

Coordinamento Regionale Collegi Friuli Venezia Giulia

Protocollo P-1654/II.09/14

Data Trieste, 1 settembre 2014

Al Presidente
Ai componenti
III Commissione Permanente
Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia

Egregio Presidente, gentili membri della III Commissione permanente,

in qualità di Presidenti dei Collegi IPASVI del Friuli Venezia Giulia, riuniti in Coordinamento Regionale Collegi IPASVI FVG, ringraziamo per l'invito a questa audizione e riteniamo di poter contribuire al dibattito in merito agli atti consiliari inviatici relativi al riordino istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale.

Dopo un'attenta disamina dei documenti, non condividendo l'assetto organizzativo di un'Azienda regionale unica per i servizi sanitari enunciata nelle proposte di Legge n. 60 e n. 61, ci siamo concentrati sul testo del Disegno di Legge n. 59 del 13 agosto 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria".

Condividiamo sui principi generali delle Riforma, sulla semplificazione dei percorsi per i cittadini, sull'attenzione posta agli interventi socio-sanitari qualificati, sulla valorizzazione delle diverse professionalità atte a rispondere in modo sinergico ai diritti/bisogni dei cittadini, sulle modalità organizzative per intensità assistenziale degli ospedali, ponendo però giustamente attenzione anche alla sostenibilità del sistema socio sanitario attraverso il suo riassetto istituzionale.

Per dette ragioni, gli infermieri, gli assistenti sanitari e le vigilatrici d'infanzia, attraverso il Coordinamento Regionale Collegi IPASVI del Friuli Venezia Giulia, esprimono parere favorevole a questo disegno di legge chiedendo che siano recepiti i seguenti emendamenti:

Art. 12 bis Le professioni sanitarie

Poiché in questo disegno di Legge, le professioni sanitarie sono più volte richiamate come necessarie all'implementazione del nuovo modello ospedale – territorio, si chiede di inserire il seguente testo ***"La Regione, in attuazione dei principi della L. 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) e della Legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali) promuove, nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie per contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di cambiamento in atto dell'assetto sanitario regionale, all'integrazione e continuità' sociosanitaria e al miglioramento dell'organizzazione multiprofessionale del lavoro. Al fine di garantirne l'integrazione con i diversi livelli istituzionali, il sistema organizzativo delle professioni sanitarie prevede due momenti di coordinamento:***

- **locale, nell'ambito delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**
- **regionale, presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglie con la costituzione di una specifica area delle professioni sanitarie."**

Art. 15 Ruolo dell'Università.

Considerato che al comma 2 lettera a) si stabilisce che la formazione di base e post-lauream è garantita dall'Università, modificare "del personale del Servizio sanitario regionale" con **"del personale del Servizio sanitario regionale e di quello convenzionato."**

In tal modo rientrano anche i medici di medicina generale e della pediatria.

Se invece, tali professionisti non seguono questo percorso, inserire un comma all'art. 20 in cui si espliciti dove svolgeranno la formazione e con che fondi (continua ad esistere e ad essere finanziato il CEFORMED?)

Art. 19 Distretto

- **All'art. 19 comma 1**, Poiché il Distretto è una Struttura Operativa già articolata in strutture complesse o semplici, alla stregua di quanto inserito in questo testo per il Dipartimento di prevenzione e per il Dipartimento di salute mentale, integrare alla fine del comma 1 con la frase **"Nell'ambito delle proprie funzioni l'Azienda per l'assistenza sanitaria individua con l'atto aziendale le strutture complesse, dipartimentali e semplici."**
- Considerato che si prevede un'Azienda provinciale unica, con funzioni sia ospedaliere sia territoriali, le diverse famiglie professionali devono avere lo stesso modello funzionale e di riconoscimento di ruolo e status in entrambi i setting sanitari, in modo da dare continuità al modello della presa in carico e della continuità assistenziale dei cittadini. Si chiede di inserire anche all'art. 19, quanto specificato all'art. 35, aggiungendo un comma dopo il comma 11 **"L'attività delle professioni sanitarie è organizzata in aree assistenziali o tecnico sanitarie, eventualmente raggruppate in strutture, composte da professionisti delle professioni sanitarie e da altri operatori dell'assistenza, ed è caratterizzata dalle professioni infermieristica e tecnica della riabilitazione. Le aree assistenziali hanno lo scopo di condividere risorse professionali, posti letto delle strutture intermedie, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. Esse sono svolte in completa autonomia gestionale."**
- **All'art. 19 comma 12 lettera f)** è incongruente definire servizi per le dipendenze delle strutture che hanno una propria autonomia tecnico gestionale, organizzativa e contabile e sono organizzate in centri di costo e responsabilità. Si propone di modificare "i Servizi delle dipendenze garantiscono la promozione e la salute in tema di dipendenza patologica....." con **"L'organizzazione sovradistrettuale delle dipendenze garantisce la promozione e la salute in tema di dipendenza patologica....."**
- **All'art. 19 comma 12 lettera K)** sostituire "Centrale unica operativa distrettuale, con funzione di identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione..." con **"Funzione distrettuale per l'identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione..."** sia al fine di garantire su tutto il territorio Regionale la stessa equità che nel contempo permettere alle singole Aziende di espletare tale funzioni integrando ed organizzando le risorse già presenti senza dover fisicamente creare un nuovo servizio con costi accessori.

- **All'art. 19 comma 12 lettera d)** al fine di chiarire che l'accoglienza e la presa in carico della fascia materno infantile e del consultorio avviene in sede distrettuale integrare l'articolo con **“Materno infantile e del consultorio familiare, relativamente all'attività di accoglienza e orientamento della domanda, alla promozione della salute e del benessere, all'assistenza ostetrico-ginecologica, all'assistenza in età pediatrica e cure palliative, all'assistenza psicologica, psicosociale ed educativa dei minori e delle loro famiglie, al sostegno familiare, agli interventi sociosanitari integrati (unità di valutazione distrettuale), ai rapporti con l'Autorità Giudiziaria e con le istituzioni scolastiche, alla valutazione ed alla presa in carico comprensiva degli interventi riabilitativi dei minori con handicap (Equipe multidisciplinari funzionali per l'handicap), alla continuità assistenziale.”**
- **All'art. 19 comma 12** poiché non si cita, come area di funzione distrettuale, la presa in carico delle persone anziane e con disturbi cognitivi, aggiungere una lettera con il seguente testo **“Anziani, relativamente al coordinamento degli interventi e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie (screening socio-sanitario, raccordo operativo, attuazione e verifica programmi assistenziali, formazione ed informazione utenti e famiglie e care giver).”**

Art. 20 Organizzazione dell'assistenza primaria.

Considerato l'importante ruolo, più volte sottolineato in questo disegno di legge, dato all'assistenza medica primaria, al fine di indirizzare la domanda e garantire l'offerta sanitaria, in particolare modo per le patologie cronico - degenerative, si chiede di ritornare alla prima bozza pubblicata sul sito regionale.

- In particolare si chiede di togliere la parola **“fino”** alla **settima riga del comma 3** al fine di garantire la reale apertura degli ambulatori della medicina di gruppo per 12 ore giornaliere, altrimenti nell'attuale testo in via ipotetica si autorizzerebbe l'apertura anche di una sola ora giornaliera.
- Sempre allo stesso **comma 3 riga 11 togliere** la parola **“di norma”** in merito al numero minimo di medici che costituiscono la medicina di gruppo, in quanto già nella frase seguente si precisa che ci possono essere delle deroghe decise in considerazione di variabili organizzative e/o orogeografiche. Se così non fosse si permetterebbe di costituire una medicina di gruppo composta anche da due soli medici che di certo non potrebbero garantire l'apertura degli ambulatori per 12 ore giornaliere.

Art. 23 Strutture intermedie

Al fine di poter dare ai cittadini una valutazione multiprofessionale che rispetti i criteri della tempestività e garantire un reale turn over dei posti letti ospedalieri, si richiede di modificare il testo del comma 4 da **“L'integrazione e il coordinamento delle strutture intermedie viene effettuata a livello distrettuale tramite l'Unità di valutazione distrettuale (UVD)...”** in **“L'integrazione e il coordinamento delle strutture intermedie viene effettuata a livello distrettuale tramite l'Unità di valutazione distrettuale (UVD)...e nei casi con stabilità clinica tramite l'Unità di Valutazione Multiprofessionale integrata.”** L'esigenza deriva dal fatto che l'orario degli ambulatori dei medici di medicina generale si svolge perlopiù in orario mattutino, quindi essi non possono partecipare alle UVD, mentre l'orario di lavoro delle assistenti sociali degli Ambiti si conclude molto spesso nelle prime ore del pomeriggio non permettendo di garantire la presenza in contemporanea di queste due figure previste dalla legge regionale 19 maggio 1998, n.10 qui richiamata.

Art. 35 Modello organizzativo del presidio ospedaliero

Al fine che i principi e le modalità di erogazione, declinate in questo articolo, diventino operativi nella pratica clinico - assistenziali si chiede di:

- sostituire il comma 4 "Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità dei presidi ospedalieri" con **"Costituiscono specifiche indicazioni organizzative e requisiti di qualità vincolanti dei presidi ospedalieri."**
- Considerato che il peso assistenziale non è dato solo dalla patologia (cura) bensì anche e soprattutto dal care, tanto che a parità di malattia corrispondono pesi assistenziali molto diversi (es. persone affette da demenza, ecc.) si chiede di modificare il punto e) "organizzazione dell'assistenza per intensità di cure" con la frase **"organizzazione dell'assistenza per intensità e complessità clinico-assistenziale."**

Art. 39 Attività del personale sanitario

Questa richiesta di integrazione all'articolo 39 prende spunto dalla proposta di Legge n. 60. Si chiede di inserire un comma 5 con il seguente testo **"Presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglie è costituita una specifica area delle professioni sanitarie, con compiti di sviluppo delle professionalità e dei modelli assistenziali, sviluppo della ricerca e produzione di linee guida regionali, analisi dei fabbisogni quali-quantitativi dei professionisti da formare in ambito universitario e da inserire nel Servizio Sanitario Regionale."**

Art. 42 Informatizzazione del Servizio sanitario regionale

Al fine di garantire la trasparenza citata alla lettera d), che in questi anni ha determinato più interventi da parte del Garante, con conseguenti ricadute organizzative di raccolta del consenso dei cittadini, si chiede di aggiungere la lettera **"e) Le attività di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico devono garantire la privacy e sono soggette al consenso informato e scritto del cittadino interessato."**

Concludiamo questa disamina sottolineando altri due aspetti importanti che non troviamo descritti in modo chiaro nel disegno di legge:

- la prima questione riguarda la **Centrale Unica del 118**, già deliberata ma, che deve essere richiamata in una legge di riassetto generale del Sistema Sanitario Regionale, visto le implicazioni che comporta per le singole Aziende sia in termini organizzativi sia in termini economici e di contabilità. Nel contempo tale argomento non può nemmeno essere licenziato esclusivamente nella futura pianificazione regionale richiamata all'art. 37 lettera d) piano regionale emergenza-urgenza.
- poco o nulla si dice sulla **necessità di risorse umane** atte a garantire questo assetto e modello socio-sanitario in termini di operatori che si occuperanno della cronicità con il passaggio delle competenze e funzioni ospedaliere al territorio.

Il Coordinamento Regionale IPASVI rimane a disposizione ad apportare specifici contributi nelle apposite sedi istituzionali.

Il Presidente del Coordinamento Regionale IPASVI del FVG
dr. Flavio Paoletti

