



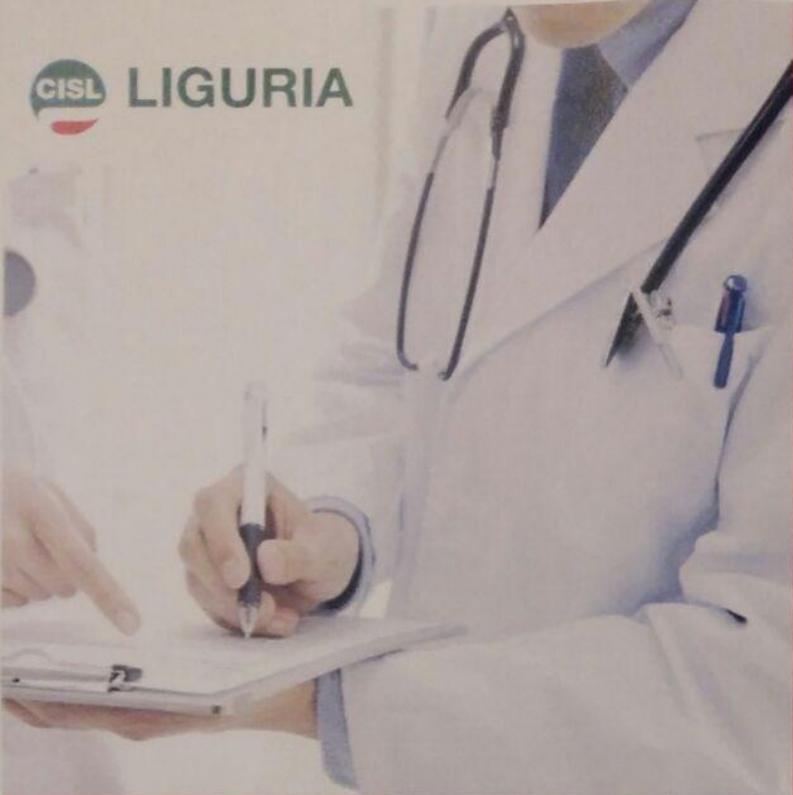
CISL **LIGURIA**

“

La tutela della
PERSONA FRAGILE
nel percorso tra
ospedale e territorio

”

25 novembre - ore 9.30
Hotel Bristol Palace
Via XX Settembre 35, Genova



CISL **LIGURIA**

“

La tutela della
PERSONA FRAGILE
nel percorso tra
ospedale e territorio

”

25 novembre - ore 9.30
Hotel Bristol Palace
Via XX Settembre 35, Genova

Introduce:

Paola Bavoso
Segretaria Regionale Cisl

Tavola rotonda:

Dott.ssa Sonia Viale
Assessore Sanità

Dott. Luigi Carlo Bottaro
Direttore Generale Asl 3

Dott.ssa Enrica Orsi
Direttore Socio Sanitario A.Li.Sa.

Dott.ssa Emanuela Fracassi
Coordinatrice Politiche Sociali ANCI

Dott. Andrea Stimamiglio
Segretario FIMMG Liguria

Dott.ssa Giuseppina Pera
Presidente Regionale SIMEU

Conclude:

Antonio Graniero
Segretario Generale Cisl Liguria

Moderatore

Calogero Di Lucia
Politiche Socio Sanitarie
FNP Liguria

Nel promuovere questa giornata di approfondimento e di confronto sulla riforma della Sanità in Liguria, la ns organizzazione si pone l'obiettivo di tutelare gli interessi del lavoro e quelli di un'utenza estesa e caratterizzata fortemente da aree socialmente deboli.

Negli anni della globalizzazione, a fronte di una crescita economica significativa seguita da una crisi economica senza eguali, si registra un significativo incremento della povertà, della marginalizzazione e dell'esclusione sociale che colpisce fasce sempre più consistenti della società, soprattutto tra la popolazione anziana.

Problematiche socio economiche, invecchiamento, stato di malattia cronico, sono fattori che comportano un rischio elevato di deterioramento della salute ma anche un ingente consumo di risorse professionali ed economiche, per questo la valutazione della fragilità assume importanza strategica nella prevenzione, nella continuità assistenziale e quindi nella promozione della qualità della vita.

A 10 anni dalla L.R. 12/2006 che istituiva i distretti socio sanitari affidando loro un forte ruolo per lo sviluppo della medicina territoriale e dell'integrazione tra le prestazioni ed i servizi sociali e sanitari, la ns Regione non ha ancora strutturato un sistema integrato socio sanitario, la nostra sanità è ancora fortemente ospedalocentrica con serie conseguenze di inappropriata.

Garantire universalità ed uniformità di erogazione di prestazioni sociali e sanitarie in tutto il territorio esige lo sviluppo di un'attività territoriale che ruota intorno all'integrazione tra ospedale e territorio, dove assume fondamentale importanza la relazione continuativa tra chi eroga e chi riceve un servizio per definire la qualità dell'assistenza e l'efficacia degli interventi.

In questa dimensione si colloca la rappresentanza del sindacato per le necessarie azioni di sintesi e mediazione sociale tra le attese degli operatori e degli utenti, tra la sostenibilità economica ed i valori in gioco comunque da tutelare, tra gli obiettivi ed i percorsi migliori per perseguirli.

Oggi la politica spesso preferisce rapportarsi direttamente con i cittadini o con le loro aggregazioni informalmente costituite su specifiche esigenze locali, aspetto legittimo ed altamente positivo, ma che si vena di ambiguità quando contestualmente si considera irrilevante se non un intralcio all'azione politico-amministrativa, il confronto con i corpi sociali intermedi.

Non sfugge a nessuno l'asimmetria del rapporto tra le istituzioni ed i singoli cittadini su temi complessi che porta in molti casi a non assumere decisioni o ad adottare soluzioni di convenienza ma incoerenti.

Analizzando l'attuale sistema sanitario ligure emergono difficoltà che dipendono sostanzialmente da un lato da un inadeguato finanziamento del Fondo Sanitario aggravato da criteri di reparto svantaggiosi per la Liguria rispetto ad altre Regioni, dal blocco del turn-over degli operatori e dal mancato rinnovo dei contratti di lavoro e delle convenzioni; dall'altro lato dal non aver affrontato nelle ultime legislature i nodi strutturali del sistema, nonostante una ricca, quanto inefficace, programmazione e dal non aver sfruttato la stagione dei piani di rientro per operare quelle discontinuità necessarie per superare le criticità presenti per adeguare e modernizzare la rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali.

A questo la nuova Giunta risponde con la proposta di riforma del SSR e proprio a partire dalla consultazione del Libro Bianco e degli eventi conseguenti che proponiamo le nostre analisi e le nostre proposte.

La CISL considera positivamente le parti contenute nel Libro Bianco che fanno riferimento alle seguenti tematiche :

- appropriatezza del sistema, assetto organizzativo, governance
- territorio come sede dell'assistenza primaria e di governo dei percorsi
- revisione del rapporto tra servizi ospedalieri e servizi territoriali
- integrazione socio sanitaria
- coinvolgimento attivo dei MMG e PLS nel governo delle attività territoriali

Tematiche tra l'altro riprese nel report della consultazione e sottolineate dalle stesse conferenze dei sindaci. Ne abbiamo ricavato la convinzione che la priorità per rilanciare il SSR nell'attuale contesto socio-economico e per garantire un'efficace tutela sanitaria sia il tema **della continuità assistenziale o di cura con particolare riferimento alla componente fragile della popolazione (disabili, cronici, anziani..).**

Per continuità assistenziale intendiamo un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà coordinata da uno o più interlocutori sanitari (medici e non solo), con l'obiettivo di dare una risposta appropriata alla problematica di salute del paziente.

Quindi da un approccio tradizionale alla cura delle malattie dove si erogano prestazioni isolate in servizi diversi su richiesta dei pazienti sulla base di prescrizioni mediche, si passa alla "presa in carico" del paziente, che viene orientato e accompagnato, in modo informato e partecipato, nel percorso di cura. .

Gli attori di questo processo sono di volta in volta a seconda delle differenti necessità ed intensità di cure richieste: il MMG, lo specialista dei servizi ambulatoriali, l'ospedale per gli episodi acuti e nelle situazioni di urgenza/emergenza, la successiva riabilitazione e la rete di servizi per garantire reinserimento sociale e territoriale alle dimissioni o, laddove questo non sia possibile, l'appoggio ad idonei servizi domiciliari e strutture di mantenimento.

La presa in carico in particolare della fragilità e della cronicità ha necessità che alle prestazioni di cura si accompagnino servizi di aiuto e di assistenza personale e familiare assicurate dalla rete dei servizi sociali e dal volontariato.

L'integrazione sociosanitaria deve rappresentare pertanto quel "valore aggiunto" indispensabile per la presa in carico integrale della persona e per superare la parcellizzazione di interventi settoriali per competenze.

Se questo è il paradigma cui far riferimento non ci nascondiamo che sono presenti **significative** criticità che ne hanno minato e ne minano la realizzazione, che secondo la CISL sono rappresentate da:

- scarso coinvolgimento dei MMG e PLS nelle dinamiche di rete. E' singolare il fatto che il MMG è considerato responsabile della salute globale del paziente ma non del governo dei suoi "percorsi di cura".
- presa in carico dell'utente insufficientemente strutturata a partire dallo sportello unico integrato, che non garantisce la presenza di un'equipe mista socio-sanitaria che ai diversi livelli del sistema possa intervenire per finalizzare gli interventi ai bisogni reali.
- L'assenza di PDT esplicitati per governare l'uso appropriato delle risorse.
- Le difficoltà a realizzare l'integrazione socio-sanitaria per:
- DISOMOGENEITA' e non chiara definizione dei profili di responsabilità dei direttori sanitario e socio sanitario. Un asimmetrico ed incompleto conferimento delle risorse professionali ed economiche al Distretto da parte delle ASL e delle Conferenze dei Sindaci che riduce l'efficacia degli interventi.
- SEDI OPERATIVE NON COINCIDENTI (distretto sanitario e ATS)
- Difficoltà per garantire continuità di cura fra ospedali e servizi territoriali per scarso coordinamento tra medici ospedalieri e MMG; procedure di dimissioni protette non sempre presenti o rispettate per difficoltà ad attivare i servizi territoriali socio-sanitari e per carenza di strutture di cura intermedie e/o riabilitative.

- Ricoveri ripetuti impropri nel caso di pazienti fragili o cronici per insufficiente monitoraggio clinico-assistenziale e per problemi familiari.

E' infine presente una criticità trasversale costituita dalla carenza di operatori sanitari, che sguarnisce pericolosamente diversi servizi, per il blocco del turnover, che sta elevando l'età media del personale senza i necessari ricambi.

Nei primi due provvedimenti approvati : costituzione di A.L.I.S.A ed indirizzi di riordino del sistema S.S.R. la Cisl non ha assunto posizioni pregiudiziali evidenziando elementi di discontinuità che potrebbero superare alcune criticità evidenziate; ci troviamo di fronte a strumenti gestionali che per essere valutati necessitano della prova sul campo.

Consideriamo l'istituzione della nuova agenzia un fatto positivo se risponde sia a principi di efficientamento, che di "governance", attraverso il rafforzamento delle attività di coordinamento, monitoraggio e vigilanza sulle Aziende Sanitarie con l'obiettivo di incrementare e qualificare le prestazioni dei servizi mediante la razionalizzazione delle risorse assegnate e l'accentramento delle funzioni tecnico-amministrative. Diversamente si tratterebbe di una sovrastruttura inutile e costosa.

Consideriamo concreto il rilievo dato al settore territoriale delle ASL in modo da riequilibrare il rapporto con l'ospedale con l'obiettivo di meglio garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle prestazioni in relazione alle effettive esigenze di cura.

L'istituzione infine del direttore socio-sanitario potrà introdurre valore aggiunto all'"area territoriale" nella misura in cui sarà messo in condizioni di affrontare l'esigenza di un più attivo coinvolgimento dei MMG e della medicina specialistica ambulatoriale nella rete; il problema del rapporto tra Comuni o Aziende sanitarie nel campo dei servizi socio-sanitari, delle strutture di accoglienza stabile per anziani, portatori di disabilità, persone non autosufficienti, del passaggio delle persone in diverse strutture al manifestarsi di differenti eventi; e sviluppare, infine, un più incisivo rapporto con l'area Ospedaliera in particolare per le dimissioni protette e non solo. L'obiettivo si dovrebbe concretizzare nel fornire ai distretti strumenti operativi adeguati per garantire una continuità nell'offerta di servizi e per dare piena attuazione alle funzioni e competenze dei Distretti socio-sanitari; diversamente può risultare una ulteriore sovrastruttura che appesantisce la funzione distrettuale.

I criteri di valutazione sull'efficacia o meno delle scelte operate non potranno che essere in funzione delle ricadute sui profili assistenziali e sulla qualità delle risposte ai bisogni dei cittadini.

Per completare la nostra analisi riteniamo opportuno evidenziare alcune osservazioni e perplessità sui provvedimenti assunti e considerazioni sulle prospettive che si stanno delineando. L'introduzione nel SSR di una nuova azienda "governante" che accorpa diverse funzioni gestionali delle attuali aziende sanitarie, dovrebbe cambiare la geografia dell'attuale articolazione del sistema, a partire dal numero delle ASL, dalla revisione della rete dei presidi e aziende ospedaliere contestualmente ad una più appropriata articolazione territoriale dei distretti. Riteniamo incoerenti le indicazioni di mantenere inalterata la rete dei presidi, nessun cenno sulla diversa articolazione delle ASL mentre si prefigura un intervento sui distretti utile ma decontestualizzato. Riteniamo che una causa non secondaria delle fughe dei liguri verso erogatori di prestazioni extra regionali sia rappresentata, proprio, dalla cristallizzazione degli assetti di sistema gravati, ulteriormente, da lungaggini e lentezze per interventi strategici programmati da tempo (vedi H di La Spezia, H del ponente...); mentre al contrario altre scelte sono andate a buon fine per le quali però si sono dovute immaginare e provare ruoli e funzioni per poterli mantenere come presidi ospedalieri (H di Rapallo, H di Albenga e per un certo periodo H di Recco...).

Un'articolazione di presidi ospedalieri frammentata e a medio bassa intensità di

cura (che favorisce l'inappropriatezza delle prestazioni) assorbe una quantità non indifferente di risorse con una resa non ottimale, risorse che potrebbero essere meglio impiegate da un lato per migliorare e qualificare le prestazioni ospedaliere (riducendo le fughe) e dall'altro per riconvertire l'attività degli stessi verso prestazioni di cui c'è carenza evitando così di dover ricorrere al privato oltre misura. Sempre in tema di "area ospedaliera" la questione delle dimissioni protette non si potrà affrontare in modo adeguato senza un responsabile coinvolgimento degli MMG e un congruo dimensionamento dei servizi territoriali sia per la A.D.I. che per le residenze extraospedaliere diversamente articolate (cure intermedie, riabilitazione, mantenimento). A questo riguardo appare evidente che se non si adegua diversamente il rapporto tra posti letto acuti e di riabilitazione si rallentano inevitabilmente le dimissioni e se i tempi di attesa si dilatano l'intervento riabilitativo perde gran parte della sua efficacia generando conseguenti problemi a cascata.

I bisogni aumentano e non possiamo più perdere tempo occorrono scelte di campo razionali e risposte concrete, la Cisl c'è ma non intende rinunciare al proprio ruolo negoziale, rivendichiamo un cambio di metodo da parte della Regione, non mero ascolto ma dialogo costruttivo.