

MISURE DI RIORDINO E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE ED ORDINAMENTO DEL SSR

Proposte di integrazione e modifica

Il presente documento deriva dall'esame della documentazione e dagli atti prodotti in materia e, in particolare, dal documento politico-programmatico approvato dalla Giunta Regionale del settembre 2011 e dagli atti preadottati dalla GR il 28.05.2012.

Le proposte di seguito indicate dovranno, ove condivise, essere tradotte e inserite nei documenti che saranno adottati dalla GR per l'approvazione da parte del Consiglio Regionale.

Si ritiene preliminarmente necessario e opportuno fare alcune premesse, che costituiscono elementi essenziali per comprendere e valutare integralmente il contributo che si vuole fornire con il seguente documento:

- la qualità del SSR non è in discussione e va riconosciuto che le funzioni e i compiti affidati sono ad un buon livello qualitativo in tutto il territorio regionale;
- il contesto finanziario che stiamo vivendo impone un'ulteriore razionalizzazione che dovrà comunque garantire un sistema sanitario universalistico;
- il livello di confronto e di dibattito nel gruppo, è stato assolutamente inadeguato in relazione all'importanza della materia che tocca la quotidianità dei cittadini e per il peso finanziario che il settore ha in seno al bilancio regionale; ci saremmo aspettati, trattandosi probabilmente di una delle riforme più importanti di questa legislatura, un più significativo livello di partecipazione e una maggiore preventiva condivisione.

L'elencazione è necessariamente riassuntiva e didascalica e potrà essere inclusa nei documenti programmatori con una successiva elaborazione, ove si determini la condivisione, pur ritenendo almeno alcuni punti assolutamente qualificanti per una vera e reale razionalizzazione del SSR:

1. la riduzione progressiva dei punti nascita, che nel documento vengono individuati in 2-3 non appare in grado di apportare la richiesta razionalizzazione, né di raggiungere gli obiettivi di qualità e sicurezza del percorso di nascita per prevenire

la mortalità materna e neonatale; si propone di inserire i punti nascita esclusivamente negli ospedali di emergenza, in grado di assicurare un più adeguato livello di sicurezza e, nello stesso tempo, permettere di fare scelte di chiusura sulla base di criteri oggettivi, per le ragioni esposte nei documenti in esame;

2. realizzazione di un laboratorio di analisi unico per tutto il territorio regionale o in subordinate di 2 dislocati a livello provinciale; le integrazioni e le razionalizzazioni attuate da altre regioni nel settore ci spingono a ritenere che le strutture così articolate possono contribuire a realizzare concretamente adeguati risparmi senza diminuire i livelli qualitativi e di tempestività richiesti;
3. dall'analisi del Ministero della Salute è emerso che in Italia vi è un numero di primari in eccesso di oltre 3.000 unità; il dato è certamente significativo e meritevole di un ulteriore approfondimento e va valutata la possibilità di attuare progressivamente il taglio del 25% del numero delle strutture complesse;
4. il personale medico andato in quiescenza non può più essere impiegato nelle strutture sanitarie pubbliche, nemmeno con collaborazioni onerose o non onerose; tale situazione, abbastanza frequente, determina una limitazione al sistema regionale, un blocco che non contribuisce al miglioramento qualitativo del SSR e non agevola la crescita professionale del personale medico o il reperimento di ulteriori professionalità;
5. per quanto attiene ai requisiti richiesti per la nomina dei direttori sanitari ed amministrativi, va previsto che non possono essere nominati coloro che godano del trattamento di quiescenza, così come previsto dall'attuale disposizione regionale;
6. per le alte specialità va apprezzato lo sforzo, almeno previsionale, della costituzione dei dipartimenti unici interaziendali tra i presidi ospedalieri di Perugia e Terni e, comunque, va prevista progressivamente la soluzione prioritaria della concentrazione in un'unica sede;
7. una riflessione ulteriore va fatta per le attuali reti esistenti (pediatria, analisi, ecc) a cui il documento non dedica attenzione; in particolare ne va definita l'effettiva utilità per garantire l'omogeneizzazione dell'offerta regionale e, nel caso, avviare una conclusione della esperienza;

8. per il trasporto sanitario va riconosciuto e valorizzato il ruolo delle associazioni di volontariato e delle onlus da tempo impegnate nel soccorso e nell'assistenza, che rappresentano un'importante risorsa per il territorio regionale sia per le competenze professionali maturate, sia per la capacità di promuovere l'aggregazione sociale e di coinvolgere il prezioso ruolo del volontariato; vanno quindi previste procedure di affidamento dei servizi tra soggetti accreditati che operano in tale settore con i predetti requisiti;
9. affermare chiaramente che non si avvierà la costruzione di nuovi ospedali, in quanto ciò sarebbe incompatibile con l'attuale fase di contenimento della spesa e di contrazione delle risorse; puntare decisamente e con maggiore decisione sulla razionalizzazione dell'offerta attuando decisi interventi di riqualificazione e riconversione delle strutture esistenti;
10. sul fronte dell'assetto istituzionale la razionalizzazione va attuata introducendo un'unica azienda ospedaliera regionale organizzata in due plessi ed un'unica azienda sanitaria regionale; le dimensioni della nostra regione, il numero dei cittadini serviti e la richiamata razionalizzazione impongono scelte ancor più coraggiose di quelle inserite nella proposta per le quali, tra l'altro, non sono chiari i vantaggi sotto il profilo finanziario ed organizzativo;
11. nelle strutture sanitarie di comunità in cui sono stati avviati processi di riconversione, va proseguito con maggiore decisione tale percorso, non continuando ad inserire ma iniziando ad eliminare quei servizi estranei al percorso di razionalizzazione;
12. va meglio definito il programma regionale sull'acquisizione delle attrezzature di alta tecnologia, rendendolo uno strumento di effettiva pianificazione preventiva anche ai fini dell'acquisizione attraverso donazioni o contributi; le ipotizzate dotazioni devono essere programmate ed adeguate alle effettive esigenze delle strutture e dei territori, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e, in particolare, costi di funzionamento successivamente incompressibili ed insostenibili;
13. appare necessario potenziare l'attività del controllo di gestione con la costituzione di un gruppo di lavoro permanente regionale, al fine di assicurare la validazione del sistema di reporting aziendale e di presidiare le interconnessioni funzionali tra il sistema informativo a supporto del processo di programmazione e controllo regionale e il sistema informativo aziendale; nella sostanza si richiede uno sviluppo di tale strumento di gestione all'interno delle aziende, ma con un'interfaccia e una

maggior comunicazione con la struttura tecnica dell'assessorato con il chiaro obiettivo di riuscire a comprendere e valutare qualità e costi dei servizi con un adeguato livello di analisi;

14. come già richiesto nell'unica discussione di gruppo, è necessario ed opportuno che la G.R. definisca chiaramente nella proposta le sedi della azienda ospedaliera, della Asl e del servizio 118 senza rinviare ad un successivo accordo: è un segnale di chiarezza politica a cui non possiamo rinunciare.

Luca Barberini

Eros Brega

Andrea Smacchi