato comunicato che la riorganizzazione della rete territoriale e il riordino del sistema della prevenzione saranno deliberati entro il prossimo mese di giugno.

4. LA POSIZIONE SINDACALE

Va posta attenzione al ruolo dei MMG e si deve cogliere l'occasione del rinnovo della Convenzione per rimodellare il sistema dell'assistenza territoriale e istituzionalizzare l'organizzazione che ne deriva.

Alla chiusura del percorso di consultazione sul territorio si dovrà riaprire il tavolo di confronto con il sindacato.

Si ribadisce la necessità di tenere conto della complessità del territorio piemontese prima di definire categoricamente le dimensioni di questa o quella forma organizzativa.

Si prende ad esempio la psichiatria pe richiamare il fatto che Basaglia, con la riforma che porta il suo nome, non avesse voluto trasformare i malati psichiatrici in casi sociali e a maggior ragione non deve avvenire che per motivi economici siano trasformati in casi sociali altri soggetti affetti da patologie.

Si ribadisce la posizione sindacale sulla necessità che ogni Distretto Sanitario abbia come riferimento un unico consorzio socioassistenziale.

Si ricorda che sul piano giuridico il Sindaco resta la prima pubblica autorità presente sul territorio avente competenza sulla salute pubblica e quindi occorre investire nuovamente i Sindaci di competenze e responsabilità sul governo della salute.

La spesa è andata fuori controllo per l'assenza di governo del sistema e la costruzione del nuovo richiede investimenti da una parte e dall'altra l'individuazione del baricentro del sistema che andrebbe individuato nell'UCCP.

5. LA PRESA DI POSIZIONE DELLA CISL

Si apprezza l'impostazione aperta del documento, il percorso sindacale si è sviluppato secondo un tracciato con le stesse caratteristiche poiché il documento unitario sottoposto alla Regione è il frutto di un confronto con i territori e si prende atto che il documento prodotto dall'Assessorato riprenda temi e posizioni contenute nel documento sindacale.

La dimensione e forma dei distretti non può prescindere dalla conformazione del territorio, la lettura dei bisogni e le strutture già presenti devono fare da guida per trovare le dimensioni ottimali caso per caso. La forte conurbazione può trovare risposte su scale di popolazione più ampie rispetto a territori che presentano una forte dispersione.

I bisogni sociali sono cambiati negli ultimi anni e richiedono risposte nuove, l'attenzione alle famiglie e alle nuove povertà non possono essere collocate in secondo piano da un eccesso di sanitarizzazione.

Il dato economico preoccupante non va sottovalutato ma la sostenibilità del sistema è altrettanto importante.

5.a Attenzione al personale

La riorganizzazione può essere occasione per dare responsabilità alle professioni sanitarie, la CISL FP propone alla Regione di costruire un progetto anche in questo senso.

Si rifiuta la logica secondo la quale con la retribuzione di un medico si pagano due infermieri e tanto meno si pensa di interferire con l'attività diagnostica dei medici ma si pone l'accento sulla necessità di correlare il fabbisogno epidemiologico con le figure professionali necessarie.

Il ruolo assegnato alle professioni sanitarie è il punto forte dell'integrazione.

L'intervento preventivo su alcune patologie, monitorato dai professionisti della sanità deve anticipare l'arrivo al Pronto Soccorso.

In questa logica è rinforzato il ruolo delle professioni infermieristiche.

6. LA REPLICA DEGLI ASSESSORI

6.a SAITTA

Le osservazioni sono condivisibili, le operazioni da intraprendere per potenziare l'assistenza territoriale consistono nel dotare di risorse proprie i Distretti entro fine anno sulla base dei piani formulati localmente dalle ASL; entro fine giugno sarà predisposta la delibera sull'assetto territoriale definendo i temi: senza entrare nello specifico ma come atto di indirizzo per i Direttori Generali.

Ai Sindaci è riservato lo spazio per metterli in condizione di dare il proprio contributo anche se si deve registrare che da parte loro è stata data molta attenzione alla situazione ospedaliera e poca al servizio sul territorio.

In alcuni casi è prevalsa l'autorevolezza dei Primari nei confronti dei mezzi d'informazione e dell'opinione pubblica. I contributi sono pervenuti da parte di chi aveva maggiore sensibilità, come il sindacato, ma non da altri soggetti nella stessa misura; è in programma un confronto con ANCI per portare a unità le conclusioni.Superata la fase difensiva sugli ospedali l'attenzione si sta ora focalizzando sul territorio.

Appuntamento sul merito del documento quando questo sia completo e abbia assunto la forma di proposta di deliberazione.

6.b FERRARI

Entro il mese di giugno il Patto per il Sociale e il Documento sulla Sanità saranno presenti con delibera.

All'approvazione definitiva del bilancio 2015 seguirà un confronto per la definizione dei criteri di assegnazione del Fondo Indistinto.

Nel 2015 le prestazioni domiciliari per non autosufficienti sono ripartite 50% sul fondo sanitario e altrettanto su fondi provenienti dalle Politiche sociali per un importo di 15 milioni ciascuno.

Agli interventi per particolari fragilità sociali, in particolare per i pazienti psichiatrici, sono assegnati 15 milioni, 12 milioni, però, devono coprire il pregresso che fino al 2014 era tutto di competenza della sanità.

Il Capitolo di spesa è stato istituito nelle Politiche sociali con una soglia di sicurezza per far fronte ai servizi; la mancanza di chiarezza sulle competenze ha fatto si che si sia finito con il pagare a piè di lista senza alcuna programmazione.