



**FPL – SANITA'**

**Coordinamento dirigenza SPTA**

Trento Via Matteotti, 20/1

www.uiltn.it

Trento, 11 marzo 2010

**Al**  
**Presidente**  
**Quarta Commissione Permanente**  
**Consiglio della**  
**Provincia autonoma di Trento**  
**Via Mancj, 27**  
**38122 - TRENTO**

*OGGETTO: Osservazioni al disegno di legge n. 80 recante "Tutela della salute in provincia di Trento" consegnate alla Commissione permanente in sede di audizione sui ddl 80, 36, 82, 86 e 88.*

*Signor Presidente, Egregi Consiglieri e Assessore alla salute e politiche sociali,*

formulo con la presente alcune osservazioni ai disegni di legge di cui all'oggetto, focalizzando l'attenzione in particolare al disegno di legge 80 recante "Tutela della salute in provincia di Trento".

Anzitutto la scrivente OS intende esprimere apprezzamento sul complesso della proposta legislativa sottoposta dalla Giunta provinciale al Consiglio provinciale. In particolare è da sottolineare l'importanza di attribuire all'Azienda provinciale per i servizi sanitari una funzione di raccordo tra il sociale e il sanitario di cui tanto si sente la necessità in tutte quelle linee di confine che in questi anni sono state meno presidiate e che invece sono così indispensabili per chi vuole porre la persona al centro dei servizi, tralasciando rivendicazioni di campo che non aiutano alla soluzione dei bisogni di cura e di assistenza.

Proprio per l'importanza che si riconosce all'integrazione socio-sanitaria, ci si permette di chiedere alla Giunta e alla Commissione di voler operare un ulteriore sforzo di chiarezza, inserendo direttamente in legge un'indicazione (esemplificativa, non certo esaustiva) di quali attività ad elevata integrazione socio sanitaria debbano essere primariamente presidiate dall'Azienda sanitaria. In altre parole, si chiede una maggior precisazione dei compiti dell'Azienda in tema di RSA, di interventi sociali conseguenti alle scelte operate in sede di UVM, di interventi a favore di soggetti affetti da problemi di salute mentale – ove il disagio sociale è a volte prevalente rispetto alla problematica strettamente sanitaria – e così via, ritenendosi che ciò potrebbe aiutare l'intervento concreto a soluzione dei bisogni. Il rischio che si corre, altrimenti, è che chi ha competenza diretta (non più delegata) in materia sociale (i comuni attraverso le Comunità di Valle) non sia tenuto a dare esecuzione a scelte prese in organismi ove i problemi di ordine sociale e sanitario vengono esaminati assieme (come le UVM, per esempio), ma esercitino un ampio spazio di discrezionalità che può potenzialmente dilatare nel tempo o annullare l'efficacia degli interventi decisi. Serve, cioè, che pur nel rispetto delle diverse sfere di competenza, le scelte operate vincolino nei tempi gli interventi previsti. Esemplicando: un intervento socio sanitario su un anziano che preveda l'assistenza infermieristica a carico del sanitario e l'assistenza domiciliare a carico del sociale, non può – come spesso avviene oggi – avere tempi di risposta diversi. Una volta accertato il bisogno (in organismi congiunti) i diversi gestori debbono essere vincolati ad intervenire secondo il piano integrato.

Per le medesime ragioni andrebbero meglio dettagliate le funzioni attribuite al direttore per l'integrazione socio-sanitaria che oggi appaiono come di mera direttiva, senza alcun reale potere di intervento. Si suggerisce, peraltro, di valutare se la figura del "direttore per l'integrazione socio-sanitaria" non sia meglio prevederla presso l'Assessorato, piuttosto che in Azienda sanitaria, proprio per il suo ruolo di ponte tra sanità e sociale. In ogni caso, comunque, a detta figura si suggerisce di affidare il dovere/potere di dirimere eventuali conflitti di attribuzione tra gestori del sociale e del sanitario, attribuendo anche – in casi del tutto eccezionali – poteri sostitutivi in campi ordinariamente attribuiti ad altri (quando ciò sia indispensabile per garantire la salute del cittadino).

Altro tema di fondamentale importanza nella legge di riforma è l'istituzione del Servizio ospedaliero provinciale. Tema sul quale esprimiamo piena condivisione. Ci sia consentito chiedere alla Giunta provinciale e a codesta Commissione di voler operare un'attenta riflessione su quali contenuti si voglia dare alla rete ospedaliera nel rapporto centro periferia. La sinergia di comportamenti, la possibile specializzazione nell'ottica di dare un servizio migliore al cittadino, non debbono infatti incrinare i rapporti che intercorrono nei presidi di valle tra ospedale e territorio.

Infine, sempre sul piano delle osservazioni generali, ci si sente di fare una proposta netta nel senso di portare presso l'Assessorato i controlli di qualità dei servizi erogati dalle strutture accreditate. Così come è la Provincia che attribuisce l'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie, così ad essa dovrebbero essere ricondotti – a giudizio di questa OS – i controlli di qualità sulle strutture private convenzionate con il servizio sanitario provinciale, oggi attribuite all'Azienda sanitaria.

Oltre alle precedenti osservazioni di carattere generale, ci si permette di formulare alcune puntuali proposte di modifica del disegno di legge:

- a) **articolo 8, comma 1**: si propone di ridurre il numero complessivo dei componenti, al contempo garantendo rappresentanza a tutte le categorie professionali degli operatori della sanità (compresa la componente tecnico-amministrativa); potrebbe riprendersi il contenuto dell'articolo 10, comma 1, del ddl n. 86 quanto alla modalità di rappresentanza delle diverse componenti;
- b) **articolo 28, comma 3**: pare voglia attribuirsi la funzione di "controllo di qualità" al direttore amministrativo: parrebbe più logico lasciare tale funzione in capo al direttore generale (coadiuvato del Consiglio di direzione) per la trasversalità – amministrativa, sanitaria e sociale – del tema;
- c) **all'articolo 32, comma 5**, ove è prevista la composizione del "comitato di coordinamento dell'integrazione socio-sanitaria", non è chiaro in che modo debbano essere formulate le designazioni dei rappresentanti: la poca chiarezza potrebbe condurre a ritardi nella costituzione dell'organismo; si propone, inoltre, che il comitato sia integrato con il "direttore del servizio amministrazione del distretto"; sempre **all'articolo 32, comma 3**, alla lettera f) si suggerisce di sostituire "patologie da immunodeficienza acquisita e patologie in fase terminale" con "pazienti in fase avanzata di malattia", inserendo tra i servizi la rete delle cure palliative;
- d) **articolo 33, comma 1**: si propone, dopo la parola "efficienza" di inserire ", *nonché secondo modelli organizzativi innovativi basati sull'intensità di cura*"; a questa proposta si dà notevole rilievo, perché significherebbe incamminarsi verso un modello sanitario di totale riordino della rete ospedaliera secondo il modello di intensità di cura, che guarda alle necessità del paziente anziché ad un'organizzazione talora condizionata da sterili corporativismi (*cf.* la legge regionale 40/2005, articolo 68, della Regione Toscana);
- e) **l'articolo 35**, che prevede il Collegio per il governo clinico, non chiarisce a chi detto organismo debba o possa formulare le proprie proposte;
- f) **l'articolo 36, comma 3**, rischia di rinviare la concreta entrata in vigore della legge a molti mesi dopo la sua approvazione; se, infatti, è ragionevole pensare che il regolamento che detta il nuovo assetto dell'Azienda sanitaria sia affidato ad un direttore generale nei pieni poteri, la necessità che lo stesso avvenga dopo la nomina dei componenti di Consiglio di direzione e Collegio del governo clinico rinvia di fatto il tutto a tempi incerti e lontani; si suggerisce una norma transitoria per l'adozione del primo regolamento di organizzazione, con procedura più snella; in alternativa potrebbe riprendersi l'articolo 37 del ddl n. 36 che parrebbe più puntuale e snello nell'applicazione;

- g) **all'articolo 43**, recante disposizioni in materia di personale, i commi dal 5 all'8 non rendono chiaro come dette disposizioni di applichino al personale dirigenziale delle professioni infermieristiche ed ostetriche; si suggerisce una migliore formulazione;
- h) sempre **all'articolo 43** manca una norma transitoria che chiarisca termini e modalità di transito del personale dell'Osservatorio epidemiologico (nel ddl Osservatorio per la salute) dai ruoli dell'Azienda a quelli della Provincia; a questo proposito, inoltre, come Organizzazione sindacale non si può non chiedere una norma di salvaguardia che consenta al personale di rimanere nei ruoli aziendali e preveda l'opzione di transito quale mera facoltà.

In conclusione, si esprime l'auspicio che le osservazioni formulate possano essere tenute in considerazione dal Consiglio provinciale e al contempo che il disegno di legge di riordino del servizio sanitario provinciale possa rapidamente essere approvato. Da troppi anni si attende una riscrittura della legge provinciale 10/1993 che ha fatto il suo tempo.

Quasi come una postilla al documento non possiamo non richiamare l'attenzione ad un prudente apprezzamento del ddl n. 82. Non intendiamo entrare nel merito della proposta normativa, ma solo sottolineare che qualsiasi intervento in materia di medicine complementari deve essere svolto senza alcuna riduzione di risorse (umane e materiali) del servizio sanitario pubblico.

***Luciano Bocchi***

Coordinatore provinciale  
Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa  
UIL FPL