

IL TESTO DELLE PROPOSTE AL PIANO SANITARIO LOMBARDO
ELABORATE DALLE ASSOCIAZIONI SINDACALI
(FORNITOCI DALLA FIMMG LOMBARDIA)

Ill.mo Presidente Giunta Regionale
Dott. Roberto Formigoni

Ill.mo Assessore Regionale Sanità
Avv. Carlo Borsani

Ill.mo Assessore alla Famiglia e Solidarietà Sociale
Dott. Giancarlo Abelli

Ill.mo Presidente Commissione III Consiglio Regionale
Dott. Massimo Buscemi

Ai Capi Gruppo Consiglio Regionale

Al Relatore del Piano Socio Sanitario Regionale
Dott. Carlo Saffioti

Il.ss.

Milano, 3 Dicembre 2001

Trasmettiamo il documento di valutazioni di proposta del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 elaborato e sottoscritto dalle Organizzazioni Sindacali Regionali, documento che indica i temi essenziali che devono essere affrontati nel confronto tra le parti prima dell'approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 in Consiglio Regionale.

Distinti saluti.

ANAAO ASSOMED
AAROI
ANPO
SIVeMP
SNAMI Osp.ri

CIMO
FESMED
FIALS Medici
SNR
COAS

CGIL Medici
CISL Medici
UIL Medici

SNABI-SDS
CIDA-S.I.Dir.S.S.
SINAFO
AUPI

SNAMI
FIMMG
SUMAI

CGIL Conf.li
CISL Conf.li
UIL Conf.li

Valutazioni sulla proposta del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 delle Organizzazioni Sindacali Regionali della Dirigenza Sanitaria dei Medici di Medicina Generale e Ambulatoriale congiuntamente alle Organizzazioni Confederali CGIL CISL UIL

28 novembre 2001

Le Organizzazioni Sindacali Regionali della Dirigenza Sanitaria, dei Medici di Medicina Generale e Ambulatoriale, congiuntamente alle Organizzazioni Confederali CGIL CISL UIL, hanno ritenuto di intervenire attraverso un proprio documento nella discussione in atto per la definizione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004.

Il PSSR approvato dalla Giunta Regionale come strumento di programmazione e riordino del sistema dei servizi di tutela della salute, per i suoi contenuti e le sue proposte implica e comporta una sostanziale modifica delle norme regionali in campo socio sanitario.

Pertanto le Organizzazioni Sindacali Regionali della Dirigenza Sanitaria, dei Medici di Medicina Generale e Ambulatoriale hanno ritenuto opportuno, di concerto con le Organizzazioni Confederali CGIL CISL UIL, sottoscrivere questo documento poiché sui temi elencati si è registrata una sostanziale concordanza.

1) PROGRAMMAZIONE

Una attenta analisi del tema della programmazione come evidenziato dal PSSR porta alla seguente conclusione:

- la programmazione non è intesa come progetto, processo e strumento di governo del riordino del sistema dei servizi in quanto:
 - 1) non sono indicati gli altri strumenti che dovrebbero concretizzare la programmazione regionale, quali il Piano preventivo annuale delle prestazioni da rendere in sede pubblica e in sede privata, indicato dalla legge regionale come strumento di programmazione della domanda e dell'offerta, i Progetti Obiettivo e le Azioni Programmate,
 - 2) manca il raccordo tra obiettivi e risorse destinate alla loro attuazione,
 - 3) eccessivo è il ricorso allo strumento della delega alla Giunta per l'emanazione di provvedimenti di carattere programmatico senza che siano definiti vincoli per l'esercizio di tali deleghe.

2) GOVERNO E CONTROLLO DELLA SPESA

Il governo e il controllo della spesa sanitaria sono le finalità prioritarie della proposta di PSSR.

E' questa una finalità condivisa, in linea di principio, anche da noi, fermo restando che:

- sia riconfermato per gli anni di vigenza del PSSR l'impegno finanziario della Regione almeno pari al finanziamento dell'anno precedente aumentato del tasso di inflazione,
- siano assicurati i livelli essenziali ed uniformi di assistenza come definiti in sede nazionale.

3) IL RUOLO DELLA ASL

Non condividiamo l'ipotesi di limitare il ruolo delle ASL alle sole funzioni di acquisto e controllo.

L'ASL deve mantenere e attuare completamente i compiti e le funzioni che la legge regionale n. 31 del 1997 le assegna e, in particolare, tutte quelle gestite attraverso il Dipartimento di Prevenzione, essendo

inaccettabile l'esternalizzazione e l'affidamento a soggetti diversi dalla ASL di compiti istituzionali di tutela della salute.

4) AZIENDE OSPEDALIERE E FONDAZIONI

Non è condivisibile l'indirizzo generale di trasformazione delle Aziende Ospedaliere in Fondazioni se ciò significa una loro sostanziale privatizzazione. Diverso sarebbe procedere esclusivamente in forma sperimentale e senza generalizzazioni, al solo scopo di introdurre novità nelle regole gestionali tali da incrementarne la flessibilità e la rapidità nell'esecuzione delle decisioni, senza peraltro mutare lo status giuridico dei dipendenti.

5) RETE OSPEDALIERA E ACCREDITAMENTO

Il PSSR prevede, in coerenza con l'intesa Stato- Regioni dell'8 agosto 2001, la riduzione dei posti letto per acuti al 4 per mille abitanti.

Si rende pertanto urgente che la Giunta Regionale predisponga la proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base dei seguenti principi:

- che la riduzione sia tendenzialmente finalizzata alla riqualificazione, riconversione e al riequilibrio territoriale nella dotazione di posti letto;
- che si deve riferire alle strutture accreditate: pubbliche, private e classificate,
- che la riduzione dei posti letto sia contestuale e non preceda la costituzione della rete complessiva di posti letto per sub acuti, di riabilitazione e di potenziamento delle cure territoriali e domiciliari,
- che deve essere accompagnato dalla individuazione di precisi percorsi negoziali e concertativi al fine di salvaguardare i livelli occupazionali, professionali e prestazionali.

Consideriamo con preoccupazione la previsione relativa al superamento dell'obbligatorietà della partecipazione alla rete dell'Emergenza ed Urgenza, come condizione per l'accreditamento, in quanto le strutture che usciranno dal sistema dell'Emergenza ed Urgenza, potranno essere legittimate a selezionare le prestazioni più interessanti e redditizie.

A questo proposito è pertanto opportuno considerare modalità e entità diverse di remunerazione delle prestazioni ospedaliere suddivise tra strutture accreditate che partecipano o meno alla rete dell'Urgenza ed emergenza con attività dimostrate e dimostrabili.

6) SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

Il Piano nella sua attuale formulazione non permette ancora di prefigurare il modello di Sanità pubblica veterinaria che prenderà corpo nei prossimi anni di riforma.

Si può convenire che anche questo settore sia suscettibile di margini di razionalizzazione ma si deve altresì confermare l'attuale modello di Sanità pubblica veterinaria sulla quale investire in risorse ed in campagne di informazione per mantenere ed elevare il livello quali-quantitativo delle prestazioni erogate.

Questo per evitare o ridurre i danni di emergenze (es. BSE – Mucca pazza, afta epizootica) che sempre più spesso originano in Paesi europei con un sistema veterinario a forte connotazione privatistica e per onorare l'impegno al rafforzamento dei controlli che è stato più volte annunciato dal Presidente della Giunta Regionale e che è stato recentemente assunto con i consumatori ed i produttori.

7) SERVIZI TERRITORIALI E DOMICILIARI

La legge regionale n. 31 del 1997 appare monca nella sua componente territoriale, sostanzialmente inespressa ed indefinita nei suoi primi quattro anni di operatività.

Fatto questo grave e preoccupante proprio ora che il PSSR ritiene di dover intervenire sulla rete ospedaliera.

Necessita quindi una più chiara esplicitazione di questa parte del PSSR per dare corpo ad una rinnovata rete di servizi territoriali, nel rispetto della specificità di ogni livello assistenziale (medicina ospedaliera, generale e ambulatoriale).

Nell'area metropolitana riteniamo che l'attività specialistica di primo livello sul territorio debba essere ricondotta ad un'unica Direzione pubblica.

8) DISTRETTO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Sul Distretto, il cui dimensionamento deve essere definito con le Autonomie Locali, non c'è sufficiente chiarezza sui livelli di autonomia finanziaria, gestionale ed organizzativa ad esso riconosciuti, sul rapporto con l'ASL, con gli enti locali e sulle funzioni assegnate.

Il distretto non appare come il livello organizzativo, funzionale ed operativo di un sistema integrato di servizi sanitari e socio assistenziali in grado di prendersi in carico la domanda di salute delle persone e di accompagnarle nel percorso di tutela.

9) RISORSE UMANE

E' convinzione diffusa che la qualità del sistema dei servizi e gli interventi per la sua qualificazione e sviluppo devono sempre più tenere conto ed accompagnarsi nella sua evoluzione al tema delle risorse umane, tema che il PSSR sottovaluta e rinvia a successivi provvedimenti della Giunta.

A nostro giudizio è invece necessario che il PSSR definisca e contenga il Piano della Formazione continua articolato in:

- formazione di accompagnamento ai processi di riordino, quindi di riqualificazione del personale,
- formazione di aggiornamento professionale del personale,
- finanziamento per l'educazione continua medica a carico dell'erogatore.

Per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro della dirigenza sanitaria si ritiene che oggi non sussistano le condizioni per la separazione delle figure professionali di "Manager" e "Professional", ma che ci si deve riferire, in ogni caso, ad una figura unica.

Infine una particolare attenzione occorre riservare al tema dell'emergenza infermieristica, che va affrontata non riducendo i percorsi scolastici degli infermieri, ma valorizzandone il ruolo anche nel rapporto con la figura del medico.

In merito alla carenze di risorse umane si sottolinea inoltre che nessuna evidenza è stata data al reclutamento di figure professionali mediche carenti come ad esempio anestesisti, radiologi, ecc.

La competenza della Regione in materia di contrattazione col personale deve esplicitarsi in particolare nella definizione di un ammontare di risorse disponibili, aggiuntive rispetto a quelle definite in sede nazionale, da erogarsi in relazione al raggiungimento di risultati concordati e da gestirsi a livello aziendale tramite la contrattazione di secondo livello.

10) LE CURE PRIMARIE

Fermo restando quanto definito con la Convenzione nazionale dei medici di medicina generale, deve essere precisato cosa si intenda per "percorso di accreditamento per gli erogatori delle cure primarie". Tale accreditamento dovrebbe essere inteso come percorso formativo certificato dal professionista e in tal senso inserito all'interno dei processi di ECM in corso di definizione.

Per quanto riguarda l'associazionismo dei medici, questo non deve comportare lo snaturamento, o il venire meno, del rapporto personale medico – paziente, che nelle cure primarie assume particolare rilevanza.

E' dunque da respingere, per le sopra enunciate ragioni di tutela della personalità della prestazione professionale e del rapporto di fiducia, l'ipotesi di erogatori accreditati di cure primarie diversi dal medico di famiglia e in particolare di tipo societario.

Il rischio insito nelle proposte del PSSR relative all'associazionismo è quello di produrre una rete di erogatori accreditati che creerebbe di fatto un regime di monopolio (o oligopolio) con riduzione della qualità percepita e con possibile gestione delle risorse non orientata all'appropriatezza.

In tal senso dovrà essere perseguito un modello che incentivi forme associative per quanto attiene agli aspetti organizzativi, finalizzati anche al miglioramento dell'assistenza diretta del cittadino, ma che mantenga viva l'attenzione sulla responsabilizzazione personale del medico rispetto alle esigenze di salute del paziente che lo ha scelto.

Le Organizzazioni Sindacali che sottoscrivono questo documento considerano i punti indicati come essenziali nel confronto con la Regione e integrativi ed esplicativi degli analoghi punti contenuti nei documenti presentati dalle singole Organizzazioni.

ANAAO ASSOMED	CIMO	CGIL Medici	SNABI-SDS	SNAMI	CGIL Conf.li
AAROI	FESMED	CISL Medici	CIDA-S.I.Dir.S.S. FIMMG		CISL Conf.li
ANPO	FIALS Medici	UIL Medici	SINAFO	SUMAI	UIL Conf.li
SIVeMP	SNR		AUPI		
SNAMI Osp.ri	COAS				

