

Criticità, osservazioni e proposte sulle diapositive delle "Linee guida regionali per la predisposizione degli Atti Aziendali da parte dell'Azienda Zero e delle altre Aziende del SSR"

(Presentate nell'incontro sindacale regionale del 24.01.2017 a Venezia)

Padova, 13 febbraio 2017

L'ANAAO ASSOMED del Veneto, pur apprezzando la richiesta della Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale alle Organizzazioni Sindacali dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario di produrre una loro valutazione e le eventuali proposte sulla ipotesi di Linee Guida regionali per la predisposizione degli Atti Aziendali da parte delle Aziende Sanitarie del Veneto, **ritiene che tale metodologia sia non esaustiva e comunque interlocutoria.**

E' ben difficile, infatti, produrre una valutazione ponderata ed esaustiva in assenza di un documento scritto, almeno in bozza, da cui evincere una valutazione complessiva sulle scelte ipotizzate e più puntuale su quelle specifiche riguardanti i singoli argomenti. Le diapositive sono sicuramente un ottimo strumento di sintesi, se affiancate ad un documento completo scritto.

In assenza di questo rimangono comunque **dubbi e incertezze che non consentono una visione complessiva.**

In mancanza di tale documentazione, l'ANAAO ASSOMED non si esime, comunque, dal fornire le proprie osservazioni e proposte sulle informazioni incomplete presenti nelle diapositive.

In linea generale la stessa Associazione ravvisa nell'ipotesi avanzata una netta tendenza a limitare fortemente l'apporto dei professionisti della Dirigenza del ruolo Sanitario alla gestione del cambiamento, limitandone in tal modo la possibilità di una loro condivisione. Tutto ciò appare in netto contrasto con la legislazione nazionale e regionale vigente che invece ha enfatizzato il ruolo di questi in merito nonché la necessità di potenziare il "governo clinico".

Sempre in linea generale si ravvede, nell'ipotesi avanzata, una netta tendenza al verticismo decisionale che coinvolge non solamente l'Ufficio di Direzione dell'Azienda ma anche i gradi intermedi con il rischio o quasi certezza di "scollegare" pesantemente le decisioni dal contesto della realtà del territorio.

In merito poi alle quattro tematiche affrontate di seguito evidenziamo per ognuna le nostre valutazioni (criticità, osservazioni e proposte).

1. Atto Aziendale

Criticità:

a) **Non si concorda** con la composizione proposta del Collegio di Direzione (diapositiva n. 6).

Tale organismo è uno degli strumenti principali previsti dalla legislazione nazionale e regionale per il "governo clinico". Escludere da questo la gran parte dei Direttori di Dipartimento è in pesante contrasto con la ratio delle Leggi vigenti e la volontà del legislatore.

Non costituisce inoltre una motivazione plausibile l'ipotetica pleora di componenti, dal momento che l'innalzamento della soglia minima a 6 UOC che dovrebbero comporla e la riduzione dei distretti nel territorio ne limiterebbe fortemente il numero.

- b) Suscita forte contrarietà la definizione dei componenti il Comitato di Dipartimento. Viene totalmente cassata la componente elettiva fino ad ora prevista dalle Linee Guida nazionali e regionali previste dalla normativa vigente in materia. In tal caso tale Comitato di Dipartimento non sarebbe più rappresentativo dei Dirigenti del ruolo sanitario operanti al suo interno, ma sarebbe solamente un organismo di "nominati" scollegato da qualsiasi ipotesi di consenso.
- c) Quanto previsto poi dalla diapositiva n. 28, che introdurrebbe una maggiorazione, rispettivamente del 30% e del 50% della retribuzione di posizione, per il Direttore Medico di ospedale e per il Direttore della Funzione Ospedaliera, può essere solamente un auspicio non essendo nella potestà della Regione e delle aziende Sanitarie intervenire in modo unilaterale sulla normativa contrattuale nazionale che attribuisce alla concertazione a livello aziendale con le OO.SS. firmatarie del CCNL la prerogativa di individuare la graduazione delle posizioni, il "peso" di ciascun incarico e quindi il valore economico conseguente.

Se invece l'ipotesi avanzata fosse quella di attribuire ai Direttori sopra citati l'equivalente dell'indennità di direzione di dipartimento finanziandola come quest'ultima, con il bilancio aziendale, la dizione "retribuzione di posizione" è del tutto errata sia sul piano concettuale che normativo.

- d) Nella bozza di proposta non vengono definiti i requisiti minimi necessari, di tipo professionale e curriculare, per individuare e nominare il responsabile della Gestione del Rischio Clinico aziendale. Tale necessità è una condizione strategica fondamentale per affrontare una volta per tutte, in modo fattivo, la gestione e prevenzione del rischio clinico. Il perdurare, ancora una volta, nella non definizione dei requisiti necessari, potrà essere di nuovo causa di nomine "incresciose" (ingegneri edili e/o meccanici, architetti, avvocati, responsabili della sicurezza, ecc.) che suscitano il dubbio di forte disinteresse da parte della Regione.
- e) La formazione del personale sanitario è una delle attività più importanti, per l'Azienda, poiché ha come "mission" l'incremento del valore aggiunto professionale dei dipendenti di tale area. Perché tale attività sia adeguata e raggiunga tale obiettivo è necessario conoscere le peculiarità delle attività sanitarie nonché le necessità formative conciliandole con gli "obiettivi" sanitari delle Aziende. La figura professionale più adeguata in materia può essere solamente un Dirigente del ruolo sanitario.

Nella bozza di proposta presentata non sono specificati in alcun modo le competenze professionali ed i titoli accademici che dovrebbe possedere tale figura né il grado di posizione funzionale che dovrebbe avere. Questa omissione appare fortemente sospetta.

2. Nuovi Assetti Territoriali

a. Premessa

La vigente programmazione sanitaria è stata prorogata fino ai 31.12.2018 con l'art. 24 della L.R. di Riforma (L.R. n. 19 del 25.10.2016) o fino a nuovo PSSR.

La programmazione in vigore fino al 31.12.2018 è quella prevista dall'ultimo PSSR di cui L.R. n.23 del 29.6.2012.

Il PSSR prevede "il potenziamento della assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata" (capitolo 3 dell'allegato A al PSSR).

Al contempo tale PSSR prevede una riorganizzazione ospedaliera con diminuzione dei posti letto per acuti dato che, come descritto nello stesso PSSR "il numero dei dimessi negli ospedali è progressivamente diminuito con "un calo del 17% nel periodo 2000-2009" (paragrafo 1.4.1 dell'allegato al PSSR). A questo proposito si evidenzia che questo trend è continuato negli anni successivi tanto che i posti letto nella Regione Veneto sono diminuiti dal 2011 al 2015 partendo da 19.175 (2011) a 17.448 (2015) come registrato dalla Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto.

b. Numero e tipologia delle UU.OO. Territoriali

Da una prima lettura, le proposte presentate appaiono penalizzare fortemente il territorio contrariamente a quanto previsto dal PSSR attualmente in vigore. Sembra, ad esempio, che le UU.OO. territoriali siano fortemente ridotte di numero in conseguenza all'accorpamento delle ULSS, creando modelli organizzativi (diapo 15 e 16) che comporterebbero una non governabilità delle nuove UU.LL.SS.SS.

Il PSSR vigente (LR n.23/2012) quando parla di UU.LL.SS.SS. si riferisce a quelle i cui ambiti territoriali erano presenti nel 2012 cioè nel momento di approvazione del Piano (bacino di utenza 250-300 mila abitanti. La LR 19/2016 ha ridefinito gli ambiti territoriali ampliandoli notevolmente.

Le proposte presentate, citano la Legge 23/2012 come se questa si potesse applicare "tout court" dopo che è stata approvata la Legge di Riforma (L.R. 19-2016 per intenderci) che ha modificato radicalmente gli ambiti territoriali. Parla, ad esempio, di una sola tipologia di Unità Operativa per ULSS (U.O. Cure Primarie, Infanzia e Adolescenza....).

Questa visione appare in contraddizione non solo con il PSSR che si propone di potenziare l'attività territoriale ma è in contraddizione con la recente Legge di Riforma.

Infatti, la stessa Legge di Riforma n. 19/2016 all'articolo 26 comma 17 specifica che ciascuna di tali Unità Operative devono essere presenti in ciascun nuovo Distretto.

Per la precisione, ecco il testo del comma 7, art.26 c.7 L.R. n. 19/2016:

"Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, la Giunta Regionale, **sentita la competente Commissione Consiliare,** nel dettare le linee guida alle Aziende ULSS per la predisposizione degli Atti Aziendali, stabilisce i criteri per **l'individuazione presso ogni distretto,** di cui comma 1 e comma 6 del presente articolo, di una Unità Operativa cure primarie, di una per l'Infanzia, l'Adolescenza, la Famiglia e i Consultori, di una per la Disabilità e la Non Autosufficienza, di una per le Cure Palliative, di una per le Attività Specialistiche e la previsione di una unità operativa per il sociale in staff con il direttore dei servizi socio-sanitari".

c. Altre incongruenze

In generale, le incongruenze sono con quanto scritto effettivamente nel PSSR.

Ad esempio, la seguente citazione (diapositiva 11):

"La L.R. n.23/2012 prevede "...ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere nella propria organizzazione territoriale, una unità operativa complessa di cure primarie.... Le cinque Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i distretti in cui è articolato il territorio aziendale".

Questo NON si trova nel testo della L.R. n. 23/2012

E' la DGRV n. 975 del 18.7.2013 "Linee Guida ...per la predisposizione del nuovo atto aziendale" che da indicazione operative sulle UU.OO. territoriali e tratta di Unità Operative "collocate in maniera trasversale rispetto a tutti i distretti in cui può essere articolato il territorio aziendale" Punto 3.3 della DGRV n. 975/2013 del suo allegato B).

Altro esempio: le diapositive 12-13 parlano di articolazione organizzativa specificando che la L.R. n. 23/2012 prevede Unità Operative Complesse o Semplici a seconda della tipologia (cure primarie, infanzia adolescenza...). Questo grado di specificazione non compare in realtà nella L.R. n. 23/2012 che, rispondendo a requisiti di tipo programmatico, si esprime definendo i livelli di assistenza territoriale (3.1 allegato alla L.R. n. 23/2012) e non accenna alla tipologia di UU.OO. E' la suddetta DGRV n. 975/2013 che definisce l'articolazione organizzativa delle UU.OO. del Distretto al punto 3.3. allegato B.

Analogamente ogni citazione della L.R. n. 23/2012 su Unità Operative complesse/semplifici **NON corrisponde al vero in quanto non descritto nel PSSR.**

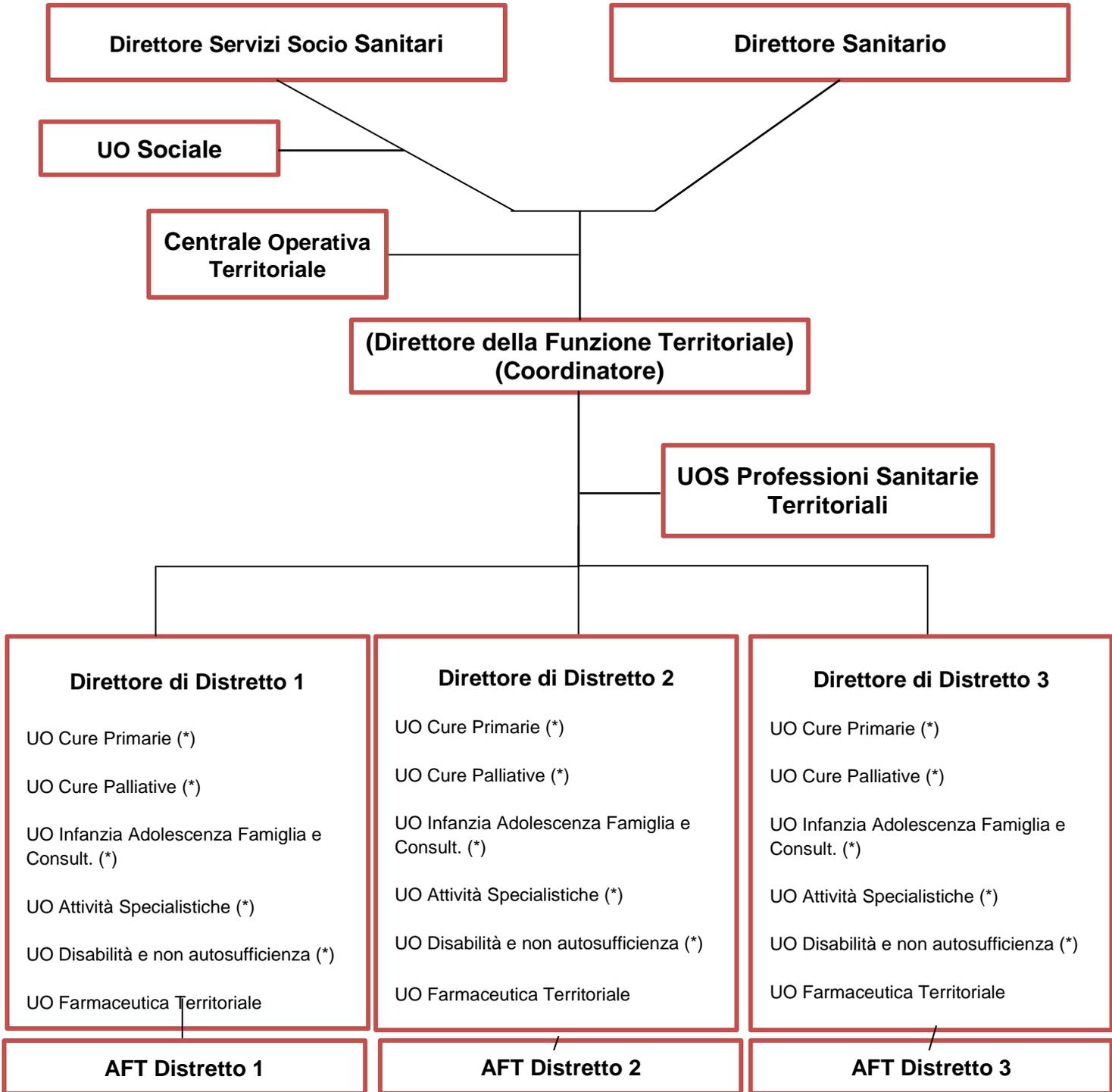
d. Organigramma (diapositive 15 e 16)

Non appaiono in linea con la normativa vigente le due ipotesi di organigramma descritte nelle diapositive 15 e 16. In particolare, nella diapositiva n.15 le suddette unità operative sono contenute in uno solo dei distretti, nell'altro distretto sono contenute le AFT.

Nella diapositiva n. 16 le suddette Unità Operative vengono poste in capo al Direttore della Funzione territoriale rimanendo uniche per ogni nuova ULSS.

Alla luce di quanto sopra esposto si propone un organigramma quale quello seguente, dove il Direttore della Funzione Territoriale è un dirigente medico.

BOZZA PROPOSTA
"Nuovi Assetti Territoriali"



(*) U.O. prevista dalla LR 19/2016 per ciascun distretto.

La tipologia delle UU.OO. (complessa e semplice) dovrà tenere conto della popolazione servita. In particolare oltre una popolazione di 200-250 mila abitanti una UOC.

Questa proposta di bozza di organizzazione parte dall'osservazione che nel PSSR era prevista "una capillare organizzazione dei servizi ed interventi sul territorio, favorendo una maggiore vicinanza ai bisogni della popolazione, indipendentemente dalla dimensione distrettuale".

È opportuno sottolineare che una buona parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. si era orientata verso la costituzione di un Distretto unico, indipendentemente dalle dimensioni del bacino di riferimento, privilegiando la dimensione della uniformità gestionale ed organizzativa. **Questo non è più attuabile con la riduzione del numero delle aziende Ulss** a 9 per le quali sono stati seguiti criteri quali :

- uno prioritariamente geografico riferito al bacino di utenza provinciale o sub-provinciale, connesso con una quantità minima di popolazione non inferiore a 500.000 ab (per 7 di esse);
- un altro legato alla presenza (in alcune zone del Veneto) di forti incrementi di popolazione in alcuni mesi dell'anno, conseguenti a importanti flussi turistici.

In conseguenza di questi criteri sono state create tre gruppi di aziende Ulss:

1. un gruppo costituito **da 5 aziende** con ambito territoriale e popolazione residente sovrapponibile a quello della **rispettiva provincia** (Belluno, Padova, Rovigo, Treviso e Verona) e dimensione di popolazione non inferiore a 500.000 ab;
2. un gruppo costituito da 2 aziende con ambito territoriale e popolazione residente sub-provinciale, compresi *all'interno della* propria provincia (**Venezia e Vicenza**) e dimensione di popolazione comunque non inferiore a 500.000 ab;
3. un gruppo di 2 aziende con ambito territoriale e popolazione residente sub-provinciale, compreso all'interno della propria provincia (parte nord della provincia di Venezia e parte pedemontana e montana della provincia di Vicenza) e dimensione di popolazione inferiore a 500.000 ab.

La L.R. n.19/2016 punta a favorire la continuità delle cure attraverso una rete di assistenza territoriale articolata, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare con la finalità di garantire una efficace integrazione delle prestazioni socio-sanitarie territoriali e ospedaliere. Per attuare ciò è importante che a livello territoriale sia garantita la presenza di standard minimi prestazionali per la sicurezza delle cure e per l'operatore

Ogni nuova ULSS presenta un bacino di utenza elevato e questo comporta una serie di attività per le quali serve un controllo capillare ed una interazione di vari settori del territorio sempre più stringente.

Ad esempio, al fine di garantire in modo equo e uniforme l'accesso alle cure palliative a tutti i cittadini della Regione, a fronte anche di un crescente bisogno delle stesse (**non solo oncologiche**), sulla base di quanto proposto in merito alla riorganizzazione delle aziende sanitarie, non è pensabile che si prescinda nell'assegnazione delle UOC di Cure Palliative, dalla densità abitativa del bacino di riferimento e dalle specificità del territorio. L'importanza della densità abitativa è per altri versi richiamata nella L.R. n. 23/2012 allorché si parla di "migliori performance gestionali ed assistenziali". Territori peculiari e complessi, nonché la ricchezza e l'articolazione dell'assistenza domiciliare espressa con modalità organizzative diversificate a seconda delle zone d'intervento, la numerosità degli hospice e dei relativi posti letto, l'attività svolta in integrazione/convenzione con le associazioni di cure palliative presenti nel territorio, nonché la numerosità della popolazione , richiedono una

organizzazione che sia in grado di garantire un'adeguata qualità di risposta e alti livelli di soddisfazione nei cittadini assistiti dalla rete di cure palliative.

Con la consapevolezza che la miglior razionalizzazione delle risorse si ottiene con la necessità di garantire un'organizzazione territoriale di cure palliative equa, di qualità e uniforme su tutto il territorio regionale.

Unità Operativa di Cure Primarie

Per le sue funzioni strategiche di interazioni con altri attori importanti del territorio va considerata UOC laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 ab, anche con riferimento al capoluogo ed alle attività connesse.

Le sue funzioni sono:

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie, attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, coinvolgendo tutte le componenti della convenzionata e organizzando le necessarie risorse commisurate agli obiettivi;
- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7/7gg. assicurando l'integrazione funzionale tra la Medicina di famiglia, la Continuità Assistenziale e la Specialistica;
- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);
- implementazione e responsabilità del funzionamento assistenza domiciliare integrata;
- coordinamento sanitario delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere per garantire uniformità di percorsi e di implementazione di procedure condivise e basate sull'evidenza;
- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

Unità Operativa Adolescenza Famiglia e Consultorio

Questa UO si configurerà come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 ab. Al proprio interno dovrà prevedere il Servizio per l'Età Evolutiva sulla base delle Linee Guida approvate con DGRV n. 1533/2011 e il Consultorio familiare sulla base delle Linee Guida approvate con DGRV n. 215/2010.

Ha funzioni di:

- assistenza sanitaria e socio-sanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per la protezione e cura del minore in stato di abbandono di maltrattamento. Tali finalità andranno perseguite in collegamento con le altre UU.OO. distrettuali ed ospedaliere, con la rete dei servizi sociali dei Comuni, con gli organi giudiziari per la tutela dell'infanzia;
- promozione della salute e del benessere dei minori e degli adolescenti, garantendone il corretto

sviluppo e sostenendo il ruolo affettivo, educativo e socializzante della famiglia tramite la sintonizzazione delle proprie attività preventive, diagnostiche, curative e riabilitative con le altre UU.OO. territoriali ed ospedaliere e con le finalità degli altri soggetti istituzionali quali: i servizi sociali dei Comuni, la scuola, gli organi di giustizia minorile, ecc.;

- sviluppo, coordinamento e gestione delle Cure primarie con riferimento all'area omogenea materno- infantile, età evolutiva e famiglia, attraverso l'implementazione delle forme associative della Pediatria di libera scelta previste dagli atti di indirizzo regionali, prevedendo peraltro la loro integrazione nelle Medicine di Gruppo Integrate;

- garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure h24, 7/7gg. assicurando l'integrazione funzionale tra la Pediatria di libera scelta, la Continuità Assistenziale e la Pediatria ospedaliera;

- definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);

- coordinamento e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica, della protesica e della specialistica, partecipando al buon governo delle risorse.

Unità Operativa Attività Specialistiche

Questa UO va considerata come UO Complessa laddove il bacino di riferimento sia superiore ai 250.000 ab, anche con riferimento al capoluogo ed alle attività connesse. I ruoli e funzioni sono ben evidenziati nell'allegato B della DGRV n. 975/2013

Le sue funzioni infatti richiedono un rapporto intenso con varie figure professionali ed in particolare di:

- orientare la funzione specialistica a supporto del medico/pediatra di famiglia;

- coordinamento degli specialisti (convenzionati e dipendenti) presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali;

- coordinamento funzionale dell'attività ambulatoriale erogata presso le sedi distrettuali, ospedaliere e le strutture private accreditate nell'ambito del territorio dell'Azienda ULSS, concorrendo anche alla definizione del rapporto con le strutture private accreditate e del relativo budget, secondo criteri di accessibilità per l'assistito e qualità delle prestazioni;

- programmazione e coordinamento dell'attività del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, quale strumento gestionale e punto di sincronizzazione dell'attività delle strutture aziendali e del privato accreditato;

- supervisione dell'attività del CUP Manager, coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, al fine di verificare e di controllare le modalità operative di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali, svolgendo un monitoraggio continuo sugli effettivi tempi di attesa;

- supporto alla definizione e partecipazione responsabile alla implementazione dei percorsi assistenziali, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e governo delle liste d'attesa, con coinvolgimento dei medici/pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni e gli specialisti ospedalieri nella condivisione ed applicazione delle classi di priorità, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati;
- monitoraggio delle attività svolte dalle strutture private accreditate in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate rispetto a quanto programmato.

3. Dipartimento di Prevenzione

Nelle nuove UU.LL.SS.SS. provinciali o di area vasta, come già evidenziato, si osserva un drastico accentramento delle unità operative, con riduzione di quelle attualmente operanti nel territorio. Tale riduzione può essere ritenuta accettabile per i servizi che svolgono prevalentemente attività di programmazione e di supporto, ma diventa critica, con imperdonabili disagi per l'utenza ed il cittadino, per quei servizi che richiedono una costante, capillare e diffusa presenza nel territorio.

Per questo, almeno per i servizi indicati dal D.lgs n. 502/1992, art. 7 quater, andrebbe confermata la situazione già in essere nelle singole aziende U.L.S.S. accorpate, ampiamente collaudata.

Si nota lo smembramento dell'attuale **Servizio di Igiene e Sanità Pubblica** in due unità complesse :

- **servizio di igiene e sanità pubblica** (a cui rimane la profilassi delle malattie infettive e parassitarie ed la residuale igiene ambientale)
- **servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, programmi di screening e promozione della salute.**

La suddivisione di un servizio importante come il SISP e l'accorpamento degli altri servizi altrettanto importanti come SIAN e SPISAL, operanti capillarmente su territori così vasti, fa ipotizzare che la stesura delle linee guida abbia tenuto poco conto delle reali necessità del territorio.

Si precisa, con riferimento alla nuova unità prevista denominata "servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, programmi di screening e promozione della salute", che la funzione di promozione della salute è una attività trasversale e propria di tutti i servizi. Essa in molte realtà è opportunamente collocata in capo al direttore del dipartimento che la esercita attraverso un ufficio o unità operativa di staff con funzioni di facilitatore e di supporto metodologico per gli altri servizi.

Anche la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili è in realtà, come del resto riportato anche "nella tabella LEA", una attività interservizi.

Diventa artificioso, quindi, codificare queste funzioni in una singola nuova unità operativa.

Nella tabella di correlazione tra servizi e prestazioni LEA riportata nella presentazione del 24/1/2017 si nota che l'area di intervento lettera E: "**sicurezza alimentare, tutela della salute dei consumatori**" è riferita solo come prestazione dei Servizi veterinari e non anche attività dei Sian. Viene "dimenticato" che una delle funzioni importanti e consolidate del Sian è l'igiene degli alimenti con controlli alla produzione, alla commercializzazione, alla somministrazione, al consumo. E' in capo al Sian, inoltre, la tutela igienico sanitaria delle acque potabili e dei relativi approvvigionamenti, l'ispettorato micologico, la tossicologia degli alimenti, la sorveglianza sull'uso dei fitofarmaci in agricoltura, ecc. (vedere a questo proposito in particolare le prestazioni E 1, E 3, E 4, E 5, E 6, E 7, E 10, E11, E 12, E 13, E 14 del nomenclatore dei LEA). Attività che presentano un enorme e diversificato carico di lavoro. **A tale "svista" è necessario rimediare puntualmente.**

Si osserva, inoltre, che nella sopracitata tabella viene attribuita al Sian la voce “sorveglianza e prevenzione nutrizionale” compresa nella lettera F. Preme sottolineare che, comunque, l’attività del Sian non si limita alla mera sorveglianza e prevenzione nutrizionale ma più in generale ricomprende l’attività di “sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche inclusi la promozione degli stili di vita sani”, al pari di altri servizi, in una azione trasversale interdisciplinare, come la consolidata esperienza ha dimostrato.

In riferimento al servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione, al fine di garantire livelli essenziali ed uniformi di assistenza per la popolazione, è necessario venga data finalmente attuazione al modello organizzativo e alle indicazioni riportate nel DM 16/10/1998 (approvazione linee guida concernenti l’organizzazione del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione nell’ambito del dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali), come indicato anche nell’accordo della conferenza stato-regioni del 24/novembre /2016 (valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016-2019), considerato che in diverse aziende ULSS venete questo DM non è stato ancora applicato.

Nella bozza presentata sono attribuite le competenze proprie del Direttore di Dipartimento e del Comitato di Dipartimento. In generale il Direttore di Dipartimento svolge un ruolo di controllo e coordinamento. Al direttore del dipartimento è in capo, tra l’altro, la gestione di argomenti complessi ed interdisciplinari e la promozione della salute. Il Comitato di dipartimento ha, tra l’altro, il compito di verificare ed adottare criteri uniformi per procedure e comportamenti.

Non si giustificerebbe pertanto un eventuale inserimento nell’atto aziendale di strutture intermedie tra dipartimento e servizi (quali ed esempio i dipartimenti funzionali o altri coordinamenti remunerati).

Si esprime, inoltre, contrarietà in merito al fatto che il Direttore di Dipartimento “venga supplito, relativamente alla Direzione dell’UOC di appartenenza, da un altro dirigente della medesima disciplina.

Qualora non siano mantenute nelle vecchie aziende ulss le **Unità Operative previste dal decreto legislativo 502/93**, al fine di garantire una minima presenza organizzata dei servizi, vicina ai bisogni del cittadino, ed alla realtà locale, ogni **Unità Operativa centralizzata indicata nel citato decreto legislativo 502/93** dovrà prevedere una **Unità Operativa Semplice** per ogni ambito territoriale delle vecchie aziende ULSS accorpate.

4.Osservazioni in merito alla disciplina delle Professioni sanitarie Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione, nonché della professione Ostetrica.

Numerose sono le figure dirigenziali infermieristiche ipotizzate in ogni nuova U.L.S.S. (diapositiva 23). E’ necessario, pertanto, ricordare, nel merito di questa decisione regionale, cosa viene precisato nella disciplina sopra indicata, introdotta con la legge n. 251/2000.

Tale legge aveva previsto che le aziende potessero istituire il servizio dell’assistenza infermieristica e, **con una disposizione transitoria (art. 7)**, attribuire l’incarico di dirigente del medesimo servizio con contratti a tempo determinato, a fronte della soppressione di posti di dirigente sanitario (e ciò fino al compimento dei corsi universitari necessari per accedere, a regime, alla qualifica di dirigente delle professioni sanitarie).

L'istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie è poi stata regolamentata dall'art. 41 del CCNL 10.02.2004, integrativo del CCNL 8.6.2000 (cosiddette "Code contrattuali"). Il citato art. 41, richiamando l'art. 6, comma 2, ultimo periodo della legge n. 251 del 2000 (laddove veniva previsto che le regioni possono istituire la nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie), ha stabilito al comma 3, che la copertura degli oneri derivanti è a carico delle aziende che vi provvedono, nella propria autonomia decisionale, **anche** mediante trasformazione di posti di dirigente del ruolo sanitario (prevedendo altresì che la trasformazione potesse riguardare anche i posti già occupati dal personale del ruolo sanitario del comparto che, nell'azienda, avrebbe conseguito la nuova qualifica dirigenziale).

E' interessante anche notare come inizia la formulazione del comma 10 dell'art. 41: **"Qualora...si proceda alla trasformazione dei posti della dirigenza sanitaria..."**

Sostanzialmente, quindi, **l'art. 41 del CCNL 10.02.2004 prevede che per l'istituzione della nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario non necessariamente si debba procedere alla trasformazione di posti di dirigente sanitario, ben potendo le amministrazioni ricorrere a posti del ruolo sanitario del comparto.**

Ma ancora più importante è il contenuto dell'art. 8 del CCNL 17.10.2008 dal titolo: "Entrata a regime dell'istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica".

Quest'ultima norma, infatti, richiama il DPCM 25.1.2008 con cui è stato reso esecutivo l'Accordo Stato Regioni del 15 novembre 2007 concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, precisando che con l'entrata in vigore del CCNL 17.10.2008, entra a regime l'istituzione della nuova qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, **già provvisoriamente** disciplinata dall'art. 41 del CCNL integrativo 10.2 2004.

Ne consegue, che, dall'entrata in vigore del CCNL 17.10.2008 cessa di esplicare la sua efficacia la disciplina provvisoria contenuta nell'art. 41 del CCNL 10.02.2004 e quindi anche la disposizione che prevedeva la istituzione della nuova qualifica di dirigente delle professioni sanitarie con la trasformazione di posti di dirigente sanitario.

In proposito occorre sottolineare che l'art. 8 del CCNL 17.10.2008, a cui ora ci si deve riferire, al comma 2, stabilisce che le aziende provvedono all'istituzione dei posti della nuova qualifica dirigenziale **sulla base delle proprie esigenze organizzative mediante modifiche compensative della dotazione organica complessiva aziendale da effettuarsi nel rispetto delle relazioni sindacali.**

A differenza del CCNL 10.02.2004, il CCNL 17.10.2008 non dà alcuna indicazione in ordine ai posti da trasformare.

Di rilievo è il comma 3 dell' art.8 del CCNL 17.10.2008 laddove viene richiamato il contenuto dell' art.5, lettera k) del medesimo CCNL 17.10.2008: le Regioni, previo confronto con le organizzazioni

sindacali, possono emendare linee generali di indirizzo in ordine ai criteri generali per l'attuazione dell' istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie, modalità e limiti della copertura dei relativi oneri.

Risulta evidente pertanto che sono le regioni, previo confronto con le OO.SS., a disciplinare nel dettaglio la materia; in detto confronto è utile tener presente comunque che allo stato attuale non è più vigente alcuna norma che preveda la trasformazione di posti di dirigente sanitario e che le previste modifiche compensative della dotazione organica possono essere effettuate con qualsiasi posto, sempre nel rispetto delle relazioni sindacali.

Sembra utile anche sottolineare che in eventuale carenza di indicazioni regionali, è decisiva l'autonomia decisionale delle aziende che, pure, non sono vincolate a particolari disposizioni circa la scelta dei posti da trasformare.

Per quanto riguarda i fondi di riferimento della dirigenza infermieristica si rimanda alla nota dell'ARAN, ALV175 Orientamenti applicativi, laddove viene precisato che va applicato quanto previsto dall'art. 52 del CCNL del 3.11.2005, come integrato dai successivi CCNL del 5.7.2006 e del 17.10.2008 **(sostanzialmente i fondi relativi alla nuova qualifica sono da costituire attingendo da quelli relativi ai posti che vengono trasformati per l'istituzione della stessa).**

5. Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Premesse Contesto Psichiatria

- Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 rileva che nel corso degli anni si è registrato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica.
- La spesa sanitaria dedicata alla Salute Mentale in Veneto nel 2015 è pari al 3,49%, ben lontano dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18.1.2001. In zona critica, al di sotto del 3% della spesa, sono le regioni Veneto, Valle d'Aosta, Sardegna, Marche. In coda, a meno della metà della quota minima, sono le regioni Campania e Basilicata.
- In Veneto il tasso standardizzato di utenti trattati in psichiatria per 10.000 abitanti di età maggiore di 17 anni corrisponde al 143,40.
- Incidenza degli utenti trattati (nuovi utenti) - tassi standardizzati per 10.000 abitanti è di 71,59
- La rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza rileva 31.631 prestazioni psichiatriche.
- I finanziamenti per la Salute Mentale sono insufficienti per sostenere il carico di assistenza psichiatrica in Veneto, pur considerata regione di riferimento per la determinazione di costi e fabbisogni standard.

La situazione attuale della psichiatria è ai limiti dell'implosione

Riferimenti normativi - Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016

Analisi a livello nazionale dei dati rilevati nel 2015 attraverso il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). istituita dal decreto del Ministro della salute del 15 ottobre 2010

Osservazioni

Attualmente esistono:

- 29 UOC di Psichiatria Territoriali (Schede DGRV n. 2271/13) + 1 UOC di Psichiatria Territoriale (Attribuzioni UOC Jolly aziendali) – Cittadella.
- 2 UOC di Psichiatria Ospedaliera – AUOI (Schede DGRV n. 2271/13), PD 1 e VR 1+1 Attribuzioni UOC Jolly aziendali (non presente su schede)
- 1 UOC psichiatria “REMS” Nogara

Attualmente esistono inoltre

- 9 UOC di SERT (Schede DGRV n. 2271/13)
- 11 UOC di SERT (Attribuzioni UOC Jolly aziendali) – Belluno, Bassano, Alto Vicentino, Ovest Vicentino, Pieve di Soligo, Veneto orientale, Este, Rovigo, Adria, Legnago

Riferimenti normativi - Schede DGRV n. 2271/13

È evidente la capacità di pressione dell'area delle tossicodipendenze che sono state salvate pur avendo in carico meno di un terzo degli utenti in carico alla psichiatria (affidamento al privato)

Alla psichiatria sono state “restituite/salvate” 1 UOC.

Ai Sert sono state “restituite/salvate” 11 UOC

L'azione politica ha permesso per i Sert il reintegro rispetto alla programmazione regionale (attraverso le attribuzioni aziendali a scapito della soppressione di molte altre UOC del territorio).

Osservazioni

- La crisi economico-finanziaria sta imponendo al sistema di welfare ridimensionamenti che rischiano di andare oltre il pur necessario contenimento delle inefficienze e il doveroso contributo al risanamento della finanza pubblica. Il rischio è che, di fronte alle gravi difficoltà, siano sacrificati i principi fondamentali che il nostro sistema di tutela della salute mentale ha da qualche tempo adottato.
- Preservare il nostro sistema sanitario non significa lasciare tutto immutato, ma significa promuovere quelle innovazioni indispensabili per adeguare il SSN ad una domanda di tutela in continuo cambiamento, offrendo costi sostenibili a carico della fiscalità generale, contrastando fenomeni di scadimento qualitativo del servizio che fanno aumentare l'insoddisfazione degli assistiti e delle parti sociali.
- Senza le opportune precauzioni, l'effetto complessivo di riorganizzazioni eccessivamente restrittive non può che gravare sulle persone più fragili, alle quali non è più possibile garantire quelle forme di assistenza adeguate. A questo si aggiunge il rischio di una progressiva demotivazione degli operatori sui quali ricadono condizioni di lavoro sempre più pesanti e che sono interfaccia alle persone che accedono ai servizi. Tutto questo in un settore come la sanità che, secondo la Corte dei Conti, è già stato oggetto della “più avanzata e più completa esperienza di quello che dovrebbe essere un processo di revisione della spesa”.

Riferimenti normativi

l'OPG, dal 1.04.2015, risulta abolito per legge, la quale dispone che le misure di sicurezza detentive siano eseguite esclusivamente presso le R.E.M.S., strutture di esclusiva "gestione sanitaria" e non "penitenziaria".

Le misure non detentive sono affidate in gestione ai DSM

Criticità

Progressivo grave ridimensionamento delle UOC di Psichiatria con l'ipotesi di ridurle ulteriormente a 20 (bacini da 250000 ab x UOC. INSOSTENIBILI)

- In attuazione delle linee di programmazione contenute nel PSSR 2012-2016 si prevede nella nuova programmazione regionale una revisione in riduzione delle attuali 29 UOC di Psichiatria Territoriali come da schede all. A1 Dgr n. 2271 del 10 dicembre 2013, già ridotte a 26 da all. A1 alla DGRV n. 975 del 18 giugno 2013 a cui vanno aggiunte le 2 UOC a direzione universitaria di Psichiatria Ospedaliera – AOUI (Schede DGRV n. 2271/13).
- Eccessiva ampiezza dei bacini territoriali rispetto alla dotazione delle UOC che devono contemporaneamente occuparsi con la stessa equipe del territorio e degli SPDC.
- Se i parametri previsti dal comitato LEA non sono più validi, perché si continua a perseguire il rapporto 1/1,31?
- Definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013.

Riferimenti normativi

- Per le UOC di Psichiatria si prevedeva un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 ab. (DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999).
- L'allegato A alla DGRV n. 651 del 09 marzo 2010 prevedeva Unità Operative Complesse (UOC), relative ad una popolazione di 100.000-120.000 abitanti.
- L'allegato A1 della DGRV 975 del 18.06.2013 prevede una UOC di Psichiatria ogni 200.000/250.000 ab.
- Il Comitato LEA nella seduta del 02.08.2011 ha fissato dei parametri standard per la individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012. Per le strutture complesse non ospedaliere è stato definito lo standard di 13.515 abitanti per struttura complessa non ospedaliera.

Proposta

- Oltre a ravvisare la necessità di efficientare il funzionamento dei DSM e delle UOC di Psichiatria (es. introduzione di costi standard), appare evidente la difficoltà di stimare chiaramente i risparmi derivanti da una riforma in riduzione, posto che non sono chiari i costi attuali delle diverse componenti del sistema.
- Si deve perciò porre attenzione al fatto che la definizione di costi e fabbisogni standard per governare la spesa pubblica, può rispondere all'esigenza di valutare le performance dell'operatore pubblico se lo stesso trascura il conseguimento dell'obiettivo, ma sottovaluta la presenza, nella spesa storica, delle inefficienze e degli squilibri strutturali, che entrano nella funzione di produzione del bene salute.

- Molta attività di cui si occupano i DSM deriva dalla non attivazione di corrispondenti attività (centri di riabilitazione) che la legge affida alla Disabilità Adulta a cui vanno riportati attraverso una chiara definizione dei compiti istituzionali (leggasi handicap)

Riferimenti normativi

I Centri di Riabilitazione ai sensi dell'Art. 26 Legge n. 833/78 erogano, con oneri a carico del Servizio Sanitario (giusta autorizzazione sanitaria, accreditamento istituzionale e rapporto contrattuale) prestazioni omnicomprensive di "riabilitazione fisica, psichica e motoria", in favore di soggetti adulti, anziani e bambini, affetti da "handicap" ex Legge n. 104/92. Ai sensi dell'art. 26 Legge n. 833/78 le suddette strutture erogano "prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa".

Proposta

Non appare opportuno prevedere un ulteriore ridimensionamento quantitativo delle UOC, semmai il recupero di quelle fittiziamente assegnate alle Università poiché con gli attuali squilibri strutturali in particolare le incomplete dotazioni organiche si renderebbe:

- Debolissima la "linea di comando" propria e caratteristica della complessità della struttura organizzativa della salute mentale (DGRV n.1616/08) ed il controllo del territorio per quanto riguarda la gestione delle criticità territoriali, in particolare delle situazioni di potenziale pericolo sociale (Trattamenti obbligatori), sia per un ottimale coordinamento del sistema residenziale ospedaliero-territoriale afferente ai territori di competenza.
- Eccessiva ed ingestibile la responsabilità di ruolo delle UOC con trasferimento di una grave responsabilità organizzativa verso una responsabilità penale dei medici e operatori.
- Estremamente pericolosa la gestione delle posizioni di garanzia.
- Estremamente pericolosa la impossibile gestione dell'obbligazione derivante dai contratti atipici di spedalità dai quali sorgono molteplici prestazioni, tanto di carattere intellettuale quanto di carattere organizzativo e di assistenza in genere, tutte in ogni caso, informate all'obbligo primario di protezione e tutela della salute del paziente. Obbligo che verrebbe ad integrare il contratto stesso ex art. 1374 c.c.
- Ingestibile la gestione territoriale delle misure di sicurezza non detentive di pz prosciolti perché art. 3-ter del D.L. n. 211/2011 prevede che i soggetti devono essere collocati nelle strutture insistenti sui territori di provenienza. (Legge n.81/14, D.P.C.M. 1.4.2008)

Riferimenti normativi

CASSAZIONE CIVILE, III SEZIONE, 11 marzo 2002, n. 3492 – NICASTRO Presidente – PURCARO Relatore - DESTRO P.M. (conf.) – Steuckmann (avv.ti Gulotta e Moccia)-

Il primario ha un obbligo di vigilanza, diretta ed indiretta, esteso a tutte le fasi in cui si articola la prestazione sanitaria, ivi compresa quella postoperatoria. Egli è altresì tenuto alla diligenza prevista dal 2° comma dell'art. 1176 cod. civ., che gli impone il rispetto delle regole e delle prescrizioni che costituiscono la conoscenza della professione medica

Con la sentenza n. 4985/14 la Cassazione, in conformità con un orientamento ormai consolidato, esclude l'invocabilità del principio di affidamento quale esimente della responsabilità penale del sanitario con funzione dirigenziale di ex-primario (Il Livello) per omessa vigilanza sull'operato dei medici "subalterni"

Obbligo di assistenza derivante dall'art. 32, 1° co. Cost., dall'art. 1, Legge n. 23.12.2978 e dalla Legge n. 833/78 (istitutiva del SSN), in forza dei quali grava sulle strutture sanitarie pubbliche la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo. La c.d. accettazione del paziente nella struttura sanitaria in vista del ricovero o della visita medica comporta il perfezionamento del contratto atipico di ospitalità, dal quale sorgono molteplici prestazioni, tanto di carattere intellettuale quanto di carattere organizzativo e di assistenza in genere: tutte, in ogni caso, informate all'obbligo primario di protezione e tutela della salute del paziente.

Proposta

Se l'obiettivo è adeguare progressivamente il sistema generale della salute (mentale), offrendo una protezione universale a costi sostenibili per la fiscalità generale,

- i tagli lineari vanno sostituiti con un lavoro certosino d'individuazione delle azioni di miglioramento e di recupero di risorse, poiché proposte di riforme, spesso tese a cambiare l'architettura del sistema senza specifico riferimento alle reali priorità d'intervento, sono costose in termini di efficacia assistenziale e con effetti incerti, soprattutto nell'area della salute mentale

Riferimenti normativi

L.R. n. 23 del 29.06.2012 (Norme di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio sanitario regionale 2012-2016 – che destinava " l'assegnazione da parte delle UU.LL.SS.SS. ai DSM fino al 5% del proprio budget al conseguimento degli obiettivi di salute mentale") con invito al monitoraggio in ordine all'appropriatezza nell'utilizzo del budget complessivo,(5% MAI AVVENUTO SE NON NEI DSM UNIVERSITARI)

Il Rapporto SISM sulla Salute Mentale Nazionale, reso pubblico dal Ministero della Salute (2016), individua il Veneto come una delle Regioni che meno investe nella assistenza psichiatrica in generale, nella residenzialità psichiatrica e con dotazioni di personale nei servizi fra le più esigue in Italia.

Proposta

- La scelta univoca di parametri "riduttivi" (popolazione, superficie, articolazione amministrativa) sottovaluta gravemente l'attuale deficit strutturale, producendo distorsioni valutative.
- Più correttamente, in un lavoro di ridefinizione della rete assistenziale per la salute mentale, sarà opportuno individuare modelli e percorsi che garantiscano la valorizzazione delle piattaforme logistiche già esistenti, spesso obsolete, e tali percorsi devono mirare a garantire che il governo clinico si realizzi in forma organica su ambiti territoriali d'idonea ampiezza e dotazione.
- I Bacini di utenza delle UOC non possono essere SUPERIORI AI 200.000 ab per UOC = almeno 26 UOC territoriali escluse quelle universitarie che pesano sul territorio senza offrire LEA.
- in caso di bacini superiori deve essere prevista una UOSD secondo quanto già previsto dalla DGRV n. 68/CR a pagina 16-19, dove si afferma che "per sostenere l'organizzazione delle attività di ricovero in forma dipartimentale ... viene espressamente indicata nelle schede l'istituzione di Unità Semplici a Valenza Dipartimentale."

Riferimenti normativi

Per quanto attiene alla razionalizzazione del numero delle strutture, si deve tenere conto che il Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (cd. Comitato LEA) nella seduta del 02.08.2011 ha fissato dei parametri standard per la individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art.12, comma 1, lett. B), Patto per la salute 2010-2012.

Per le strutture complesse ospedaliere è stato definito lo standard di 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera.

Per le strutture complesse non ospedaliere è stato definito lo standard di 13.515 abitanti per struttura complessa non ospedaliera.

Per le strutture semplici è stato definito lo standard di 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Proposta

- la decisione di affrontare questa situazione di eterogeneità, con l'applicazione di criteri lineari di riduzione del numero delle UOC, basati esclusivamente su ragionamenti di natura amministrativa, si corre il rischio di non tenere debitamente in considerazione alcune specificità territoriali che andrebbero invece, tenute ben presenti, come la conformazione orografica, la situazione dei collegamenti infrastrutturali dei territori, i carichi di lavoro presenti, i flussi delle popolazioni, gli effetti delle innovazioni normative di soppressione degli OPG, le innovazioni di natura procedimentale e nella gestione dei flussi informativi e, in fine ma non l'ultimo, l'impatto degli squilibri strutturali esistenti.
- Si ravvisa l'esigenza di tenere in debita considerazione la determinazione delle dotazioni organiche, che vanno rapportate alla dimensione organizzativa ed alle dimensioni clinico assistenziali da sostenere da parte delle UOC e di definire, pertanto, il perimetro dei bacini territoriali ottimali e omogenei che consentano economie di scala e di differenziazione idonee a massimizzare l'efficienza del servizio senza penalizzare l'erogazione di assistenza.
- La scelta del modello di revisione e accorpamento deve fondarsi su evidenze tecniche inerenti aspetti infrastrutturali (localizzazione UUOO), tecnologici (condivisione risorse), organizzativi (condivisione competenze intorno ai processi), nosologici (trattamento categorie omogenee di pazienti) garantendo l'equità territoriale, favorendo lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione in attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, ricercando la riduzione dei costi senza compromissione della garanzia di erogazione di servizi adeguati allo stato delle conoscenze scientifiche e ai bisogni dei cittadini, mantenendo la chiarezza nei livelli decisionali che operano sullo stesso livello assistenziale o sulle stesse funzioni o al supporto logistico (unicità e omogeneità dei livelli di direzione operativa).

Criticità inserimento delle tossicodipendenze nei DSM

- <http://www.politicheantidroga.gov.it/indirizzi-utili/ser-t-e-comunita-/i-ser-t.aspx> Cosa sono i SerT
I SerT sono i servizi pubblici per le tossicodipendenze del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla Legge 162/90. Ai SerT sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Tutto ciò in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali e il volontariato. I SerT dovrebbero essere ben distinti e non inglobati nei

Dipartimenti di Salute Mentale ed avere un assetto organizzativo autonomo e di tipo strutturale (avendo quindi un proprio budget ed una propria responsabilità di spesa).

- Si occupano di azioni completamente diverse e dipendono da assessorati completamente distinti e in conflitto tra loro (SAN e SOC)
- **I Sert possono essere diretti anche da psicologi, le UOC di Psichiatria no perché sono mediche**
- Il rischio è di nascondere le carenze logistico organizzative dei Sert all'interno del sistema della salute mentale che invece è attivo 24/24H. e risponde sempre e comunque.

Riferimenti normativi

Lo dice ANCHE il Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri, legge 23 agosto 1988, n. 400, recante disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri; D.P.C.M. 29 ottobre 2009 recante l'istituzione del Dipartimento per le Politiche Antidroga.

I SerT sono costituiti secondo i criteri della Legge n. 162 del 26 giugno 1990 e dei decreti del Ministro della Sanita' n.186 del 12 luglio 1990, n. 144 del 30 novembre 1990, n. 445 del 19 dicembre 1990, n. 448 del 23 dicembre 1990 e del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990

Criticità rapporto con l'Università

- Il DSM è un dipartimento territoriale transmurale ma non interaziendale!!!!
- Ruolo delle Università nell'erogazione di LEA
- Ruolo delle Università nelle UOC del territorio

Il rapporto è regolato in conformità di apposite convenzioni, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 517 del 21.12.1999, "al fabbisogno delle Aziende ospedaliero-universitarie concorrono sia l'Università (con l'apporto di personale docente e non docente, di beni mobili e immobili), sia la Regione (onere economico-finanziario necessario all'espletamento dell'attività ex art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni)".

Riferimenti normativi

art. 8 sexies del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e successive modificazioni)".

art. 7 del D.Lgs. n. 517 del 21.12.1999.

L'accordo Stato Regioni dell'11 ottobre 2001 prevede che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) siano nodi della rete del DSM, nonostante siano reparti ospedalieri.

Criticità

Il DSM è un dipartimento territoriale transmurale ma non interaziendale!!!!

- Le Università attraverso le aziende integrate si sono inserite nelle apicalità del DSM equivocando volutamente sul fatto che la psichiatria è transmurale fingendo che la parola fosse equivalente a interaziendale e quindi hanno occupato apicalità del territorio e automaticamente le direzioni di dipartimento
- In più come successo a Verona si sono fatte assegnare UOC Jolly.
- La sentenza della corte costituzionale riconosce i loro ruoli solo nella assistenza ospedaliera da fare nelle AOUI.

- Le università forniscono i LEA attraverso le aziende integrate e non attraverso i territori.
- Le AUOI non sono titolari di distretto in cui il PSSR inserisce i DSM

Riferimenti normativi

sentenza della Corte costituzionale n.71 del 16.03.2001, con cui si è statuito il principio della inscindibilità, in via generale, delle prestazioni afferenti all'assistenza da quelle di ricerca e di didattica, nel senso che l'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico-scientifica svolte dal personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria compenetrazione (cfr. anche sentt.n.136 del 16.05.1997; n.126 del 10.02.1981 e n.103 del 2.06.1977 Corte cost.)

Criticità

Non sono apportate al territorio (SSR) dall'Università le risorse previste dalla legge, ma sono state solamente occupate posizioni apicali da parte della stessa.

Riferimenti normativi

Il rapporto è regolato in conformità di apposite convenzioni, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 517 del 21.12.1999, "al fabbisogno delle Aziende ospedaliero-universitarie concorrono sia l'Università (con l'apporto di personale docente e non docente, di beni mobili e immobili), sia la Regione (onere economico-finanziario necessario all'espletamento dell'attività ex art. 8 sexies del D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modificazioni)".

Proposta

- I DIPARTIMENTI e le UOC A CUI PUÒ AMBIRE L'UNIVERSITÀ SONO SOLO QUELLI PRESENTI NELLE AOUI in seguito alla ristrutturazione organizzativa, in attuazione di quanto previsto dal DLgs n° 517 del 21.12.1999.
- I DSM e le UOC di psichiatria che li compongono sono solo territoriali non hanno direzioni nell'ospedale, non insistono nelle aziende AOUI.

Riferimenti normativi

L'art 3 di tale decreto legislativo prevede espressamente i dipartimenti ad attività integrata come strutture determinanti dell'assetto organizzativo della Azienda ospedaliera universitaria: "l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende di cui all'articolo 2, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. I dipartimenti sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici. I dipartimenti e le strutture interne, complesse e semplici, sono costituite e organizzate in conformità al presente decreto e alla normativa regionale di cui all'art. 8 quater, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8 quater, comma 3, del medesimo decreto è adottato, per la parte relativa ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture complesse che li costituiscono, relativi alle aziende di cui all'articolo 2, di concerto con il Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica. Le relazioni organizzative e funzionali tra i dipartimenti ad attività integrata ed i dipartimenti universitari sono stabilite nei protocolli d'intesa tra regione e università interessate".

Proposta

- Le università possono solo fare convenzioni con i DSM su specifiche necessità (come i convenzionati esterni) e con precisi contratti.
- I direttori dei DSM non possono essere automaticamente universitari in quanto i DSM non esistono nelle AOUI perché le UOC che li compongono non sono nell'ospedale ma solo sul territorio e rispondono non al direttore sanitario ma direttamente al Direttore della Funzione territoriale (PSSR 2012-2016)
- I "conferimenti" implicano "mansioni di destinazione" (assistenziale), e cioè sono diretti a coprire una esigenza (assistenziale) da assicurarsi dall'unità di personale conferita; per conseguenza è corretto che sia fatta una indagine sulla corrispondenza tra livello delle risorse umane conferite e prestazioni effettivamente rese, in difetto della quale corrispondenza ne verrebbe o la doverosità della revoca del conferimento o la doverosità dell'adeguamento della prestazione. Devono quantificare i LEA erogati dall'università e non fare solo i raccoglitori delle fatiche dei medici territoriali.
- NON esiste un diritto automatico all'UOC del cattedratico (inammissibile un'azione giurisdizionale di accertamento volta ad affermare un diritto del docente allo svolgimento di attività assistenziale, dovendosi qualificare il suo interesse come mera aspettativa)
- Ci deve essere anche reciprocità stipendiale. "I Protocolli d'intesa devono prevedere le forme e le modalità di accesso dei dirigenti sanitari del S.S.N., che operano nei dipartimenti ad attività integrata, impegnati in attività didattica, ai fondi di ateneo di cui all'art. 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999 n.370."
- Le Università operano nelle AOUI e non nelle Aziende ULSS territoriali. Possono mediante contratti e convenzioni con l'azienda ULSS, contrarre accordi ai sensi dell'articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica n. 381 dell' 11 luglio 1980, per eseguire attività di ricerca e consulenza purché non vi osti lo svolgimento della loro funzione scientifica didattica e purché tali attività didattiche/assistenziali siano formalmente valutate positivamente nell'ambito dei programmi di valutazione della didattica adottati dagli atenei. Tali accordi per specifiche azioni di ricerca non possono generare oneri a carico del SSR e devono essere specificamente finanziati dal Fondo di Ateneo per la ricerca locale (FAR), Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata della Regione Veneto.
- Non è automatico che si debba comunque dare una UOC ad un universitario. Può avere una Unità di Progetto nell'AOUI. L'art 5 del DLgs. n° 517 del 1999 prevede al comma 4 che ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. (TUTTO QUESTO ALL'INTERNO DELLE AOUI E NON OCCUPANDO UOC DEL TERRITORIO).
 Come interpretato anche dalla sentenza del Consiglio di Stato n° 2520 del 2010, vi è una completa interscambiabilità delle funzioni di direzione di UOC e UP, che sono " assimilate a tutti gli effetti". Pertanto, la impossibilità di assegnare a tutti i professori di prima fascia l'incarico di direzione di unità operativa complessa può essere motivata anche in relazione alla previsione dell'art 5 del DLgs. n° 517 del 1999 che prevede espressamente una tale possibilità con il riferimento al numero di UOC inferiore a quello dei professori di prima fascia.
- La situazione soggettiva del docente universitario in ordine al diritto all'esercizio di funzioni assistenziali coincide con la "chiamata" del professore da parte della Facoltà; il diritto sorge nei

confronti dell'Università e solo per la componente assistenziale conferita presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria. Non sono possibili altre modalità non rispettose del dettato legislativo.

Riferimenti normativi - articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica n.382 dell'11 luglio 1980

Il rapporto tra le Università e il Servizio Sanitario Nazionale è regolato da un quadro normativo "complesso e articolato", dovendosi provvedere all'esigenza dello svolgimento dell'attività assistenziale funzionale alla didattica e alla ricerca da parte dei docenti universitari «tramite accordi idonei ad armonizzarla con gli obiettivi dell'offerta del servizio sanitario e con i criteri di efficienza cui devono conformarsi le relative strutture», con la conseguenza che, «di certo per gli apparati (anche in parte) non integralmente rientranti nell'ambito delle università, la nomina del docente universitario non può determinare, di per sé unilateralmente, l'effetto della costituzione di tali strutture se non sono state concordemente verificate la loro necessità rispetto agli obiettivi programmati del servizio sanitario e la loro efficienza sul piano organizzativo». Nel senso che «non necessariamente l'attività assistenziale deve essere prestata dal docente universitario presso la medesima struttura nella quale risulta incardinato dal punto di vista didattico» cfr. Cons. Stato, sez. VI, 15 febbraio 2006, n. 612.; Cons. Stato, sez. III, 12 febbraio 2013, n. 839.; Cons. Stato, sez. VI, 11 maggio 2011, n. 2779, inammissibile un'azione giurisdizionale di accertamento volta ad affermare un diritto del docente allo svolgimento di attività assistenziale, dovendosi qualificare il suo interesse come mera aspettativa, In questo senso, Cons. Stato, sez. VI, 15 febbraio 2006, n. 612, cit.; Cons. Stato, sez. III, 12 febbraio 2013, n. 839, cit.; Cons. Stato, sez. VI, 11 maggio 2011, n. 2779, in Foro amm. - Cons. Stato, 2011, p. 1606; TAR Liguria, sez. I, 28 settembre 2007, n. 1574, cit.

L'obbligo di remunerazione nella misura aggiuntiva prevista dall'art. 31 del D.P.R. n.761 del 20.12.1979 grava quindi sull'Università con cui è costituito il rapporto di impiego, stante l'unicità della posizione di status cui si collega la pluralità di compiti e funzioni innanzi delineate (Cons. St., sez. VI, 21/02/2008 n.615)».

Criticità Dipartimenti misti con NPI e SERD

Se appare congruo per affinità e continuità assistenziale inserire nei DSM la neuropsichiatria infantile, ora inserita nel distretto, è ASSOLUTAMENTE SBAGLIATO PER TARGET E MODELLI DI CURA INSERIRE ANCHE I SERD