



Sezione del Piemonte

Al Presidente della IV Commissione
Sanità; assistenza; servizi sociali; politiche degli anziani

Elio ROSTAGNO

Consiglio Regione Piemonte

Palazzo Lascaris Via Alfieri, 15 10121 Torino

quarta.commissione@consiglioregionale.piemonte.it

p c **MARIO VALPREDÀ**

Assessorato Tutela della salute e Sanità, programmazione socio- sanitaria di concerto con l'Assessore al Welfare

C.so Regina Margherita, 153 bis - Torino

assessore.sanita@regione.piemonte.it

p c **TERESA ANGELA MIGLIASSO**

Assessorato Welfare, cooperazione sociale. Programmazione socio-sanitaria di concerto con l'Assessore alla Sanità,

C.so Stati Uniti, 1 - Torino

assessorato.welfare@regione.piemonte.it

Torino, 11 Ottobre 2006

Oggetto: Consultazione Commissione IV Commissione OSSERVAZIONI SUL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONE PIEMONTE

Premessa

La Regione Piemonte evidenzia criticità ambientali che, a nostro avviso, paiono venir dimenticate o quantomeno sottostimate e messe in secondo piano e ciò nonostante si evidenzia sempre più una presa di coscienza tra la popolazione. È dispersivo in questo contesto elencare tutti i differenti e gravi problemi che toccano la nostra Regione, ma non possiamo esimerci dal riportarne alcuni data la loro serietà e sui quali riteniamo debba porsi una particolare attenzione.

Amianto. Il Piemonte è una delle regioni maggiormente interessate dal problema sia per la sua specifica condizione geologica che vede la presenza diffusa del minerale nelle Alpi e Prealpi Piemontesi e Liguri sia per la sua storia industriale. Gli effetti dell'amianto in Piemonte in termini di morti e malati sono noti. Oggi ci troviamo a vivere una situazione che, se nulla sarà cambiato, è prossima a diventare un' emergenza nazionale. Il PSSR deve pertanto prendere in carico le conclusioni dell'iniziativa promossa da varie associazioni il 28 aprile u.s. a Torino in occasione della giornata mondiale delle vittime dell'amianto ed arrivare a chiudere con la presenza di amianto in dieci anni. Ed i problemi legati alla TAV (Valle di Susa – Terzo Valico) ripropongono storie e drammi passati, occorre evitare a qualsiasi titolo di scavare nei terreni e nelle montagne la cui conformazione geologica ne presuppone la presenza. Il concetto di esposizione sporadica e a bassa intensità è da eliminare, nessuna esposizione all'amianto è sicura.

In breve, riteniamo che occorra operare in modo autorevole, corretto e duraturo a livello di prevenzione primaria. E quindi necessario intervenire per un recupero della qualità dell'aria che si

respira, del cibo che si mangia, dell'acqua che si beve, del lavoro che si svolge, le relazioni sociali, culturali, sportive...determino la qualità della salute. Le cifre del costo del degrado sono alte in termini di morti e di patologie correlate così come sono sempre più alte in termini economici e sociali. Auspichiamo quindi che l'Assessorato alla Sanità debba e sappia interloquire con tutti gli altri assessorati della Regione Piemonte al fine di garantire livelli di qualità della vita necessari al mantenimento in salute della popolazione.

Osservazioni

La proposta di Piano Socio-Sanitario della Regione Piemonte, si presenta ormai nella fase definitiva della sua stesura scontando una **carezza di partecipazione**, concertazione, confronto dei soggetti che a vario titolo avrebbero dovuto essere interlocutori privilegiati: Organizzazioni Sindacali, confederali e di categoria, Associazioni di cittadini, operatori socio-sanitari, a livello regionale e a livello territoriale.

La sensazione è che ci sia da parte della Giunta la volontà di **centralizzare**, programmi, scelte che avrebbero invece bisogno di essere il più largamente partecipati e condivisi per fare tesoro di competenze, sensibilità, ruoli e ambiti di operatività e di rappresentanza utili alla migliore elaborazione di politiche e di intervento in un ambito così importante e così tanto sentito come è quello della salute e che riguarda tutto il welfare regionale, su cui la Regione deve fare chiarezza.

Miliardi di euro di **buco in sanità** sono certo un'eredità negativa pesante, lasciata dalla precedente Giunta.

E' impossibile però dedurre che quindi l'obiettivo prioritario del PSSR sia quello "finanziario". Certo bisogna procedere ad una oculata analisi dei costi, tutti, degli sprechi, individuarne finalità, responsabilità ma la spesa deve essere non solo controllata ma anche governata, definire con certezza qual è il budget, il totale disponibile per la spesa sanitaria e assegnare "le quote" per i diversi sottoinsiemi: ospedali, servizi territoriali, prevenzione.

Si parla di un forte passivo che è certamente un dato oggettivo: si deve comunque distinguere se tale passivo deriva da mancanza di finanziamento per rispondere a ciò che deriva dai bisogni di salute della popolazione sanciti (pur criticamente) dai livelli essenziali di assistenza, da ciò che invece è frutto di sprechi e disfunzioni. Nel primo caso non si può che rivendicare al governo dell'UNIONE (in riferimento anche agli impegni assunti nel programma elettorali) un aumento del fondo sanitario nazionale. È necessario, inoltre, costruire "**La Mappa degli sprechi e delle inefficienze**", un semplice quadro struttura per struttura, **ASL*** per **ASL***, Ospedale per Ospedale, Assessorato compreso, di tutto ciò che è inutile e in molti casi pure dannoso per la salute dei cittadini. Un'iniziativa del genere non può che essere costruita con gli operatori dei servizi e delle strutture, aprendo per così dire, un'alleanza con loro sulla base di precise indicazioni. Questa proposta-iniziativa diventa il preludio per la costituzione del Comitato di Partecipazione delle **ASL*** e delle Aziende Ospedaliere

La **valorizzazione del patrimonio** non può tradursi nella vendita del patrimonio stesso delle aziende sanitarie per coprire il debito; non si può pensare ad una politica dei due tempi, prima risaniamo il debito e poi ci preoccupiamo dei servizi. Contestualmente deve essere fatto il risanamento e la qualificazione di tutti i servizi.

Il metodo del "**project financing**", delle sperimentazioni gestionali pubblico privato, il più volte richiamato principio di sussidiarietà, l'esternalizzazioni dei servizi fanno intravedere il pericolo, attraverso la trasformazione di parte delle strutture sanitarie in fondazioni, di un percorso verso la privatizzazione del sistema sanitario.

In particolare va sottolineato la inaccettabilità di esperienze come quella di AMOS od altre simili che si stanno, purtroppo, diffondendo in tutta la nostra regione. Esperienza come quella di AMOS, che qui prendiamo a paradigma, di una cosiddetta sperimentazione gestionale che va negativamente lontano

partendo da Cuneo, toccando Mondovì, Savigliano e ora anche ad Asti. Si tratta di holdings che crescono con finanziamenti pubblici ma che operano con finalità totalmente private. Esperienze che contrastano radicalmente con le finalità del Servizio Sanitario Nazionale e che quindi devono essere nel PSSR affrontate e risolte. Si deve pertanto definire il percorso che porti, come stabilito, alla fine di questa esperienza nel 2007.

Va considerato attentamente che a questo rischio si affianca una realtà che riguarda i numerosi diversi trattamenti contrattuali per i **lavoratori** a cui siamo contrari, così come siamo contrari agli **appalti alle cooperative infermieri**, al **precariato**, alle **collaborazioni**.

Il riequilibrio della spesa anche attraverso la centralizzazione degli acquisti e la centralizzazione e l'accorpamento delle funzioni tecnico economiche e amministrative possono portare a significativi risparmi. Bisogna definire però criteri certi, oggettivi e trasparenti, organizzativi che non riguardino i tagli al personale.

Sugli **ospedali** considerati **obsoleti**, devono essere fatti interventi di razionalizzazione e miglioramento.

In questo senso va posta la questione delle Molinette due o della Città della Salute. L'ospedale Molinette ha un'anzianità notevole ma garantisce comunque circa 1800 posti e una qualità che ne fa tuttora uno dei primi ospedali italiani. Pensare di rottamarlo significa affrontare una serie di problemi non indifferenti. Innanzi tutto non si condivide il fatto che l'operazione sia fatta tramite un Progetto finanziato (project financing) che porta ad utilizzare soldi di privati che poi avranno in gestione per molti anni la nuova struttura. Non si condivide che l'operazione finisca per essere finanziata tramite una speculazione edilizia da realizzarsi sul sito delle attuali Molinette. Inoltre sostituire 1800 posti attuali con una nuova struttura capace di meno della metà – 700 letti- significherebbe spalmare i mille mancanti su altri ospedali che dovrebbero essere adeguati e ciò farebbe aumentare ulteriormente i costi a carico del pubblico.

Anche l'Università ha sollevato dubbi e propone di realizzare la Cittadella della Salute a fianco delle Molinette attuali, scelta che appare degna di considerazione pur con tutte le difficoltà del caso. Se un ente importante come l'Università solleva dei problemi, questi non vanno certo sottovalutati.

Per quanto riguarda le lunghe malattie, sottolineiamo quanto afferma il prof. Benedetto Saraceno, responsabile della psichiatria dell'OMS e cioè che non si possono offrire servizi di breve durata a fronte di malattie di lunga durata.

Per quanto riguarda i **malati cronici**, in contrapposizione alla riduzione dei letti in ospedale deve essere garantito il servizio di cure domiciliari, anche per malati gravi.

Importante sperimentare al posto di qualche piccolo ospedale da dismettere "**La Casa della Salute**", quale luogo fondamentale di erogazione delle cure primarie.

Sugli **accorpamenti delle ASL *** è necessario che vengano analizzati i risultati ottenuti dalle altre varie sperimentazioni di accorpamenti negli anni passati e ne siano valutati i risultati. Devono essere resi chiari, ma soprattutto condivisi, i nuovi criteri che stanno alla base di questa scelta.

La dimensione territoriale non è il solo criterio da considerare perché tale unico criterio potrebbe ricadere sui cittadini utenti in termini di forti disagi: cambiamento dei riferimenti, spostamenti più difficoltosi e sull'organizzazione del lavoro in termini di nuove configurazioni informatiche, tecniche, telefoniche...

La creazione di **Poliambulatori**, della vera **rete territoriale e domiciliare dei servizi**, la creazione dei **distretti**, sono prioritari rispetto ai semplici accorpamenti territoriali delle **ASL ***.

Il problema della permanenza di **liste di attesa** anomale richiede veloci soluzioni sia per quanto riguarda la popolazione in generale che per quanto riguarda gli anziani e soprattutto i non autosufficienti.

Alcune ipotesi sostengono che l'introduzione di un centro unico regionale di prenotazione potrebbe migliorare la situazione: occorre verificare al più presto se tale strutturazione può essere utile e quindi, se dimostrata valida, adottarla al più presto.

E' inoltre necessario aumentare il numero delle **Unità di Valutazione Geriatrica**.

In ordine alla **riduzione della spesa** la considerazione prioritaria è l'individuazione dei fattori dei determinanti di spesa. Si conosce bene che tra di essi ne figurano alcuni inevitabili come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie soggette a terapia, si pensi semplicemente alla depressione, ma altri sono più facilmente governabili ad esempio il ricorso alla medicina convenzionata esterna, alle strutture private, all' aumento della tecnologia in medicina non sempre giustificata e spesso con sovrapposizioni di apparecchiature dello stesso tipo che causano disomogeneità di servizio e spreco di risorse.

Sotto questo aspetto merita sottolineare come il piano sanitario sembra puntare molto sui medici di base come soggetti che possono partecipare al controllo della spesa. In linea di principio ciò è giusto ma occorre rilevare come in questi anni, di fatto, tali operatori siano stati tra coloro che hanno fatto lievitare la spesa e che si è dimostrato finora molto difficile coinvolgerli in azioni virtuose in campo sanitario se non a prezzo di ingenti sacrifici economici da parte dell'ente pubblico. Inoltre, non è inutile ricordarlo, i risultati non sono stati all'altezza delle aspettative.

Per quanto riguarda il meccanismo di finanziamento delle **ASL** * sono noti i limiti del sistema dei DRG che non tengono abbastanza in considerazione le diverse situazioni socio sanitarie presenti sul territorio e che incidono sulle spese delle aziende sanitarie.

Pertanto i DRG vanno superati a favore di un sistema che, tramite una diversa modalità di finanziamento (a quota capitaria pesata per età e a budget) premi la salute piuttosto che la malattia.

La Prevenzione negli ambienti di lavoro.

La salute dipende prima che dall'organizzazione sanitaria dall'organizzazione sociale, quindi dal lavoro, dal reddito, dall'istruzione; aggiungiamo anche che i tempi per mutare questo tipo di organizzazione (quella capitalistica del lavoro) non sono brevi e che comunque si può contribuire a questo mutamento anche dai singoli settori, come quello della sanità e della salubrità ambientale.

E' necessario formare e aggiornare un numero di operatori della prevenzione in grado di intervenire in senso conoscitivo e con funzione di polizia giudiziaria in tutte quelle situazioni che implicino un livello di rischio definendo chiaramente le priorità di intervento.

Il Servizio degli Spresal deve essere implementato in termini numerici e di competenze.

Deve essere istituito, così come da indicazioni nazionali, l'Osservatorio degli Infortuni gravi e mortali in collaborazioni con le parti sociali, datoriali, con l'Inail.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti di campagne informative puntuali e coraggiose a favore dei lavoratori.

Devono essere messi a punto progetti e linee guida discusse con tutte le parti interessate: OO.SS, datoriali, Asl, Spresal, Centri di documentazione...

La Regione, ferme restando l'autonomie delle RLS, deve favorire e salvaguardare, con adeguati strumenti economici, tutti quegli strumenti di informazione e formazione atti affinché gli RLS possano essere in grado di costruire mappe di rischio (e di danno) per fornire al sindacato ed ai servizi di prevenzione tutti quegli elementi fondamentali atti a rivendicare da un lato e imporre dall'altro condizioni di lavoro sicure e salubri.

Un problema particolare riguarda la relazione che vi deve essere fra il dipartimento di prevenzione e l'ARPA, occorre evitare il verificarsi di rimandi tra le differenti strutture che creano nel cittadino un senso di impotenza ed inutilità. Occorre quindi assicurare un reale e chiaro coordinamento tra i differenti Assessorati della Sanità e dell'Ambiente

Questa struttura deve essere richiamata al suo ruolo fondamentale di prevenzione sgombrando gli equivoci nati dagli indirizzi della Giunta Ghigo che ne ha deviato il ruolo verso il supporto alle attività imprenditoriali, snaturandone la sua funzione.

Una campagna particolare deve essere svolta per abbattere gli infortuni, i decessi e le malattie professionali, nonché per ridurre gli incidenti domestici e quelli stradali.

Cronicità e non autosufficienza.

Riteniamo che l'ospedalizzazione a domicilio a Torino sia assolutamente positiva e fra le più avanzate (oltre che fra le poche) in Italia.

Deve pertanto essere valorizzata e generalizzata in tutta la regione. Le decisioni della regione in ordine agli anziani cronici stentano ad essere realizzate in varie parti della Regione.

Occorre promuovere un'indagine conoscitiva e istruire le ASL* affinché provvedano all'applicazione delle norme e indicazioni definite.

La regione stessa inoltre, deve promuovere una campagna di informazione tramite sussidi informativi e altro materiale, in accordo con le associazioni dei diretti interessati.

La Casa della Salute è una struttura sub-distrettuale in un territorio compreso fra 5 e 20.000 abitanti che organizza ed eroga le cure primarie.

E' al tempo stesso il luogo della riappropriazione da parte dei cittadini dimoranti sul territorio della funzione di verifica e controllo (oltre che di proposta) dei servizi e delle strutture socio sanitarie (Comitato di Partecipazione).

E' anche il luogo presso cui cittadini possono acquisire informazioni e indicazioni su tutti i servizi e tutte le strutture proprie del servizio sanitario nazionale e dei servizi socio sanitari e assistenziali collegati.

Si chiede che in ogni ASL della regione Piemonte si costruisca a livello sperimentale una Casa della Salute.

L'emergenza infermieristica.

Anzitutto è necessario realizzare l'"equivalenza" di trattamento economico fra chi, come gli infermieri generici, le puericultrici e gli infermieri psichiatrici, sulla base di anni di esperienza, ha acquisito capacità simili a quelle degli infermieri professionali.

La regione può spingere perché il numero dei posti nelle scuole universitarie per infermieri aumentino e soprattutto per non permettere di svolgere funzioni di infermieri a chi non ha la qualificazione.

Viene segnalato da molte parti un eccesso di personale amministrativo che si accompagna ad una richiesta di lavoro amministrativo per il personale infermieristico che viene deviato dal suo compito primario. Occorre riportare ogni operatore al suo ruolo di competenza, anche prevedendo che parte del personale amministrativo possa adempiere a funzioni burocratiche fronte paziente, funzione che attualmente sono delegate al personale infermieristico. Ciò porterebbe ad un significativo recupero di professionalità da parte degli infermieri e forse anche ad una minore insufficienza di personale. La carenza di personale va tuttavia sanata.

Il problema del rispetto del ruolo principale di ogni operatore non si segnala solo per gli infermieri ma per molte altre figure, ad esempio i veterinari sul territorio, molto spesso costretti a svolgere funzioni amministrative.

Diventa quindi importante la verifica del rispetto dei ruoli per tutti gli operatori.

Su questo punto occorre ancora sottolineare come gli anni della Giunta Ghigo abbiano segnato una dequalificazione degli operatori perché la carriera individuale non è stata scandita dal riconoscimento dell'operato e della professionalità quanto piuttosto dall'appartenenza politica e dalle sponsorizzazioni delle forze politiche. Occorre al più presto ridare fiducia agli operatori prevedendo un sistema per le

nomine dei direttori generali e per l'avanzamento delle carriere degli operatori che rispettano la qualificazione e la professionalità, per tutte le figure .

Si chiede l'istituzione del **“Coordinamento cittadino per la salute”** quale luogo cittadino di coordinamento delle diverse politiche che incidono sulla salute nella area cittadina e che fanno parte del PSSR che abbia il ruolo di programmazione delle politiche socio sanitarie delle Città a partire dai progetti costruiti nelle circoscrizioni e nei quartieri.

Piccoli Comuni possono raggrupparsi e istituire un coordinamento unico.

Fanno parte del Coordinamento: il Sindaco e gli Assessori preposti, le associazioni dei consumatori, ambientaliste, di promozione della salute, le organizzazioni sindacali.

Nota * Preferiremmo utilizzare la dizione del decreto legislativo 229/99 ovvero quella di A-USL

A nome di Medicina Democratica – ONLUS
Regione Piemonte – Via Monte di Pietà 23 Torino

Email :renatozanoli@libero.it

Renato Zanoli