



Osservazioni sulla DGR 22/CR 13.3.2019: schede di dotazione delle strutture ospedaliere, delle strutture sanitarie di cure intermedie pubbliche e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.

PREMESSA

L'approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie pubbliche e degli erogatori ospedalieri privati accreditati aggiorna e riorganizza la rete dei servizi offerti dal nostro PSSR.

La Cisl confida che questa riorganizzazione possa davvero rispondere alle attese dei cittadini di miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'efficienza delle strutture, attraverso un sistema ben coordinato e maggiormente efficace, dando così alla persona la certezza di essere accompagnata con continuità ed appropriatezza in ogni fase del proprio percorso di cura ed assistenza.

Il polo ospedaliero di Padova

Le attese sono molte, anche per alcune rilevanti decisioni che vengono proposte e sulle quali dovrà essere posta la massima attenzione sull'iter di realizzazione: a partire dalla questione del nuovo polo ospedaliero di Padova, alla ridefinizione del ruolo di alcune strutture ospedaliere pubbliche e private e alla previsione di alcuni servizi in capo a un'Azienda piuttosto che a un'altra.

Nello specifico la Cisl ritiene che il passaggio dell'Ospedale Sant'Antonio all'Azienda Ospedaliera abbia senso di essere disposto solo quando sarà pronto il nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est. Non c'è alcun motivo di anticipare questa transizione, visto che non si sa neppure quando il nuovo Polo sarà operativo. La AULSS 6, al pari di molte altre, sta ancora completando una profonda riorganizzazione interna dovuta all'accorpamento previsto dalla L.R. 19/2016 che peraltro ha comportato e comporta tuttora una complessità gestionale non indifferente. Modificare ancora una volta gli assetti e in maniera così ravvicinata non porta alcun beneficio né ai lavoratori né all'utenza che sta già esprimendo un giustificato disagio. Quello che la Cisl chiede è un tavolo fra ULSS, Azienda Ospedaliera e OOSS per gestire, quando effettivamente ci saranno le condizioni, la fase di transizione al fine di tutelare tutte le professionalità presenti e garantire un efficace rapporto ospedale-territorio. In questo ambito si colloca la nostra richiesta di mantenimento del ruolo di presidio ospedaliero della Casa di Cura di Abano Terme, all'interno dell'Aulss 6, a cui concorre nella programmazione complessiva dell'offerta di cura e assistenza, anche in ragione della vocazione economica del Bacino Termale Euganeo.

L'Ospedale Civile di Venezia

La Cisl non condivide l'impoverimento complessivo dell'area veneziana e, in particolare, come deciso sulla base di una lettura rigida del DM 70/2015, la scelta di declassare l'ospedale Civile di

Venezia alla quale va invece riconosciuta la specificità di zona disagiata, proprio per il contesto nel quale opera. La preoccupazione, in questo caso, riguarda il futuro e pertanto la possibilità di essere punto di riferimento qualificato per i cittadini, ma nel complesso, qui come altrove, va invece potenziata la rete delle strutture intermedie. Valuta quindi positivamente la decisione della Giunta Regionale di disporre un provvedimento che riporti il Civile a Presidio Ospedaliero di Primo livello.

Posti letto e privati

La Cisl valuta positivamente l'aumento di posti letto complessivi che la Giunta propone per il sistema ospedaliero regionale, ma non comprende la ragione per la quale di questo potenziamento si avvantaggia il settore privato con 706 nuovi posti, mentre il settore pubblico subisce una perdita complessiva di 356 posti rispetto alla precedente programmazione.

Se la ratio è quella di assicurare il proseguimento e il consolidamento di un ospedale privato in una zona non sufficientemente coperta dal servizio pubblico, ed è questo probabilmente il caso della struttura di Cortina d'Ampezzo, riteniamo comprensibile questa scelta. Sono, a nostro avviso, invece discutibili le ragioni per le quali questo incremento viene assegnato anche a strutture private che competono sul territorio con strutture pubbliche. Da questo punto di vista non ci convince la ragione addotta al sostegno dell'incremento dei p.l. secondo la quale la Regione Veneto trasferisce molte meno risorse al privato rispetto a ogni altra regione italiana, né che questa maggior disponibilità di posti si riferisce a prestazioni da erogare a pazienti extraregionali. Un aumento di posti letto si tradurrà inevitabilmente, se non da subito a breve termine sicuramente sì, in un maggior esborso per il sistema pubblico verso la sanità privata, sanità privata che comunque da oltre 12 anni non rinnova il CCNL dei propri dipendenti.

Al fine dell'attribuzione di posti letto e dell'assegnazione o di riduzione di alcune specializzazioni, oltre alla normativa nazionale di riferimento e di quanto previsto dal PSSR, la programmazione si è basata sulle analisi epidemiologiche, sull'analisi relativa al tasso di occupazione dei posti letto per le diverse specializzazioni e nei diversi territori, sul fenomeno della mobilità fra le diverse ULSS e sulle necessarie valutazioni di contesto. Non essendo a conoscenza di questi dati, la mancanza di criteri espliciti e degli elementi assunti a base delle scelte compiute non ci consente di esprimere un puntuale giudizio sia rispetto alla coerenza del disegno sia rispetto alla nuova articolazione del servizio.

Integrazione Unità Operative

Di grande interesse, al fine di assicurare un adeguato volume di interventi e standard di sicurezza per i pazienti, la possibilità di procedere all'integrazione delle unità operative, creando le condizioni affinché queste possano operare in più sedi, compensando così quella carenza di professionisti in diverse specializzazioni. Un simile modello organizzativo deve comunque prevedere un confronto sindacale al fine di garantire le migliori condizioni di esercizio dei professionisti coinvolti nel progetto. Si tratta di capire come questo disegno può essere concretamente realizzato, in quali situazioni e con quali modalità può essere praticato: va comunque perseguito al fine di ottimizzare la disponibilità di tutte le risorse strutturali, tecniche e professionali esistenti.

Nelle zone più periferiche, dove si propone il mantenimento di alcune attività specialistiche a fronte di uno scarso volume di prestazioni, vanno comunque garantiti standard a tutela della sicurezza e della salute dei pazienti, ricorrendo anche a modelli organizzativi di rete. In caso contrario c'è il

rischio che il servizio perda di attrattività e che, inevitabilmente, il basso grado di occupazione di letti porti alla chiusura del reparto, impoverendo l'offerta sanitaria locale, con negativi riflessi per tutta la comunità.

La rete ospedaliera, insieme a quelle delle strutture intermedie, deve comunque garantire qualità delle prestazioni e accessibilità, in termini di dimensione e prossimità, soprattutto per quelle patologie che impongono interventi urgenti di elevato carico assistenziale nonché secondo gli standard golden hour e tempo dipendenti.

Modelli organizzativi di rete

La DGR in più punti richiama la volontà di potenziare i modelli organizzativi di rete: siamo convinti dell'opportunità di creare un sistema in grado di collegare i nodi, di supportare le realtà a minor grado di specializzazione o con carenze di professionisti, mettendo così in condizione anche i punti più periferici della rete di poter offrire prestazioni di qualità che limitino anche la mobilità dei pazienti verso altri ospedali più lontani dai luoghi di vita.

Professionalità

La mancanza di medici inciderà pesantemente sull'attuazione della programmazione della rete: per queste figure si deve trovare una soluzione in tempi brevi aprendo la possibilità di maggiori accessi alle specializzazioni, oggi limitate e non rispondenti alle richieste del sistema sanitario veneto. Al fine di assicurare un adeguato servizio vanno introdotti da subito modelli organizzativi sperimentali pluriprofessionali e nel contempo valorizzate le diverse professionalità prevedendo l'assunzione di tutto l'organico necessario per garantire la migliore qualità negli ambiti dell'ospedale e sul territorio e una risposta alle esigenze della cittadinanza.

Vogliamo qui sottolineare quanto sia centrale il tema del personale senza la cui professionalità e dedizione qualsiasi tipo di riorganizzazione non può essere realizzata: al personale, anche di back office, a cui è stato chiesto molto in termini di formazione e qualificazione professionale, di carichi di lavoro e disponibilità, va data una risposta compensando innanzitutto le carenze di cui oggi il sistema soffre e dando spazio alle competenze avanzate.

Lungodegenza

Viene introdotta sperimentalmente l'attivazione dei posti letto per lungodegenti nelle strutture intermedie. La DGR infatti precisa *che "si è provveduto ad una riqualificazione della rete della riabilitazione con il rafforzamento della rete territoriale e delle strutture sanitarie sul territorio anche attraverso l'identificazione di modelli organizzativi sperimentali in particolar modo per quanto riguarda la lungodegenza."*

Questo intervento sulla Lungodegenza ci preoccupa perché tale U.O. si rivolge a pazienti che hanno superato la fase acuta di malattia, sono affetti da polipatologia ad elevato rischio di disabilità e necessitano di assistenza sanitaria e infermieristica continuativa che trova nell'ospedale il luogo più idoneo a prestare le cure necessarie.

E soprattutto non condividiamo che per questa via si metta in discussione, per una prestazione prevista dai LEA e a carico del SSSR, l'universalità di un diritto di cura e assistenza per i quali a pagare inizi ad essere direttamente il cittadino.

Strutture intermedie

Per quanto riguarda le strutture intermedie, ribadiamo quanto già espresso in occasione dell'approvazione del PSSR 2013-2016: è necessario procedere **urgentemente al completamento** di questa rete territoriale contestualmente con la ridefinizione di quella ospedaliera, garantendo tutte le tipologie previste e potenziando l'assistenza primaria e quella domiciliare.

E' positivo che le schede prevedano una offerta maggiore rispetto al parametro dello 0,6/1000 ma non ci dimentichiamo che l'obiettivo di attivare posti letto nelle strutture intermedie contestualmente alla riduzione di posti letto negli ospedali, era già stato assunto in precedenza ed è stato solo parzialmente raggiunto alla fine del 2018. In assenza di questi indispensabili presidi e in mancanza di una reale continuità fra ospedale e territorio nonché dell'effettiva presa in carico del paziente si avranno, da una parte, inevitabilmente forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale, dall'altra, i bisogni di assistenza e di cura non troveranno ancora nel territorio risposta appropriata, in presenza per contro di una popolazione sempre più anziana e sempre più sofferente di pluripatologie croniche. Ci preoccupa, pertanto, la previsione inserita della DGR: *"L'adeguamento delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie, ..., deve essere attuata nel biennio 2019-20,compatibilmente con le risorse finanziarie assegnate a ciascuna azienda sanitaria."*

IPAB

Fra le strutture intermedie, è opportuno ricordare anche le IPAB che già adesso hanno ampliato la gamma di servizi offerti all'utenza e che possono diventare un punto di riferimento ancora più rilevante a favore della comunità. Vogliamo ancora una volta sottolineare come sia urgente arrivare a definire un quadro normativo che dia certezze rispetto al futuro, dando applicazione a quanto previsto nel PSSR 2019/23.

Tavoli di confronto con le OO.SS.

Con riferimento a quanto disposto dalla Dgr n.22/CR del 13 marzo 2019, che prevede l'informativa alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative successivamente al parere della V^a Commissione e prima della Dgr di approvazione definitiva del provvedimento, vogliamo leggere la volontà da parte della Regione di esperire utili e costruttive relazioni sindacali tese a favorire la realizzazione concreta di quanto disposto dal PSSR 2019-2013 e relativi successivi provvedimenti, considerando anche le attese riposte nelle richieste al governo centrale di maggiore autonomia.

Allo scopo, riteniamo importante riattivare il Tavolo di confronto permanente regionale istituito con Dgr n.912 del 18.06.2013, così da facilitare la collaborazione al monitoraggio del sistema e all'accompagnamento dell'attuazione nei territori dei provvedimenti regionali, senza tralasciare l'importanza e l'utilità del confronto in materia di costi standard, sugli effetti della riorganizzazione sia nel sistema pubblico che nel sistema privato, sulle dotazioni standard, ecc.

Ai fini di facilitare e rafforzare la ricaduta nelle realtà locali dei provvedimenti, riteniamo altresì che una altrettanto compiuta informativa, assieme a un altrettanto fattivo confronto, possa essere agita a livello di ogni singola Aulss sul Piano aziendale biennale attuativo 2019-2020 che i Direttori Generali dovranno presentare alla Regione entro 90 giorni dal provvedimento definitivo. Nondimeno, si conferma necessario sia a livello regionale che aziendale un tavolo specifico sulle

professioni e sulle dotazioni di personale, con la partecipazione delle categorie rappresentative del personale.

Mestre, 15 aprile 2019