

Il Friuli Venezia Giulia dispone di una organizzazione di *welfare* tra le più avanzate d'Italia e d'Europa; si tratta di un risultato cui il Partito Democratico ha dato un contributo essenziale.

La situazione di governo del sistema sanitario regionale è molto preoccupante. Da oltre tre anni non è stato approvato alcun provvedimento strategico in grado di migliorare la governabilità del sistema. Le norme adottate hanno riguardato solo aspetti marginali e hanno spesso avuto l'effetto di far apparire la nostra Regione, nel contesto nazionale, retriva e non accogliente. Lo stesso Piano socio-sanitario 2010-2012 è un documento di scarso impatto e il Ministro della Salute lo giudica "un'integrazione del precedente Piano socio-sanitario 2006-2008 (...) e si può desumere l'intento delle regioni di confermare la strategia di programmazione delineata nel Piano sanitario e socio-sanitario 2006-2008". La chiusura inopinata dell'Agenzia regionale della Sanità e del Centro Servizi condivisi non ha portato ad alcun risparmio (per 1 direttore in meno ci sono 6 vice-direttori in più) e ha fatto perdere importanti occasioni per migliorare il sistema degli acquisti.

La programmazione sociale è ferma. Dopo il primo triennio dei Piani di zona 2006-2008, dopo l'avvio del processo di riqualificazione delle case di riposo, l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza, del Reddito di base di cittadinanza, della Carta famiglia, del Fondo per l'abbattimento delle rette degli asili nido ecc. ci si aspettava una pragmatica, seria, non ideologica manutenzione e prosecuzione di quanto fatto. Invece tutto tace su questo versante concreto e operativo. E si fanno battaglie ideologiche contro chi è diventato da poco cittadino del FVG, si calpestano i diritti, facendosi peraltro impugnare le leggi dal Governo, dalla Suprema Corte e dai Tribunali.

La precisa linea riformatrice della precedente Giunta regionale è stata interrotta e la discussione sul futuro del nostro sistema sanitario e sociale è perlomeno superficiale e ne sta pregiudicando in modo consistente lo sviluppo.

Abbiamo intenzione di collaborare, seppur all'opposizione, per cercare soluzioni che consentano la sostenibilità del sistema e il mantenimento degli attuali livelli su cui lo stesso è assestato. Tutti gli studi e i rapporti più autorevoli, a cominciare dal Libro Bianco del Ministro Sacconi, giudicano il Sistema sanitario della nostra Regione ottimo e spesso il migliore in assoluto in Italia, con presenza capillare e qualità nelle cure territoriali, ottimi livelli di assistenza ospedaliera, un efficiente sistema dell'emergenza e un sistema sociale in grado di sopperire alle difficoltà di una parte della popolazione. Tutti questi studi si riferiscono in particolare ai dati degli anni 2006-2007, ma sono sicuramente il frutto del lavoro svolto anche prima e speriamo servano a far partire da buone basi il futuro sviluppo. Vogliamo difendere e sostenere il nostro sistema di *welfare* e siamo pertanto disponibili ad assumerci le responsabilità che ci competono, ma con chiarezza e trasparenza.

L'aspetto che maggiormente colpisce dell'attuale situazione, in senso sicuramente negativo, e che rivela un'inversione di marcia rispetto al passato, è l'abbandono di qualsiasi criterio tecnico nella definizione del Piano socio-sanitario, così come nel governo della sanità regionale: non esiste infatti un'analisi dell'evolversi dello stato di salute, né dell'evolversi delle risposte ai bisogni di salute, né dei trend nelle voci di spesa, né, conseguentemente, dei margini per il contenimento dei costi, al di là di semplicistici tagli di personale. Finora il sistema ha tenuto prevalentemente per effetto di due voci: il blocco o rallentamento del *turn over* e la sospensione, senza possibilità di recupero, delle procedure contrattuali e negoziali per il personale dipendente e convenzionato per il

triennio 2010 – 2012 disposto dalla Legge 122/2010 (la cosiddetta manovra Tremonti). Non va dimenticato il consistente avanzo consolidato della precedente Amministrazione regionale che ammontava a 20 milioni di euro.

Nel contempo vengono minati i pilastri su cui ha poggiato negli ultimi 15 anni il nostro sistema socio-sanitario:

- l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie e degli enti che le realizzano;
- l'equilibrio tra necessità di programmazione centralizzata e il coordinamento/condivisione delle azioni progettuali su tutto il territorio regionale, la responsabilizzazione dei direttori, degli amministratori, e in generale di tutti coloro che garantiscono il funzionamento delle strutture;
- l'attento monitoraggio del sistema di finanziamento e l'uso lungimirante delle risorse;
- il ruolo diversificato dei grandi ospedali e degli ospedali di rete, e la capacità di questi di integrazione con il territorio.

Alla luce di tutto ciò il PD intende avviare un confronto capillare e concreto che si traduca in una proposta di riordino del SSR, evitando discussioni settoriali e inutili, riferite ora a un servizio ora all'altro, affrontando invece senza timori i problemi effettivi e nodali del sistema.

Il problema demografico è il primo problema strutturale del FVG. Le questioni in grado di pregiudicare il nostro futuro sono rappresentati dalla bassa natalità, dal forte peso sulle famiglie della non-autosufficienza, dalla diffusa precarietà tra i giovani, da un sistema socio-sanitario capillare ma ancora troppo frammentato e ridondante su alcuni aspetti.

L'insicurezza circa il proprio futuro e circa la possibilità o meno di mantenere il proprio stile di vita, la paura di non poter accedere a servizi adeguati nel momento del bisogno e di vedersi scivolare ai margini della vita della comunità, l'ansia di non poter provvedere in modo adeguato alle necessità e ai desideri dei propri figli, sono tra gli elementi che più profondamente minano la qualità della vita. Il reddito di cittadinanza, così come la carta famiglia sono stati interventi fortemente innovatori della qualità del welfare in regione e su questa lunghezza d'onda si deve proseguire. E' necessario sostenere le famiglie in difficoltà, garantendo opportunità di crescita culturale e professionale ai giovani; bisogna investire nella formazione di chi, non più giovanissimo, ha necessità di un reinserimento nel mondo produttivo. Il diritto alla casa e l'accessibilità ai servizi locali quali asili nido e scuole materne, servizi sociali e domiciliari dovranno trovare adeguato finanziamento in quanto componenti fondamentali della qualità della vita. L'inclusione sociale è un diritto che va riconosciuto a tutti.

Gli **obiettivi strategici** da perseguire per la Regione autonoma FVG **in campo sociale** si possono così riassumere:

- sostenere la natalità, la famiglia, i servizi per la prima infanzia; promuovere l'occupazione femminile: l'obiettivo è raggiungere i 7.500 posti negli asili nido pubblici e privati entro il 2013;
- sostenere gli interventi per le persone con disagio mediante lo sviluppo dell'integrazione tra interventi sanitari e sociali, realizzando modelli di presa in carico nei quali i professionisti dei Comuni, delle Aziende sanitarie, del mercato del lavoro e il mondo della cooperazione e del volontariato svolgono un ruolo da protagonisti;
- contrastare gli effetti della precarietà e dare più opportunità ai giovani;

SANITA'

- sostenere i progetti di vita indipendente delle persone disabili e potenziare il sistema di cure a lungo termine e di supporto alla non autosufficienza, sostenendo le famiglie nel lavoro di cura; aiutare le famiglie che assistono in casa anziani, disabili e soggetti fragili, attraverso il Fondo per l'autonomia possibile; questo è il momento di avviare, anche in Italia, una reale personalizzazione dell'assistenza per le persone anziane e non autosufficienti, anche attraverso forme di assistenza complementari da parte dei Fondi sanitari integrativi con tariffe e costi controllati, che consenta di mettere in campo nuove risorse e spinga verso modalità collettive per far fronte a grandi bisogni sociali in un Paese che invecchia, con un enorme debito pubblico che pesa sulle generazioni future;
- migliorare la risposta residenziale con la nuova riclassificazione delle strutture protette per anziani e finanziare Centri diurni, Centri Alzheimer e strutture dedicate "all'abitare sociale" e altre modalità assistenziali intermedie, personalizzate e innovative, introducendo progressivamente elementi di omogeneità e di equità nel sistema;
- creare opportunità di lavoro attraverso la promozione dell'imprenditoria sociale, favorendo l'inserimento lavorativo delle persone disabili;
- valorizzare la cultura scientifica e puntare in particolare sulla ricerca di base e applicata;
- intensificare la prevenzione sociale e sanitaria non solo per migliorare l'aspettativa di vita, ma anche come strumento di equità (meno incidenti sul lavoro, stili di vita più sani, malattie affrontate prima nelle aree più a rischio e più povere, più prevenzione ambientale...);
- migliorare l'integrazione sociale dei cittadini stranieri regolari, nel rispetto dei diritti e dei doveri con una sincera politica dell'integrazione volta a fare in modo che in Friuli Venezia Giulia gli stranieri immigrati possano essere consapevolmente partecipi del un progetto di crescita materiale ed individuale di ciascuno e di tutti;
- valorizzare il terzo settore, in particolare la cooperazione sociale, chiamato a svolgere un ruolo attivo e responsabile nel sistema integrato di interventi e servizi sociali, sia per quanto riguarda la progettazione che per la realizzazione concertata degli interventi insieme alle amministrazioni programmatrici, ricorrendo, laddove ne sussistano i requisiti, all'affidamento diretto dei servizi alla persona;
- favorire l'autoimprenditorialità femminile e la partecipazione delle donne nella gestione dell'impresa.

E'indispensabile che venga emanato il **2° Piano sociale del FVG**, in ritardo rispetto ai tempi previsti e che riprenda la programmazione partita dal basso, attraverso i **Piani di zona**, solo ora ripresi dopo ormai oltre 3 anni di blocco, valorizzando la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e l'autentica sussidiarietà orizzontale. Bisogna preparare un nuovo welfare fatto di un mix di nuove protezioni e investimenti sociali con diversi attori pubblici e privati, ma tra loro collegati e integrati.

In campo specificamente sanitario, i **punti fondamentali per una nostra proposta** sono i seguenti.

1. **La sanità deve restare pubblica.** Il Servizio Sanitario nazionale è un caposaldo della nostra democrazia ed è la risposta più coerente ed economicamente sostenibile alla crescita costante della domanda di salute e assistenza da parte

- dei cittadini. Il sistema pubblico universalistico è quello che ha ampiamente dimostrato di garantire maggiore appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza. Ciò non pregiudica l'apporto della componente privata profit e lo sviluppo di una vera sussidiarietà con il settore no profit e il volontariato.
2. Le politiche sociali concernenti l'indirizzo complessivo del SSR e dei Servizi sociali non possono essere smembrate in più assessorati. L'Assessorato competente deve mantenere tutte le deleghe in materia sanitaria e sociale, e deve essere il punto di riferimento per coordinare le altre norme che impattano sulla cittadinanza sociale, pur attinenti ad altri settori (trasporti, casa, cultura ecc.).
 3. **Le politiche per la salute e la cittadinanza sociale sono fondate sull'integrazione** tra Istituzioni, tra servizi, tra operatori e con il terzo settore e trovano sostegno nel coinvolgimento e nella concertazione con tutti i soggetti rappresentativi delle comunità locali. **Gli enti locali partecipano alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria e alla verifica del raggiungimento dei relativi obiettivi** tramite la Conferenza permanente, le Conferenze dei sindaci, le Assemblee distrettuali. Vanno quindi riproposte le norme della LR 23/2004, inopportuna abrogata da questa Amministrazione regionale senza riflettere, con un colpo di mano notturno, apportando piuttosto alcune semplificazioni che del resto erano già previste.
 4. Non si può prescindere dal proseguire nel rafforzamento dell'assetto organizzativo delle **cure primarie** e della prevenzione e promozione della salute, puntando in particolare sulla continua manutenzione e **consolidamento del Distretto socio-sanitario**, come garante della salute dei cittadini, responsabile delle cure domiciliari e della continuità assistenziale, luogo di incontro operativo ed integrato tra Sanità, Servizi sociali nonché motore della sussidiarietà orizzontale. La definizione e il coordinamento dei percorsi di continuità assistenziale devono far capo al Distretto.
 5. La programmazione operativa, in particolare delle funzioni ospedaliere, si fa per **area vasta**, l'unica che permette di incrociare domanda e offerta, qualità e casistica, razionalità e capillarità in maniera adeguata. Occorre aumentare la complementarietà tra le funzioni specialistiche con una ulteriore razionalizzazione della rete ospedaliera che metta in relazione il bacino di utenza con la presenza delle funzioni; sviluppare ulteriormente la revisione dell'organizzazione del lavoro con la distinzione dell'attività clinica da quella assistenziale in modo da migliorare l'organizzazione multiprofessionale del lavoro; incrementare i posti postacuti e di RSA, già previsti dal Piano della riabilitazione, riconvertendo alcuni posti letto per acuti (l'obiettivo sensato, equilibrato, utile e raggiungibile è di riconvertire ulteriori 300 posti nei prossimi 3 anni). Bisogna prevedere inoltre un'accoglienza per le situazioni di urgenza o criticità relative ai disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva che necessitano di cure in regime semiresidenziale o residenziale.
 6. Bisogna proseguire nella realizzazione del piano di contenimento delle liste d'attesa varato nel 2006 (che stava dando buoni risultati) con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni certi e proporzionati ai problemi clinici presentati: attraverso l'implementazione del sistema di priorità legate al bisogno, il miglioramento dell'appropriatezza, la razionalizzazione organizzativa dell'offerta (call center unico, accordi con gli erogatori privati, sistema di prenotazione e pagamento più accessibile, scambio informatico tra ospedale e medicina di famiglia, progressivo coinvolgimento delle farmacie); il

- potenziamento mirato di alcune attività di erogazione (vedi screening mammografico, screening per il tumore del colon-retto, ecc.).
7. Il coinvolgimento e la responsabilizzazione dagli operatori, dei professionisti e dei cittadini sono essenziali così come la trasparenza del sistema. Vanno pertanto ripresi i programmi di **audit civico** (per fare in modo che le segnalazioni dei cittadini siano utili per ridurre gli errori e per migliorare i servizi socio sanitari) e il **maggior coinvolgimento degli operatori** attraverso la modifica dei compiti e della composizione del Collegio di direzione e l'introduzione di ulteriori elementi di coinvolgimento e responsabilizzazione nel governo delle attività cliniche.
 8. La spinta alla **ricerca e alla collaborazione con l'Università** sono tra gli obiettivi fondamentali del SSR
 9. I dati epidemiologici prodotti dal SSR devono servire per far crescere il sistema di prevenzione ambientale della nostra Regione **La riduzione della esposizione di tutta la popolazione agli agenti cancerogeni, mutageni e teratogeni, con particolare riferimento alla protezione dei soggetti più vulnerabili e suscettibili, è un obiettivo a cui concorre in maniera primaria il SSR**, considerando fondamentale che il diritto ad un ambiente salubre diventi una delle priorità improrogabili della sanità pubblica regionale. L'azione di contrasto sarà affidata ad un sistema integrato che vede attori oltre al SSR, IRCCS, l'ARPA, gli Enti Locali e le Università. I settori di intervento sono due: uno legato alla valutazione degli esiti di salute rispetto alle condizioni ambientali esistenti, l'altro di carattere proattivo, dedicato a stimare possibili modificazioni degli stati di salute in rapporto alle attività in progetto che impattino sull'ambiente.
 10. Il sistema degli acquisti, approvvigionamenti e logistica va aggredito come uno dei nodi strategici fondamentali per la sostenibilità futura del sistema. **Conseguire economie di scala e di gamma, razionalizzando i processi tecnico-amministrativi è un obiettivo essenziale per tutto il sistema.** La soppressione del CSC ha fatto perdere milioni di euro di mancati risparmi ma soprattutto ha arrestato la volontà di approfondire, innovare e aggredire il complesso mercato degli approvvigionamenti in sanità. Il tema della gestione unitaria degli approvvigionamenti è un tema quanto mai importante non solo per il risparmio, ma soprattutto per il governo e l'appropriatezza del sistema (sperimentato in numerose regioni europee). Si tratta infatti di aggredire una spesa di oltre 800 milioni all'anno, di cui circa 600 governati dalle sole regole di mercato. Si tratta spesso di spese fondamentali per la qualità del sistema (assicurazioni, acquisti di beni sanitari, dispositivi medici, modelli di costruzione e gestione degli immobili....) dove per anni il sistema pubblico è stato solo a guardare. Devono essere affrontati non solo il tema degli acquisti, ma anche la logistica, alcuni aspetti della gestione amministrativa del personale, i sistemi di comunicazione, le modalità di autofinanziamento, la razionalizzazione della gestione del patrimonio e degli investimenti sanitari e sociali ecc..

E' necessario inoltre introdurre alcuni correttivi e novità su temi già affrontati da anni:

- a) **una evoluzione dell'aziendalizzazione** che porti a rispondere meglio ad obblighi di responsabilità, di trasparenza e ad impegni di carattere etico; valorizzare il ruolo dei Dirigenti medici, delle professioni sanitarie e dei Medici di Medicina generale nel "governo clinico" delle Aziende, anche con la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali.

- b) **La separazione netta tra compiti di indirizzo politico e gestione**, elemento essenziale dell'etica dell'intervento pubblico nell'area socio-sanitaria, fortemente compromesso dalla gestione mediocre e presuntuosa del centrodestra.
- c) **Sperimentazione delle Unità di cure primarie**: forma di assistenza distrettuale che garantisca l'assistenza 24 ore in collaborazione tra medici di famiglia, guardia medica, pediatri, infermieri, specialisti ambulatoriali, integrando sempre di più le professionalità del distretto, pur mantenendo la distribuzione dei medici di medicina generale sul territorio (previsioni normative già presentate in Consiglio regionale e presenti anche negli Accordi collettivi nazionali della Medicina di famiglia).
- d) **Promozione della ricerca e della formazione curricolare e continua** (va messo in conto un forte impegno sulla formazione sia nell'area amministrativa, gestionale e tecnica, che in quella sanitaria e assistenziale; tale impegno deve accompagnare le innovazioni organizzative programmate dal sistema e tener conto dei fabbisogni futuri stimati).
- e) **Promozione e sviluppo della cultura della mediazione/conciliazione per le controversie in materia di responsabilità professionale.**
- f) **Sviluppo del Day Hospital, Day Surgery e Day service** (pacchetti di prestazioni ambulatoriali complementari tra di loro, forniti in regime ambulatoriale ma con percorsi facilitati soprattutto per anziani o persone in difficoltà).
- g) **La cooperazione transfrontaliera** - L'Europa che va delineandosi consente al Friuli Venezia Giulia di affrontare con un diverso approccio il tema delle relazioni sociosanitarie nelle aree di confine e apre nuove opportunità a tutta la fascia confinaria, da Tarvisio a Trieste, passando per Cividale, Gorizia e Monfalcone, finalizzata a valorizzare la qualificazione del Servizio sanitario regionale, a dare migliori servizi ai cittadini e a migliorare i rapporti politici tra i Paesi membri grazie alla cooperazione che parte dal basso.

E' chiaro che a livello politico è indispensabile che si individuino alcune azioni rapide per la sostenibilità nel breve periodo e, rispetto agli obiettivi prima definiti, analizzare le componenti da aggredire mediante la manutenzione dell'organizzazione e la "cultura degli operatori" rispetto a quelle più dipendenti dalla struttura istituzionale del sistema. E' assolutamente necessario operare sulle condizioni di funzionalità gestionale (organizzazione), sulla formazione degli operatori, sul nesso tra questi aspetti e la programmazione strategica regionale. Le modifiche degli assetti istituzionali sono solo una componente parziale di tutto questo anche se spesso vengono enfatizzate per necessità politiche di consenso esterno o per incapacità a entrare nel merito complessivo.

Se si intende modificare l'assetto istituzionale del sistema bisogna ricordare che questo è un mezzo per raggiungere gli obiettivi strategici di salute e non un fine. Il PD è pronto per dare il proprio contributo e ha già avanzato proposte precise e documentate in tal senso.

E' indispensabile analizzare e simulare l'impatto organizzativo e economico-finanziario delle diverse opzioni rispetto all'articolazione delle aziende sanitarie, tenendo conto della necessità di ridurre la complessità istituzionale del sistema, ma nel rispetto degli obiettivi prima citati. Occorre finirla con gli slogan generici e inutili, ed entrare nel dettaglio dei problemi con disponibilità vera al confronto. Basti pensare che un aumento stabile di 5 punti percentuali del tasso di occupazione dei posti letto o la riconversione da acuti a postacuti di poche centinaia di posti letto o la revisione di alcuni meccanismi di

SANITA'

approvvigionamento comportano riduzioni della spesa di decine di milioni di euro, mentre la soppressione di 5 direzioni potrebbe ottimisticamente portare a qualche milione di risparmio... Le scelte per la rete ospedaliera devono tener conto, almeno per alcuni anni, della storia del SSR: gli **ospedali di rete** esercitano funzioni che assumono un rilievo importante per la continuità di cura nel territorio (medicine, servizi) e che spesso sono indispensabili come supporto alle attività domiciliari o alle strutture intermedie. La garanzia della continuità delle cure deve essere prioritaria, strettamente correlata alla sicurezza del cittadino, anche nel suo percorso nel territorio. Se l'obiettivo è quello di garantire la continuità del percorso clinico-terapeutico, il ruolo degli ospedali di rete e quello delle Aziende ospedaliere variano; è necessario mantenere l'osmosi diretta tra ospedale di rete e servizi territoriali. Perciò si ritiene indispensabile che l'attività degli ospedali di rete sia ricondotta nell'ambito del governo della sanità territoriale, almeno nei prossimi anni.

Il primo punto essenziale per il controllo della spesa è mettere l'appropriatezza al centro del sistema di offerta e garantire la stabilità finanziaria del SSR .

L'obiettivo dei democratici è fare del Friuli Venezia Giulia una delle regioni europee con l'aspettativa di vita più lunga, con uno dei più alti livelli di conoscenza (anche nelle materie scientifiche), con un alto livello di coesione sociale e di assistenza alle persone e alle famiglie.