



Segreterie Regionali Marche

IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO MARCHIGIANO: PER LA SALUTE DEI CITTADINI E LA TUTELA DEI LAVORATORI

Documento sulla proposta di modifica alla L.r. 13/03 *Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale* e sul *Piano Socio-sanitario 2010-2012*

La valutazione sulla proposta di modifica della LR 20/06/2003, n.13, *Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale* e sul nuovo Piano Socio-sanitario 2010-2012, approvati dalla Giunta regionale, non possono prescindere da un'attenta analisi dell'esperienza maturata in questi anni a partire dalla nascita dell'ASUR. Queste proposte si collocano infatti a valle di un indispensabile processo di riequilibrio e di risanamento finanziario che ha lasciato però largamente irrisolti i nodi strutturali della sanità marchigiana. In sintesi, alla sovrapposizione delle responsabilità a livello regionale (con conseguenti conflitti tra Servizio Salute e ASUR), ha corrisposto una deresponsabilizzazione più o meno diffusa a livello periferico (Zone Territoriali), che ha consolidato criticità come le liste di attesa e la mobilità passiva, impedito la riorganizzazione della rete ospedaliera, determinato un livello di relazioni sindacali discontinuo ed inefficace.

Ciò dimostra che sarebbe necessario procedere all'esame e all'approvazione dei due atti, di riorganizzazione degli assetti gestionali e di programmazione socio-sanitaria, in forma congiunta, per garantire le necessarie coerenze tra gli stessi.

Al tempo stesso è opportuno considerare che gli atti legislativi e di programmazione proposti, si inseriscono in un contesto in cui la manovra correttiva dei conti pubblici e le incertezze attorno ai destini del cosiddetto "Patto per la salute" tra Governo e Regioni, rendono più che probabile uno scenario a risorse decrescenti, a fronte di una crescita qualitativa delle aspettative dei cittadini.

Più in generale il contesto in cui opera il nostro sistema di welfare è interessato da profondi mutamenti che già sono evidenti e che non hanno carattere transitorio e/o reversibile.

Si tratta di mutamenti demografici, con il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescita dei flussi migratori; epidemiologici, con il progressivo passaggio da patologie prevalentemente acute, a situazioni di cronicità diffusa (malattie che si curano ma da cui non si guarisce), che richiedono una presa in carico continuativa e di qualità; economici, in relazione alla quota disponibile di risorse pubbliche, ma anche alle logiche che stanno caratterizzando negli ultimi tempi le gestioni dei sistemi sanitari; legislativi, a partire dal percorso del federalismo fiscale che amplificherà le modificazioni a cui sono interessati i modelli istituzionali, i livelli di autonomia e di responsabilità, gli assetti organizzativi, i fabbisogni di competenze e di professionalità nelle varie realtà della pubblica amministrazione.

E' quindi opportuno dotarsi di strumenti, in particolare per ciò che attiene il Piano socio-sanitario, che partano da una più puntuale analisi della realtà, che tengano conto dei mutamenti socio-economici e delle novità legislative in itinere, e che abbiano caratteristiche di adattabilità, flessibilità, verificabilità.

Cgil Cisl Uil delle Marche, pur riconoscendo che nella proposta di modifica della L.R. 13/2003 licenziata dalla Giunta, sono state recepite alcune delle loro sollecitazioni, sottolineano una contraddizione fondamentale tra la stessa e il Piano Socio sanitario 2010-2012.

Infatti il Piano ruota attorno alla descrizione di progetti ed obiettivi per il cui perseguimento si indica un assetto istituzionale che delinea un rafforzamento del ruolo della Regione nelle funzioni di indirizzo e controllo, anche attraverso l'istituzione del Dipartimento per la Salute e per i servizi sociali, ed un livello gestionale che assume l'Area Vasta come *"riferimento organizzativo"* e *"dimensione gestionale ottimale"*.

Si sottolinea che tale orientamento viene assunto anche per *"evitare ridondanze ingiustificate sul sistema di produzione con il rischio di sottrarre risorse ai livelli di assistenza e senza, peraltro, migliorare l'accessibilità a prestazione di qualità"*.

Da qui si fa discendere la conclusione coerente di considerare l'Area Vasta articolazione aziendale cui viene assegnato il budget dalla Direzione Generale.

Questa impostazione non trova però un riscontro coerente nella proposta di legge di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Al parziale spostamento in Area Vasta delle funzioni e delle titolarità di gestione dei processi di riorganizzazione strutturale del sistema, non corrisponde infatti alcun assetto di responsabilità esigibili.

Infatti, anche sulla base dell'esperienza maturata, il Collegio di Area Vasta, composto dai Direttori delle Zone Territoriali, con un coordinatore *"primus inter pares"*, appare del tutto inadeguato.

L'inadeguatezza e la contraddizione sono ancora più significative sul versante della contrattazione; la proposta infatti non risponde alla necessità, più volte evidenziata, di individuare un livello certo ed unico sul quale esercitare la contrattazione collettiva decentrata.

Si individua infatti l'Area Vasta come livello negoziale, ma al contempo si mantiene in capo al Direttore di Zona la responsabilità dell'organizzazione e della gestione del rapporto di lavoro del personale.

Sulla scorta di queste considerazioni Cgil Cisl Uil delle Marche ritengono assolutamente indispensabile evitare il rischio che la modifica della L.R. 13/03 abbia come esito una moltiplicazione di livelli *"indecisionali"*, a fronte di un contesto che impone invece semplificazione e razionalizzazione dei livelli istituzionali e di gestione.

L'assegnazione della personalità giuridica all'Area Vasta sarebbe per il sindacato la scelta più coerente da realizzare. Il trasferimento all'Area Vasta delle prerogative che la L.13/2003 assegna alla Zona Territoriale (che nella proposta di modifica è delineato, in modo ancora incompleto e contraddittorio) potrebbe comunque costituire un passo avanti significativo verso quella chiarezza-certezza di ruoli e funzioni spesso lamentata in questi anni, all'interno di un quadro di reale semplificazione.

In questo senso Cgil Cisl Uil avanzano la proposta di istituire la figura di un Direttore Generale di Area Vasta e le necessarie strutture gestionali, per favorire un nuovo assetto che superi la frammentazione attuale in Zone Territoriali e rafforzi la capacità di intervento sulle asimmetrie e le criticità dell'integrazione socio-sanitaria, individuate anche nella proposta di PSSR 2010-2012.

In sintesi, riteniamo che l'Area Vasta (e non più la Zona) vada definita come unità amministrativa autonoma e unica articolazione dell'ASUR.

Ne consegue l'esigenza di definire l'Area Vasta quale livello unico di contrattazione decentrata, e quale livello di concertazione (e non come previsto nella proposta di mera informazione) sugli obiettivi e gli strumenti della programmazione.

A livello di Area Vasta è necessario inoltre prevedere un'apposita sede partecipativa che garantisca un efficace e costruttivo apporto delle istituzioni locali, delle parti sociali e dell'associazionismo, in particolare alla definizione dei Piani Comunitari per la Salute.

Tale riordino del Servizio sanitario regionale potrà/dovrà comportare anche una eventuale ridefinizione dei distretti e degli ambiti (con la possibilità di conservare o modificare le attuali delimitazioni), rendendo a questo punto inutile e ridondante l'attuale organizzazione zonale.

Tutto ciò implica un assetto istituzionale coerente a cominciare dalla definizione del Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, che dovrà prevedere al suo interno un'apposita funzione dirigenziale per il sociale e funzioni dedicate all'integrazione socio-sanitaria; inoltre il Dipartimento dovrà assicurare la continuità dell'imprescindibile lavoro di ricerca, analisi e raccolta dati a sostegno e orientamento delle politiche sanitarie regionali, svolto dall'Agenzia Regionale Sanitaria in questi anni.

In tale assetto organizzativo-gestionale, orientato alla massima integrazione tra le reti di servizi territoriali per la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure, risulterebbe contraddittorio e incoerente pervenire alla costituzione di nuove aziende ospedaliere oltre quelle già esistenti, anche considerato il meccanismo del loro finanziamento, che altera frequentemente il rapporto tra domanda e offerta, alimentando gli squilibri del sistema.

La risposta alle richieste di maggiore equilibrio dell'offerta di salute nel territorio regionale non passa necessariamente per una proliferazione di aziende ospedaliere, ma attraverso una più selettiva definizione e ripartizione dei budget, per una equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza sul territorio regionale e il potenziamento dei servizi socio-sanitari territoriali.

Nel merito della proposta del PSSR 2010-2012, Cgil-Cisl-Uil sottolineano che si tratta più di un piano di indirizzo che di programmazione, carico di innumerevoli rinvii a successivi atti di attuazione e con obiettivi programmatici cui è necessario dare tempi di realizzazione certi e verificabili.

In particolare, è necessario avviare la riorganizzazione e riconversione della rete ospedaliera "minore" che oggi determina una condizione di frammentazione dell'offerta, inappropriata delle prestazioni e al contempo impedisce di inserire

queste strutture in progetti di sperimentazione gestionale quali le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità, che Cgil, Cisl e Uil considerano nodi imprescindibili della rete di continuità assistenziale dall'ospedale al territorio, dalla acuzie alla post-acuzie, in grado di assicurare prestazioni e standard appropriati.

Prioritaria è la necessità di definire progetti-obiettivo in importanti aree di intervento (ortopedia, radioterapia, sistema delle tecnologie e dei servizi), che determinano la persistenza di fenomeni di mobilità passiva, di allungamento dei tempi di attesa e situazioni di particolare squilibrio verso realtà della sanità privata.

E' auspicabile che tali fenomeni siano recuperati anche attraverso l'estensione degli orari, la revisione dell'organizzazione del lavoro in particolare per quanto riguarda la diagnostica (H12 – H24), previo confronto con le organizzazioni sindacali.

Va consolidato il progetto obiettivo in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e la positiva sinergia tra regione parti sociali INAIL e Direzione regionale del Lavoro che si è realizzata in questi anni.

All'interno di tale progetto va riaffermato il ruolo del Comitato di coordinamento regionale, rafforzato il supporto ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, potenziato il sistema formativo ed informativo, vincolando a questi obiettivi la destinazione di tutte le risorse derivanti dalle sanzioni amministrative.

Il Piano deve inoltre riaffermare l'obiettivo ed il vincolo di assegnare ed impegnare il 5% delle risorse del Fondo Sanitario regionale per l'insieme delle politiche di prevenzione, articolando specifici progetti-obiettivo nelle aree di intervento individuate (sanità pubblica, prevenzione nei luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, salute animale, sorveglianza e prevenzione nutrizionale) nonché sugli screening tra i quali va inserito anche quello per l'osteoporosi.

Cgil, Cisl e Uil, pur condividendo l'attenzione, prevista nel PSSR, al sistema delle cure territoriali, livello prioritario in particolare per l'assistenza della cronicità, sottolineano la necessità di potenziare la rete dei servizi, nella logica di una reale presa in carico e di una efficace continuità assistenziale con la creazione di un punto unico di accesso e di accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario.

In questo senso, occorre superare l'emergenza che si è verificata con l'avvio del CUP e mettere "a sistema" la funzione di prenotazione-accesso integrando i "terminali" (sportelli, farmacie, medici di medicina generale, call-center) e specializzando i percorsi (prenotazioni complesse, prenotazioni ordinarie, etc.).

Il Piano predisposto mostra inoltre alcune altre criticità nell'articolare l'offerta di servizi per le persone in grave fragilità: disabili molto gravi, malati di Alzheimer e altre forme di demenze, adulti e anziani malati non autosufficienti, persone con malattie mentale.

Cgil Cisl Uil ritengono infine necessario ed urgente predisporre una nuova e ulteriore proposta di legge che recepisca la filosofia della Legge 328/2000, modificando la legge regionale 43/88.

A tal fine si ritiene opportuno rinviare a tale atto la pur necessaria revisione degli Ambiti territoriali sociali, confermando la loro coincidenza con i Distretti sanitari, luogo principe dell'integrazione socio-sanitaria ed il livello più prossimo ai cittadini.

Ancona, 14 ottobre 2010