



UNA SANITA' 
pubblica, forte, di qualità **PER TUTTI**

4-5 LUGLIO 2017 - Centro Congressi Frentani - ROMA



Dossier sulle vertenze regionali in ambito socio sanitario in Italia





Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Abruzzo

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

Un sistema in difficoltà

- Il sistema socio sanitario in Abruzzo soffre pesanti criticità. Nell'anno 2017 la Regione esce dal commissariamento della sanità, i conti sono in ordine ma una riorganizzazione del sistema sanitario per migliorare la qualità del sistema sanitario regionale stenta a partire.
- Rete ospedaliera, prevenzione, non autosufficienza, liste d'attesa, case della salute, rete residenziale e semiresidenziale, ticket, servizi sociali, integrazione socio sanitaria, assunzione del personale e rinnovo dei contratti, regole sugli appalti di servizi, integrazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri con il Servizio Sanitario Regionale, sono questi, e non solo, i temi di welfare e sanità su cui la CGIL Abruzzo chiede un intervento deciso della Regione, delle ASL e degli enti locali.

La Piattaforma CGIL Abruzzo

- La Cgil Abruzzo ha approvato a fine 2016 la piattaforma sanità e su di essa ha costruito una discussione proficua con CISL e UIL regionali che ha portato all'apertura di una vertenza nei confronti della Regione Abruzzo; essa si concentra su 4 priorità: *si taglino gli sprechi, basta tagli ai servizi e al personale, un piano certo di "medicina territoriale" con investimenti misurabili, via il superticket sulle ricette.*
- Gli argomenti (per titoli) della piattaforma sono:
 - *un incremento dei posti letto per post-acuti esclusivamente in strutture pubbliche (carenza di posti letto per la riabilitazione e per la lungodegenza)*
 - *riduzione delle liste di attesa*
 - *potenziamento dell'assistenza territoriale/domiciliare: Case della salute, rete dei servizi territoriali, cure primarie - ruolo del MMG*
 - *estensione rete residenziale*
 - *Ticket (via il super ticket e ripensare il meccanismo della compartecipazione)*
 - *stabilizzazione e nuove assunzioni del personale che opera nella sanità*
 - *la salute mentale*
- Siamo partiti da un confronto con l'Ente regionale sui temi della sanità e del sociale sul quale però abbiamo registrato limiti e ritardi. La Regione continua ad operare la politica dei due tempi: i tagli sono immediati, gli investimenti tardano ad arrivare. I tagli sulla spesa di personale nelle ASL rischia di pregiudicare la qualità dei servizi.

Il Project financing per i nuovi Ospedali: una cattiva idea

- Gran parte della discussione politica sulla sanità in Abruzzo oggi verte sulla costruzione di 5 nuovi ospedali mediante la tecnica del *project financing*. La CGIL Abruzzo ha già espresso la sua contrarietà ai progetti, tenuto conto che nelle regioni dove questa tecnica è stata più utilizzata per la costruzione di nuovi ospedali si è registrato un disastro dei conti pubblici, la realizzazione di opere che sono costate molto di più del previsto, la creazione di un sistema che diventa difficilmente controllabile.

- Tali preoccupazioni sono state espresse anche da una pronuncia della Corte dei Conti nella quale si avverte su come il project financing non è adatto per la costruzione di nuovi ospedali.
- Il rischio che si corre è che tale operazione sottrarrà risorse, per i prossimi decenni, alla spesa pubblica per la salute in un tempo in cui, come ben sappiamo, le risorse a disposizione per la sanità diminuiscono di anno in anno. Ed a pagare le scelte di oggi saranno le generazioni future.

Le politiche sociali e socio sanitarie in Abruzzo

- La situazione del *settore sociale* è per molti aspetti ancora più difficile.
- Si deve premettere che la Regione Abruzzo ha oggi uno stock di debito che supera gli 800 mln €. che dovrà essere ripianato con una rata di ammortamento annuo superiore ai 60 mln €. L'obbligo di accantonamento di tali risorse dal bilancio regionale, sommata ai tagli al sistema di trasporto e soprattutto ai tagli al sociale operati dal Governo Nazionale fa sì che oggi la gestione delle politiche sociali nella regione è ad un bivio. Il taglio dei fondi nazionali sulla **non autosufficienza** e di quelli sul **trasporto disabili** solo per fare alcuni esempi, non potranno essere compensati da risorse sostitutive della Regione con il rischio che, qualora il Governo nazionale non li ripristinerà in tempi rapidi i servizi sociali saranno drasticamente ridotti. Infatti, mentre per alcune regioni italiane i fondi nazionali sulle politiche sociali costituiscono una integrazione alle risorse messe in campo dal bilancio regionale, per altre regioni il finanziamento nazionale costituisce la parte più consistente delle risorse totali messe in campo e dunque i tagli nazionali di questi anni non riescono ad essere sterilizzati da compensazioni adeguate con la conseguente riduzione drastica dei servizi.
- La vertenza Abruzzo nel sociale dunque è tesa alla difesa dei servizi basilari a partire dalla *disabilità e dalla non autosufficienza* per i quali non c'è un finanziamento adeguato nonostante la tassazione locale oggi è ai livelli massimi.
- Nella nostra regione è in aumento la percentuale dei cittadini che rinunciano alle cure per gli alti costi che devono affrontare. È per tali motivi che **l'eliminazione del superticket regionale** è uno dei punti cardine della nostra vertenza.

La mobilitazione unitaria Cgil, Cisl, Uil



- Lo stallo delle trattative con la Regione ha portato alla *manifestazione unitaria regionale del 29 aprile scorso* che ha visto anche la partecipazione di numerose associazioni del settore. La vertenza prosegue, è stato attivato il tavolo con gli assessori alla sanità, alla politiche sociali, al bilancio. Nel frattempo la mobilitazione dovrà proseguire con azioni delle categorie mirate su problematiche specifiche (FP CGIL per blocco delle assunzioni e stabilizzazioni, SPI CGIL su liste di attesa e medicina territoriale ecc ...)

Nella pagina WEB "Una Sanità per Tutti" il Dossier ABRUZZO con la documentazione:

- Piattaforma Sanità CGIL Abruzzo
- Volantino MANIFESTAZIONE regionale CGIL Cisl Uil 29 aprile 2017
- Comunicato CGIL Cisl Uil sui Tagli ai fondi sociali e non autosufficienza
- Comunicato CGIL sul Project Financing



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Alto Adige

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- La Provincia di Bolzano può emanare norme legislative proprie in svariate materie, tra cui l'igiene e la sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria ed ospedaliera, nei limiti previsti dalle norme statutarie e costituzionali. La Provincia non attinge al fondo sanitario nazionale ma, in base alla L. 724 del 2004 - Finanziaria 2005, art. 34, e successive modifiche, provvede con fondi propri al finanziamento delle spese correnti della sanità. Nella Giunta provinciale l'Assessora competente è responsabile del Dipartimento Salute, Sport, Politiche sociali e Lavoro.
- Dal punto di vista della spesa sanitaria l'incremento dei fondi a disposizione rispetto al 2015 è di ca. 11% e la stessa rappresenta attualmente ca. il 24% della spesa totale di bilancio della Provincia.
- Poco meno del 10% della spesa è indirizzato al privato convenzionato. Attualmente la popolazione è di 511.750 e sul territorio provinciale sono distribuite 7 strutture ospedaliere e 20 distretti sociosanitari.
- Esiste una Azienda sanitaria composta da 4 comprensori territorialmente e dal punto di vista della popolazione di riferimento non equivalenti. Il bilancio è in equilibrio.

Le proposte del Sindacato e il confronto con la Giunta

Il confronto politico con la Giunta si è concretizzato attraverso interventi coordinati tra Confederazione, Funzione Pubblica e SPI per ottenere:

- Nel 2016 un aumento personale anche in riferimento alla legislazione europea sugli orari (11 ore di riposo) di 100 medici e 120 infermieri
- Nel 2016 Discussione con le parti sociali del nuovo piano sanitario 2016-2020 (l'ultimo risaliva al 2002) "Sicurezza Assistenza Qualità", con partecipazione ad incontri work shop ed invio di richieste di modifica e prese di posizione.

Il piano è stato poi approvato dalla Giunta Provinciale nel novembre 2016.

- Da gennaio 2017 analisi, critiche e incontri con l'assessorato sulle modifiche alla legge sulla Sanità che rende pienamente operativa un'unica azienda sanitaria e la sua struttura. La legge poi approvata, è in questo momento stata reinviata dal Governo per dubbi di costituzionalità su alcune parti.

- Limitatamente al Comune di Bolzano, interventi sul pericolo di privatizzazione delle farmacie comunali

Le principali criticità oggi e le iniziative sindacali

Attualmente le questioni più controverse riguardano:

- i medici di base, soprattutto quelli della città capoluogo (dove vive un quinto della popolazione totale) dove manca la copertura non solo H24 ma anche per l'intera giornata, cosa che invece funziona molto meglio in periferia con le associazioni fra medici di base;
- una vera integrazione socio sanitaria, anche in questo caso la realizzazione è molto difficoltosa nel capoluogo mentre più avanzata nel territorio;
- accesso al pronto soccorso del capoluogo, in assoluta connessione con la difficoltà riscontrata rispetto ai medici di base.

Focus aggiuntivo nel prossimo mese: l'atto aziendale dell'azienda unica

In questo periodo la CGIL è stata impegnata, oltreché in incontri, ad assumere prese di posizione, con regolari comunicati stampa (su: precariato, pronto soccorso, riforma, ticket, farmacie comunali, rete anziani, medici).



Sanità. Ebner, Cgil Agb: “La precarietà va limitata alle emergenze vere”

“La Cgil-Agb considera prioritario intervenire sulla precarietà e sulla garanzia dei servizi essenziali per i cittadini”: così il segretario generale Alfred Ebner sull'applicazione più flessibile del bilinguismo e della proporzionale nella sanità locale e nei

servizi di cura a Bolzano [... leggi tutto](#)

Nella pagina WEB “Una Sanità. Per Tutti” il Dossier Alto Adige con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Basilicata

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- La Basilicata si è caratterizzata negli anni per un sistema virtuoso dei conti pubblici relativi alla sanità. Gli anni 2015- 2016 sono stati strategici per quanto riguarda la riorganizzazione del sistema socio-sanitario, perché l'istituzione regionale, dopo un acceso confronto con le parti sociali, ha approvato le sue nuove **Linee guida** delineando la futura **governance territoriale dei servizi socio sanitari e le direttrici del welfare regionale**.

Le Linee Guida per il SSR

- Le principali novità contenute nelle linee guida sono:
 - definizione e riduzione degli ambiti territoriali che passano da 15 a 9, sostanzialmente coincidenti con i distretti sanitari e individuazione di due livelli di governance territoriale per ciascuno dei 9 ambiti socio sanitari, ovvero un livello istituzionale rappresentato dalla Conferenza istituzionale ed un livello tecnico operativo costituito dall'ufficio di piano intercomunale. Ambedue i soggetti opereranno dietro il coordinamento della Struttura di piano regionale;
 - disciplina dei percorsi di accreditamento, autorizzazione ed affidamento dei servizi sociosanitari temperando la perseguibilità economica con la valutazione di altri requisiti (no gare al massimo ribasso!);
 - costruzione di un sistema di garanzia effettiva dei livelli essenziali ed appropriati delle prestazioni sociali attraverso l'individuazione di sette macro-aree per le quali garantire su tutto il territorio la dotazione minima di servizi e strutture;
 - forte integrazione tra le politiche sociali e quelle dell'istruzione, del lavoro, dell'agricoltura sociale , del turismo nonché integrazione delle risorse provenienti dalla programmazione comunitaria e nazionale;
 - riconoscimento della preminenza di rapporti di lavoro stabile nell'attivazione di nuovi rapporti di lavoro.
- Con successiva delibera, in attuazione delle Linee guida sono stati successivamente introdotti e disciplinati i percorsi di autorizzazione, accreditamento e affidamento dei servizi.
- Allo stato risulta approvato il manuale per l'autorizzazione dei servizi e delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio assistenziali ed in corso di approvazione il manuale relativo alla strutture che svolgono attività socio sanitaria.
- Tuttavia, avendo registrato da parte della Regione, l'assoluta mancanza di comunicazioni ufficiali relative all'attuazione del sistema di governance delineato nelle linee guida (ad es. non è dato sapere, in forma ufficiale, se e quali ambiti si siano formalmente costituiti, quali siano i comuni capofila, se sia stata attivata la struttura regionale di piano o gli Uffici di Piano d'ambito), abbiamo chiesto, unitariamente, di intavolare forme d'informativa ufficiale che garantiscano un'effettiva partecipazione delle OOSS nella costruzione di un sistema integrato di assistenza

socio-sanitario e nella ricerca di una progettazione partecipata, a tutti i livelli, che non resti una mera dichiarazione d'intenti.

- D'altronde, proprio in questi giorni si è accesa l'ennesima spia delle discrasie esistenti nel governo della materia.
- Nel mentre si sta procedendo all'approvazione degli atti relativi alla costruzione del sistema *autorizzazione-accreditamento* la regione Basilicata mette a bando l'affidamento della gestione dei servizi assistenziali, terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi per utenti psichiatrici! Dopo due incontri tenuti presso l'Ufficio di Presidenza della regione e l'Assessorato alla Sanità nel corso dei quali abbiamo chiesto la sospensione e/o revoca del bando nelle more del perfezionamento dell'iter di approvazione dei manuali di autorizzazione e accreditamento, stiamo proprio in questi giorni concordando con CISL e UIL eventuali forme di mobilitazione.

Il riordino del Servizio Sanitario Regionale

- Il Servizio sanitario regionale è stato ridelineato con la *Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2017* nel modo seguente:
 - A Potenza si fanno confluire, nell'Azienda ospedaliera San Carlo, DEA di II livello, i tre presidi ospedalieri per acuti di Lagonegro, Melfi e Villa d'Agri (precedentemente in capo all'azienda sanitaria di Potenza), che ne diventano una articolazione territoriale, mentre l'Azienda sanitaria locale incorpora il presidio ospedaliero distrettuale di Pescopagano e mantiene la gestione diretta dei presidi ospedalieri distrettuali di Venosa, Lauria, Chiaromonte e Maratea; l'IRCCS CROB di Rionero resta struttura a parte.
 - A Matera si lascia in capo all'Azienda sanitaria Locale la gestione diretta dell'Ospedale madonna delle Grazie, DEA di I livello, e dell'ospedale di Policoro, sede di PSA, mentre permane la gestione diretta degli ospedali distrettuali di Tinchi, Tricarico, Stigliano e Pisticci.
 - L'Azienda sanitaria di Potenza assume la competenza esclusiva del sistema regionale dell'emergenza urgenza.

La riforma nasce sull'onda dell'emergenza:

- della necessità di adeguare il servizio sanitario regionale al dettato normativo imposto dal D. Lgs. 161/2014, che contiene disposizioni inderogabili in tema di orari di lavoro e riposo degli operatori sanitari. Dal 25 novembre 2015, è fissata la deadline per la piena applicazione delle norme già contenute nel d.lgs. 8 aprile 2003, n. 66 sul diritto alla fruizione delle 11 ore continuative di riposo e stabilendo un limite al tempo di lavoro massimo settimanale di 48 ore, compreso lo straordinario, 24 ore di riposo settimanale e almeno 4 settimane di riposo annuale. Ad oggi, dopo due leggi regionali che hanno tentato di prorogare ancora l'applicazione delle suddette norme, impugnate dal Governo, ancora non ci risulta che il diritto delle 11 ore di riposo continuative venga correttamente rispettato dato le difficoltà dovute alla carenza di personale.
- dalla L. 208/2015, che impone, a partire dal 2017, l'applicazione dei piani di rientro anche per i presidi ospedalieri a gestione diretta delle Aziende Sanitarie territoriali che non rispettino i parametri richiesti.

Questo, e non altro, lo scopo espressamente dichiarato del processo di riordino: un artificio giuridico che consente di traghettare il sistema sanitario regionale all'interno degli attuali scenari normativi.

Valutazione della riforma e proposte del Sindacato

La riforma si limita a definire una modifica della titolarità giuridica dei vari presidi ospedalieri e distrettuali. *Una riforma dei contenitori e non dei contenuti* :

- Il risultato è una "riforma – non riforma", priva di scelte idonee ad imprimere al nostro sistema sanitario regionale quelle caratteristiche idonee e necessarie a salvaguardare il diritto di salute dei cittadini lucani.
- E' indubbio che il nuovo progetto di rete ospedaliera e territoriale della Regione debba osservare l'obiettivo di allineare gli indicatori ospedalieri agli standard nazionali di cui al Decreto Ministeriale 70/2015 ed alle normative collegate, ma dovrebbe anche provocare un reale processo d'innovazione e messa in efficienza del sistema sanitario, ripensando i modelli organizzativi e i percorsi assistenziali, in maniera più coerente con gli effettivi bisogni della popolazione, con le peculiarità del territorio e con l'esigenza d'innalzamento dei livelli di qualità dell'assistenza.
- In tal senso è necessario un riferimento forte: alla prevenzione, alla cronicità, all'assistenza post-ricovero, alle patologie a lungo decorso ed alla personalizzazione delle cure, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.
- Il riordino non ha, peraltro, tenuto conto della significativa compressione delle attività rese dalle varie strutture in seguito alla stretta sulle dotazioni organiche con il blocco del turn-over e per le esigenze scaturite dall'adeguamento alle norme sugli orari di lavoro. Come CGIL abbiamo evidenziato in tutte le sedi, e non da ultimo in sede di audizione presso la competente commissione consiliare, che **non affrontare il tema del bisogno di salute e limitarsi a far quadrare solo teoricamente i conti sulla carta è un atto di vera irresponsabilità politica e manageriale.**
- Avevamo proposto di invertire completamente la metodologia e la prospettiva partendo dall'analisi puntuale dei bisogni della popolazione, dall'analisi delle attuali criticità, costruendo un modello che si sostiene nel tempo senza penalizzare i servizi resi al cittadino anzi cercando di migliorarli allocando in modo appropriato risorse e tecnologie ed indirizzando la domanda di prestazioni nelle strutture regionali deputate.
- Solo partendo dalle necessità si potranno poi calare i modelli organizzativi che si basano sull'esistente avendo come faro l'interesse dei pazienti e l'obiettivo di preservare qualità delle prestazioni, equità e universalità di accesso, principi cardine del nostro sistema di welfare. Al contrario, una riduzione secca dell'offerta ospedaliera ha come suo unico effetto il contingentamento delle prestazioni. La riorganizzazione dell'offerta ospedaliera richiede il **parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali**, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema.
- Paradossalmente, invece, nella proposta di riorganizzazione non si fa alcun cenno alla rete della continuità assistenziale, della medicina territoriale e della integrazione con i servizi socio sanitari e socio assistenziali, pezzi di welfare fondamentali per la vita e il benessere dei cittadini.

Altra emergenza: la Vertenza medici della continuità assistenziale

- Sulla base di alcuni chiarimenti chiesti dalla Corte dei Conti, la Regione Basilicata ha sospeso, con una delibera, l'efficacia di alcune disposizioni contrattuali, dal peso economico di circa 500 euro mensili, previste nell'accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale approvato con DGR n. 331/2008 relative ad alcuni compensi previsti per i medici di continuità assistenziale. Si tratta dei compensi relativi alla indennità di rischio, all'usura della macchina ed alla assistenza resa alla popolazione pediatrica.
- Si è aperto un confronto con la Giunta Regionale, in particolare, tra i temi da affrontare, oltre ad una più generale riorganizzazione del servizio, ci sono:
 - la mancata definizione dei compiti del medico ed in particolare la mancata regolamentazione dell'attività ambulatoriale;

- la mancata attuazione del servizio di reperibilità, non più sostenibile né giustificabile in quanto il servizio viene garantito per buona volontà dei medici che, con notevole spirito di sacrificio, continuano nella maggior parte dei casi ad assicurare il servizio attraverso “il cambio turno” per sopperire ad improvvise indisponibilità, o peggio, per assicurare comunque il turno di lavoro anche in caso di malattia per l'impossibilità di trovare un sostituto;
- la mancata informatizzazione dei presidi di continuità assistenziale, che vede costretti i medici a fare certificati di malattia per telefono o con l'utilizzo dei cellulari personali;
- la mancata regolamentazione delle prestazioni rese ai cittadini fuori regione, comunque assistiti, ma senza compenso, diversamente da quanto accade in tutte le altre regioni;
- il mancato aggiornamento professionale così come previsto nell'accordo integrativo vigente e la mancata retribuzione per le cure prestate ai pazienti in assistenza domiciliare integrata.

Dopo la proclamazione dello stato di agitazione, le diffide, l'avvio delle azioni legali davanti al giudice del lavoro e una **manifestazione della FP CGIL** è stato ottenuto l'apertura di un tavolo di confronto permanente al fine, sia di verificare la disponibilità della Regione a modificare quella delibera di autotutela, sia, soprattutto, per discutere di tutte le inadempienze contrattuali rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale e dell'Accordo Integrativo Regionale che, tra le altre cose, porterebbe un aumento di retribuzione per effetto di alcuni altri istituti contrattuali da attivare.



Nella pagina web “Una sanità per tutti” il Dossier BASILICATA con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Calabria

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

Otto anni di Piano di Rientro

- La Calabria è una delle Regioni sottoposte al Piano di Rientro ed a Commissariamento. Da ormai otto anni la competenza a definire, proporre, stipulare ed attuare le politiche sulla Sanità in Calabria è devoluta ai Commissari nominati dal Governo. Il pesantissimo deficit sanitario ha imposto alla Calabria un costante monitoraggio da parte dei Ministeri di Economia e Finanza e della Salute, per la verifica degli adempimenti della gestione commissariale e dei livelli essenziali di assistenza.
- La gestione commissariale non ha dimostrato, a distanza di otto anni, di risolvere i problemi della sanità calabrese. Inefficienze, sprechi, localismi ed anche casi di scarsa trasparenza appaiono, in tanti casi, addirittura aggravati.

Tagli lineari, mancanza di idee: peggiora l'assistenza (i LEA)

- I Tavoli tecnici hanno messo in evidenza lo stato di erogazione dei L.E.A. in Calabria, sancendo che essi non solo non risultano garantiti ma che - anche a causa dei tagli lineari e alla mancanza di idee sugli interventi necessari - risultano addirittura aggravati.
- Tra le Regioni in Piano di Rientro la Calabria, accanto alla Campania, non è riuscita neanche ad avvicinarsi alla soglia minima di accettabilità (stabilita in 160 punti) restando incapace a correggere le proprie criticità e fermandosi ad un lontano punteggio di 137.
- Per l'assistenza ospedaliera si evidenzia una riduzione dei ricoveri (da un tasso di ospedalità del 171,7 ad un drastico 139,2, su un target di 160/1000) dovuta essenzialmente al taglio dei posti letto, sia totale che per acuti e sia pubblici che privati.
- Ciò determina per i Pronto soccorso un surplus di lavoro e la impossibilità di ricovero in ospedali regionali con conseguente trasferimento dei pazienti in ospedali fuori regione ed evidenti aggravamenti di spese per i familiari.
- Tale situazione ha determinato l'aumento della mobilità passiva extra regionale, che è passata dal 17,2% del 2010 al 20,1% del 2014, su un riferimento accettabile di un 7,8%. L'aumento è pari ad un 20% di prestazioni assistenziali che i Calabresi sono costretti a domandare fuori regione con peggioramento dei costi sanitari e sociali.
- Anche la rete dell'Emergenza Urgenza territoriale registra peggioramenti. Il valore atteso dell'intervento delle ambulanze che è di 18 minuti in media, è fissato in Calabria a 26 minuti medi. Risulta evidente per i calabresi la impossibilità ad essere curati tempestivamente nei casi di situazioni gravi e di emergenza.
- Peggiorata è anche l'assistenza territoriale. I soggetti più fragili, con maggiore bisogno assistenziale, non hanno accesso alle cure domiciliari, rimanendo a carico delle famiglie costrette a sobbarcarsi spese ulteriori e spesso insostenibili.
- Stessa situazione riguarda la Prevenzione. Gli screening oncologici, programmati, sono peggiorati. Gli esami mammografici, ad esempio, sono passati da 20.000 nel 2009 a 7.000 nel 2015. Quelli relativi al tumore al colon, si mantengono su un risibile valore di circa 4.000. E' evidente che in Calabria non si fa prevenzione e, comunque, se ne fa meno di quanto se ne faceva prima del Commissariamento.

- Il *blocco del turn over*, assieme ad una indiscriminata riduzione dei posti letto, ha portato ad una riduzione del numero degli operatori sanitari ad evidente discapito dei servizi e delle prestazioni. Va segnalata una recente querelle, sorta intorno ad un decreto commissariale che prevede l'assunzione di 600 operatori sanitari, tra il Commissario ed il Sub Commissario, e tra questi ed il Dipartimento della Salute calabrese che ha avuto il solo effetto di procrastinare a data indefinita una operazione di reperimento di risorse umane e professionali, necessaria come l'aria alle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione. Su tale inspiegabile querelle la CGIL ha proposto un esposto alla Procura per l'accertamento delle responsabilità e per la mancata azione relativa al giusto orario di lavoro stabilita dalle normative europee.
- Da segnalare anche lo squilibrio tra pubblico e privato dovuto ad un poco oculato sistema di accreditamento che, in alcune zone della Regione, vede una prevalenza del secondo sul primo senza peraltro riuscire ad assolvere alle esigenze generali di salute dei cittadini.
- Permane un forte disavanzo sanitario che i cittadini sono costretti a ripianare attraverso la fiscalità regionale, tra le più alte del paese, a fronte di un SSR che non appare in grado di assolvere alla domanda di salute dei calabresi. Si continua a razionare anziché razionalizzare, e si continua a svilire anche l'autonomia delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere impossibilitate ad una programmazione in linea con il fabbisogno.

Le iniziative e le proposte sindacali

- La Cgil Calabria da qualche mese ha rinnovato gli organismi esecutivi, che hanno già provveduto ad attivare una serie di iniziative sulle politiche sociali e sanitarie. Iniziative cui hanno partecipato anche i Responsabili Nazionali della CGIL.
- Nonostante alcune difficoltà, in particolare la necessità di un maggiore coordinamento tra le varie strutture Cgil e di categorie che si occupano di contrattazione sociale, l'attuale Esecutivo regionale, anche sotto la spinta della struttura nazionale, sta provvedendo a recuperare sui territori le varie intese ed accordi, che, pure, sono stati sottoscritti nel tempo e che operano a livello periferico.
- Occorre innanzitutto affermare che nella nostra Regione, dove è in atto un commissariamento ormai quasi decennale, la programmazione sanitaria sconta la crisi del deficit economico. I tagli al sistema sanitario per il rientro dal deficit sono stati alti sia in termini di posti letto ospedalieri sia in termini di servizi sul territorio.
- L'integrazione socio-sanitaria è perciò sottodimensionata e scarsamente praticata. La sanità sul territorio resta relegata alla rete territoriale esistente, di fatto, solo sulla carta.
- Peraltro il raccordo tra ospedale, territorio e Servizi Sociali dei Comuni è pressoché inesistente, anche a causa della debolezza degli ambiti socio-assistenziali.
- Si aggiunge a ciò anche la assistenza territoriale in strutture residenziali e semiresidenziali, nella gran parte affidata al privato accreditato, che si traduce in una quasi esclusiva offerta in strutture residenziali non equamente distribuite sul territorio regionale.
- In merito a ciò lo SPI Calabria ha provveduto a rivendicare il miglioramento dell'integrazione alle istituzioni competenti, lamentandone la parzialità ed il non raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.
- Per quanto attiene alla contrattazione sociale relativa ai PAC (non autosufficienza e infanzia), risulta attivata in tutti i Distretti socio-assistenziali ed attualmente sono in fase di erogazione i servizi previsti, sia pure con qualche ritardo sui tempi fissati. A questo proposito occorre evidenziare le difficoltà finanziarie dei Comuni Calabresi, in gran parte soggetti a dissesto e quindi carenti sia di risorse umane che economiche. Si aggiunge la poca disponibilità dei Sindaci, anche nella loro qualità di autorità Sanitaria locale, ad interessarsi concretamente dei progetti socio-sanitari locali.

Gli Accordi con la Regione e la nuova piattaforma per la sanità

- Nonostante questo contesto, altamente negativo, segnaliamo però lo sforzo messo in campo dallo SPI Regionale attraverso il protocollo d'intesa siglato, unitariamente ad FNP CISL e UILP UIL, con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Calabria in materia di inclusione sociale, povertà, sanità, qualità della vita ecc.

- Segnaliamo inoltre, sempre da parte dello SPI CGIL, e sempre a carattere unitario con CISL e UIL, la presentazione di un progetto di legge regionale sull'invecchiamento attivo. Il progetto, accolto dall'Assessorato alle Politiche Sociali, è attualmente all'esame della Commissione Bilancio del Consiglio Regionale per la verifica della copertura finanziaria.
- Per finire, è in corso la predisposizione di una piattaforma sui temi della Sanità, assunta a livello confederale, che rappresenterà la traccia di discussione ad ogni livello della nostra organizzazione e che, una volta approvata, sarà sottoposta anche a CISL e UIL al fine di definire un percorso unitario che, ci auguriamo, veda tutto il Sindacato Calabrese impegnato in una battaglia che ha ormai assunto i contorni della vera emergenza.



Nella pagina web [UNA SANITA' PER TUTTI](#) il Dossier CALABRIA con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Campania

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- In Campania il PSR attualmente in essere è quello del triennio 2011-2013 ed è fortemente condizionato dal piano di rientro dal disavanzo. Il presente piano oscilla tra la necessità di una crescita qualitativa del sistema e dei relativi livelli di assistenza e la necessità di individuare obiettivi e linee di intervento coerenti con i principi, le strategie del Psn, i Patti per la salute e tutti gli altri strumenti pattizi.
- Pertanto l'obiettivo generale del Psn è il rispetto dei Lea nei limiti dell'equilibrio economico-finanziario, attraverso la riduzione strutturale del disavanzo e garantendo, contemporaneamente, la coerenza con i contenuti e le linee di azione e le strategie previste. Tale Piano individua come azione per perseguire tale obiettivo generale, da un lato, la promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e, dall'altro, la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera. A partire da queste basi, l'obiettivo economico-finanziario si pone quale condizione ineludibile per la sostenibilità dell'intero sistema. Il Piano indica le azioni che le Regioni dichiarate in difficoltà finanziaria devono adottare e ricomprendono provvedimenti sia strutturali (come la rideterminazione delle aziende sanitarie ed il riordino del sistema ospedaliero) sia amministrativi (come l'aumento delle aliquote contributive Irpef e Irap o l'istituzione delle compartecipazioni al costo su prestazioni sanitarie non gravate da ticket nazionali). L'attuazione dei provvedimenti è soggetta a verifica e quest'ultima è condizione per l'accesso al finanziamento messo a disposizione dello Stato.
- Ruolo centrale in questa redistribuzione di poteri decisionali hanno naturalmente gli aspetti finanziari che vedono relegate nei fatti in secondo piano le politiche di organizzazione dei servizi e di contrasto delle diseguaglianze a livello nazionale.
- Dopo anni di commissariamento, la Campania scontava ritardi nei Lea. Secondo la Direzione generale della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute - il livello di sufficienza è fissato su un punteggio di 160. Nello specifico, la Campania nel 2009 registrava valori insufficienti pari a 101, passando nel monitoraggio 2015 relativo al 2014 ad un valore pari a 139. Attualmente, la proiezione per il successivo monitoraggio vede il valore pari a 99 e cioè sotto la soglia iniziale. Tuttavia, a fronte di una disfunzione campana di trasmissione di flusso di dati, la struttura commissariale ha ottenuto una proroga estendendo la finestra di monitoraggio al 31 marzo 2017, talché si prevede una variazione positiva del dato.

Piano di Rientro: con i tagli pareggio di bilancio ma disavanzo assistenziale

- La Campania, anche in ragione del commissariamento, ha raggiunto il ripiano del debito dal punto finanziario contabile, anche con avanzi di cassa, raggiungendo il pareggio di bilancio nelle aziende sanitarie e ospedaliere. Tali elementi sono al contempo causa ed effetto di determinati fenomeni: la perdita netta di circa 15.000 professionisti tra infermieri e medici, tagli sul personale della farmaceutica; aumento delle tasse locali tra cui l'Irap, l'Irpef ed il bollo auto a valori massimi. In questi anni, col blocco del turn over, prima parziale e poi totale, del ricambio del personale, l'unico canale attraverso cui far confluire nuovo personale è stato quello della specialistica ambulatoriale. Infatti, gli specialisti ambulatoriali sono figure professionali in regime

di convenzione interna; hanno un contratto di lavoro diverso, accedono per titoli e non per concorso e non possono aspirare al primariato. Questi medici sono impiegati ad ore in relazione a carenze del personale, creando un sistema di autoreferenzialità. Tale modalità, prevista per legge, adottata per sopperire ad una falla di sistema ha finito per inasprire ulteriormente una sacca di grave disfunzione. Quindi, le misure stringenti adottate, sebbene abbiano permesso di raggiungere il pareggio di bilancio, nulla hanno consentito per un pari miglioramento in termini di Lea. In questi anni il blocco del turn over, a cui si è sopperito con la prassi degli specialisti ambulatoriali, ha determinato una disarticolazione di una serie di servizi contraddicendo le intenzioni insite nel piano di rientro. Un percorso di piano di rientro dal debito fondato sull'intenzione del riefficientamento del Ssr - attraverso un rinnovato piano ospedaliero - avrebbe dovuto: accorpare servizi; creare una articolazione geografica dal centro alle periferie; una riallocazione razionale di risorse e servizi. Passaggio indispensabile è, sarebbe dovuto essere, il monitoraggio reale del fabbisogno.

- Tuttavia, ai diversi commissariamenti si sono susseguiti molteplici decreti e programmi operativi (P.O. 2010/ P.O.2011-2012 /P.O. 2013-2015) che risultano essere strumenti per l'attuazione e la realizzare degli obiettivi del vecchio piano di rientro del 2007, senza dimenticare che tali programmi operativi devono anche attenersi alle linee del Psn (2006-2008) e ai diversi patti della salute.

La nuova fase di programmazione

- Frutto del più recente commissariamento è il "**Piano Regionale della rete ospedaliera 2016-2018**". Il piano mira a superare le criticità della sanità campana attraverso la rimodulazione e la riqualificazione della rete ospedaliera.
- Il **potenziamento dell'assistenza territoriale** rappresenta una variabile ineludibile per garantire appropriatezza e qualità delle cure anche in ambito ospedaliero. La dimensione sanitaria territoriale adeguatamente riconfigurata e potenziata nei suoi setting assistenziali permette infatti di rispondere alla domanda di salute nell'ambito delle Cure Primarie e nelle Cure Domiciliari. Ricollocare nella offerta territoriale la domanda corrispondente consente di soddisfare con maggiore intensità e qualità l'istanza di garanzia dei Lea in Regione Campania.
- Altro importante decreto approvato a Febbraio 2016 è relativo alle "**Linee di indirizzo per la determinazione dei fondi contrattuali dall'anno 2015 e seguenti e sulla corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale**", anche esso emanato per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione. Manca in ogni caso un'unitarietà della programmazione assistenziale la cui massima espressione è il Psr.

Le criticità: riparto FSN e Accreditementi,

- Passando al versante finanziario, la Regione Campania sconta la più bassa quota di **riparto del Fondo sanitario nazionale**. Infatti, il riparto (e, quindi, le risorse provenienti dalla fiscalità generale assegnate alle Regioni) avviene per quota pro-capite corretta per un parametro relativo all'anzianità della popolazione, considerando, quindi, tale aspetto come condizione di maggiore assorbimento delle risorse per l'attività di assistenza. La Campania è tra le più giovani Regioni di Italia, e pur essendo seconda dopo la Lombardia per numerosità di popolazione totale, accede ad una quota di riparto del fondo sanitario nazionale inferiore al resto del paese. Solo successivamente, con l'avvento del federalismo (legge n. 56/2000), si è tentato di porre riparo a questa diseconomia introducendo una quota di riequilibrio che ha dato luogo ad un fondo da cui attingere in funzione della sperequazione strutturale, e tuttavia il gap non è stato colmato.
- In Campania, **l'accreditamento**, pur essendo le strutture accreditate circa 1.500, in termini assoluti di budget, ha assorbito circa il 20-25% del totale dei finanziamenti del Ssr. A fronte di ciò, le strutture accreditate erogano il 60% delle prestazioni totali erogate per ospedalità, analisi di laboratorio, Tac, risonanze magnetiche, visite specialistiche ed altro. Nel contesto campano, nel

tempo, a fronte dell'incompiuto riefficientamento del Ssr, il privato convenzionato ha rappresentato una alternativa in termini di erogazione delle prestazioni sebbene contingentate da tetti di spesa che, in qualche modo, rispondono a fabbisogni reali insoddisfatti. Esempio è il settore della riabilitazione che è quasi completamente ad offerta privata accreditata dal momento che il settore pubblico non appare più in grado da tempo di rispondere a questo tipo di domanda. Eppure, una prestazione di riabilitazione non è inevitabile e, quindi, contingentabile da tetti di spesa. D'altra parte, persistendo le carenze che pure il piano di riorganizzazione ospedaliera auspicava risolvere, la tenuta del sistema è stata garantita dalle strutture accreditate che hanno svolto una funzione vicariante della disfunzione del pubblico.

La valutazione della Cgil a giugno 2017

- A seguito delle dimissioni dell'attuale subcommissario ad Acta nominato dal governo, la Campania si trova in una situazione di stallo burocratico-amministrativo e di vera e propria emergenza sul versante dell'offerta e della qualità del servizio sanitario.
- La diafrasi politico – elettoralistica tra Presidente della Regione e Ministro sulla nomina del commissario sta di fatto portando ad incancrenirsi tutte quelle situazioni di grave criticità già enunciate: *gravi carenze di personale in tutte le strutture pubbliche, chiusure di interi reparti e ospedali di periferia, nessun piano di riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza, liste d'attesa lunghissime, ticket e compartecipazione sanitaria anche per le fasce più deboli della popolazione, nessun piano di riorganizzazione della rete socio sanitaria, nessun governo dei processi di accreditamento con le strutture sanitarie private.*
- Il confronto con la Regione nonostante un protocollo d'intesa che genericamente impegna la stessa ad aprire tavoli sulla sanità allo stato attuale non c'è nessuna prospettiva di soluzione patteggiata e democratica.
- In via di costruzione è la **mobilitazione unitaria con le categorie della Funzione Pubblica**, la costruzione di **reti e comitati per la difesa della salute pubblica e per la trasparenza in sanità** ; non si esclude il ricorso all'art. 120 della Costituzione e la richiesta dei poteri sostitutivi al fine di uscire dalla perenne emergenza.

Gli effetti delle logiche ragionieristiche

- In Campania le politiche di austerità adottate dai Governi, succedutisi nel corso di questi anni, e la applicazione ragionieristica del Piano di Rientro hanno prodotto effetti drammatici sul Sistema Salute, pubblico e privato accreditato, con peggioramento della assistenza e della occupazione. I cittadini e i lavoratori della sanità sono da anni "ostaggio" di politiche restrittive caratterizzate da razionamento delle risorse, defianziamento progressivo del F.S.N. e da tagli indiscriminati che stanno pregiudicando il diritto alla salute, come certificato dalla incapacità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.).
- **Il Piano di Rientro** dal debito sanitario è stato declinato agendo più sui determinanti economico-contabili che sui determinanti di salute, con tagli lineari che hanno interessato tutti i capitoli di spesa in assenza di una analisi che consentisse di colpire gli sprechi, le diseconomie, le inefficienze amministrative e, soprattutto, le cause strutturali del debito.
- Nel settore pubblico il razionamento generalizzato della spesa, dal 2007 al 2016, ha prodotto una riduzione di personale superiore alle 16.000 unità a causa del blocco del turnover, prima parziale e poi totale dal 2010, un precariato diffuso, la chiusura di servizi territoriali ed ospedalieri, la riduzione di 2402 posti letto per acuti, lo smantellamento dei servizi psichiatrici, la mancata integrazione del 118 con la rete ospedaliera, la esclusione dei Policlinici Universitari dalla rete assistenziale per acuti, l'aumento delle barelle, l'aumento delle liste di attesa, l'aumento della migrazione extraregionale ed il blocco della contrattazione integrativa.

- Nella sanità privata accreditata si è accentuato lo squilibrio della offerta tra pubblico e privato, con un incremento delle risorse regionali a vantaggio del privato, talvolta, in assenza di controllo della Regione sulla erogazione delle prestazioni accreditate, unitamente alla assenza di regole certe del rapporto tra posti letto ed organici di personale, e “dumping contrattuale” con arretramento nella garanzia dei diritti dei lavoratori.
- Il Piano di Rientro ha comportato anche **l’aumento della imposizione fiscale, l’incremento dei ticket ed una iniqua compartecipazione alla spesa** sanitaria che ha colpito in maniera insopportabile le fasce più deboli della popolazione.
- Queste misure invece di favorire appropriatezza, hanno generato iniquità inducendo molti cittadini a non curarsi oppure a rivolgersi al privato assicurando meno introiti al S.S.R. Per questi motivi si ritiene necessario, e non più rinviabile, abolire i ticket e tutte le forme di compartecipazione alla spesa sanitaria.
- Così come è indispensabile **porre fine al Commissariamento** per ristabilire un reale confronto con le parti sociali, considerato che il deficit partecipativo e di comunicazione con gli attori sociali partecipi al sistema coinvolge la democrazia e le sue regole. Infatti, la struttura Commissariale ha assunto spesso dei provvedimenti in maniera “monocratica”, privilegiando l’imposizione rispetto alla partecipazione in assenza di un confronto con le parti sociali, oppure mediante una informazione rituale.

Il peggioramento degli indicatori di salute e assistenziali

- In Campania, gli studi condotti sulla assistenza sanitaria evidenziano, qualora ce ne fosse ancora bisogno, un **peggioramento progressivo di tutti gli indicatori di salute ed assistenziali** che certificano, in maniera inequivocabile, che il “risanamento della sanità” ha prodotto risultati solo sul fronte contabile, con un contenimento dei costi ed un miglioramento economico ottenuto facendo pagare un prezzo altissimo ai cittadini ed ai lavoratori in assenza di un miglioramento della qualità della assistenza erogata.
- E’ evidente che qualsiasi processo di riorganizzazione della sanità presuppone una dettagliata analisi dei bisogni sanitari della popolazione, dei dati epidemiologici e di quelli relativi alla migrazione sanitaria e alle liste di attesa per definire un cronoprogramma di interventi in grado di riorganizzare i servizi per rispondere in maniera efficace alla domanda di salute della popolazione della Campania al fine di coniugare la garanzia dei L.E.A. ed il diritto costituzionale alla salute.
- E’ necessario programmare e realizzare interventi che consentano di governare risposte appropriate ai bisogni di salute, sostenuti da investimenti tecnologici, strumentali e da dotazioni organiche adeguate al fabbisogno assistenziale.



la piattaforma “VERTENZA SANITÀ IN CAMPANIA”

Nella pagina web “Una sanità per tutti” il Dossier CAMPANIA con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito sociosanitario in Emilia Romagna

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale: il confronto Regione - CGIL CISL UIL

L'accordo sulle liste d'attesa

- Il dossier Emilia Romagna inizia con i confronti avvenuti, nel 2015, con la Regione Emilia Romagna sul tema delle **liste d'attesa sulla diagnostica e sulla specialistica**, tempi di attesa che, anche nella nostra regione, erano più elevati di quelli previsti dalla normativa.
- Il confronto ha portato alla sottoscrizione di un verbale di incontro nell'agosto del 2015, nel quale si è convenuto su diversi punti tra cui: l'attivazione di percorsi di garanzia per i cittadini, offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dei tempi di attesa, estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e apertura di sabato e domenica per l'erogazione di prestazioni più critiche, blocco immediato dell'attività libero professionale in caso di superamento del rapporto tra attività di libera ed istituzionale e di sfioramento dei tempi di attesa, verifica appropriatezza prescrittiva oltre a sistemi per ridurre le mancate presentazioni da parte dei cittadini.
- Possiamo dire che i risultati ci sono stati in tutti i territori e nei mesi scorsi si è avviato un confronto sull'abbattimento delle liste d'attesa per gli interventi programmati che presenta, per alcune tipologie di interventi, tempi molto lunghi.

Il confronto sulla La riorganizzazione della rete ospedaliera

- Sempre nel 2015 si è affrontato un confronto serrato sulla **riorganizzazione della rete ospedaliera** che non ha portato ad un accordo, pur condividendo i contenuti della programmazione della rete ospedaliera. Si è deciso di proseguire sul riordino ospedaliero mantenendo l'indirizzo dei precedenti PSSR che portarono a definire assetti integrati e funzionali per discipline di rilievo regionale H&S. Sui posti letto si è proceduto con una riconversione e non ad un taglio, sia nel privato accreditato che nel pubblico, in attuazione del DM 70/2015, attraverso un utilizzo più appropriato dei posti letto.
- Si è attuata una riorganizzazione che tenesse conto dei volumi e degli esiti anche attraverso accorpamenti di UOC e percorsi di riconversione di posti letto in **OsCo (Ospedali di Comunità)**. Su alcuni di questi punti il percorso deve essere completato ed in particolare sugli OSCO (a giugno 2017 ne abbiamo solo 14 in tutta la regione) e sulla riduzione delle UOC.

Un documento comune sulle Case della Salute,

- Nel confronto sulla riorganizzazione della rete ospedaliera vi fu la necessità di aggiornare il tema delle **Case della Salute**, già previste nel nostro sistema regionale dal 2010, al fine di darne un assetto organizzativo omogeneo sul territorio regionale e per rispondere in modo appropriato con il sistema integrato territoriale rafforzando l'integrazione tra le Case della Salute ed i diversi nodi della rete dei servizi territoriali ed ospedalieri a garanzia della continuità assistenziale.
- Nel dicembre del 2016 si è convenuto sul documento "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina di iniziativa".

L'accordo sul nuovo PSSR

- Nel 2016 è iniziato anche il confronto **sul nuovo PSSR** che si è concluso con un accordo, sottoscritto unitariamente, l'11 maggio 2017. Un accordo non scontato, perché la prima

proposta della Regione, prevedeva un'impostazione da noi non condivisa introducendo il concetto di welfare di comunità a completa sostituzione dell'attuale sistema di welfare mix integrato pubblico privato.

- Per la CGIL e per il sindacato unitariamente, la programmazione, la regolazione, il controllo e anche un po' di gestione dovevano rimanere saldamente in capo al governo pubblico, mentre la proposta iniziale della Regione vedeva tutti gli attori della comunità con un ruolo paritario a partire dalla programmazione.
- Tenendo conto che il nuovo PSSR avrebbe sostituito completamente quello attuale, abbiamo affrontato il confronto con determinazione lavorando in termini emendativi sulla proposta di testo. Lo abbiamo fatto con CISL e UIL dopo un lavoro importante insieme alle categorie FP e SPI. Il risultato è stato *l'accordo dell' 11 maggio 2017* nel quale viene ribadita la governance pubblica a partire dalla programmazione con l'obiettivo di assicurare un welfare inclusivo, abilitante, integrato, aperto e accessibile, che metta al centro le persone, le famiglie e i loro diritti. Il Distretto assumerà sempre più un ruolo strategico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio sanitaria.
- A maggio 2017 sono state realizzate 88 Case della Salute, altro elemento strategico della rete territoriale, per un bacino di circa 2 milioni di persone e la loro realizzazione dovrà proseguire per rendere esigibile l'accesso a tutta la popolazione. Negli obiettivi che ci si è dati con l'accordo, vi è la previsione di una Casa della Salute HUB per ogni distretto. Per Casa della Salute HUB si intende una struttura nella quale siano presenti oltre ai MMG, PLS, ambulatorio infermieristico, specialistica, letti territoriali oltre alle figure professionali del sociale quali assistenti sociali compreso lo sportello sociale. Obiettivo importante per la reale presa in carico dei cittadini che possono trovare in un unico luogo i professionisti per rispondere ai diversi bisogni sociali e sanitari.

Il confronto sui Fondi Regionale NON AUTOSUFFICIENZA e ODONTOIATRIA

- Si è convenuto inoltre che, il Fondo Regionale NA che ammonta a 436 milioni di euro e finanziato in parte dalla fiscalità generale regionale, dovrà essere strutturale e in prospettiva sarà necessario prevederne l'aumento, a fronte dell'andamento dei dati demografici. Sul sistema sanitario si dovrà passare dall'attuale modello verso un modello che valorizzi tutte le professioni sanitarie.
- E' stato confermato la costituzione del Fondo sanitario integrativo sull'odontoiatria previsto dal Patto per il Lavoro del 2015 e dall'accordo CGIL CISL UIL del 19 settembre 2016. Un punto rilevante, anche questo non scontato, è stato il tema delle relazioni sindacali che hanno trovato, nella conferma del confronto e della concertazione, il metodo di relazione con le OO.SS. ai vari livelli istituzionali.

ALTRI CONTENUTI DEL PSSR

- Nella proposta di nuovo PSSR, che andrà in assemblea legislativa nelle prossime settimane per essere approvato entro l'estate 2017, è stato confermato il ruolo dell'*accreditamento del sociale, le ASP (aziende pubbliche di servizi), la riorganizzazione della rete ospedaliera*, approvata in attuazione del DM 70 nel dicembre 2015 con la conferma di un modello di integrazione e aggregazione non solo funzionale (Azienda unica della Romagna, sperimentazione aggregazione Policlinico di Modena e Baggiovara, fusione dal 1 luglio 2017 del Santa Maria Nuova di Reggio Emilia con l'Azienda Usl, costituzione della CTSS metropolitana e relativo coordinamento.
- Sarà necessario implementare la programmazione degli *OsCo* (attualmente ne **esistono** 14) per dare un reale risposta territoriale a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera oltre che terminare la realizzazione delle *122 Case della Salute programmate di cui 88 funzionanti*. Nel nuovo PSSR le aree di intervento saranno per politiche trasversali e non più per target, anche se nei prossimi mesi si svilupperà un confronto sulle schede attuative del piano stesso.

- Il confronto sulle schede attuative prevederà un'attenzione particolare sul tema di una *nuova domiciliarità* per la quale il sindacato pensionati unitariamente ha prodotto una proposta.



CGIL CISL UIL Emilia Romagna: firmato accordo con la Regione sul nuovo Piano Sanitario Regionale



Si sono svolti in questi mesi diversi incontri – tra Cgil Cisl Uil dell'Emilia Romagna e Regione Emilia Romagna, sulla proposta della Giunta di nuovo Piano sociale e sanitario 2017-2019 – che hanno portato alla sottoscrizione di un verbale di accordo. **Un confronto positivo, nell'ambito di un modello di concertazione con le parti sociali, che è stato ampiamente confermato a tutti i livelli istituzionali.** Le OO.SS. hanno integrato ed emendato il testo originario giungendo ad una condivisione sul testo definitivo che verrà approvato dalla Giunta nei prossimi giorni e presentato in Assemblea Legislativa.

- Altro tema da affrontare è quello delle *Case Famiglia*. Negli ultimi anni sono cresciute molto in regione soluzioni “abitative” per anziani/disabili che ospitano fino a 6 persone lievemente non autosufficienti. I dati forniti dalla regione ci dicono che al 2015 erano 583 le Case Famiglia per 2561 posti letto di cui il 63% anziani e 375 disabili.

Un fenomeno in crescita pur avendo una rete e strutture accreditate significative.

- Avendo avuto diversi episodi di maltrattamenti ed abusi su diversi territori tra cui Parma, nel quale lo SPI CGIL si è costituito parte civile con ammissione da parte del Giudice, sono state fatte dal sindacato pensionati, in modo unitario, proposte importanti sia alla Regione che ai Comuni presentandole in un convegno il 23 maggio scorso. L'idea condivisa è il collegamento alla rete nell'idea di *“Filiera dei servizi” a supporto delle famiglie e della domiciliarità*, aperta al territorio, protetta con gradi crescenti di assistenza per rispondere a bisogni di minore complessità e quindi non alternativi alle strutture residenziali accreditate, con una presa in carico precoce arrivando anche alla sottoscrizione di protocolli territoriali nei quali inserire il tema White list case famiglia.

La vertenza dei lavoratori, sciopero e accordo sugli organici

- La categoria dei lavoratori ha effettuato lo scorso anno uno sciopero regionale unitario, nell'ambito della vertenza nazionale sul rinnovo dei CCNL, caratterizzandola anche sulla situazione degli organici in sanità che ha poi portato all'accordo del 19 settembre 2016. Accordo in merito alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario nel quale le politiche occupazionali e di valorizzazione del personale del comparto sanità hanno assunto un ruolo determinante. Analogo accordo è stato sottoscritto con la dirigenza medica.
- A otto mesi dalla sottoscrizione dell'accordo del 2016 si registrano però ritardi sull'attuazione dell'accordo stesso nei processi di stabilizzazione del personale e di copertura del turnover, ma soprattutto in relazione alla valorizzazione del personale impegnato nei processi di innovazione e di integrazione anche sovraziendale. In particolare occorre sostenere i processi di integrazione ed aggregazione che stanno interessando la rete ospedaliera e le reti organizzative delle aziende sanitarie della nostra regione, prevedendo la piena attuazione dell'accordo del 19 settembre 2016 attraverso l'utilizzo di risorse dedicate generate dalle economie complessive del sistema regionale compresi i processi di razionalizzazione derivanti dagli acquisti e appalti.
- Sul tema **appalti** presenteremo a breve, nell'ambito del Patto per il Lavoro del luglio 2015 e della legge regionale sulla legalità ed appalti del 2016, auspicando di poterlo fare unitariamente, una proposta alla Regione per definire un protocollo regionale per le procedure di affidamento in appalto del sistema sanitario regionale.

Nella pagina web “Una sanità per tutti” il Dossier EMILIA ROMAGNA con la documentazione

- Verbale liste d'attesa (agosto 2015) - Accordo regionale sugli organici in sanità (settembre 2016) - Documento Regione – Sindacato “Case della Salute (dicembre 2016) - Accordo sul nuovo PSSR ER (maggio 2017)



Dossier vertenze in ambito sociosanitario in Friuli Venezia Giulia

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- Il FVG è una piccola regione di 1.230.000 abitanti, di cui il 24% è costituito da over sessantacinquenni e la natalità è bassa, non sufficiente a garantire il ricambio. E' una regione a statuto speciale e dal 1997 finanzia con risorse proprie il Servizio Sanitario Regionale SSR, la cui voce di spesa vale il 60% del bilancio regionale che in questi anni, a causa della crisi economica, si è contratto.
- Il SSR FVG era stato rivisto i primi anni novanta, ma, a causa delle note modificazioni demografiche, epidemiologiche e di un problema di sostenibilità economica, aveva la necessità di una manutenzione. Di questo se ne era reso conto anche il governo regionale di centro destra precedente a questo, che aveva tentato una riforma che la Cgil Fvg ha contribuito a stoppare. Nella legge Tondo vi erano un accentramento del sistema, una visione assolutamente ospedale-centrica e la parificazione fra sanità pubblica e privata.
- Nel 2013 è iniziata la legislatura di centro sinistra a guida Serracchiani, che, da subito, si è messa al lavoro sulla riforma sanitaria. Come CGIL abbiamo apprezzato la scelta di farlo a inizio legislatura perché significava che si voleva lavorare seriamente sul tema.

Il confronto Sindacato - Giunta regionale

- Dal 2013 si è impostato un proficuo rapporto con l'Assessora alla salute e al sociale, siglando un protocollo sulle relazioni sindacali.
- Nel 2014 sono state prodotte delle linee d'indirizzo sulla futura legge di riforma che abbiamo condiviso anche con un ordine del giorno presentato nel direttivo regionale.
- In ogni caso, la Cgil Fvg aveva già attivo un dipartimento welfare regionale in cui le discussioni tecniche e politiche sono state considerevoli e approfondite.
- Verso la fine del 2014, il 16 ottobre, è stata emanata la legge regionale n.17: *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*.
- I motivi per cui la CGIL ha appoggiato e condiviso le scelte fatte in questa legge sono molteplici e sono legati al fatto che si avvicinava molto all'idea di sistema sanitario che la Cgil, Nazionale e Regionale, hanno: *"più territorio e meno ospedale, servizi vicini al cittadino, appropriatezza delle cure"*, che rappresentano in sintesi l'asse portante della norma.

La legge di riordino del SSR e la nuova programmazione sociosanitaria

- Gli elementi caratterizzanti di questa legge sono:
 - Revisione della rete ospedaliera. - Continuità delle cure
 - Riduzione del numero delle aziende attraverso l'unificazione dell'azienda ospedaliera con quella territoriale della provincia. - Unificazione dell'azienda sanitaria con quella universitaria (ove presente)
 - Potenziamento della medicina territoriale. - Il distretto come fulcro del territorio
 - Sviluppo dell'assistenza primaria attraverso la creazione di AFT (aggregazioni funzionali territoriali dei MMG), CAP (centri di Assistenza Primaria dove eseguire la medicina d'iniziativa per agire sulle malattie croniche e degenerative, con MMG, specialisti e professioni sanitarie), MGI(Medicine di Gruppo Integrate con l'unione di minimo 6, massimo 12 MMG, garantendo un'apertura degli ambulatori fino dodici ore al giorno). - Omogeneità dei servizi offerti sul territorio regionale.

- Affermato il concetto che vede la sanità pubblica come elemento caratteristico e di coordinamento rispetto quella privata.
- Il sistema ospedaliero era tarato sulla cura delle malattie acute e avere 17 ospedali, dove si faceva di tutto un po', in una Regione come il FVG era forse esagerato. Si è seguito il modello Hub and Spoke: ora esistono tre ospedali hub, 4 spoke (ognuno su due sedi complementari), tre ospedali specializzati (due IRCCS e uno di riabilitazione.) Nessun ospedale è stato chiuso, ma si sono riconvertiti posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione.
- Si è rivisto il numero di punti nascita, rivisto il piano delle emergenze, creata la centrale unica del 118 e il NUE (numero unico dell'emergenza) 112. Definiti gli standard ospedalieri e dell'assistenza primaria,accreditate tutte le strutture private e le RSA. E' stata rimodulata la struttura gestionale allocando le risorse con il sistema dei costi standard.
- Si è rivisto il tema della compartecipazione dei cittadini: il **"super ticket"** di dieci euro per visite specialistiche ed esami, è stato **eliminato per le persone con reddito basso** (Isee < 15.000 euro), per gli altri si è rimodulato secondo il costo della prestazione che si esegue.
- Si è attuato un piano di odontoiatria sociale che prevede pronto soccorso e cure odontoiatriche e ortodontiche per anziani, adulti e bambini con reddito basso da eseguirsi nelle strutture sanitarie pubbliche. Nonostante si apprezzi tale piano, si sottolinea come la scelta di fornire alcune prestazioni, dietro pagamento del solo ticket, ai cittadini con Isee < 15 mila euro e di chiedere la tariffa piena a tutti gli altri, anziché individuare una gradualità nella compartecipazione, prefigura un SSR sempre meno universale e sempre più orientato alla sola fascia di popolazione più fragile economicamente.

I nuovi LEA in FVG

- Per adempiere le indicazioni nazionali sui nuovi Lea si è attivato il Day Service, cioè si sono creati dei "pacchetti" di prestazioni da svolgere ambulatorialmente invece che in regime di D.H.. L'Assessorato ha limitato il numero di prestazioni da trasformare in ambulatoriali e ha definito che il ticket si paga sul "pacchetto" e non sulla somma di prestazioni che lo costituisce.
- Ovviamente non diamo un giudizio positivo sul fatto che i cittadini/e debbano compartecipare alla spesa per prestazioni che prima erano erogate gratuitamente attraverso un regime diverso, ma questo è il frutto di una scelta sbagliata all'origine da parte del ministero che non ha previsto maggiori risorse per allargare la platea dei LEA, da assicurare anche per la nostra Regione seppur autonoma.
- Si è attuata la week surgery riorganizzando i reparti ospedalieri e si sta lavorando per convogliare gli interventi oncologici in un numero minore di reparti concentrando in questo modo le professionalità. Continua il lavoro sull'appropriatezza delle prestazioni.

L'attuazione della legge di riordino

- Naturalmente per arrivare al punto in cui siamo e per portare a termine la riforma, gli ostacoli sono stati molti e sono tuttora presenti.
- Le intenzioni di eliminare i doppioni presenti nel sistema (stessa specialità in più ospedali) sono state bloccate fondamentalmente da logiche di "poltrona". Ciò ha costretto l'assessorato a compiere la riduzione delle SOS (Strutture Operative Semplici) in modo graduale e cioè, al momento del pensionamento del Responsabile, in taluni casi, non sarà sostituito. Questo rallentamento impedisce il recupero di risorse da impiegare per il potenziamento del territorio. Si sono creati diversi Comitati dei Cittadini che obiettano su qualsiasi modifica dell'esistente.
- Appena la Giunta ha previsto una regola in senso restrittivo dell'attività intra-moenia qualora ci fosse il superamento delle liste d'attesa, cosa che si verifica in alcune aziende e per alcune prestazioni, si è scatenato l'Ordine dei Medici.
- Infine, c'è stata una grande difficoltà a chiudere l'AIR (Accordo Integrativo Regionale) dei MMG. La trattativa è stata lunga in termini di tempo e costosa per la Regione, ma il vero problema è che nell'accordo non c'è alcun obbligo per i MMG di modificare l'organizzazione del lavoro in maniera funzionale al compimento della riforma. L'unico obbligo era di aderire alle AFT, a fronte di un compenso di 3 euro per paziente, ma l'associarsi in MGI o partecipare ai Cap è legato alla volontarietà dei MMG i quali, è doveroso aggiungere, hanno un'età media piuttosto alta e hanno una certa contrarietà a cambiare il modo di lavorare a pochi anni dalla pensione.

- Nella suddivisione delle risorse economiche per quest'anno, si sono impegnati 15 milioni di euro per i mille MMG della Regione e, per fare una comparazione, se ne sono accantonati 7 per l'eventuale rinnovo contrattuale di ben 20.000 dipendenti del SSR. Questo rallentamento di apertura e funzionalità dei CAP e della creazione delle MGI ha ricadute sull'attività ospedaliera con PS e Mediche intasati.
- Anche quando si sono unificate due delle tre aziende con ospedale hub all'università, si è scatenata la bagarre fra poteri ospedalieri e universitari.

Il Personale

- Nel corso di questa legislatura il personale non ha avuto trattamenti migliori di quelli avuti con la giunta di centro destra. Infatti, i tagli sul numero dei dipendenti, frutto di mancate sostituzioni, si sono portati avanti fino al 2015.
- Dal 2009 al 2015 il SSR ha perso quasi mille lavoratori/trici, la stragrande maggioranza operatori sanitari (medici, infermieri) o tecnici (Oss). Si è anche agito sui ruoli amministrativi come se questa categoria di lavoratori/trici fosse la causa della difficoltà economica del sistema, fatto salvo che ora è in corso la procedura per un concorso che vedrà l'assunzione di diverse decine di queste figure.
- Il 2016 ha segnato un cambio di passo con ben ottocento assunzioni che hanno portato a un saldo positivo di 300 unità. Nonostante ciò, è già previsto di procedere con altri due concorsi per infermiere e per OSS, ma le graduatorie saranno pronte nel 2018. Pertanto è prevedibile quest'anno un nuovo calo degli organici ancora in sofferenza. La Regione forma pochi OSS, nonostante la richiesta di persone disoccupate e pronte a iniziare un impegno di 1.000 ore di corso. Questo causa il protrarsi di assunzione di persone non formate adeguatamente nelle case di riposo. Peraltro, figure come gli educatori e tecnici della riabilitazione, molto utili nei processi terapeutici e riabilitativi, sembrano non essere presi in considerazione come elementi essenziali e costitutivi dei processi socio-sanitari. Tutto ciò dimostra che la categoria FP, che ha continuamente insistito sul bisogno di personale, ha sempre avuto ragione.
- Un grosso problema è il clima lavorativo non positivo che si è creato e che è presente nella gran parte delle aziende sanitarie, dettato dall'incapacità delle diverse dirigenze di coinvolgere i dipendenti, di farli sentire veramente parte di un sistema che si sta modificando nel verso giusto.

Sociale e Sanità

- In Fvg esiste un unico assessorato per la sanità e per il sociale. Questo è certamente positivo, ma purtroppo la parte "sociale" di quest'assessorato è sempre stata considerata la "sorella minore". Dall'inizio legislatura lo Spi Fvg, assieme alla Confederazione, ha chiesto si definisca il Piano Sociale Regionale che però ancora non c'è. L'assistenza socio assistenziale ha ricadute importanti sul sistema sanitario in una regione che è la seconda in Italia per numero di anziani, diecimila dei quali sono assistiti nelle quasi 200 case di riposo del territorio e molti altri accuditi a domicilio da un esercito di 20.000 badanti (tante quanti i dipendenti del SSR).
- La Giunta Regionale ha predisposto un piano di riclassificazione delle case di riposo (propedeutico al loro futuro accreditamento) che tuttora agiscono su indicazioni di norme degli anni novanta, ma non ha dato la tempistica giusta e l'input necessario per obbligare le strutture ad adeguarsi agli standard ridefiniti. La struttura di vigilanza non è mai decollata veramente, mentre si è modificato l'algoritmo del sistema di valutazione dei bisogni degli utenti (Valgraf) ottenendo diversi casi di miglioramento delle condizioni degli ospiti, peccato siano solo "virtuali"! La Cgil Fvg teme che arriveremo a fine legislatura senza che ci sia una reale modifica dei parametri nelle case di riposo e, se cambierà il colore del futuro governo regionale, ci ritroveremo al punto di partenza, mentre sappiamo tutti che una corretta assistenza nelle case di riposo, oltre a migliorare la qualità della vita degli anziani, porta a una riduzione degli accessi ai Pronto soccorso e dei ricoveri.

Riforma sanitaria: come vincere la sfida

- Fin dall'inizio, dal 2013, come Organizzazione Sindacale, pur condividendo i principi della legge (nдр: di riordino del SSR), abbiamo messo in guardia l'Assessorato nei confronti della "politica dei due tempi" che purtroppo si è attuata: alla riduzione dei posti letto per acuti – dettata dal Decreto Balduzzi- non è corrisposto un contestuale potenziamento del territorio che ancora arranca per soddisfare i bisogni delle persone. La prova è che continua sempre e costantemente il fenomeno dei pazienti "fuori reparto" in particolare nelle degenze mediche.

- Per terminare, il problema della riforma sta nel fatto che ancora non si vede. Molto si è fatto a livello amministrativo: linee d'indirizzo, atti, delibere, funzionali al procedere della riforma, ma il problema è che i cittadini/e non vedono concretamente i cambiamenti. Non hanno ancora ambulatori dei MMG aperti otto/dodici ore al giorno a fronte delle due o tre ore normalmente offerte. Non percepiscono uno svuotamento delle sale d'attesa del Pronto soccorso riconosciuto ancora come unica porta d'entrata del SSR. Non vedono un calo delle liste d'attesa per visite specialistiche o esami diagnostici che d'altra parte, come sempre, possono eseguire privatamente nella stessa giornata e proprio in quell'ospedale dove il CUP (Centro unico di Prenotazione) ha previsto un'attesa di mesi per la medesima prestazione.
- Insomma, una riforma giusta, che si doveva fare, coraggiosa, ma che è stata fermata, bloccata, rallentata spesso per interessi non generali. Come Cgil abbiamo tutto l'interesse che la riforma prosegua e acceleri il suo percorso anche per evitare che sia utilizzata in modo strumentale dalla politica in vista delle prossime elezioni regionali del 2018.



Riforma sanitaria: come vincere la sfida

20 marzo 2017, ore 9-13
Udine - Palazzo Kechler

Relazione introduttiva

Orietta Olivo

SEGRETARIA REGIONALE CGIL FVG, RESPONSABILE WELFARE

Interventi

Ezio Medeot

SEGRETARIO GENERALE SIP CGIL FVG

Mafalda Ferletti

SEGRETARIA GENERALE FP CGIL FVG

Romano Paduano

SEGRETARIO REGIONALE FIMMG

Debora Serracchiani

PRESIDENTE REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Dibattito

Conclusioni

William Pezzetta

SEGRETARIO GENERALE CGIL FVG

Presiede

Carmela Sterrentino



Nella pagina web "un Sanità per tutti" il Dossier FRIULI VENEZIA GIULIA con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario Lazio

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

Se dovessimo sintetizzare il giudizio CGIL sui due settori, sanitario e sociale, a livello regionale potremmo rappresentare quanto segue:

Le politiche sociali

- Sulle Politiche Sociali la Regione ha messo in campo, anche a seguito della ~~nostra~~ mobilitazione CGIL, la legge regionale in applicazione della legge 328/2000, della quale era ancora sguarnita, e il Piano Sociale Regionale che mancava dal 1999. Continuano a verificarsi tagli alla spesa sociale e non si è ancora avuta la capacità di affrontare in profondità il sistema della *governance*. Basti pensare che gli Uffici di Piano, che governano i piani sociali di zona, sono colmi di precari e non è inusuale che le cooperative che erogano servizi in affidamento, prestino manodopera agli stessi, determinando un vero e proprio conflitto di interessi fra controllori e controllati. Il problema della precarietà, dunque, non è relativo esclusivamente alla sanità, ma investe in pieno anche il settore sociale.
- E' necessario, tuttavia, segnalare, che nell'ambito sociale va ascritto a pieno titolo il tema dei **migranti**, trattandosi di un fenomeno che entra a pieno titolo nella struttura sociale del Paese. Naturalmente, la questione dell'accoglienza dei rifugiati e richiedenti asilo è a se stante con tutte le difficoltà note e con una "questione romana" che sta esplodendo. A livello regionale abbiamo chiesto più volte di finanziare la legge sull'immigrazione, in vigore da diversi anni e fra le più avanzate del Paese, ma si frappone un'opposizione trasversale nel consiglio, non condividendo l'impostazione del sistema di partecipazione previsto per i migranti.

Le politiche della Sanità

- Per quanto riguarda le politiche della sanità, la situazione è altrettanto preoccupante.
- Il processo di stabilizzazione dei precari, ancora da effettuare, è stato gestito esclusivamente dalla FP, così come altre materie di pertinenza non strettamente categoriale (accordo su RSA e relativa applicazione soglia esenzione ISEE).
- Nonostante, finalmente, le Regione sia uscita dal Piano di Rientro, permane una condizione di grave criticità del SSR: dopo la chiusura di ospedali e la riduzione di posti letto, non vi è stato alcun investimento nella sanità territoriale e le case della salute inaugurate (circa la metà del previsto) non svolgono assolutamente la funzione per cui sono state progettate.

Il confronto con la Regione: i protocolli d'intesa e le questioni aperte

- L'attività rivendicativa e vertenziale sui temi socio-sanitari, è stata caratterizzata, negli ultimi anni, da una difficoltà di relazioni con CISL e UIL, non tanto su questioni di merito, quanto piuttosto sulla capacità di dare seguito alle richieste fatte e di produrre risposte in tempi accettabili. Ciò nonostante, siamo riusciti ad attivare una interlocuzione con la Regione Lazio, in particolare sui temi sociali.
- In questo senso, sono stati sottoscritti due protocolli generali – il primo nel 2014 e il secondo nel 2016 - di cui uno di condivisione dell'impianto del Piano Sociale Regionale, prima della sua formalizzazione.

- Inoltre, è stato compiuto un lavoro lungo e faticoso per emendare la delibera sull'assistenza domiciliare, con la quale, fra le altre cose, si definisce un percorso di emersione dal nero degli assistenti domiciliari e un contributo significativo a favore delle famiglie che intendessero regolarizzare il loro rapporto di lavoro. Significativa è la *ricerca commissionata dalla CGIL di Roma e Lazio all'Eures sulla spesa sociale nel comune di Roma*, con focus sul sistema accoglienza migranti.
- Con l'Assessorato alle politiche sociali della Regione Lazio il rapporto è proficuo e continuo. Non può dirsi la stessa cosa per la cabina di regia del SSR. Considerando lo stato di commissariamento della Regione sulla sanità, non è previsto un assessorato, ma solo il commissario.
- Le relazioni con la cabina di regia sono state assolutamente insignificanti, non trattandosi di organo politico.
- Tuttavia, negli ultimi mesi come CGIL CISL UIL abbiamo sottoscritto **due protocolli: sull'abolizione del c.d. superticket** (novembre 2016) e sul governo delle **liste di attesa** e dell'intramoenia (aprile 2017). E' utile aggiungere che la Regione si sta già muovendo in campagna elettorale e che sta mettendo in campo iniziative forti dal punto di vista comunicativo, ma che non prevedono significativi investimenti per il SSR.

Welfare contrattuale e servizi pubblici

- Infine, rimane aperta la questione centrale, per quanto riguarda il sindacato, del rapporto fra welfare contrattuale (di primo e secondo livello) e servizi pubblici (sociale, sanità, ecc.). Come CGIL CISL UIL abbiamo avviato un contatto con la Regione Lazio proprio su quest'ultimo punto, proponendo un percorso che porti alla definizione di un Fondo Sanitario Regionale, con l'obiettivo di convogliare quante più risorse possibili sulle strutture pubbliche. Naturalmente, al di là dell'impegno delle singole regioni, è fondamentale che la confederazione assuma nel suo insieme una posizione chiara in questa direzione. Viceversa, parlare di sanità pubblica e di diritti universali diventa sempre più difficile.



Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier LAZIO con la documentazione

- Protocollo Regione – CGIL CISL UIL Politiche Sociali (2014)
- Protocollo condivisione Piano Sociale Regionale (2016)
- Accordo sanità e abolizione superticket (novembre 2016)
- Verbale d'Intesa sul governo delle Liste d'Attesa (aprile 2017)
- Ricerca sulla spesa sociale nel Comune di Roma (maggio 2016)

CGIL



LIGURIA



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Liguria

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- Il SSR ligure è caratterizzato da un'offerta di salute ancora accettabile ma a costi sempre più difficili da sostenere. Ciò rende il sistema molto instabile. Tutti gli studi e le ricerche (Bocconi, Agenas, Tor Vergata) convergono nel ritenere la sanità ligure in costante arretramento.
- La sanità ligure è decisamente sbilanciata sull'offerta ospedaliera. I posti letto ospedalieri per acuti superano il limite di legge (3,0% in rapporto alla popolazione) di 102 unità mentre il limite relativo ai posti letto di riabilitazione (0,7%) risulta carente di 219 unità.
- Inoltre gli ospedali liguri sono, pressoché tutti, ubicati in strutture vetuste ormai inadeguate se non addirittura suddivisi in padiglioni. Molti sono ancora gli ospedali con meno di 120 pl.
- In sostanza è inapplicata la cd "Legge Balduzzi" anche per quanto riguarda la costituzione per la Medicina Generale delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità di Cure Primarie).
- Dal Programma Nazionale Esiti emerge inoltre la necessità di: razionalizzare la spesa farmaceutica; accorpate e innalzare il livello delle chirurgie; realizzare reparti di continuità assistenziale a gestione infermieristica con la collaborazione dei MMG.
- Queste considerazioni appaiono ancor più significative se si considera l'alta incidenza di anziani e di malati cronici sul totale della popolazione (più di un terzo). Questa parte della popolazione, in particolare, è portatrice di esigenze alle quali l'ospedale può rispondere solo parzialmente, inadeguatamente e a costi più alti; ben più appropriate risulterebbero strutture e servizi territoriali utili a coprire la gamma dei bisogni che si presentano quotidianamente.
- In assenza di efficienti servizi territoriali, alle persone non resta che riversarsi al pronto soccorso. Non è quindi un caso se la rete dell'emergenza di questa regione, pur esprimendo professionalità adeguata, è costantemente sotto la pressione di un numero cospicuo di codici bianchi e verdi.

Relazioni sindacali

- Le relazioni sindacali regionali, nell'ultimo lustro, sono soddisfacenti. Nel 2012 ciò ha permesso alle Confederazioni - insieme alle categorie dei pensionati e dei dipendenti pubblici - di elaborare, approvare e sostenere una piattaforma avanzata (pre Legge Balduzzi), per favorire l'evoluzione del sistema di cui nel paragrafo seguente presentiamo una sintesi.
- In questo periodo il mutato quadro politico della politica regionale e le dinamiche interne alle organizzazioni sindacali hanno reso più farraginoso e difficile il lavoro comune.

La piattaforma unitaria regionale

- La inadeguatezza delle risorse disponibili, situazione subentrata con la crisi, non ha consentito di agire in due tempi per sopprimere strutture inadeguate, come invece hanno fatto in anni precedenti le Regioni virtuose. Che, prima di chiudere i piccoli e costosi ospedali, hanno prima aperto delle strutture territoriali più aderenti ai mutati bisogni. Così, in quelle regioni, i piccoli ospedali sono stati chiusi senza causare reazioni negative da parte dei cittadini; ai quali, senza soluzione di continuità, sono migliorati i servizi dove trovare risposte alle proprie esigenze.

- Non potendo procedere in questo modo, stante appunto la scarsità di risorse, l'idea di fondo della nostra piattaforma fu proporre non la chiusura ma la riconversione delle strutture, creando una sorta di **UCCP ante litteram**.
- In queste UCCP, che garantiscano la continuità assistenziale e la presa in carico dei malati cronici, è previsto siano presenti:
 - MMG e medici di guardia medica per una rotazione h24, 365 giorni all'anno affiancati da una dotazione organica che comprenda *personale infermieristico, assistenti sanitari/sociali, O.S.S., amministrativi, addetti ai trasporti, addetti alla sanificazione ambientale*
 - un centro prelievi con lavorazione e certificazione dei referti presso un laboratorio unico per far viaggiare le provette e non le persone;
 - una diagnostica di primo intervento attuabile con il trasferimento di tecnologia diagnostica leggera 24/24.(es: radiografie, ecografie, etc)
 - un poliambulatorio Specialistico con personale dell'Ospedale.
 - uno sportello unico integrato socio-sanitario per l'accoglienza, la presa in carico del paziente, per individuarne i bisogni ed assegnare il percorso adeguato(protesica, cure domiciliari, assistenza domiciliare etc.).
 - Il Centro Unico Prenotazioni
- Altra idea, conseguente alla prima, fu collegare le risorse derivanti dalla riconversione dei piccoli ospedali alla **remunerazione dei lavoratori** per costruire il necessario consenso fra gli operatori.
- Altre priorità della Piattaforma sono la rete ospedaliera e la Non Autosufficienza.
- Riguardo all'**Ospedale**, la piattaforma afferma che debba puntare all'eccellenza, garantire standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi per l'erogazione dei L.E.A. in emergenza-urgenza. Inoltre che sia da potenziare l'Osservazione Breve Intensiva, come articolazione organizzativa del pronto soccorso, che gli ambulatori siano organizzati in un'unica piastra ambulatoriale anziché suddivisi in ogni reparto, in piastre di degenza ordinaria plurispecialistiche e per specialità omogenee; che i Day Hospital siano accorpate in un'unica sede.
- Riguardo alla **Non Autosufficienza**: si rivendica la riattivazione del fondo regionale per la non autosufficienza, dando attuazione alla legge istitutiva del fondo regionale che deve mantenere la funzione di sostegno al lavoro di cura delle famiglie e alimentare un sistema di servizi domiciliari e residenziali sotto la regia integrata delle AA.SS.LL. e delle conferenze dei sindaci, e gestito dal Distretto Socio Sanitario attraverso la rete dei servizi territoriali;

La vertenza Cgil, Cisl, Uil

- Dopo alcune manifestazioni di piazza unitarie, nel 2013 giungemmo all'accordo con la Regione e, alla fine dell'anno, la Giunta recepì gli accordi approvando tre delibere (DGR):
 - una DGR sulle UCCP,
 - la seconda DGR sulla remunerazione dei lavoratori collegata all'efficientamento,
 - una terza DGR che collega il premio di risultato dei DG all'attivazione di accordi conseguenti alla seconda delibera.
 - La questione del fondo regionale per la non autosufficienza invece rimase al palo.
- L'inerzia della Giunta uscente e l'avvicendamento politico avvenuto nelle elezioni regionali del 2015 non permisero di concretizzare, se non in minima parte, quanto pattuito.

Il confronto oggi

- La Giunta Toti non ha, almeno formalmente, revocato ~~queste~~ deliberazioni **sopracitate**, esprimendo anzi in più occasioni pubbliche interesse verso queste elaborazioni ... salvo poi procedere altrimenti.
- La prima decisione concreta presa dall'attuale Amministrazione Regionale è stata la costituzione di ALISA mutuando l'idea veneta dell'azienda unica per l'omogeneizzazione dei sistemi e dei processi. L'originalità ligure consiste però nel mantenimento di tutte le Aziende Sanitarie e

Ospedaliere esistenti che sarebbero, almeno nelle intenzioni, sott'ordinate ad ALISA. La realtà è viceversa quella di una nuova sovrastruttura fin da subito incerta e traballante ma funzionale quale braccio operativo di fiducia dell'Assessorato.

- La Giunta Regionale, nel tentativo di rispondere alle nostre richieste di favorire reali politiche di integrazione socio-sanitaria, ha introdotto la figura del Direttore Socio-Sanitario all'interno degli staff delle Direzioni delle 5 AA.SS.LL Liguri, peraltro senza definire nel dettaglio ruolo e funzioni, lasciando trasparire un pensiero corto della giunta che, impossibilitata ad operare scelte chiare e di prospettiva, spera nelle funzioni salvifiche dei Direttori, copiando, senza troppi sforzi di fantasia, dal sistema Lombardo.
- Così agendo peraltro si fanno ulteriormente lievitare i costi per le funzioni Direttive, i costi a regime tra A.Li.Sa e Direttori Socio-Sanitari ammonteranno a circa 900.000 €/anno senza certezza di copertura economica aggiuntiva se non andando ad attingere alle risorse finalizzate a garantire i LEA ai cittadini. Il dibattito è, comunque e sempre in ambito ospedaliero.
- Esiste un esile confronto fra le parti (Giunta e Sindacato confederale), di carattere puramente formale, quindi per noi sempre più insostenibile. Situazione deludente anche per CISL e UIL ma con differenti sfumature e approcci. Questa condizione rende complicato procedere con il dovuto tempismo ad azioni unitarie come nel costume del sindacato in questa regione.

Prossime iniziative sindacali



[Tigullio-Golfo paradiso](#)

La nuova Azienda Ligure A.Li.Sa. e il Testo Unico in Sanità

Nuove regole e percorsi uniformi nell'offerta sanitaria e sociosanitaria oppure maggiori costi senza risposte concrete agli attuali bisogni di salute?



Incontro Pubblico



LUCI E OMBRE

SULLA SANITA' DEL PONENTE LIGURE

Martedì 4 Luglio 2017 ore 17.00

genere e i cittadini.

- Stiamo per avviare con FP e SPI, sperabilmente anche con CISL, una campagna stampa articolata e concentrata nei territori. Queste iniziative, se efficaci, ci permetteranno di tragguardare ad una manifestazione alla ripresa autunnale.

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier LIGURIA con la documentazione:

- Piattaforma CGIL CISL UIL per vertenze sanità
- DGR Liguria recepimento Intesa con CGIL CISL UIL sul Personale Sanità (dicembre 2013)
- DGR Riordino attività distrettuali e cure primarie (dicembre 2013)

- E' necessario mobilitare i lavoratori e i pensionati in difesa del SSR, oggettivamente messo a rischio dalle scelte politiche in campo oggi. Questa è la vertenza politicamente più pesante e centrale per la Liguria. La situazione appare tutt'altro che semplice e richiede un approccio energico e innovativo per controbilanciare l'abilità della nostra controparte nella costruzione del consenso attraverso la manipolazione dell'informazione e dei media.
- Stiamo costituendo una task force (confederazione e categoria regionale) per sostenere fattivamente i territori nel lavoro capillare di costruzione di consapevolezza e consenso fra gli addetti ai lavori, i lavoratori in



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Lombardia

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- L'attuale configurazione è il risultato della Legge di Riforma del Sistema Socio-Sanitario Regionale (L.R. n.23/2015) ma i principi di fondo a cui si ispira sono preesistenti, derivati da precedenti indirizzi politici (L.R. n.31/1997) non più modificati, cioè il principio di equiparazione fra soggetti pubblici e soggetti privati accreditati (modello competitivo), la libertà di scelta da parte del cittadino e la separazione fra soggetti della programmazione e controllo e soggetti produttori. La riforma è considerata una sperimentazione in accordo con il Ministero della Salute. Il Piano Sociosanitario Regionale, tuttavia, è ancora quello definito per il quadriennio 2010-2014 e non è ancora stato oggetto di revisione.
- Il sistema lombardo attribuisce alla Direzione Generale Welfare: le funzioni di garanzia della erogazione dei LEA; la programmazione, l'indirizzo e il controllo; la definizione di regole per l'autorizzazione, l'accreditamento e la contrattualizzazione delle strutture; la definizione delle tariffe delle prestazioni; la raccolta e la gestione dei flussi informativi. Annualmente la Giunta elabora con apposita delibera le "Regole di sistema" per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti, degli investimenti e per la definizione dei contratti con i soggetti erogatori.
- Il sistema completa la separazione netta fra la funzione di programmazione e controllo e quella di erogazione; la separazione funzionale si è realizzata attraverso una doppia riorganizzazione che ha prodotto l'istituzione di due nuovi enti:
 1. Le ATS (Agenzie di Tutela della Salute): sono 8, sostituiscono le precedenti 15 ASL, sono articolazioni amministrative della Regione di cui attuano gli indirizzi, con funzioni di programmazione, acquisto e controllo. Le ATS ricevono il finanziamento da RL e pagano gli erogatori di servizi (le ASST, gli IRCCS e i privati accreditati). Hanno le seguenti prerogative: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; governo dell'assistenza primaria e del relativo convenzionamento; governo del percorso della presa in carico dei pazienti; governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; promozione della sicurezza alimentare, prevenzione e controllo degli ambienti di vita e di lavoro; sanità pubblica veterinaria; monitoraggio della spesa; vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali;
 2. Le ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali): sono 27 strutture operative pubbliche a cui spetta l'erogazione delle prestazioni. Si articolano in due settori aziendali: il Polo Ospedaliero (articolato in presidi e/o dipartimenti con diverse intensità di cura) e la Rete Territoriale (che eroga prestazioni distrettuali – consultori, Cps, Sert - e favorisce l'integrazione tra funzioni sanitarie, funzioni sociosanitarie e funzioni sociali di competenza dei Comuni)
- In Ogni ATS sono costituiti un numero di Distretti pari al numero di ASST. I Distretti sono a loro volta suddivisi in Ambiti Distrettuali la cui popolazione di riferimento è fissata entro due soglie minima e massima di 80.000 e 120.000 abitanti (con l'eccezione delle aree montane o con bassa densità abitativa). L'articolazione distrettuale deve garantire l'integrazione fra la rete sanitaria, sociosanitaria e quella dei servizi sociali, anche attraverso i Piani di Zona e sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci; a questo scopo è costituito in ogni ATS il dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali.
- L'offerta di strutture sociosanitarie è costituita dalle strutture ex IPAB, oggi completamente privatizzate dopo la trasformazione in Fondazioni (con l'eccezione delle ASP), a cui si affiancano le

strutture del mercato privato degli operatori accreditati (Residenze Sanitarie Assistite, Residenza Sanitarie per Disabili, Centri Diurni per Disabili, Centri Diurni Integrati).

Le principali criticità

- Le finalità dell'ultima riforma sono state oggetto di un ampio confronto preliminare con le Organizzazioni Sindacali e di un accordo con la Presidenza di Regione Lombardia che aveva preceduto la stessa Legge 23/2015 (vedi allegato accordo del 26/09/2014), poi seguito per quanto attiene le relazioni sindacali con la Direzione Generale Welfare (vedi allegato protocollo di intesa del 13/07/2016).
- Prescindendo dalla continuità delle scelte politiche di fondo fra differenti giunte che non abbiamo mai condiviso ma che informano il sistema sociosanitario lombardo, le principali criticità rilevabili attualmente nel sono le seguenti:
 1. *L'apertura al mercato privato degli operatori*, attraverso la pariteticità introdotta dal modello della L.R. 31/1997 ha per lungo tempo favorito la moltiplicazione dell'offerta e in particolare di quella ospedaliera, a scapito della programmazione e della coerenza con la domanda; benché il rapporto pubblico-privato in Lombardia oggi si attesti su percentuali 70-30, il presidio territoriale dell'offerta non è ovunque omogeneo ed equilibrato nella composizione qualitativa dei servizi e della prestazioni e la rete dei servizi ospedalieri, per alcuni versi punteggiata da eccellenze, risulta a tratti ipertrofica e a tratti obsoleta.
 2. *Nuovi presidi sul territorio*: nonostante la riforma prevedesse la costituzione di due nuovi nodi della rete d'offerta (i Presidi Ospedalieri Territoriali e i Presidi Sociosanitari Territoriali), in particolare per potenziare la rete di cura diffusa e supportare il modello di gestione dei pazienti cronici, allo stato attuale il disegno della rete sul territorio è del tutto incompleto e tale da non controbilanciare, nella percezione di molti cittadini, il venire meno di alcuni presidi oggetto di chiusure o riorganizzazioni perché non in linea con gli standard nazionali (Punti Nascita, Pronto Soccorso).
 3. *La separazione funzionale tra ATS e ASST* e la distinzione, in queste ultime strutture, fra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale (che ha acquisito i servizi territoriali delle ex ASL), che oggi corrispondono a due dirigenze distinte e due bilanci operativi distinti, ad oggi non ha favorito la deospedalizzazione e l'integrazione dei servizi; al contrario questi ultimi sono spesso depotenziati sotto il profilo della loro tenuta organizzativa, capacità di erogazione, omogeneità nella diffusione territoriale, grado di privatizzazione. Anche il ridisegno dei distretti che hanno un bacino molto più ampio, rischia di essere causa dell'indebolimento della programmazione territoriale e della implementazione degli obiettivi di integrazione fra sociosanitario e sociale.
 4. Nonostante la LR 23/2014 preveda il raccordo fra le ATS e le conferenze dei sindaci, *l'integrazione con i servizi sociali* è ancora sulla carta e anche i più recenti provvedimenti di RL di fatto non affrontano in modo risolutivo questo nodo, che pure è uno degli obiettivi della riforma e una delle aree di miglioramento più urgenti per sostenere i cittadini che si fanno carico nelle famiglie delle situazioni di fragilità (non autosufficienza e sofferenza psichica solo per citare due casi); sotto questo profilo l'istituzione dell'Assessorato al Reddito di Autonomia, a cui fanno capo le politiche più strettamente di profilo sociale, con la separazione di funzioni che in passato erano svolte da un unico Assessorato, non facilita un lavoro di intreccio operativo con l'Assessorato al Welfare e fra le rispettive Direzioni Generali.
 5. *Liste di attesa*: nonostante la diffusione di unità di offerta i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sono ancora molto differenziati per strutture e per molte prestazioni non in linea con i tempi dichiarati dalle strutture stesse.
 6. *Compartecipazione alla spesa*: la spesa privata per i cittadini lombardi è generata dalle quote di compartecipazione istituzionalmente definite (ticket, superticket, rette RSA), dalla spesa privata in regime di libera professione effettivamente frutto della libertà di scelta e dalla spesa privata generata dalle difficoltà di accesso alle prestazioni nel SSN. A queste voci sarebbe necessario aggiungere le risorse impiegate nel finanziamento delle forme di welfare occupazionale (fondi sanitari integrativi settoriali e/o accordi di welfare aziendale) per i soggetti aderenti.

7. *Relazioni sindacali territoriali*: anche sotto questo aspetto convivono esperienze molto diversificate. In alcuni territori si sono potuti realizzare significativi accordi con le ATS e le ASST (Cremona e Monza Brianza/Lecco – vedi accordi allegati), sulle ricadute della LR 23/2015. Nel corso del 2016, nella gran parte dei territori, si sono svolti confronti con entrambi gli enti sui rispettivi Piani Organizzativi Aziendali Strategici, che costituiscono i “piani industriali” delle ATS e ASST nella prospettiva della riorganizzazione varata dalla nuova norma regionale. A questi casi si aggiunge inoltre un processo molto ampio e diffuso in tutta la Lombardia di partecipazione e negoziazione nella fase della stesura dei Piani di Zona, durante la triennalità 2015-2017 che si sta concludendo. D’altro canto, sulla implementazione della riforma sociosanitaria e le sue ricadute territoriali, registriamo che le modalità dei confronti locali sono fortemente disomogenee e di fatto al momento ancora non coerenti con gli obiettivi di partecipazione diffusa che sono previsti dalle intese di carattere regionale.
8. Se si osserva il sistema dal punto di vista degli *operatori del comparto*, già pesantemente condizionato dagli interventi nazionali sul blocco del turn over e sul congelamento della contrattazione collettiva nazionale, la revisione del sistema di governance in Lombardia ha finora mancato negli obiettivi di un confronto trasparente, continuo e diffuso sulle ricadute sul personale, sia per ciò che attiene la definizione dei fabbisogni occupazionali nelle strutture e nei servizi, sia per il miglioramento organizzativo e l’adeguamento professionale coerente con le nuove modalità operative, sia per il riconoscimento economico (fondi di produttività aziendale e fondi contrattuali). La mobilità territoriale e fra strutture, la disparità dei trattamenti in atto fra personale prima appartenente a strutture diverse che oggi si trova a lavorare fianco a fianco, la difficoltà di applicazione dell’accordo del luglio 2016 per la parte economica, ma soprattutto l’incrocio di queste condizioni con i vincoli nazionali sta sottoponendo il personale del comparto a condizioni di pesante stress organizzativo. Questo mette spesso a rischio la copertura sostanziale proprio di alcuni servizi di maggiore prossimità e dedicati alla popolazione in condizioni di maggiore fragilità e rende problematico affrontare l’ulteriore revisione di modello organizzativo proposta per la gestione dei pazienti cronici.

Lo stato del confronto Giunta - Sindacato confederale regionale

- Lo stato del confronto con la DG Welfare nel momento attuale è condizionato da due fattori: la fase di attuazione della Legge di riforma del sistema sociosanitario lombardo (LR 23/2015) e l’approrssimarsi della scadenza elettorale regionale. Ai fini di questa scheda affrontiamo esclusivamente il primo elemento.
- Sullo stato di attuazione della riforma sociosanitaria lombarda e sulla applicazione dell’insieme degli accordi sindacali sottoscritti a questo riguardo (accordo del 09/2014 e del 07/16) gli elementi di valutazione sono numerosi. Ci soffermiamo solo su alcuni di essi che consentono di intrecciare l’attuazione della norma e l’applicazione degli accordi, cioè: 1) *gli effetti della riforma del sistema sugli assetti strutturali dei servizi e sulle condizioni di lavoro nel settore (fase 1 della riforma)*; 2) *la elaborazione del modello di presa in carico dei pazienti cronici come asse portante del riassetto del sistema (fase 2 della riforma)*; 3) *la spesa sanitaria a carico dei cittadini lombardi e la riduzione della quota di compartecipazione*; 4) *la qualità del confronto regionale e territoriale*.

Gli effetti della riforma sugli assetti strutturali dei servizi e sulle condizioni di lavoro nel settore

1. La riforma ha completato il ridisegno funzionale del sistema sociosanitario che si è accompagnato alla cessione di attività di erogazione diretta di servizi dalle ATS alle ASST, con il relativo passaggio del personale coinvolto. Questa complessa riorganizzazione, durata oltre un anno, se da un lato è avvenuta senza soluzione di continuità nell’erogazione dei servizi stessi ai cittadini, dall’altro ha messo in evidente tensione le relazioni sindacali del comparto, che è infine arrivato alla proclamazione dello stato di agitazione e alla recente sottoscrizione di due accordi (vedi allegati), sulle relazioni sindacali e sulle risorse aggiuntive regionali.

Il modello di presa in carico dei pazienti cronici

2. Il cuore della riforma sociosanitaria del 2015 è il ripensamento del modello di cura per i pazienti cronici, che rappresentano il 30% circa degli utenti del sistema sociosanitario e assorbono il 70% delle risorse. Il modello proposto viene recentemente precisato attraverso due delibere approvate in stretta successione: i) la delibera sul governo della domanda, che contiene la stratificazione della

popolazione di utenti del sistema sulla base della lettura storica del loro consumo di prestazioni e livello di cronicità (DGR X/6164 del 30/172017, vedi sintesi allegata), e ii) la delibera sul riordino della rete d'offerta (DGR X/6551 del 04/05/2017, vedi sintesi allegata). Le due delibere sono fortemente correlate perché il paradigma si basa su un presupposto di controllo centralizzato dei costi e della rete di offerta, che per lo più si mantiene stabile dal punto di vista della quantità dei soggetti coinvolti. I capisaldi del modello restano coerenti con i presupposti del sistema lombardo, cioè la libertà di scelta dei cittadini e la parificazione nella rete di offerta fra soggetti pubblici e soggetti privati accreditati e contrattualizzati. L'adesione da parte dei cittadini è volontaria e, nel caso di adesione, si esercita fra diversi possibili erogatori.

Gli obiettivi da perseguire attraverso il modello della presa in carico dei cronici sono i seguenti: Integrare tutte le prestazioni necessarie in un unico piano di cura definito e condiviso dal paziente. - Dare continuità agli interventi. - Migliorare l'accesso ai servizi riducendo le liste di attesa attraverso la programmazione. - Migliorare l'appropriatezza delle cure. - Strutturare reti di cura che integrino tutte le prestazioni richieste (sanitarie, sociosanitarie e sociali) e tutte le competenze necessarie, superando la logica verticale delle prestazioni.

Queste caratteristiche, nel loro insieme, rappresentano il contenuto materiale del paradigma della "presa in carico", che quindi comporta non solo un cambiamento nel rapporto fra il paziente e il sistema sociosanitario ma anche uno sforzo di riorientamento organizzativo da parte tutti i soggetti del sistema. Il riordino della rete d'offerta definisce infatti un sistema di gestione in cui si distinguono tre attori principali: il soggetto gestore della presa in carico; i soggetti erogatori e i Medici di Medicina Generale.

Senza entrare nello specifico del modello, per il quale rimandiamo alla nota di sintesi allegata, è utile evidenziare tre caratteristiche:

- Il modello richiede alle strutture responsabili della gestione del paziente una forte capacità previsionale, gestionale e organizzativa oltre alle tradizionali competenze cliniche. Per il tipo di competenze richieste il sistema tende a favorire la concentrazione delle funzioni chiave all'interno di alcuni soggetti che hanno poi il compito di interagire con gli erogatori delle singole prestazioni. In uno scenario così concepito la diversa risposta delle strutture può comportare il rischio di un cambiamento dei pesi relativi fra pubblico e privato;
- L'adesione al modello da parte dei pazienti è volontaria: a fronte dell'investimento di riorganizzazione che viene chiesto al sistema, la garanzia del ritorno dell'investimento al momento non è data;
- L'attuazione del modello, che avverrà entro la fine del 2017, non chiarisce ancora le modalità e i tempi di estensione anche alla filiera sociosanitaria in senso stretto.

E' rilevante sottolineare l'aperta contrarietà di alcune associazioni di rappresentanza dei Medici di Medicina Generale al paradigma proposto, verso il quale la categoria nutre la preoccupazione di uno svuotamento di competenze della medicina primaria e una compromissione del ruolo del medico rispetto al paziente. Il risultato di questa contrarietà, unito alla volontarietà della adesione da parte dei cronici, configura una chiara difficoltà a valutare il successo del modello a partire dalla sua prima fase, cioè l'accesso.

La spesa sanitaria a carico dei cittadini lombardi

3. Sul fronte della compartecipazione, dopo il mancato accordo dello scorso dicembre per evitare un accordo separato (vedi allegato) con l'Assessorato al Welfare, la situazione è di fatto immutata ma è intervenuto un elemento nuovo e rilevante. Il provvedimento con il quale Regione Lombardia dimezzava il valore dei superticket a partire dal 1 gennaio 2017, infatti, è stato impugnato dal Governo e dunque non è mai stato applicato. Regione ha ricorso contro l'impugnazione e aperto un negoziato con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia ma è chiaro che l'attuale conflitto istituzionale non rende plausibile la ripresa del negoziato su questo tema, a meno di una preventiva soluzione del contenzioso. Il bonus per la riduzione della compartecipazione per i soggetti ricoverati in RSA (sosia 1 e 2 e nuclei altzheimer) subisce continui slittamenti e al momento non è stato deliberato nulla in merito.

La qualità del confronto regionale e territoriale.

4. In un contesto con queste caratteristiche è attualmente positiva la ripresa di modalità di lavoro unitarie nel confronto con la DG Welfare; questo ci ha consentito di elaborare alcune osservazioni sul modello della presa in carico, con cui si è svolto un confronto fra la prima e la seconda delibera, che ha prodotto un accordo (vedi testi allegati). Lo scopo dell'accordo era triplice:
- Rafforzare le modalità del confronto, sia regionale sia territoriale sulla attuazione della riforma sociosanitaria;
 - Specificare e chiarire alcuni degli aspetti del nuovo paradigma, in particolare rispetto ai requisiti e alle funzioni dei soggetti gestori e del rapporto con i pazienti;
 - Incorporare in un testo di natura pattizia l'impegno ancora non realizzato sulle misure di compartecipazione per le rette RSA.

**RIFORMA SANITARIA LOMBARDA:
MANTENERE GLI IMPEGNI
PROMUOVERE IL CONFRONTO**

**ATTIVO UNITARIO
SU, DELEGATI E DIRIGENTI SINDACALI**

Venerdì 19 maggio 2017 Ore 9,30 – 13

Il testo non è quindi un accordo sulla delibera, di cui abbiamo visionato solo alcuni materiali preparatori e non il documento in via preliminare, ma interviene su alcuni elementi del modello, perché abbiamo unitariamente ritenuto di dover intervenire nel merito, più che con un giudizio sul modello in sé. Questa scelta è oggetto di discussione anche internamente, in particolare da parte di coloro che temono questo paradigma possa essere il viatico del completamento della privatizzazione della sanità in Lombardia; posizione questa che merita per sua natura di essere discussa.

- In questa fase stiamo quindi preparando una valutazione sullo stato della LR 23/2015, dei relativi accordi sottoscritti, del mandato negoziale e su come coinvolgere il nostro gruppo dirigente in una discussione che non può essere tra pochi esperti, con il rischio di lasciare tutti gli altri privi di strumenti di valutazione. Il rafforzamento di una interlocuzione sindacale non sistematica né diffusa, sia a livello regionale che a livello territoriale, non può infatti prescindere dall'obiettivo della

costruzione di rappresentanza anche sui temi della salute nel corpo diffuso della nostra organizzazione.

Segreteria Cgil Lombardia, Milano, 20 giugno 2017

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier LOMBARDIA con la documentazione:

- accordo misure sperimentali residenzialità 2013 - documento unitario 2014 - Accordo riforma sociosanitaria Lombardia 26/09/2014 - documento unitario su compartecipazione 2015
- protocollo relazioni sindacali 13/07/2016
- mancato accordo dicembre 2017 - Documento unitario aprile 2017 - Accordo unitario maggio 2017
- stato di agitazione comparto 2017 - accordo comparto 2017 - accordo comparto 2017_rar - accordo somministrati 2017
- accordo territoriale Monza Brianza-Lecco 2016 - accordo ATS Brianza - protocollo relazioni sindacali ATS Brianza
- accordo ATS Val Padana 2016 - accordo ASST Cremona 2016 - accordo ASST Crema 2016



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario nelle Marche

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

Una Giunta indisponibile al confronto

- La Giunta regionale insediatasi nel 2015, contrariamente agli impegni assunti in via programmatica e in controtendenza rispetto a una tradizione regionale di relazioni consolidate, sta dimostrando una costante indisponibilità nei confronti delle parti sociali e del contributo che queste potrebbero apportare ad un metodo di governo fondato sulla partecipazione democratica e sulla condivisione di obiettivi comuni, come strumenti per favorire la qualità delle scelte.
- Tale indisponibilità, già criticabile di per sé, è ancor più ingiustificabile alla luce della drammatica condizione in cui versa il sistema socio sanitario nei territori colpiti dal sisma, dove si contano decine di strutture chiuse e centinaia di utenti trasferiti o comunque privati di assistenza adeguata. Tali criticità, contrariamente a quanto sta avvenendo, chiamerebbero tutti ad intensificare l'integrazione e il coordinamento degli sforzi per individuare le priorità, selezionarle e definire strategie, obiettivi ed azioni comuni.

I risultati di bilancio e le conseguenze sui servizi

- I risultati di gestione che il sistema sanitario marchigiano ha registrato negli ultimi anni sono importanti, registrando il passaggio da un disavanzo di 21,6 milioni nel 2010 (Agenas) a un avanzo di 61,9 milioni del 2015 (bilancio GSA).
- Nel 2015 il Servizio Sanitario Regionale ha incassato dai cittadini marchigiani 46,8 milioni di € come compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Agenas). Dall'analisi dei bilanci della Gestione Sanitaria Accentrata regionale risulta che, solo tra il 2012 e il 2015, la spesa per il personale è stata ridotta di poco più di 15 milioni di €.
- Si può quindi affermare che i risultati possono essere ritenuti positivi solo sul piano strettamente economico finanziario, poiché, per il resto, rappresentano la semplice conseguenza della riduzione della qualità dei servizi, di un aumento del loro costo e dell'appesantimento delle condizioni di lavoro.

La Rete Ospedaliera

- Uno dei cardini della riorganizzazione sanitaria è stata la rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, razionalizzata spostando risorse ed attività verso la post acuzie e il regime ambulatoriale, nonché riorganizzando gli ospedali secondo logiche di integrazione e differenziazione delle attività (reti cliniche) e sviluppando reparti strutturati non più per disciplina specialistica ma per intensità di cura.
- La riduzione della frammentazione ospedaliera è realizzata trasformando i 13 più piccoli ospedali marchigiani in Ospedali di comunità, ossia strutture territoriali deputate principalmente alla gestione dei pazienti cronici e fragili.

La Sanità Privata

- La tendenza degli ultimi anni registra, nelle Marche, un costante incremento del peso del privato convenzionato, sia in ambito multi-specialistico che mono. In media circa il 16% dei posti letto

ospedalieri sono gestiti da soggetti privati, con una concentrazione straordinaria sulla post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione), dove la percentuale raggiunge il 58% dei posti letto.

- Emerge con evidenza il tema del governo del sistema degli erogatori privati nella Regione Marche. In particolare, l'affidamento al privato di parti importanti del sistema socio sanitario, fuori da una logica di integrazione dell'offerta erogata dal soggetto pubblico, rischia di comprimere la funzione, propria di quest'ultimo, di garante nella verifica e nel controllo dell'attività affidata, riservandogli il solo ruolo di ufficio pagatore.

I Tempi d'attesa

- Nel sistema dell'offerta marchigiana esistono ancora gravi carenze strutturali, alle quali bisogna far fronte sia attraverso un utilizzo più intensivo ed efficiente delle apparecchiature diagnostiche, sia incrementando l'offerta di alcune specifiche tipologie prestazioni, da attuare coinvolgendo il personale del servizio sanitario pubblico con progetti specifici.

La Mobilità Sanitaria

- Il fenomeno della mobilità sanitaria nelle Marche si è aggravato tra il 2010 e il 2015, periodo in cui il saldo passivo, relativamente ai soli ricoveri, è passato da 26 a 48,9 milioni di € (Conferenza Stato Regioni 2017).
- Siamo di fronte ad una gravissima perdita di attrattività della sanità marchigiana, le cui ragioni sono molteplici. La contrazione della spesa per il personale ha inevitabilmente determinato una riduzione delle prestazioni prodotte, insieme alla loro qualità.

Case della Salute e Cure Primarie

- Il Protocollo Regione – OO.SS. recepito con DGR 149/14 individuava la Casa della Salute come fulcro principale del sistema delle cure primarie.
- Regione e OO.SS. concordarono un piano triennale di dimensionamento che prevedeva, oltre alle 11 strutture esistenti 13 strutture derivanti dalla conversione dei piccoli ospedali e 12/15 strutture da attivare ex novo.
- La DGR 139/16, nel trasformare le Case della Salute ad alta intensità in Ospedali di Comunità, riduce e omogeneizza la quota assistenziale ancora a carico della componente ospedaliera, trasformando in Cure Intermedie i posti letto di Day Surgery, Lungodegenza e Riabilitazione.
- Questa nuova organizzazione rende indispensabile lo sviluppo della rete dell'emergenza territoriale, l'incremento dei turni della Continuità Assistenziale e la presenza H24 di personale medico. Dei 371 posti letto di Cure Intermedie previsti, ne risultano attivati solo 250. L'apertura degli Ambulatori di Medicina Generale, necessaria per l'integrazione delle cure primarie, è stata attuata solo in 4 strutture. Anche la copertura H24 non viene garantita in maniera uniforme. Delle 11 strutture già esistenti, dove solo per alcune vengono segnalate sperimentazioni di integrazione di cure primarie, non sono note le effettive attività. È scomparsa del tutto la programmazione dell'avvio delle 12-15 strutture ex novo, di cui non se ne conosce neppure l'eventuale ubicazione, importante nell'ottica del riequilibrio territoriale.

Servizi Territoriali ed Integrazione Socio Sanitaria

- Con la DGR 149/14 Regione e Sindacati concordarono un piano di sviluppo dei servizi rivolti alle persone più fragili, in particolare anziani non autosufficienti. Il piano triennale di fabbisogno, che in realtà esprime solo le capacità di offerta espresse dalla Regione, prevede un sensibile incremento dei servizi residenziali e diurni, comunque ancora largamente insufficiente a far fronte ai bisogni effettivi.
- Così come del tutto insufficiente è il sistema della domiciliarità, che va assolutamente potenziato.
- Manca un programma vasto ed incisivo di *prevenzione*, livello assistenziale sul quale le Marche nel 2015 hanno speso meno di quanto previsto dal Patto per la Salute 14/16 (3,4% invece che

5%), con un trend di riduzione rispetto al 2013 (- € 6 mln, equivalenti allo 0,3%). Va rivisto e rivalutato infine il ruolo degli Enti Locali, oggi estremamente limitato, nella definizione dei bisogni, nella programmazione delle attività e nella loro valutazione, temi sui quali vanno definiti percorsi che coinvolgano le comunità locali, i cittadini e le organizzazioni di rappresentanza.

Il Personale

- Le condizioni di lavoro del personale sanitario nelle Marche sono pesantemente peggiorate in questi anni.
- Il Conto Annuale della Ragioneria Stato conferma il calo occupazionale nelle Marche con tutti i riflessi sui servizi ai cittadini. Si è passati dai 20.152 dipendenti del Comparto Sanità in servizio nel 2010, ai 19.430 del 2015, con una perdita di 722 unità con contratto a tempo indeterminato, e quindi al netto dei contratti a tempo determinato.
- Il dato di “3.000 assunzioni nel 2016”, annunciato con entusiasmo dalla Regione Marche va depurato dalle proroghe dei contratti a tempo determinato già in essere e dell’attivazione di nuovi ed ulteriori contratti a tempo determinato stipulati nel corso del 2016, che rappresentano la stragrande maggioranza dei complessivi 3.000 “assunti” con l’effetto negativo di riproporre il tema del precariato nel sistema regionale.
- Si rende quindi necessario aprire un confronto con le organizzazioni sindacali di Categoria:
 - sulla quantificazione dei fabbisogni di personale per tutte le professioni, al fine di reintegrare gli organici sguarniti;
 - su appalti e affidamenti all’esterno, con l’obiettivo di avviare politiche che avvicinino le condizioni di lavoro e favoriscano regole chiare e trasparenti per tutti i soggetti, pubblici e privati, che erogano servizi pubblici; è infatti intollerabile che il sistema continui ad alimentare situazioni di dumping tra lavoratori contrattualizzati in modo diverso e per questo discriminati nel riconoscimento delle qualifiche professionali, nei diritti fondamentali e nelle strutture retributive, su politiche occupazionali e di bilancio.
 - la garanzia di risorse regionali da destinare alla contrattazione decentrata, superando intollerabili squilibri oggi esistenti fra Aree Vaste e fra Aziende del SSR nell’ammontare dei “fondi” destinati alla componente accessoria della retribuzione (indennità, progressioni, disagio, produttività) ;
 - la salvaguardia dei livelli occupazionali dei lavoratori delle cooperative sociali che operano prevalentemente nel campo delle fragilità sociali ovvero nei servizi della salute mentale, delle dipendenze patologiche e della disabilità.

Il confronto/vertenza con la Regione

- Negli ultimi anni, il confronto con la Regione ha portato a due protocolli:
 - **Nel 2105 il Protocollo programmatico relativo al processo di riorganizzazione in campo sanitario e socio-sanitario** tra la Giunta regionale, le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale e le Confederazioni Sindacali CGIL CISL UIL.
 - **Nel 2015 il Protocollo tra GIUNTA REGIONE MARCHE e CGIL CISL UIL MARCHE per la qualità della partecipazione e del confronto** (DGR149/2014).
- Nonostante gli impegni assunti dalla Regione, la gestione della sanità si è fatta più critica sia per i servizi ospedalieri e territoriali, sia per i lavoratori le cui condizioni sono peggiorate. I tempi di attesa non si sono realmente ridotti. La Giunta ha potuto chiudere il bilancio 2015 con quasi 60 milioni di utile, a scapito, però, del livello di qualità dei servizi.
- Anche le nuove assunzioni, non sono assolutamente in grado di garantire il ripristino della funzionalità dei servizi.

- Dunque, la Giunta non applicato l'intesa firmata nel 2014, con il precedente esecutivo, e riconfermata dall'attuale Giunta Ceriscioli. Un documento che contemplava interventi concreti in tutti i settori, a cominciare dal rafforzamento di servizi territoriali fondamentali come la domiciliarità.
- Negli anni, invece, sono cresciute la sanità privata e la mobilità passiva. I tagli ai privati hanno riguardato solo gli appalti dei servizi e il trasporto sanitario. Nel corso degli anni, è diminuita anche la capacità programmatoria; sul fronte dell'edilizia ospedaliera si lanciano propositi e, intanto, nessun cantiere è stato avviato.

Manifestazioni e Iniziative di Mobilitazione

- Per queste ragioni, dopo alcune importanti iniziative di mobilitazione realizzate nel corso del 201 - **la Manifestazione unitaria dei pensionati (12 febbraio 2016) e l'Attivo-Manifestazione unitaria (26 ottobre 2016)** - le Organizzazioni Sindacali, unitariamente, hanno deciso di riprendere l'iniziativa nei confronti della Regione, sulla base di una piattaforma la cui sintesi è costituita dai punti sopra evidenziati.



Nella pagina web “Una sanità per tutti” il Dossier MARCHE con la documentazione:

- DGR recepimento Protocollo d’Intesa sul Servizio Sanitario Regionale tra Regione – CGIL CISL UIL (febbraio 2014)
- Protocollo d’Intesa sulla qualità della partecipazione e del confronto: Regione – CGIL CISL UIL (2015)



Dossier vertenze in ambito socio sanitario in Molise

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- Il sistema Sanitario della Regione Molise è, ormai, legato al susseguirsi dei “*Piani di Rientro dal disavanzo Sanitario*” che da ben dieci anni si sono trasformati in strumenti ordinari di programmazione sanitaria; e che, attraverso la riduzione dei servizi, in nome del riordino dei conti e della finanza pubblica, mortificano il diritto alle cure dei cittadini.
- La CGIL Molise è per tale motivo particolarmente impegnata sul fronte sanitario in modo costante e determinato dal marzo 2007, ossia da quando la Regione Molise è stata interessata dall’applicazione del primo accordo stipulato tra Ministeri e Governo Regionale. Un’alleanza, quella tra il Governo Centrale e Regionale che nel tempo si è fortificata tanto da cristallizzare l’ultimo “*Programma operativo straordinario sanitario 2015-2018*” della Regione Molise in una legge dello Stato. Ciò è accaduto il 14 giugno scorso attraverso la votazione dell’emendamento 34 bis del D.L. N.50 del 24 aprile 2017 (c.d. Manovrina); un blitz legislativo che ha minato la garanzia costituzionale del riparto di competenze in ambito sanitario tra lo Stato e la Regione imbavagliando il Consiglio Regionale e i cittadini. Del resto, è questa una pratica che, seppur ad un differente livello istituzionale, in Molise si ripete di frequente.

Una Giunta regionale indisponibile al confronto

- Nel corso dei dieci anni di riordino del SSR la CGIL Molise - insieme ad altri comitati, associazioni e Forum – è stata accuratamente esclusa dal Governo Regionale da ogni possibile confronto o apporto. Il riordino del SSR si è, infatti, consumato e sviluppato con un susseguirsi di atti “calati dall’alto” con fare autoritario e in ottemperanza alle leggi della finanza. Atti noncuranti del principio universalistico di accesso alle cure e del delicato contesto sociale, demografico e territoriale proprio della Regione Molise, martoriata in questi anni di crisi dall’innalzamento del dato di esclusione sociale, causata dal reddito, dalla carenza dei servizi, dall’invecchiamento della popolazione, dalla forte precarizzazione del lavoro.
- Pertanto, in un contesto sociale ed economico fortemente indebolito, la pratica adottata dal Governo Regionale per riorganizzare il SSR e razionalizzarne i costi ha ulteriormente impoverito il territorio di servizi essenziali rendendo la cura della salute un privilegio per pochi.

I programmi regionali e l’attacco al SSR pubblico

- Seppur condivisibile l’impianto generale dei Programmi diretti a favorire il passaggio della tutela sanitaria dall’ospedale al territorio mediante una riorganizzazione delle strutture già presenti - sia pubbliche che private accreditate - di fatto, i vari DCA adottati dai Governatori Regionali che si sono avvicendati nel tempo hanno scardinato l’intero SSR Pubblico in favore della Sanità Privata accreditata favorendo nella Regione Molise la più alta percentuale di strutture sanitarie private accreditate e di fondi pubblici ad esse erogate. I dati parlano in modo chiaro ed inconfutabile: lo smantellamento dell’Ospedale Cardarelli di Campobasso simulato nella cosiddetta integrazione tra il Cardarelli e la Fondazione Giovanni Paolo II e il trasferimento di funzioni sanitarie a quest’ultima e all’ IRCCS Neuromed; l’abbondare delle convenzioni tra la Regione e laboratori di

analisi privati; la paventata riconversione degli ospedali pubblici e dei presidi presenti sul territorio regionale che, di fatto, si sta consumando in un taglio netto dell'assistenza sanitaria.

Le iniziative e le proposte CGIL Molise

- In questo contesto sono nate le iniziative della CGIL Molise orientate a catalizzare persone, Associazioni e Comitati per una battaglia unica e unitaria per la tutela del principio universalistico per l'accesso alle cure sanitarie nella Regione Molise. In questo contesto, nel corso di dieci anni, hanno preso vita presidi, cortei, manifestazioni e convegni tra cui il convegno "*Percorsi per una sanità sostenibile e di qualità nella Regione Molise*" (5 novembre 2013), la "*Manifestazione per la Sanità Pubblica*" (18 maggio 2016), la "*Giornata Europea per la Sanità Pubblica*" (7 aprile 2017).
- Accanto alle "manifestazioni di piazza" la CGIL Molise ha elaborato e proposto al Governo Regionale documenti programmatici diretti alla riorganizzazione del SSR, alla tutela del personale sanitario e dei servizi e del personale socio-sanitario; tutti documenti motivati dalla principio della centralità della persona e dal principio universalistico di accesso alle cure.

Sulla Riorganizzazione del SSR

- Riguardo alla riorganizzazione del SSR la CGIL ha dialogato con il Governo Regionale – pur senza riuscire ad ottenere l'ufficialità della proposta a causa della scarsa collaborazione di quest'ultimo con le parti sindacali - in merito:
 - alla fattibilità di un diverso modello di integrazione dell'Ospedale Cardarelli (pubblico) e della Fondazione Giovanni Paolo II (privato accreditato), proponendo la creazione di una Azienda Sanitaria Regionale (Ospedaliera) che avrebbe, al contempo, garantito la *governance* pubblica della rete ospedaliera regionale;
 - al giusto rapporto tra ospedale pubblico/privato accreditato, relegando quest'ultimo ad una funzione di vera integrazione e non di sostituzione del primo;
 - al risanamento della finanza pubblica;
 - alla creazione di una rete ospedaliera regionale unica, integrata, su un territorio regionale interessato da forti peculiarità territoriali.
- La CGIL ha, inoltre, ripetutamente richiesto, ad oggi senza alcuna risposta, un tavolo regionale per la redazione delle "linee guida in tema di trasporto sanitario" tenuto conto che le strutture sanitarie sono collocate in modo frammentato sul territorio regionale caratterizzato dalla presenza di numerosi e piccoli centri abitati.

Sul personale sanitario

- Diversi sono stati gli interventi della CGIL Molise a *tutela del personale sanitario*. Con propri atti programmatici è intervenuta ai Tavoli Regionali:
 1. per favorire la stabilizzazione del personale sanitario precario che da anni, a causa del blocco del *turn over*, garantisce i livelli essenziali di assistenza della Regione;
 2. per rivisitare il "*Regolamento part-time personale del comparto sanità*" al fine di garantirne la massima trasparenza mediante l'introduzione della mappatura dei posti disponibili, l'indizione di un apposito avviso di selezione, l'implementazione dei c. detti criteri di priorità, la previsione della durata temporanea del contratto;
 3. per rivisitare il "*Regolamento Aziendale mobilità volontaria dall'esterno*" facendo introdurre la "*dichiarazione di assenso rilasciata dall'Azienda cedente alla partecipazione al bando di mobilità*" a tutela dei lavoratori che lamentano la difficoltà nel farsi rilasciare l'assenso preventivo al trasferimento da parte dell'Azienda cedente ex art.4 l.114/2014 nelle more della procedura concorsuale.

Sul Personale in ambito socio sanitario

- Riguardo all'ambito socio-sanitario la CGIL Molise ha raccolto le doglianze di numerosi lavoratori dipendenti di Società/Fondazioni/Cooperative che erogano servizi socio – sanitari in regime di convenzione. Di frequente, purtroppo, sono stati registrati situazioni di disagio dei lavoratori che operano in questo settore dovute alla mancata o ritardata retribuzione, all'abuso dei turni di lavoro, alla mancanza delle garanzie e tutele di legge. Per sopperire a tale situazione, è stato aperto un dialogo con la Regione e L'Azienda Sanitaria chiedendo maggiori controlli da parte delle strutture preposte e l'applicazione del sistema sanzionatorio e, comunque, una rivisitazione dei regolamenti di convenzione allo scopo di introdurre precise norme di tutela dei lavoratori del settore.
- Sempre in ambito sociale, è stato aperto un dialogo con la Regione Molise - che a breve verrà ufficializzato in un Tavolo Tecnico - in merito alla situazione dei lavoratori delle cooperative/società che operano nelle strutture che ospitano immigrati, atteso che anche in questo caso sono pervenute diverse doglianze da parte dei lavoratori riguardo alle condizioni di lavoro.

L'iniziativa CGIL, CISL, UIL



- L'operato della CGIL Molise in ambito sanitario è stato, altresì, caratterizzato da azioni di collaborazione con la CISL e UIL.
- Nel mese di settembre 2014 è stata presentata al Governo Regionale la **"Piattaforma regionale unitaria"** in merito all'allora proposta di riordino del sistema sanitario regionale denunciando, tra l'altro, il mancato confronto dello stesso con le parti sindacali per la programmazione 2014/2015.
- La piattaforma proponeva un modello assistenziale che mirava a potenziare l'Ospedale Cardarelli di Campobasso con alte specialità; a reinvestire nelle strutture territoriali h24, nelle cure primarie, nelle Case della Salute, nei presidi territoriali di assistenza, nelle RSA; a stabilizzare il personale sanitario; e, non da ultimo, a riequilibrare il rapporto tra pubblico e privato accreditato.

PS: Per esigenze di sintesi sono state riportate solo alcune delle tante iniziative organizzate sul territorio.

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier MOLISE con la documentazione

- Piattaforma rivendicativa Unitaria sul Riordino del Sistema Sanitario Regionale
- Volantino CGIL CISL UIL
- Schede FP CGIL



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Piemonte

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- La Sanità del Piemonte, usata come per anni come un bancomat per finanziare altre voci di Bilancio, inizia il suo scivolone finanziario già negli anni della Giunta Ghigo e poi Bresso; nel luglio del 2010 la Giunta Cota, appena insediata, presenta il Piano di Rientro dal Dissesto, successivamente rivisto dal Governo in senso rafforzativo nel 2011. Inizia un infinito braccio di ferro con i territori sul riassetto della rete ospedaliera considerata la causa principale del dissesto.
- Solo con l'arrivo della Giunta Chiamparino, Saitta Assessore e Moirano Direttore Generale, la riforma ospedaliera basata sugli standard della Legge 135/2012 e su una classificazione piramidale della Rete Nosocomiale, con conseguente ridimensionamento di strutture e posti letto, viene portata a termine. I risparmi dalla ristrutturazione e il blocco delle assunzioni ininterrotto consente nel marzo 2017 (di fatto già nel novembre 2016) alla Regione di uscire dal Piano di rientro.
- La gravissima situazione finanziaria della Sanità piemontese, che ha continuato comunque ad avere alti standard qualitativi, ha di fatto reso difficile qualunque rivendicazione. Non sono mancate le vertenze, le proteste e le manifestazioni, ma con ben poca possibilità di incidere sui programmi "lacrime e sangue": tagli generalizzati, strutture ridimensionate, ospedali declassati e blocco totale delle assunzioni. I rapporti con la Regione sono stati di conseguenza molto problematici. Negli anni del Piano di rientro non si è riusciti a raggiungere intese di alcun tipo, neppure su una ragionata gradualità della riforma ospedaliera, che, anche se per certi versi necessaria, ha creato gravissimi disagi, evitabili con tempi e modalità maggiormente condivisi.

L'uscita dal Piano di Rientro e l'avvio del confronto tra Sindacato e Giunta Regionale

Con la fuoriuscita dal Piano di Rientro ci sono le condizioni perché si possa aprire una nuova fase di confronto e di negoziazione con la Giunta Regionale.

Emergenza Organici

- La prima emergenza è in assoluto la grave insufficienza di personale specializzato, soprattutto infermieristico, ma anche medico. Su questo argomento la categoria ha siglato un Accordo quadro e un primo importante risultato sulle regolarizzazioni. La consapevolezza che nessuna intesa sarà operativa senza organici è unitaria ed è la premessa ad ogni vertenza confederale.
- Non solo l'operatività delle strutture, soprattutto ospedaliere, ne ha sofferto ma le carenze di organico e i problemi dei costi hanno contribuito ad aumentare le esternalizzazioni. Su questa materia abbiamo avviato con tutte le ASL e le ASO nel territorio torinese, una vertenza sugli Appalti di servizi, opere forniture e somministrazione del personale.
- Le vertenze sugli organici sono in atto in molti territori, Vercelli e Borgosesia hanno tenuto pochi giorni fa un presidio.

Servizi Territoriali di Cure Primarie

- Già nel 2015 CGIL CISL UIL hanno posto la necessità di uno *sviluppo dei Servizi di Cure Primarie* per affrontare i problemi di cronicità e il dimensionamento degli ospedali alla fase di acuzia.
- L'iniziativa è nata da un documento CGIL divenuto poi unitario. I temi principalmente sviluppati erano: Demografia ed epidemiologia, Cronicità e disabilità, Cure Primarie e prevenzione,

Rafforzamento del ruolo del Distretto nell'integrazione socio-sanitaria, le AFT e le UCCP.

- E' nel novembre 2016 che la Regione delibera con gli interventi regionali e le linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la *sperimentazione delle Case della Salute*.
- Da sottolineare, tra gli obiettivi strategici: una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, con la stessa autorevolezza dell'ospedale; - il coordinamento con l'area socio-sanitaria per intercettare e rispondere appropriatamente ai bisogni della popolazione con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale; - l'articolazione delle forme organizzative dell'Assistenza Primaria in una rete capillarmente diffusa sul territorio.
- Per rispondere a queste finalità la Regione ha investito 8 milioni di euro (risparmi di Bilancio) vincolati al potenziamento e allo sviluppo delle strutture territoriali riconducendo le varie denominazioni all'unica dicitura di "Casa della Salute". E' richiesto a ciascuna ASL di progettare, in ciascun Distretto, l'istituzione di almeno una Casa della Salute Strutturale (modello UCCP) e di un numero congruo di Case della Salute (modello AFT).

Il confronto, gli accordi le iniziative sull'assistenza socio sanitaria territoriale e le liste d'attesa

L'Accordo 2017 sull' Assistenza primaria e Case della Salute: valore e criticità

- **CGIL CISL UIL hanno siglato con l'Assessore alla Salute il 13 gennaio 2017**, dopo una trattativa andata avanti dal mese di novembre 2016, un Accordo Sindacale nel quale le parti condividono principi e obiettivi dell'organizzazione territoriale dell'Assistenza primaria, un sistema di monitoraggio e un finanziamento iniziale dedicato, confermato come somma minima anche per il 2018.
- Poiché le prime esperienze di realizzazione delle Case della Salute risalgono al 2008, il panorama attuale delle cure primarie territoriali si presenta ancora confuso e contraddittorio. Con l'accordo stipulato con la Regione noi puntiamo alla realizzazione di un modello omogeneo diffuso su tutto il territorio regionale, evitando, comunque, di compromettere la distribuzione capillare degli studi dei MMG. Nell'ambito delle cure primarie ci siamo dati l'obiettivo di rilanciare la programmazione territoriale (piani di zona e PEPS), abbiamo ribadito e ribadiamo la necessità di far coincidere gli ambiti dei Distretti Sanitari con quelli di erogazione delle prestazioni sociali.
- Già dal 2015 il sindacato ha sostenuto unitariamente la necessità di rafforzare il ruolo del Distretto come strumento fondamentale di realizzazione dell'integrazione sociosanitaria. E' altresì chiaro, in questo senso, che il modello multiprofessionale delle Case della Salute risponde al medesimo obiettivo. Fino ad ora la Regione non è riuscita neppure a far coincidere l'ambito territoriale dei Distretti Sanitari con quelli delle Politiche sociali, primo ed indispensabile strumento per fare del Distretto la sede di governo sul territorio delle politiche socio-sanitarie. Nonostante la sigla dell'accordo e la sostanziale convergenza tra i contenuti dell'ultima deliberazione e la piattaforma di CGIL CISL UIL il processo di realizzazione degli interventi è appena iniziato e non è dato per ora conoscerne la tempistica.
- La nostra netta sensazione è che si vada a rilento, sia per il finanziamento insufficiente sia per la difficoltà relative alla carenza di personale, una carenza drammatica soprattutto nelle professioni infermieristiche, esasperata dal blocco quasi totale di questi anni. Questo rallentamento costituisce un elemento di contrasto di non poco conto con l'Assessorato e rischia di mettere in discussione l'avvio della fase sperimentale prevista dall'Intesa.
- La realizzazione delle Case della Salute è la prima e principale rivendicazione di CGIL CISL UIL del Piemonte: un assetto della sanità più aderente alle necessità del territorio, soprattutto nei confronti dei soggetti con patologie croniche (anche legate all'età) consente di ripensare il sistema anche in ragione dell'efficienza operativa, dell'efficacia terapeutica e della sostenibilità finanziaria.
- Sappiamo bene che si tratta di un processo lungo e faticoso, ma il potenziamento della Rete

territoriale delle Cure Primarie attraverso la rete delle Case della salute deve accelerare, altrimenti si rischia il fallimento.

Non Autosufficienza, Domiciliarità

- E' un questione molto critica per la nostra Regione. Il Piemonte dopo la Liguria, ospita il maggior numero di anziani. Le RSA presentano una lista di attesa di circa 300 unità e l'assistenza domiciliare è assolutamente sottodimensionata e comunque tale da non costituire un'alternativa al ricovero.
- Sono state numerosissime le iniziative di mobilitazione in questi ultimi anni, tutte corredate da varie proposte di merito.
- Il Piano di Rientro ha contribuito, mediante la relativa dose di tagli lineari, alla riduzione dei finanziamenti e alla cancellazione di spese "extra LEA" che sostenevano parzialmente le famiglie e che gravavano sui bilanci delle ASL, in particolare su quelli delle Aree metropolitane.
- In ultimo la Regione ha deliberato un provvedimento denominato "RSA aperte". Questo modello di servizio prevedeva che venisse fornita l'assistenza sanitaria domiciliare da parte dell'ASL mentre le cure socio-assistenziali erano a totale carico dell'assistito. Il Sindacato aveva richiesto che venisse erogato alle famiglie un contributo per sostenere le spese socio assistenziali prevedendo in caso contrario una scarsissima adesione da parte delle RSA e delle stesse imprese, per effetto del basso margine rispetto alle RSA stanziali. Così è stato e *la deliberazione denominata RSA aperte è fallita*.
- Il sistema dei *servizi di domiciliarità* si è, in questi anni di tagli, fortemente ridimensionato peraltro in netta controtendenza con i nuovi LEA con grave danno per gli utenti, ma anche per lo stesso sistema ospedaliero che inevitabilmente ha ricoveri più lunghi e DEA intasati.
- La questione delle gravi carenze dell'assistenza delle persone non autosufficienti e dei servizi di assistenza sanitaria a domicilio resta cruciale nella nostra Regione, un vero buco nero nel welfare piemontese.
- Il nostro obiettivo, non più rinviabile, è quello di elaborare e concordare unitariamente una Piattaforma per la Non Autosufficienza e per l'ampliamento dei Servizi di Domiciliarità.
- Particolarmente gravosa per i cittadini è la partecipazione alle spese di retta per le RSA e la spesa dell'assistenza a domicilio per i non autosufficienti. Da anni ormai chiediamo l'istituzione di un *Fondo Non Autosufficienza alimentato da Sanità e Sociale* per sostenere opportunamente le famiglie, formalmente persino la Regione l'ha condiviso. Peccato che il Fondo non parta mai, neppure adesso che la Sanità è uscita dal commissariamento.

Liste di Attesa per esami diagnostici e ricoveri: i ritardi

- Per quanto riguarda il grave problema delle lunghe *Liste di Attesa*, soprattutto presso le strutture di eccellenza, la situazione è molto peggiorata in questi anni di tagli lineari, nazionali e regionali. La Regione ha recentemente affrontato la questione con un apposito provvedimento nel quale, in questa prima fase delinea:
 - un modello di governance (basato sulla individuazione dei "bacini di garanzia", dal Distretto all'Area Sovrazonale); - un'unica centrale di prenotazione (SovraCUP) che consentirebbe un monitoraggio costante delle "vere" liste di attesa e faciliterebbe gli utenti (il progetto più volte rivisto è in fase di "studio" da tre anni); - una metodologia di lavoro fondata sulla predisposizione di specifici progetti di intervento (anche qui dal Distretto all'Area Sovrazonale); - una ripartizione generale di tipologia tra la presa in carico (c.d, prima visita) e la gestione clinica successiva (visite -esami- ricoveri- interventi- rieducazione ecc...) che viene condotta d'iniziativa.
- Negli incontri tenuti con la Regione, abbiamo dato un giudizio moderatamente positivo dell'impostazione in quanto ci è sembrato condivisibile che prima di affrontare fabbisogni di personale ed eventuali ampliamenti di orari occorresse verificare se e come organizzare al meglio i processi amministrativi, lo smistamento dei pazienti, la responsabilizzazione dei

prescrittori, l'identificazione efficace delle urgenze nonché delle esigenze di prevenzione.

- Purtroppo dobbiamo registrare che il ritardo con cui si procede all'elaborazione dei progetti è ormai palese. Insomma le Liste di attesa crescono, con criticità ammesse dalla stessa Amministrazione, e il Piano non è ancora partito. Intanto il danno non è solo dei cittadini ma anche per il bilancio regionale perché la situazione motiva la più alta mobilità passiva tra le regioni del nord a dispetto dell'alto livello qualitativo della Sanità piemontese.
- Sulle Liste di Attesa, insostenibili per gli utenti e per il sistema, riteniamo di dover riprendere l'iniziativa in primo luogo per costruire una posizione unitaria con una forte risonanza nell'opinione pubblica.

Due nuovi grandi poli di salute e ricerca: Torino e Novara

- Da alcuni anni si discute in Piemonte della necessità di dotare il sistema sanitario piemontese di un modello organizzativo adeguato ad una struttura ad elevata complessità assistenziale e di insegnamento, integrata nei percorsi e nei luoghi di cura del sistema sanitario.
- Per quel che riguarda Torino si è già giunti all'approvazione della spesa preventivata dal piano di fattibilità per la realizzazione del **"Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione"**. Il Parco, dal punto di vista sanitario e assistenziale ospiterà le strutture ad elevata complessità già esistenti nei grandi presidi dell'AOU "Città della Salute" di Torino (Molinette, Sant'Anna, Regina Margherita e CTO). Per ciò che riguarda la ricerca e la didattica saranno trasferite nel Parco tutte le attività afferenti alla Facoltà di Medicina dell'Università di Torino. Il Parco, quindi, sarà un polo ospedaliero integrato con un polo didattico e un polo di ricerca clinica oltre che con il sistema regionale della ricerca di base, gli incubatori delle imprese avanzate in campo farmaceutico, biotecnologico e robotico.
- Il costo per la realizzazione del Parco viene stimato in c.ca €595mln, finanziati fino a c.ca 270mln con fondi pubblici. A causa dell'impossibilità della Regione di ricorrere ad un ulteriore indebitamento sarà necessario il coinvolgimento di attori privati le cui modalità sono individuate soprattutto, per quanto riguarda l'area ospedaliera, nel Project Financing.
- Le OOSS hanno dato del progetto un giudizio complessivamente positivo sia per la necessità assoluta di sostituire integralmente le strutture obsolete sia per dotare la regione di un Polo di rilevanza europea in materia clinico-sanitaria e come impulso all'innovazione dell'economia del Piemonte, a vocazione prevalentemente industriale.
- Per quanto riguarda il Polo di Torino le preoccupazioni principali del sindacato riguardano:
 - la dotazione complessiva di posti letto, che sommata a quella che comunque rimarrà nel nosocomio di secondo livello nella zona sud della città, è di almeno 1000 posti in meno all'attuale struttura; - la pianta organica del nuovo ospedale e i tempi del trasferimento; - i rischi collegati al PF, che in altre esperienze ha originato pesanti indebitamenti a lungo termine e disservizi. In questa fase la Regione ha precisato che i servizi che verranno conferiti ai privati come parziale ristoro dell'investimento escluderanno tutte le attività di core business e quelle strumentali per le quali è preferibile la gestione pubblica o gli appalti temporalmente definiti. Queste puntualizzazioni alleggeriscono il

quadro non al punto però di dissipare i nostri dubbi.



- Analogamente la Regione si sta muovendo per ciò che riguarda *Novara*, per dotare anche il Piemonte Orientale di un nuovo, grande polo di salute, di insegnamento e di ricerca.

Le Case della Salute

Accordo per il potenziamento della rete territoriale

Questa mattina, è stato siglato un significativo accordo Sindacale con l'Assessore Saitta sull'istituzione, in ogni distretto, delle Case della Salute.

Il rafforzamento delle cure primarie e della medicina d'iniziativa, che le strutture di territorio rappresentano, sono la risposta più appropriata a malati cronici e anziani e costituiscono un'efficace politica di prevenzione

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier PIEMONTE con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Puglia

Uno sguardo sul sistema socio sanitario in Puglia

Un Piano di rientro “lacrime e sangue”

- La Puglia esce da un Piano di rientro “lacrime e sangue” di 450 milioni di euro da recuperare, con chiusura di 22 ospedali, la perdita di 5000 addetti ed è oggi in Piano operativo contrattato con i Ministeri di riferimento (Salute e MEF). A ciò ha fatto seguito una nuova organizzazione di riordino della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza, che ha determinato la contrazione ulteriore di presidi ospedalieri, nel rispetto delle normative nazionale a partire dal DM 70/2015. Si è così determinata una contrazione nel rapporto posti letto/popolazione che si attesta, a livello regionale, intorno al 3,2%.
- Il rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2016 è stato approvato, dalla Giunta regionale pugliese, con un segno “+” davanti ad 1 milione e mezzo di euro nei conti della sanità e con una giacenza di cassa, al 31 dicembre 2016, di circa 1 miliardo e 700 milioni di euro.
- Questa la nota “felice”, se vogliamo ricondurre tutto alle mere operazioni contabili, che la Regione Puglia pubblicizza prima del passaggio in Consiglio regionale, per l'approvazione dello stesso.
- Le buone notizie sono che: il pareggio di bilancio è stato rispettato, così come è stata rispettata la sana e corretta gestione finanziaria. Il che implica che le risorse sono davvero indirizzate dove servono; la Puglia ottiene anche, lo sblocco della quota premiale 2013/2014, per complessivi 420 milioni di euro, (risorse anticipate alla sanità dal bilancio regionale, perché non avendo raggiunto gli obiettivi in quegli anni, la quota premiale fu bloccata).-Per il 2015, invece, le inadempienze che la riguardavano sono state già risolte e si resta in attesa di ulteriori 200 milioni di euro “congelati” dallo Stato;.
- Queste notizie positive hanno però dall'altra parte della bilancia, il peso di un piano di riordino ospedaliero da declinare concretamente e con il quale i conti si chiuderanno definitivamente solo a fine 2019.

Le proposte, la mobilitazione Cgil, Cisl, Uil.

- La mole di provvedimenti adottati, per accelerare la parte normativa del risanamento, stridono però con la condizione concreta in cui versano presidi, strutture, ambulatori ancora in fase di riorganizzazione, in alcuni casi ancora da definire, di là da venire.
- E' quella “politica dei due tempi” che comunque non fa percepire ai cittadini i cambiamenti che si vanno attuando; e contro la quale abbiamo, unitariamente come CGIL, Cisl, Uil (confederali, dei pensionati e della funzione pubblica), espresso la nostra contrarietà e organizzato iniziative che, dal luglio scorso, hanno animato le piazze del capoluogo pugliese, e i Distretti sanitari territoriali. Iniziative sfociate nella manifestazione del 12 dicembre scorso, davanti al palazzo della Giunta regionale, conclusa con la sottoscrizione dell'Accordo regionale tra le OO.SS. e il presidente Emiliano.
- Il modello di una sanità ancora nei fatti *ospedalocentrica*, contrapposta al modello di “affidamento” alla sanità territoriale, e quindi più vicina ai bisogni dei cittadini, è il segno del ritardo con a cui la Puglia arriva a ripensare il proprio sistema socio sanitario, rispetto alle esperienze di altre regioni, i cui modelli oggi sono esempio da prendere a riferimento.; Un ritardo grave e che mette i pugliesi nella condizione di dover ancora migrare, spostarsi, per curarsi, oltretutto perdendo risorse che meglio potrebbero essere investite nella sanità regionale.

L'accordo Cgil, Cisl, Uil – Regione Puglia, ritardi e criticità

- Eppure l'accordo siglato con il Presidente della Regione il 12 dicembre, ha visto condividere un percorso e l'avvio di tavoli di confronto regionali e territoriali finalizzati:
 - all'individuazione di interventi finanziari, economici, di innovazione tecnologica ed infrastrutturale, di modelli organizzativi della sanità territoriale atti a realizzare un'equa redistribuzione qualitativa e quantitativa dell'offerta sanitaria territoriale e regionale;
 - all'individuazione dei PTA e contestuale conversione degli ospedali da chiudere, segnalando chiaramente le risorse finanziarie ed umane da destinare a tali processi, in modo da riequilibrare l'offerta sanitaria, soprattutto nei territori a più alta criticità riguardo il bisogno di salute;
 - a un piano straordinario di assunzioni, vista la carenza organica rilevata di oltre 5.000 unità al 31.12.2015;
 - a un progetto regionale certo, con monitoraggio trimestrale dei risultati, per l'abbattimento delle liste di attesa.
- Da quella data, ulteriori momenti di incontro con il Presidente ed Assessore alla Sanità, non ce ne sono stati; nei territori il confronto si è avviato, seppure con grande fatica ed enormi ritardi.
- I risultati sono in alcune province come BAT e LE apprezzabili, mentre nelle altre province di condiviso c'è ben poco, perché anche laddove gli accordi si sono sottoscritti poi, nella pratica, sono stati o disattesi o addirittura stravolti, come accaduto a Brindisi.
- Gran parte della responsabilità è dei Direttori Generali impegnati a rispettare i diktat dall'alto, (per ottenere una valutazione positiva del loro mandato e funzionali al rientro dal debito per la regione!)

Le prime risposte necessarie per il nuovo modello sanitario pugliese

- Le prime risposte per costruire il nuovo modello sanitario pugliese, alle prese ancora con una serie pesante di criticità, sono:
 - L'avvio della rete oncologica,
 - il rafforzamento dell'IRCCS di Bari – diventato l'hub della rete;
 - i 404 milioni di infrastrutturazione territoriale - dedicati ai 31 PTA a titolarità pubblica, previsti dalla programmazione regionale – ma, anche alla infrastrutturazione sociosanitaria;
 - l'individuazione e avvio dei 6 Centri Autismo Territoriali;
 - la nascita in tutte le ASL pugliesi, dei "Centri territoriali malattie rare", in collegamento con cinque ospedali regionali, selezionati per concentrare la competenza;
 - la rete donazione midollo osseo con i poli di reclutamento, centri donatori e centri tipizzazione tissutale;
 - il servizio di medicina fetale della ASL Bari, quale centro di riferimento regionale per la gestione delle patologie materno-fetale;
 - l'approvazione di un protocollo del sistema trasporto materno-assistito e del sistema in emergenza del neonato;
 - la nascita della rete trasfusionale;
 - la gratuità di molte vaccinazioni, alcune delle quali nuove nel piano nazionale, ma già da tempo inserite nel calendario vaccinale pugliese;
 - il potenziamento dello screening mammografico
 - l'approvazione delle linee guida regionali per l'esecuzione in sicurezza dell'IVG,
 - una prima parziale assunzione di personale - parte del quale a tempo determinato.
- Tra le criticità aperte spiccano il brutto dato della spesa farmaceutica e i tagli delle manovre alla salute, che indeboliscono, di fatto l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, rendendo difficile dare servizi più qualificati e tecnologicamente avanzati.

- Di fronte alla mole di lavoro per rilanciare la sanità pugliese e ad un accordo regionale ad oggi per gran parte inapplicato ed ancora inesigibile, siamo costantemente impegnati a “richiamare” il Presidente, nonché Assessore alla Salute, al rispetto di quanto concordato il 12 dicembre scorso.

I servizi sociali e l'integrazione socio sanitaria

- Se la sanità pugliese si avvia, almeno nelle intenzioni del suo Presidente, verso una gestione ordinaria, che renda esigibile il diritto alla salute richiamato dall'art.32 della Costituzione, possiamo leggere come estremamente positivo il quadro certo di regole per l'offerta dei servizi sociali e per l'accesso a tutte le prestazioni che, negli ultimi dieci anni, la Puglia ha creato declinando nella propria programmazione, gli obiettivi di inclusione sociale, il Piano per le non autosufficienze e i Piani per le famiglie, introducendo strumenti innovativi di intervento nelle situazioni di fragilità.
- Basta verificare l'incremento di infrastrutturazione sociale determinatesi negli ultimi 10 anni che ha visto quintuplicare le strutture per infanzia, minori, anziani disabili, etc.
- Altro dato fondamentale da sottolineare è il perseguimento dell'obiettivo dell'integrazione fra le politiche sociali e le politiche sanitarie, soprattutto sui territori e ciò nonostante l'insufficienza del sistema sanitario a prendersi cura delle fragilità e delle persone in difficoltà.
- Una particolare attenzione merita il capitolo dell'*Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI). Nonostante i ritardi e le difficoltà nell'attuazione della Legge Regionale (L.R. n.19 del 10 luglio 2006) attestante il principio della domiciliarità, si è registrato un incremento del servizio e delle prestazioni, che oggi si attestano ad una percentuale del 3,3 % della popolazione anziana, in costante crescita su base regionale, e nella quale c'è stato un incremento di persone non autosufficienti.
- Grazie al P.O. PUGLIA FESR 2007-2013 – ASSE III Inclusione Sociale – la Regione Puglia ha puntato a migliorare anche, la dotazione territoriale regionale del sistema di offerta di servizi e strutture socio-educativi, socio-sanitari e socio-assistenziali (strutture residenziali e centri diurni per anziani e disabili).
- E' stata così implementata una rete di servizi a ciclo diurno per anziani non autosufficienti: Centri Diurni Integrati per il supporto cognitivo e comportamentale, ai soggetti affetti da demenza (accolgono esclusivamente anziani ultra65enni affetti da Alzheimer, Parkinson e altre patologie neurodegenerative); centri diurni socio-educativi per anziani; centri polivalenti per anziani.
- La distribuzione dell'offerta in materia di anziani, tocca tutti i 45 Ambiti territoriali sociali della Regione, anche se alcuni di questi non hanno ancora strutture per anziani e hanno solo strutture per disabili.
- Possiamo richiamare inoltre, i Progetti di Vita Indipendente (PRO.VI) come il Qualify-Care - percorsi integrati innovativi per la presa in carico domiciliare di persone gravemente non autosufficienti – e i Buoni Servizio Conciliazione (rivolti ad Infanzia, Anziani e Disabili) spendibili dalle famiglie pugliesi, nei servizi e nelle strutture dedicate alle persone non autosufficienti, a scopi socio-riabilitativi e socio-educativi, al fine di concorrere al pagamento delle rette e quindi di sostenere la domanda di servizi qualificati che, altrimenti, sarebbero insostenibili per il costo delle rette stesse. L'obiettivo è quello di favorire il potenziamento di una rete estesa, qualificata e differenziata, su tutto il territorio regionale di servizi socio-educativi per i minori, per le persone con disabilità permanente e per gli anziani non autosufficienti o affetti da demenze senili. Tutto ciò con la finalità di promuovere e garantire la cura, la riabilitazione e l'inclusione sociale dei non autosufficienti e la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura, nonché sostenere l'iniziativa privata nell'erogazione di servizi di cura, ad integrazione dei progetti di presa in carico domiciliare e dei progetti di vita indipendente.
- Il modello di welfare pugliese ha così posto, al centro delle proprie politiche, “il miglioramento della possibilità di invecchiare restando attivi e conducendo una vita autonoma”.
- Il raggiungimento di tale finalità ha comportato, per i responsabili politici e le parti interessate, la programmazione di misure e di politiche in settori specifici e diversi come il lavoro, l'assistenza sanitaria, il volontariato, gli alloggi, i servizi informativi o i trasporti.
- Seguendo tale linea di programmazione, la regione Puglia si sta avviando verso il IV PRPS in un'ottica completamente differente dal primo Piano. Le linee guida fanno riferimento ad una rete di servizi

assai più ampia, una evoluzione dei modelli di consumo dei servizi alla persona non più rappresentati da misure assistenzialistiche, ma da azioni che guardano alla qualità della vita, alla conciliazione dei tempi – di vita e lavoro – e che sono alternative alla istituzionalizzazione.

- Ciononostante, restano anche in questo campo notevoli criticità dovute – in alcuni Ambiti - ad un disinvestimento sulle strutture tecnico-amministrative e ad una carente capacità istituzionale che, nel caso di Comuni medio-grandi, capoluoghi di provincia, come Taranto, sono diventate ormai di estrema gravità.
- Vanno perciò pensate soluzioni di rafforzamento degli stessi, per consolidare le funzioni e rendere fruibili i servizi: dal rafforzamento amministrativo, con il sostegno del PON inclusione per il SIA-REI, alla possibilità di gestione associata dei servizi, fino al commissariamento ad acta per le situazioni più estreme.

Il rischio di arretrare: tra i tagli nazionali e una politica locale debole

- Siamo però preoccupati, sia per il significato residuale che le politiche sociali rappresentano nelle agende dei governi locali (dallo scarso investimento sulle risorse umane a quelle sulle responsabilità dirigenziali); ancor più di fronte ai tagli ai vari Fondi nazionali: Politiche Sociali e Non Autosufficienza, e per l'incertezza dei fondi nazionali per l'assistenza specialistica disabili (confermati solo per 2017). Anche per il PAC le risorse, per molti Ambiti essenziali, sono ad oggi ancora incerte rispetto ad un eventuale rifinanziamento e vanno esaurendosi entro il II semestre 2017.
- Le priorità strategiche del prossimo IV PRPS Piano Regionale delle Politiche Sociali: di contrasto alla povertà, di sostegno alla genitorialità, di promozione dell'integrazione sociosanitaria, del contrasto al maltrattamento e alla violenza, del sostegno alla rete dei servizi per la prima infanzia, rischiano così, di far fare un balzo all'indietro a tutto quanto conquistato con fatica, impegno, e che ci ha visti protagonisti dell'ultimo decennio.
- Un impegno che dovrà chiedere un ulteriore sforzo per colmare una condizione sociosanitaria a macchia di leopardo sul territorio regionale, con eccellenze di stampo europeo accanto a situazioni all'estremo opposto: segno di una governance sui territori debole e poco condivisa anche con il partenariato sociale, come accaduto in alcuni Ambiti e nelle tre programmazioni regionali.

Animare il cantiere socio sanitario

- Il cantiere allora, va animato con riflessioni, confronti, proposte. Non ci sono modelli da prendere a riferimento, visti gli svantaggi già manifesti ai punti di partenza; ma continuare un percorso che guardi alla persona e alla sua centralità, in un sistema che deve attrezzare il territorio - a cominciare

da come recuperare l'organizzazione della medicina territoriale - è per noi impegno inderogabile. Il ruolo di azione continua del Sindacato sul territorio è uno stimolo ma, anche, una necessità di affiancamento alle Istituzioni, per garantire interventi di qualità ed equi per tutti i cittadini pugliesi.

- Per questo il nuovo Piano, dovrà contenere luoghi e modalità di richiamo alle responsabilità di tutti i soggetti, investendo sulla programmazione e colmando il vuoto sul territorio.



Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier PUGLIA con la documentazione



Il Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Sardegna

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

La riorganizzazione nel periodo 2005 - 2014

- Il processo di riorganizzazione del sistema socio sanitario è iniziato nel 2005 quando, dopo 20 anni di attesa, con la Giunta di centrosinistra, è stato approvato il Piano socio-sanitario regionale ed è stata avviata la nuova pianificazione dei servizi. Un periodo di fervida legislazione e di presa in carico in forma integrata delle politiche sanitarie e sociali per offrire servizi di qualità, controllando la spesa e programmando l'offerta.
- Con la Giunta di centrodestra, questo percorso ha subito un drastico arresto e si è tradotto in una fase di sostanziale anarchia, nella quale i Lea non sono stati monitorati, la spesa farmaceutica è cresciuta in modo incontrollato, la rete ospedaliera è stata abbandonata alla disomogeneità nella distribuzione territoriale dei posti letto acuti/post-acuti, con forti squilibri organizzativi che hanno determinato il proliferare e l'abuso di impiego di personale interinale. Una gestione che ha generato un aumento incontrollato della spesa sanitaria che, nonostante sia totalmente a carico del bilancio regionale, è comunque soggetta all'applicazione delle disposizioni dei piani di rientro, seppure senza il ricorso obbligatorio al commissariamento.

La riorganizzazione attuale del Servizio Sanitario regionale

- La Giunta Pigliaru (centrosinistra), appena insediata, ha riavviato un percorso di riorganizzazione, partendo dalla Legge Regionale n. 23/2014, che stabilisce i criteri sulla base dei quali deve essere riorganizzato il Servizio Sanitario regionale, per renderlo maggiormente rispondente alle esigenze dei cittadini, razionalizzandone contestualmente il costo.
- La legge n. 23 dispone fra l'altro:
 - la riorganizzazione della rete ospedaliera secondo criteri di performance e con il riequilibrio dei posti letto per acuzie e postacuzie; con questo atto programmatico vengono individuate anche opere di edilizia sanitaria per lo svincolo di risorse bloccate dal Ministero pari a 250 milioni di euro di nuovi investimenti;
 - la riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza, della rete territoriale di assistenza e della medicina del territorio;
 - la riorganizzazione delle ASL in adeguamento all'assetto istituzionale e coerentemente con le norme di riordino del sistema degli Enti Locali;
 - l'impegno a garantire il miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari in ogni territorio;
 - la riduzione del disavanzo della spesa sanitaria regionale, in applicazione della normativa nazionale in materia di fabbisogni, costi standard e spesa farmaceutica, anche attraverso l'istituzione della centrale unica d'acquisto.

Il sistema integrato servizi socio sanitari territoriali - emergenza urgenza - rete ospedaliera

- In questi due anni di legislatura si è avviato il processo per realizzare un sistema a rete, che integri i servizi socio-sanitari territoriali con quelli dell'emergenza-urgenza e della rete

ospedaliera. I punti centrali della riforma sono: *la riqualificazione della rete ospedaliera sarda - con la quale sono distribuiti i posti letto per acuti e post-acuti, pubblici e privati - articolata per aree omogenee e reti assistenziali; la rete dell'emergenza-urgenza; la continuità ospedale/territorio; la nuova rete dei presidi ospedalieri; la tipologia e il numero di strutture complesse da attivare nel Servizio Sanitario regionale.*

- Da febbraio 2016 il riordino della rete ospedaliera, dal quale dipende gran parte della riforma complessiva poiché sancisce la traiettoria di riqualificazione e d'integrazione dei diversi presidi sanitari nel territorio, attende a discussione e l'approvazione da parte del Consiglio Regionale, **un ritardo ingiustificabile**, frutto anche di spinte politiche contrapposte e localistiche che, di fatto, ha bloccato il processo complessivo di riorganizzazione delle tre reti fondamentali.

L'Azienda Unica ATS

- Nonostante questo, si sono compiuti alcuni passaggi. La riorganizzazione delle otto ASL si è tradotta nell'istituzione di un'unica azienda, ATS, con sede a Sassari, che governa il territorio ripartito nelle ASSL, aree socio-sanitarie locali, corrispondenti alle ex province, in attesa della nuova riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali.
- Dall'ATS dipende la gestione di tutto il personale, la centrale unica di committenza per la gestione di forniture e appalti e per il monitoraggio della spesa farmaceutica. Di recente, il Consiglio Regionale ha approvato le linee di indirizzo per l'approvazione dell'Atto aziendale dell'ATS.
- Sono inoltre operative: l'Azienda Brotzu, DEA di II livello, nata dall'accorpamento di tre ospedali (Brotzu – Businco – Microcitemico), della quale sono state approvate le linee di indirizzo per l'Atto aziendale; le due AOU di Cagliari e di Sassari (quest'ultima ha incorporato il P.O. cittadino ed è l'altro DEA di II livello della Sardegna).

L'AREUS Emergenza Urgenza

- E' stata poi istituita l'AREUS con sede a Nuoro, che dovrà organizzare e gestire i servizi di emergenza-urgenza con i punti di primo intervento, il pronto soccorso dei presidi ospedalieri di base, dei DEA di I e II livello. Si prevede un sistema integrato, con tre eliambulanze dislocate negli aeroporti di Elmas, Olbia e Alghero. Non è ancora stato nominato il manager che guiderà l'AREUS, nel frattempo è stato firmato un *protocollo con la Regione Lombardia* per il supporto nell'avvio del servizio, ed è in fase di completamento il bando per l'elisoccorso.

I Presidi Ospedalieri

- La rete dei presidi ospedalieri risponde a standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi ispirati ai principi della legge Balduzzi, ma adattati alla realtà della Sardegna per esigenze di carattere geografico, orografico e demografico.
- Sono state individuate due macro aree per l'erogazione delle prestazioni di alta specializzazione con due DEA di II livello, a Cagliari (Azienda Brotzu) e a Sassari (AOU). A Nuoro, per le caratteristiche orografiche del territorio, è previsto un DEA di I livello rinforzato, con alcune prestazioni di alta specializzazione.
- In Ogliastra, anche qui in virtù delle caratteristiche territoriali, è previsto un presidio di base rinforzato. Altri DEA di I livello sono a Cagliari, Carbonia, San Gavino, Oristano, Olbia. La rete si completa con alcuni ospedali di base e, attraverso la riconversione di presidi esistenti, con ospedali di comunità o centri di riabilitazione, Case della Salute e RSA. Resta ancora indefinita la destinazione di qualche presidio, nonché la possibilità di creare un'ulteriore DEA di I livello nel Nord dell'Isola, integrando tra loro e specializzando per funzioni alcuni dei presidi di base.
- La riattribuzione proposta dei posti letto complessivamente opera una *riduzione dei numeri nelle realtà più grandi a beneficio delle aree meno dotate*, e riduce le dotazioni nelle strutture private non rispondenti più ai parametri minimi richiesti, presenti soprattutto nella ASSL di Cagliari, mentre favorisce la creazione di un polo ospedaliero privato di eccellenza nella ASSL di Olbia-

Tempio, il Mater Olbia (che ha ereditato la struttura avviata dalla Fondazione San Raffaele e rimasta finora incompiuta), colmando gravi lacune del servizio sanitario, decisamente sottodimensionato in una realtà in continua espansione e destinataria di oltre la metà dei flussi turistici stagionali dell'intera regione.

I Servizi socio-sanitari

- Per quanto riguarda la parte relativa al *piano socio-sanitario*, la Sardegna destina ingenti risorse del proprio bilancio al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini per interventi a sostegno delle persone con disabilità, non autosufficienti, con disagio mentale, malattie tipiche o molto diffuse in Sardegna quali la Talassemia, la Sclerosi multipla, la Sla ecc. Nel tempo, anche a causa della contrazione dei servizi dei Comuni dovuta ai tagli alla spesa pubblica, questo bacino di utenti si è molto ampliato, accogliendo bisogni di assistenza variegata oltre che di effettivi servizi socio-sanitari.
- Si tratta purtroppo di un sistema inefficace. L'attuale Giunta intende ridefinire i criteri di individuazione dei beneficiari, con l'obiettivo di sostenere quelli effettivamente bisognosi di interventi socio-sanitari, e rispondere con altri servizi al disagio sociale. Attualmente però, gli stessi servizi socio-sanitari non sono organizzati in una logica di sistema e integrati con quelli sanitari, quelli gestiti dai Comuni (singoli o associati nei PLUS), quelli privati. Manca insomma un approccio multidisciplinare ai bisogni dei cittadini.
- Il riordino previsto è ancora in fase di avvio, e richiede la realizzazione di una rete di servizi efficace ed efficiente da realizzare attraverso un'ampia condivisione delle famiglie e delle associazioni dei malati oltre che delle organizzazioni sindacali.
- Manca ancora una definizione dei criteri di accreditamento, così come dei requisiti e degli standard dei diversi servizi, che restano disomogenei in quanto a caratteristiche delle strutture, logistica, igiene e sicurezza degli impianti, strumentazione, competenze e standard delle aree tecnica, infermieristica, medica e sociale, norme per il trattamento del personale, monitoraggio e verifica dei servizi erogati.
- Si determina un sistema poco trasparente dove la concorrenza sleale tra aziende produce insostenibilità dei costi e crisi del sistema a danno di utenti e dipendenti coinvolti. Pianificazione e regole chiare di accreditamento sarebbero invece la giusta risposta per rendere il sistema efficace, sostenibile e di qualità.

Le proposte del Sindacato e il confronto con la Giunta

- La Cgil Sarda – che chiedeva da anni un riordino dei servizi sanitari e delle reti socio-sanitarie e assistenziali che rimettesse al centro il diritto alla salute dei cittadini - ha espresso un giudizio positivo sull'impianto della riorganizzazione proposta dalla Giunta, ritenuto coerente con le proprie posizioni, volte alla salvaguardia dei servizi per tutta la popolazione sarda secondo principi di appropriatezza e di specializzazione crescente delle prestazioni, in un quadro di governo della spesa sanitaria.
- Nel contempo però, ha rivendicato un confronto ampio e costruttivo e sottolineato che le preoccupazioni per i tagli ai servizi potrebbero trovare motivazione se i diversi piani d'intervento, ovvero la rete ospedaliera, il sistema di emergenza/urgenza e la rete territoriale, non procedessero progressivamente e con reciproche implicazioni. E' evidente che il riordino della rete ospedaliera e dei servizi socio-sanitari deve essere realizzato, anche in considerazione dell'urgente necessità di disporre delle risorse utili e aggiuntive da investire nelle opere necessarie di edilizia e logistica sanitaria, funzionali al miglioramento e al funzionamento dei servizi stessi, oltre che alla ripresa dell'occupazione.
- La Cgil ha considerato opportuno ridurre il numero degli attuali centri di costo, con l'obiettivo di ridurre inefficienze e sprechi, e favorire economie di scala. Anche la realizzazione della ATS può essere strumento adeguato, soprattutto se mira anche al rafforzamento delle zone interne, ma

deve essere chiaro che occorre creare forme e strumenti esigibili di partecipazione dei cittadini, dei lavoratori, delle forze sociali e delle istituzioni locali alla programmazione e al controllo sulla *governance* dei servizi, attraverso le Conferenze dei servizi e i Comitati di Distretto. Perciò il sindacato ha chiesto che sia monitorata costantemente ogni fase attuativa, assicurando disponibilità al confronto e alla valutazione *in itinere*, anche istituendo uno specifico Osservatorio insieme alle OO.SS. su ruolo, funzioni e dislocazione del personale. La riorganizzazione, infatti, ha forti ed espliciti riflessi sugli organici nelle tre reti che si stanno configurando e richiede un elevato grado di coinvolgimento del personale, interessato anche da attività e responsabilità nuove di gestione e funzionamento di strutture - come gli Ospedali di comunità - e questo postula non solo il confronto negoziale, ma anche un luogo dedicato di osservazione e di condivisione di obiettivi, per superare possibili limiti nella realizzazione di questo positivo impianto complessivo di riordino.

La mobilitazione unitaria dei lavoratori della sanità

- Purtroppo, non sempre questo confronto è stato praticato. La stessa legge delega (n.23/2014) riduce gli spazi di coinvolgimento del sindacato. Dopo oltre un anno, **a marzo si è arrivati a un accordo sulle relazioni sindacali con le OO.SS. del comparto sanità** per gestire la fase complessa dell'accorpamento delle ASL nell'azienda unica ATS. Temi come la mobilità del personale, i fondi contrattuali, il futuro di presidi ospedalieri da riconvertire, la carenza di personale sanitario, tengono alta la tensione e la preoccupazione dei lavoratori, delle lavoratrici e del sindacato che li rappresenta. Sono queste le motivazioni che hanno portato la Funzione Pubblica di CGIL CISL e UIL a proclamare lo sciopero del comparto il 6 luglio prossimo, per rivendicare un confronto più attento e accompagnare il processo in atto con la partecipazione dei lavoratori coinvolti.
- E' infatti importante che tutto si svolga nel modo più trasparente, perché è la condivisione più ampia delle scelte che consente di velocizzarne l'iter attuativo, e ciò è possibile solo se si offre rassicurazione alle popolazioni sul fatto che il nuovo assetto offrirà non minori ma maggiori e migliori servizi, in virtù delle logiche di rete e della loro effettiva integrazione.
- Questa appare la strada maestra anche per ridimensionare le inevitabili spinte lobbistiche che

accompagnano l'ingente mole della spesa sanitaria - che mostra dinamiche ormai insostenibili per le finanze regionali senza al contempo ottenere performance di efficienza e qualità dei servizi - e sconfi-ggere l'atteggiamento localistico conservatore e teso alla consueta ripartizione dei posti

L'altra Sardegna

Periodico mensile della CGIL regionale
Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CGIL
Registrazione n. 611 del 29.01.1986
Tribunale di Cagliari
www.cgilarda.it
altresardegna@ardagna.cgil.it
Nuova serie
Anno Decimo Numero 2
Luglio 2016

Ats, scelta coraggiosa ma recuperiamo la partecipazione

La riforma del sistema sanitario è una scommessa determinante, perché riguarda la salute dei cittadini ai quali devono essere assicurati servizi appropriati, diffusi e di qualità, ma anche perché impegna gran parte del bilancio regionale con risorse che devono essere spese bene per raggiungere finalità collettive e non interessi particolari. Il dibattito sulla sede amministrativa dell'ATS non ci appassiona troppo perché è secondario rispetto alle altre questioni, ma non possiamo non rilevare che sia prevalsa ancora, non già la logica, professata da molti a parole, del decentramento amministrativo in favore delle aree interne e svantaggiate, bensì quella del mero campanilismo e della consueta idea di spartizione del potere, che ha permeato la discussione e il voto in aula. In ogni caso, ciò che conta sarà la governance e il controllo unitario della spesa, prestazioni, acquisti, personale, farmaceutica: abbiamo bisogno di ridurre il disagio degli utenti con servizi distribuiti e accessibili, cioè con investimenti per migliorarne dotazioni e logistica. La Cgil continuerà a rivendicare un incremento dei servizi territoriali coerente con il riordino delle reti ospedaliere e dell'emergenza-urgenza, altri-

menti c'è il rischio preoccupante che prevalgano i tagli. Il nostro sistema, però, era eccessivamente frammentato e per ragioni che avevano poco a che fare con l'efficienza e l'efficacia delle politiche sanitarie e molto con le clientele e la geografia di un potere che ha causato sprechi e disservizi, entrambi insostenibili. Non è sbagliato rimettere ordine anche puntando alla semplificazione dei centri di direzione, alla realizzazione della centrale unica di committenza, all'integrazione funzionale delle strutture e alla trasparenza delle procedure. Per queste ragioni la Cgil si era espressa a favore di una riduzione anche forte del numero delle Asl e ora non disapprova il modello che ne crea una sola ma mantiene un'articolazione nel territorio per aree strategiche della programmazione sanitaria (il cui numero potrà conformarsi al prossimo riassetto istituzionale) e per ambiti ottimali omogenei di coordinamento ed erogazione dei servizi (i Distretti), i quali, ove mantengano entrambi un certo profilo di autonomia, si offrono allo sviluppo di modelli partecipativi per le rappresentanze dei cittadini e dei lavoratori. In questo quadro è importante che il potere attribuito al super-manager sia

assoggettato all'obbligo del confronto anche con le rappresentanze sociali. Dispiace che non sia stata recepita la nostra richiesta di recuperare il ruolo e la partecipazione delle organizzazioni sindacali, in questo momento escluse dagli organismi coinvolti nella programmazione dei servizi socio-sanitari. Chiediamo pertanto che si trovi al più presto il modo di superare questa grave situazione, garantendo la presenza dei sindacati nei contesti dove si definiscono le scelte prioritarie e si attua il monitoraggio e la verifica del raggiungimento degli obiettivi condivisi. La legge prevede diversi organismi di consultazione e di partenariato sulle politiche sociali e sanitarie, ma i recenti interventi legislativi hanno creato sotto questo profilo contraddizioni nocive e una sostanziale sottovalutazione degli strumenti di partecipazione alle scelte, evidentemente vissuti con fastidio dal nuovo verbo politico imperante, che mal sopporta lo sforzo di sintesi delle istanze territoriali e sociali, le osservazioni, valutazioni e proposte che sanno trovare forme di espressione differenti rispetto al filtro del notabilato locale. Che sia questo il problema?

Michele Carrus

di potere che ha caratterizzato finora buona parte del dibattito pubblico svolto

La Segreteria regionale

Nella pagina WEB "Una Sanità per Tutti" il Dossier SARDEGNA con la documentazione:



Sicilia



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Sicilia

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale (attraverso l'iniziativa del sindacato)

- La contrattazione in ambito sanitario e socio-sanitario da parte di CGIL, FP CGIL e SPI CGIL Sicilia è stata orientata in particolare:
 - alla rivendicazione del potenziamento dei servizi territoriali: PTA - PPI – ambulatori – centri di riabilitazione e lungodegenza e post acuzie, per un effettivo equilibrio rispetto alla ridotta articolazione dell'offerta sanitaria ospedaliera.
 - Alla riorganizzazione del servizio emergenza urgenza SEUS 118;
 - alla valorizzazione delle risorse professionali nel pubblico e nel privato. Tenuto conto anche che in quest'ultimo settore i rapporti di lavoro sono disciplinati con regole differenziate sia rispetto alla sanità pubblica sia alle differenti associazioni datoriali di riferimento.
 - Per l'attuazione di un reale sistema socio-sanitario integrato ancora ad oggi pressoché inesistente e mantenuto in capo a due differenti assessorati (assessorato Sanità – assessorato Politiche Sociali e Lavoro).
 - A sollecitare il definitivo passaggio della medicina penitenziaria al SSR e salvaguardia del passaggio del personale non di ruolo operante nelle carceri, la chiusura dell'OPG di Barcellona P.G., con un impegno attivo nel comitato stopOPG
 - Alla Rivisitazione delle esenzioni sui ticket.
- Si tratta di diversi obiettivi già tracciati nella riforma sanitaria del 2009 (e in prosecuzione del piano di rientro 2007/09), nel II piano regionale sanitario 2011/2013 ed in continuità con il piano operativo 2010/2012 (P.O.) e nel POCS (Piano di consolidamento e sviluppo 2013/2015).

Il confronto mancato sulle priorità della riorganizzazione

- Più volte è stata richiesta l'istituzione di un tavolo tecnico per una valutazione sul ~~del~~ percorso della "rete integrata": – *percorso nascita* (e profili di rischio) ed *integrazione tra ospedale e territorio*. La stessa richiesta è stata avanzata per una valutazione sulla *procreazione medicalmente assistita* (PMA) e per una lettura compiuta dei dati relativi all'*interruzione volontaria di gravidanza* e sui medici obiettori (dati per ogni singola azienda in cui è possibile praticare l'IVG), in considerazione della rilevazione regionale e sub-regionale riportata nella relazione annuale ministeriale.
- Nonostante le assicurazioni dell'Assessore alla salute non è stato avviato un tavolo tecnico sulla *Non Autosufficienza*, in particolare riferita alla popolazione anziana, tema di assoluta rilevanza alla luce dei dati demografici sull'invecchiamento in Sicilia (indice di vecchiaia anno 2017: 143). Si tratta di verificare gli obiettivi raggiunti nella regione sull'assistenza domiciliare integrata, gli interventi sulle cronicità, la rete di residenzialità (RSA) per i soggetti fragili e la semi-residenzialità per i soggetti con deterioramento cognitivo (anche in relazione di taluni progetti finanziati nazionalmente).
- Nei fatti, la gestione, che ha fatto registrare ad oggi l'alternanza di due assessori (Borsellino e Gucciardi), non si è distinta nell'ascolto e nel confronto con le parti sociali. I vincoli economici e finanziari anteposti su tutto, riducono il risanamento al solo ambito finanziario (e peraltro con risparmi non reimpiegati nel SSR, confermando che c'è ancora tanta strada da fare per

migliorare la qualità dei servizi (e ridurre i tempi d'attesa) rispettando i LEA per assicurare il diritto alla salute e alle cure della popolazione e il riconoscimento del lavoro degli operatori sanitari.

La riorganizzazione del SSR: nomine e rete ospedaliera

- La maggiore attività da parte assessoriale si è estrinsecata nella previsione di un iter, farraginoso, per la nomina di direttori generali e nella definizione della nuova rete ospedaliera secondo le disposizioni stringenti del decreto Ministeriale n. 70/2015.
- Una rete ospedaliera che già presentava, rispetto agli standard precedentemente fissati (nel 2010), dotazioni organiche poco equilibrate per figure professionali cruciali (infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione, tecnici di radiologia) per poter garantire un'assistenza sanitaria dignitosa ospedaliera, territoriale, domiciliare e dell'emergenza. La rimodulazione della rete ospedaliera, in attuazione dei dettati del DM 70 sopraccitato Balduzzi, è stata oggetto di differenti rielaborazioni, prima di approdare (aprile 2017) alla definitiva approvazione da parte del Ministero.
- La nuova rete ospedaliera è impostata secondo i livelli di complessità crescente: n. 7 DEA II – HUB; - n. 22 DEA I spoke; - n. 14 PS base; - n.11 PS zona disagiata; - n. 1 PS alto rischio ambientale. Per un totale di n. 18.051 posti letto (3,63 % abitanti) di cui n. 14.637 per acuti (2,94 % abitanti) e n. 3.414 per post acuti (0,69 % abitanti). Asse fondamentale della riorganizzazione è la rete dell'emergenza urgenza, con il potenziamento dell'assistenza ed emergenza territoriale.
- La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata valutata positivamente, perché dovrebbe consentire di superare le criticità legate all'esiguità delle dotazioni organiche attraverso i percorsi di mobilità, la stabilizzazione del precariato storico, l'indizione di concorsi.

L'attenzione del sindacato per attuare una vera riorganizzazione del SSR



SICILIA

SICILIA IN LOTTA !



MANIFESTAZIONE REGIONALE

- Invece suscitano forti perplessità il cronoprogramma che stabilisce al 31.12.2018 il termine per il raggiungimento dei parametri fissati dal decreto ministeriale, e gli obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria nel documento POCS (Piano Operativo di consolidamento e Sviluppo 2016/2018). Peraltro ad oggi non ancora approvato dal Ministero né consegnato alle parti sociali per un reale confronto.
- Per questo è già stato sollecitata la calendarizzazione di incontri per la verifica dei nuovi atti aziendali per l'individuazione delle soluzioni a tutte le criticità e affinché quanto teorizzato possa realmente trovare attuazione.

- Le scadenze del cronoprogramma per il riallineamento effettivo della rete ospedaliera ai parametri nazionali vedrà la confederazione e le categorie in prima linea affinché il rispetto formale equivalga realmente a definire un sistema sanitario regionale realmente a garanzia di tutti i cittadini.

- Infine, sono state segnalate come priorità: il rilancio della medicina del territorio, il programma di riqualificazione del personale chiamato alla gestione dei percorsi assistenziali nei Percorsi Terapeutico Assistenziali PTA, dei nuovi LEA, ecc.

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il Dossier SICILIA con la documentazione



TOSCANA



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Toscana

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

- Il sistema sanitario regionale toscano è stato di recente oggetto di una riorganizzazione abbastanza complessa, così come stabilito dalla L.R. 84 del 2015: fra le modifiche più visibili, la riduzione delle aziende sanitarie a tre, Azienda Nord Ovest (Lucca , Pisa, Livorno e Massa Carrara) , Sud Est (Arezzo, Siena, Grosseto) e Centro (Firenze,Prato,Pistoia).
- Contestuale a questa centralizzazione è la individuazione delle zone distretto (anch'esse ridotte a 26) quale ambito ottimale dell'integrazione socio-sanitaria territoriale.
- La riforma , che si ispira a un modello di ospedale per intensità di cura, ha determinato una riclassificazione delle strutture ospedaliere (con specializzazione o riconversione degli ospedali più piccoli) che devono strutturarsi per reti con una forte continuità territoriale e una forte integrazione con il territorio (case della salute, bassa intensità, cure intermedie etc.). E' proprio questa seconda fase della riforma che mostra le maggiori criticità: al taglio dei posti letto non è seguita un reale potenziamento del territorio, con il rischio di allontanare i servizi dalle zone più disagiate e periferiche (zone montane e sud della regione) determinando forti disuguaglianze nell'accesso al diritto alla salute.
- Non sfugge che il sistema sanitario toscano offre ancora performance positive, piazzandosi ai primi posti della griglia per l'erogazione dei LEA, ma anche per spesa sanitaria privata pro capite (all'ottavo posto) . Le prospettive a medio termine di un invecchiamento della popolazione e di un conseguente aumento delle non autosufficienze fanno prevedere l'inasprirsi di criticità dovute alla carenza di risorse.
- In tutto questo, si intravede la volontà politica di dirigersi verso una lenta ma inesorabile "privatizzazione" del Ssr, attraverso il ricorso sempre più frequente al privato sociale, alle cooperative e al privato tout court.
- Lo stato delle relazioni sindacali non può dirsi soddisfacente, nonostante l'esistenza di un protocollo di relazioni che impegna la Regione a un confronto continuo con le OO.SS. confederali e di categoria.

La piattaforma unitaria CGIL CISL UIL luglio 2016 (Sintesi)

- A fronte del modello di offerta sanitaria "per acuti" deve essere rinforzato il "territorio", con le Case della salute, i letti di cure intermedie e gli Ospedali di comunità per consentire l'attività ordinaria con qualità ed efficienza, ridurre gli accessi ai Pronto Soccorso e rispondere ai bisogni della popolazione locale.

Rafforzamento della Sanità territoriale e Integrazione Sociosanitaria.

- Gli atti approvati individuano nelle "Case della Salute" il "presidio di erogazione e il raccordo operativo per i servizi sociosanitari territoriali, capace di assicurare una risposta di qualità nelle cure primarie orientate alla comunità". Solo poche sono state realizzate.

Riduzione dei costi strutturali del sistema e relativo piano di realizzazione.

- Tra gli obiettivi della LR 84/2015 vi era quello della razionalizzazione dei costi di gestione al fine di liberare risorse per il rafforzamento dei servizi territoriali: manca una puntuale verifica di questo aspetto.

Liste di attesa.

- L'obiettivo condiviso di riduzione delle liste di attesa ha in questi anni visto l'approvazione di numerose Delibere ed atti di indirizzo in particolare volti a :

- aumentare i nastri orari della strumentazione diagnostica pubblica
 - prevedere la strutturazione della diagnostica di base nelle case della salute
 - presa in carico da parte del sistema dopo la prima visita attraverso liste separate
 - liste uniche con intramoenia
 - numero verde regionale
- Questi elementi, insieme alla possibilità di assunzioni erano i passi propedeutici ai percorsi di ulteriori convenzionamenti con il privato accreditato , mantenendo la programmazione e l'affidamento dei servizi sotto il governo del sistema pubblico con controlli in termini di accreditamento e un sistema di monitoraggio e valutazione dei servizi erogati.

Non autosufficienza

- Nonostante le risorse messe in campo dalla Regione con il fondo dedicato i risultati sono ancora scarsi. Il livello di copertura dell'ADI rimane molto basso, serve una verifica sulla sperimentazione della BIA. Questi servizi scontano le difficoltà organizzative delle reti territoriali sanitarie e sociali che risultano carenti e che poco “dialogano” tra loro.
- Serve il confronto sulla riorganizzazione delle RSA, rispetto alle attività in appalto e in relazione a quanto previsto in tema di libera scelta e di accreditamento, al fine di governare i processi con l'obiettivo di evitare eventuali ricadute occupazionali negative e ogni rischio di riduzione sia della quantità di servizi che della loro qualità.

Rete ospedaliera e territorio. Cure Intermedie.

- E' necessaria la difesa dei piccoli ospedali di prossimità territoriale che non possono essere declassati e ridotti a semplici centri di smistamento verso le strutture centrali, ma devono avere una loro precisa identità nella rete dei servizi ospedalieri di area vasta, con peculiarità anche di alta specializzazione
- In questo ambito, è necessaria una verifica del modello per intensità di cura e dello sviluppo dei sistemi assistenziali pluridisciplinari.
- Molte attività e progetti erano indicati come propedeutici alla riduzione dei posti letto ospedalieri (ovvero la costruzione delle Case della Salute, delle UCCP e la realizzazione delle AFT, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e della sanità di iniziativa ed infine l'apertura di posti letto di cure intermedie) e fondamentali per garantire la continuità ospedale territorio e la presa in carico della cronicità.
- Particolare attenzione riteniamo debba essere concentrata all'analisi del sistema dell'emergenza-urgenza.

Personale.

- Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria hanno prodotto negli ultimi anni, anche in Toscana, dinamiche pesanti di blocco del turn over, con effetti critici sulla tenuta dei servizi e della qualità degli stessi. Il rigido blocco del turn over produce anche un effetto preoccupante sull'invecchiamento del personale del nostro SSR.
- Si rileva inoltre come le forme di precariato e l'affacciarsi di misure “selvagge” di tipologie contrattuali adottate nel Sistema Sanitario Pubblico (pensiamo all'uso crescente delle P.Iva per l'ingaggio delle sostituzioni) rendano il quadro ancora più incerto e precario.
- Si sottolinea sul piano dei processi riorganizzativi in atto la necessità di costruire, attraverso i tavoli di confronto con le OO.SS. di categoria, un'organizzazione del lavoro multidisciplinare che valorizzi tutte le professionalità presenti nel sistema, nel rispetto degli orari di lavoro contrattualmente previsti e quindi della qualità dell'assistenza: questo a valere sia nelle strutture pubbliche che nei requisiti per l'accreditamento. Su questi ultimi particolare attenzione deve essere posta sulla tipologia di contratto applicato che dovrà essere quello di riferimento del settore, onde evitare forme di dumping.

Sanità integrativa e risorse per il sistema.

- il proliferare di fondi di sanità integrativa “contrattuali” dai quali, oggettivamente, sono esclusi i cittadini in condizioni di maggiore fragilità (anziani, precari, atipici, disoccupati) richiede una riflessione che, come sta avvenendo in altre regioni, chiama in causa l'istituzione Regionale. Proponiamo la riflessione intorno all'ipotesi di un “fondo territoriale Regionale”, destinato all'erogazione di prestazioni extra LEA: un fondo aperto all'adesione volontaria di cittadini anche non lavoratori, con l'obiettivo di allargare le prestazioni con carattere di universalità. Ciò anche con un intervento delle amministrazioni pubbliche (Regione e Comuni) attraverso la contrattazione, che favorisca la partecipazione, la mutualità, l'abbattimento delle diseguaglianze e il sostegno verso i soggetti più svantaggiati.

Il confronto con la Regione, le proposte e la mobilitazione sindacale:

- Dopo un anno circa di confronto frammentario e praticato con scarsa volontà verso il dialogo sindacale - quindi insoddisfacente - e dopo l'emergere di alcune criticità (caos pronto soccorso, persistenza liste di attesa, taglio posti letto) e in generale di uno stato di malcontento diffuso da parte dei cittadini, come CGIL abbiamo previsto una iniziativa di mobilitazione regionale per il 27 giugno 2017, con un presidio sotto la sede della Giunta Regionale Toscana, concentrando le nostre richieste sotto alcune parole d'ordine:
 - La verifica del funzionamento della L.R. 84/2015 (e il passaggio da 12 a 3 ASL) Il *potenziamento dei servizi territoriali* deve essere QUI ed ORA.
 - Le *case della salute* : Serve una decisa presa di posizione che le incentivi .
 - Le *liste d'attesa*: Serve una decisa innovazione (anche tecnologica) del servizio pubblico.

- La *tutela del lavoro* in sanità (dagli appalti alle strutture ospedaliere):il modello toscano può davvero poggiare su un lavoro in sanità sempre più bistrattato e svalorizzato?
- Le *reti ospedaliere e la tutela della salute* : la distanza da strutture nelle quali avere cure adeguate accentua le disuguaglianze.



Presidio a Firenze Martedì 27 giugno 2017 ore 17 - 19 - Piazza del Duomo, 10

La CGIL chiede alla Regione Toscana di invertire una tendenza che sta manifestando un preoccupante abbassamento dell'eccellenza riconosciuta al nostro sistema sanitario. **La legge regionale 84 del 2015** ha previsto una riorganizzazione del sistema sanitario toscano con la riduzione a 3 ASL, in linea con quanto previsto dalla delibera 1235/2012 e quindi con un modello di ospedali per intensità di cure e di forte integrazione con il territorio. **Un modello su cui è opportuna un'attenta verifica.** Abbiamo visto per ora il taglio dei posti letto negli ospedali ma uno scarso potenziamento dei servizi territoriali. Per questo chiediamo di mettere a regime la legge regionale recuperando le criticità rilevate, definendo gli atti necessari e ricollegando i centri decisionali con quelli operativi.

Inoltre, l'**interconnessione tra ospedale e territorio** è cruciale per il funzionamento del sistema di cure e per la continuità dei percorsi del paziente cronico.

- Il necessario incremento del Fondo regionale *Non Autosufficienza*.
- Garantire *la salute delle donne e favorire la sanità di genere*, anche attraverso la piena attuazione della L.194/1978.
- *Le risorse* : L'Italia ha una spesa sanitaria inferiore di quasi il 30% rispetto ai principali Paesi dell'UE14. E' ancora accettabile che un cittadino debba pagare di tasca propria mediamente 570 euro all'anno per supplire alle carenze del sistema pubblico, senza che vi sia una reale progressività anche nella compartecipazione alla spesa?

Le iniziative sindacali nei territori

- Nel frattempo, si stanno moltiplicando le iniziative territoriali, che elenchiamo schematicamente:

ASL Centro :

- a **Pistoia** si sono invitati i sindaci dei comuni pistoiesi a sostenere le posizioni della CGIL, attraverso una lettera aperta.
- **San Marcello Pistoiese** : dopo la soppressione del pronto soccorso dell'ospedale, vi è il concreto rischio di soccorsi non tempestivi nella montagna pistoiese.
- A **Figline Valdarno** : da lungo tempo si discute della riconversione specialistica dell'ospedale, con dure prese di posizione anche dei sindaci della zona.
- a **Prato** , denuncia della carenza di posti letto nel nuovo ospedale.
- a **Firenze**, chiusura del Poliambulatorio nel lungarno S. Rosa, un grande distretto che serve un bacino di utenza di 140mila residenti. Presidio di protesta, comunicati FP Cgil.
- A **Pontassieve (Fi)** : Casa della salute della Val di sieve (per Pelago, Pontassieve e Rufina), non ancora realizzata nonostante gli impegni sottoscritti.

ASL Nord Ovest:

- **Livorno** : vi è una discussione da lungo tempo intorno al destino dell'ospedale cittadino e allo stato della sanità livornese in generale, ora sfociata in un documento unitario consegnato all'Assessore
- **Isola D'Elba** : mancanza di presidio adeguato, necessità di Casa della Salute (con gravi difficoltà a reperire personale, causa sede disagiata)
- **Volterra** : in programma manifestazione di CGIL e comitati in difesa dell'ospedale (10 giugno).

ASL Sud Est

- **Valtiberina** : . I Sindaci e le OO.SS. esprimono posizione contraria all'accorpamento con il distretto del Casentino. Rischio di declassamento degli ospedali di Bibbiena e Sansepolcro.
- **Grosseto** : forte preoccupazione per l'accentramento della Centrale 118 a Siena con il conseguente rischio di compromettere la tempestività dei soccorsi
- **Siena** : forte preoccupazione per RSA storiche che vedono a rischio la loro sopravvivenza (a causa della libera scelta).

Nella pagina web "Una sanità per tutti" il dossier TOSCANA con la documentazione

- Piattaforma regionale CGIL, CISL, UIL per il confronto con la Regione Toscana sul Processo di riforma dei servizi Socio-Sanitari (2016)
- Locandina presidio "Una sanità pubblica, universale ed equa, per una Toscana in buona Salute" (giugno 2017)

Nella pagina web "Una Sanità per tutti" il Dossier TOSCANA con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Trentino

Medicina territoriale, la sperimentazione deve andare avanti

Grosselli (Cgil) e Colle (Fp): “Dalla Provincia ci attendiamo risorse per sostenere la riorganizzazione e garantire servizi strutturali alle equipe mediche”

“Il progetto pilota di medicina territoriale in Val Rendena deve andare avanti. Al contempo, però, è opportuno valorizzare le analoghe esperienze di medici in associazione che sono nate e si stanno organizzando su altri territori della provincia, in particolare nelle aree urbane”. Cgil del Trentino insieme alla Funzione pubblica guardano con interesse alla sperimentazione delle realtà di staff di medicina di base, pronta a partire a Pinzolo. “La sperimentazione è positiva – spiegano Andrea Grosselli della segreteria confederale e Gianna Colle, che segue il comparto sanità per la Funzione pubblica della Cgil -. L'aggregazione e l'operatività in staff rappresentano la strada più opportuna per qualificare il servizio di medicina di base per i cittadini”. Sul tema però il sindacato di via Muredei ritiene opportuno un maggiore impegno della Provincia. “Non è sufficiente avviare il progetto – insistono Grosselli e Colle -, ma è indispensabile che Piazza Dante investa maggiori risorse in questa riorganizzazione territoriale dotando le nuove equipe mediche che operano in associazione di tutti i servizi accessori necessari, sul piano amministrativo, tecnico e infermieristico, garantendo un'opportuna integrazione tra le professionalità”.

Per Cgil e Funzione pubblica, infine, le nuove realtà di medicina territoriale dovranno rapportarsi in modo coerente con le comunità di riferimento, anche in termini dimensionali. “Non avrebbe senso creare aggregazioni troppo ampie. In questo caso invece che di un miglioramento del servizio al cittadino si tratterebbe di un accentramento, a danno della comunità”, concludono Grosselli e Colle.
[... leggi](#) 25.5.2017

Cgil Cisl Uil del Trentino: Riformare il welfare anziani è una priorità per la comunità. Servono tempi brevi. “Si superino le posizioni preconcepite per una soluzione condivisa”

“Ogni forza politica può esprimere legittimamente la propria posizione. Stupisce però che su un tema così importante per la nostra comunità, qual è la riforma delle aziende per i servizi alla persona, la maggioranza non sia ancora riuscita a trovare una sintesi condivisa. Non si può ogni volta che si fa un passo avanti, rimettere tutto in discussione”. Cgil Cisl Uil del Trentino intervengono nel dibattito innestato dalla presa di posizione del parlamentino di Upt sulla proposta di riformare il welfare anziani. I tre segretari generali ne fanno una questione di metodo e di merito. “Si è ampiamente discusso dei contenuti della riforma – dicono Franco Ianeselli, Lorenzo Pomini e Walter Alotti -. Adesso è il tempo che si entri nel merito delle questioni. La maggioranza ha il dovere di individuare, in tempi rapidi, una soluzione adeguata ai bisogni crescenti delle persone anziane e non autosufficienti. Questa, per quanto ci riguarda, deve essere una priorità di questa ultima parte della legislatura”.

I sindacati sottolineano compatti quanto i processi di riforma del welfare per le persone anziane richiedano tempi lunghi. Per questa ragione non si possono procrastinare le scelte. “E' con questa consapevolezza che stiamo partecipando ai lavori del tavolo tecnico sulla riforma, peraltro già

partito. Più che rallentare, adesso è il momento di accelerare sulle decisioni, puntando sulla creazione di un sistema che sia in grado di assicurare qualità del servizio, ma anche diffusione capillare sul territorio ed efficienza. Criteri a cui riteniamo che la riforma possa e debba rispondere, anche con opportuni correttivi. Per questo riteniamo importante il lavoro del tavolo tecnico”.

Per Cgil Cisl Uil è essenziale un'assunzione di responsabilità e tempi certi per garantire il potenziamento dei servizi agli anziani sul territorio. “Non possiamo arroccarci su posizioni di difesa dell'esistente. Il processo di riforma è avviato e molto resta da fare per raggiungere l'obiettivo.

Adesso è necessario agire tutti nella stessa direzione valorizzando le diverse sensibilità che debbono diventare occasioni per declinare al meglio la riforma e dare un contributo di merito”, concludono i tre segretari [... leggi](#) 12.4.2017



Nella pagina web “Una sanità per tutti” il Dossier TRENTO con la documentazione



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Umbria

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale (e alle relazioni tra Giunta e Sindacato)

- La Regione Umbria si appresta a redigere il nuovo Piano Sanitario regionale, avviando una fase partecipativa molto ampia per la numerosità dei soggetti coinvolti, fino alla possibile partecipazione del singolo cittadino. Ci risulta infatti che l'assessorato procederà con la convocazione di tavoli tematici partecipativi, lasciando poi al comitato di redazione regionale il compito di stilare il nuovo Piano Sanitario, senza considerare la possibilità di realizzare un tavolo negoziale con le OOSS.
- Per questo stiamo lavorando alla **costruzione di una piattaforma unitaria** che verrà illustrata al direttivo regionale del prossimo 28 giugno.
- La passata legislatura ha visto la sostanziale assenza di un confronto strutturato e continuativo con il Sindacato, ad eccezione di tavoli specifici delle categorie dei pensionati e del Pubblico Impiego, interrompendo una lunga e proficua storia di confronto, che ha contribuito a produrre negli anni un sistema regionale di welfare avanzato e partecipato. Ci sembra di intuire che questa fase che ci troviamo di fronte non differisca nei metodi da quella passata.

La programmazione regionale

- L'ultimo atto emanato dalla Regione dell'Umbria sugli assetti istituzionali è la legge regionale n. 18/2012, in una fase fortemente condizionata dal restringimento delle risorse. La scelta di accorpare le Aziende Sanitarie Locali da quattro a due (più due aziende ospedaliere ad alta specializzazione) in quel momento, è stata fortemente influenzata dal dibattito nazionale e regionale sul riordino istituzionale.
- Le aziende sanitarie sono articolate in distretti territoriali che coincidono con i dodici ambiti sociali di zona, questo può garantire la realizzazione dell'integrazione tra piano sociale e piano sanitario, che è una delle nostre rivendicazioni principali.
- Le OOSS hanno espresso in quella fase una condivisione di massima sull'impianto generale dell'ordinamento del SSR, ma tuttavia, a distanza di quasi cinque anni dalla sua approvazione, è necessario dare una lettura dei ritardi e delle criticità, tuttora presenti e anche della mancata realizzazione del pieno coinvolgimento delle forze sociali, che abbiamo rivendicato più volte.
- Di fatto vi è stato in questi cinque anni il rinvio della programmazione regionale in attesa del nuovo Piano Sanitario. Oggi è il momento di ripartire dalla analisi delle criticità e delle opportunità prodotte dal precedente piano sanitario per costruire una sanità regionale a misura dei bisogni di salute dei cittadini dell'Umbria.

I Piani AntiCorruzione

- Abbiamo preso atto positivamente delle azioni messe in campo dalle Aziende Sanitarie dell'Umbria nel redigere i Piani anticorruzione: è necessario però verificare i risultati che tali piani hanno prodotto. I recenti e gravissimi fatti di cronaca dimostrano che il fenomeno corruttivo non è esclusivamente riconducibile a fenomeni di malavita organizzata, ma anche a comportamenti individuali o di gruppo che potrebbero rendere il sistema più fragile e quindi permeabile alle infiltrazioni. Per questo crediamo fondamentale la costruzione di una "rete" a tutela

dell'integrità del sistema e per l'implementazione delle buone prassi, in collaborazione con Regione, Aziende e Forze Sociali.

Sul Lavoro nell'assistenza medica, infermieristica e per i servizi igienici

- La Regione dichiara che in Umbria c'è un forte grado di soddisfazione per l'assistenza medica, per l'assistenza infermieristica e per i servizi igienici. Su questo importante dato occorre fare alcune osservazioni:
 - L'Umbria è un insieme di eccellenze ma anche di contesti in cui si è assistito negli anni a riduzioni di personale, attrezzature e manutenzioni. Per questo è necessario fare di più per omogeneizzare la qualità dei servizi, ma anche degli ambienti e di lavoro.
 - Gli operatori e le operatrici rappresentano il "volto" del SSR, un elemento imprescindibile della qualità percepita; e non solo gli operatori pubblici, ma anche tutti coloro, spesso "invisibili", dipendenti da altri soggetti, che si occupano di servizi, di mense e di igiene delle persone e degli ambienti.
 - Registriamo un costante aggravio delle difficoltà in cui si trovano ad operare i lavoratori della sanità, carichi di lavoro elevati, riconoscimenti contrattuali fermi, elevato numero di precari.
 - Chiediamo di monitorare, in questa ottica il sistema degli appalti e degli affidamenti, perché laddove almeno il 75% del costo è dato dalla spesa per il personale occorre la garanzia delle clausole sociali e la scelta non può basarsi sui maggiori ribassi.
 - Vogliamo discutere come si possano mettere in atto politiche di cambiamento utili a far coesistere diritti e risorse diminuite e nello stesso tempo valorizzare le potenzialità professionali di chi opera nel SSR e ne costituisce un pezzo rilevante della sua identità.

Ospedale e Servizi nel Territorio

- L'Umbria oggi esprime numerose eccellenze, è l'espressione di realtà ospedaliere avanzate e perfino di rilievo nazionale ma sarebbe un errore grave alimentare una cultura della salute tesa a risolvere i conflitti emergenti tra bisogni di salute e la crisi di sistema con una visione *ospedalocentrica*.
- Occorre recuperare l'originario spirito dei servizi territoriali come propulsori di salute e di medicina di iniziativa e non semplicemente ambulatori sempre più sguarniti. La loro attività va rafforzata in funzione in generale del rafforzamento della **prevenzione** e, quindi, della produzione di salute come tale, ma anche rivolgendosi alla prevenzione delle malattie croniche e invalidanti, all'abbattimento delle liste di attesa e al contrasto dell'uso improprio del Pronto Soccorso.
- E' necessario che ridare ruolo e centralità ai **consultori familiari**: un servizio fortemente voluto dalle donne e connesso con i loro diritti. Nella nostra regione, la realtà è diffusa ma disomogenea nel territorio, a volte in presenza di attività solo ambulatoriale e con personale ridotto all'osso. La regia regionale nel tempo è mancata consentendo ai consultori non una progressiva qualificazione ma l'assunzione di connotazioni e stili di ambulatori dove, tranne qualche eccezione legata alla volontà degli operatori di mantenere un modello, si trascura l'educazione sociale e sanitaria, l'informazione e la promozione.

Sociale e sanità

- Il Fondo per la **non autosufficienza**, se pur positivamente rifinanziato, attende ancora di essere gestito in modo meno burocratico e più efficiente in termini di prestazioni, servizi e aiuti alle famiglie interessate, realizzando compiutamente il concetto di presa in carico delle persone nella loro globalità con un approccio multidimensionale.
- Sono fondamentali le *reti di sostegno informali*, con il ruolo centrale della famiglia. Il volontariato e il non profit rappresentano però una componente fondamentale del nostro modello di welfare, in grado di contribuire in modo significativo all'erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, garantendo la tenuta sociale rispetto agli impatti della crisi.
- Consistente è il finanziamento pubblico delle *attività non profit* nel campo sanitario e della promozione sociale

Salute nei luoghi di lavoro e Prevenzione per tutti

- La Regione dell'Umbria ha compiuto passi importanti per la *salute nei luoghi di lavoro*, sia con il potenziamento dell'attività di vigilanza, ma anche grazie all'attività di coordinamento che si è sviluppata in seno al Comitato regionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro, di cui le OOSS sono parte integrante.
- la Regione ha compiuto un importante passo (esperienza unica) rispetto al *Piano Regionale per la Prevenzione*, scegliendo il metodo della progettazione partecipata. Condividiamo le scelte in merito alla qualità della vigilanza, al progetto per l'emersione delle malattie professionali, in particolare le tumorali, alla "buona prassi" individuata per l'interazione fra le figure della prevenzione, il lavoro innovativo da intraprendere riguardo allo stress lavoro correlato a partire dai lavoratori della sanità, ma dovremmo fare in modo di concretizzare quanto contenuto. Va subito intensificato il lavoro, anche del Coordinamento, messa in campo la progettualità decisa nel piano della prevenzione, dato corso alla formazione degli RLS e RLST così come pensata e progettata.
- Chiediamo anche, stante i numerosi fenomeni accertati, che la regione, prima in Italia ad aver legiferato in merito al *mobbing* (Legge 19/2005) si impegni ad estendere a tutto il territorio regionale le buone esperienze fatte in ambiti ristretti.

La rinuncia alle cure in Umbria (e il rapporto pubblico privato)

- Il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie in primo luogo rappresenta una forte iniquità sociale perché colpisce le persone più fragili e le costringe a considerare la prevenzione e la difesa della propria salute non prioritarie, nel momento in cui ne hanno più bisogno.
- Ma rappresenta anche un importante indicatore di qualità del sistema, perché rivela una domanda di assistenza alla quale non si riesce a dare adeguata risposta. Anche le risorse derivanti da benefit contrattuali devono essere il più possibile convogliate verso un meccanismo che sostenga il sistema pubblico e non lo depotenzi.
- L'Umbria si trova a livelli adeguati di performances della sanità, per qualità e per economia, grazie oltre che alla professionalità e alla dedizione degli operatori e delle operatrici, anche ad un sistema quasi integralmente pubblico. Dei sistemi con la più alta presenza di privato in sanità, ad es. Lazio e Lombardia, sono dimostrate le inefficienze, il malaffare e l'insostenibilità economica. Riteniamo pertanto che questo equilibrio tra pubblico e privato non si debba modificare nella nostra regione.
- Nella rivisitazione dell'organizzazione del lavoro va ridisegnata anche *l'attività libero professionale intramoenia*, sia per quanto riguarda l'utilizzo degli spazi pubblici, sia per quanto riguarda l'utilizzo e la remunerazione del personale di supporto facente capo al comparto in un'ottica di rafforzamento del servizio pubblico ma con una piena e trasparente attenzione alla questione liste di attesa, rafforzando se necessario la filiera dei controlli.

- E' evidente la necessità di considerare la libera professione in intramoenia allargata come una fase transitoria da superare, ricercando e destinando a questo spazi interni aziendali e ipotizzare la sospensione dell'attività intramoenia per quella specialità per le quali i tempi di attesa superano quelli previsti dai RAO.

SALVIAMO LA SALUTE
ATTRAVERSAL'ITALIA
settembre 2014 - giugno 2015

RIFLESSIONI E PROPOSTE DELLA CGIL DELL'UMBRIA

CGIL UMBRIA | **FUNZIONE PUBBLICA CGIL** | **CGIL SPI UMBRIA**

SALUTE MENTALE
MEDICINA TERRITORIALE
SALUTE E DIRITTI DI GENERE
SERVIZI DOMICILIARI E NON AUTOSUFFICIENZA

29 GIUGNO - ORE 14.30



Dossier sulle vertenze in ambito sociosanitario in Valle d'Aosta

Migliorare welfare, impegno Regione Vda: documento siglato con organizzazioni sindacali

"Nel ribadire questa visione dell'assistenza alle persone, dagli asili nido fino all'assistenza delle persone anziane e non autosufficienti, **la Regione Valle d'Aosta** intende migliorare il modello di welfare rendendolo più aderente ai nuovi bisogni di salute e di benessere sociale". E' quanto si legge in un documento siglato dall'assessore regionale alle politiche sociali, *Laurent Vierin*, e dai sindacati **Cgil, Cisl, Uil e Savt**, in cui le parti riaffermano "l'importanza sociale, culturale ed economica del sistema di welfare socio sanitario e assistenziale regionale" e comunicano "la volontà politica di indirizzo di investire in questo settore così delicato e strategico per il benessere della comunità". **"L'universalità' e la qualità** dei servizi del welfare socio-sanitario assistenziale valdostano - si legge nel documento - rappresenta oggi un elemento di sviluppo e di crescita sociale e culturale per tutta la nostra comunità, da approcciare con lungimiranza e in modo sistemico, non con la sola logica del risparmio e dei tagli a tutti i costi, anche se in una logica di ottimizzazione e razionalizzazione. In questa direzione verranno destinate le maggiori risorse stanziare nella legge finanziaria regionale per l'anno 2017 e nel triennio 2017/2019".

Il nuovo modello di welfare regionale prevede, tra l'altro: il rinforzo di una regia unica regionale; **la piena integrazione tra assistenza sociale, socioassistenziale e sociosanitaria**; il mantenimento della gestione pubblica dei servizi attraverso un soggetto di diritto pubblico a valenza territoriale regionale; la salvaguardia, per tutto il personale oggi operante nel settore, del contratto di lavoro di pubblico impiego del Comparto Unico Regionale. Nelle prossime settimane prenderà avvio il lavoro tecnico di un gruppo ristretto di rappresentanti di tutte le forze che in questi mesi si sono confrontate. L'obiettivo è "un modello di welfare che pone al centro la persona e non solo l'organizzazione del sistema di servizi, attraverso un welfare non avvertito come semplice costo per la società' ma come importante investimento per la tutela dei cittadini e motore di sviluppo della comunità, che con esso riafferma quei valori fondanti che da sempre l'hanno costituita, seppure nelle economie di scala e le ottimizzazioni necessarie". [2.12.2016 © ANSA](#)

Audizione in V Commissione sul welfare: I Tagli non possono ricadere solo sul personale



A seguito dell'audizione oggi in V Commissione sul welfare regionale, le Organizzazioni Sindacali **Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl e Savt Fp**, hanno ribadito che è fondamentale il rispetto del protocollo sottoscritto l'8 novembre 2016 con l'allora Assessore alla Sanità *Laurent Viérin*, nel quale si sottolinea l'importanza del mantenimento della gestione pubblica dei servizi attraverso un soggetto di diritto pubblico a valenza territoriale e Regionale e la salvaguardia per tutto il personale oggi operante nel settore del contratto del lavoro del pubblico impiego del Comparto Unico Regionale. Si è sottolineata l'importanza della razionalizzazione della spesa e che i tagli non possano ricadere solo sul personale che garantisce l'eccellente qualità del servizio. Il reale cambiamento

consta nel comprendere che la spesa in questo settore sia un investimento per la nostra società e non solamente un costo.



Dossier sulle vertenze in ambito socio sanitario in Veneto

Uno sguardo sul sistema socio sanitario regionale

Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale

- Nel 2012, dopo circa 15 anni, viene approvato – dopo un lungo iter – il nuovo PSSR 2012-2016 che prevedeva una forte integrazione socio-sanitaria, una parziale ulteriore riorganizzazione della rete ospedaliera e un forte rilancio del territorio (ospedali di comunità, potenziamento dei servizi territoriali attraverso l’implementazione dei distretti, l’avvio delle medicine di gruppo integrate, la riforma delle IPAB e altro ancora).
- Finalità condivisibili alle quali, tuttavia, non ha fatto riscontro una piena attuazione; ci troviamo per molti aspetti in una fase di stallo e in qualche caso in presenza di una regressione nell’integrazione socio-sanitaria. Allo stesso modo vi sono non pochi rallentamenti nell’attivazione dell’intera filiera dell’assistenza territoriale che si è realizzata in modo parziale e disomogeneo nei diversi territori della Regione a causa di diversi fattori, mancanza di risorse ma anche carenza di programmazione e governo del processo.
- Nei quattro anni di vigenza del PSSR (il nuovo Piano socio sanitario dovrebbe vedere la luce nel 2018) molti obiettivi sono rimasti quindi sostanzialmente sulla carta e, ad oggi, essendo intervenuta nel frattempo anche la riorganizzazione delle ULSS, non è dato sapere se, come e quando tutta una serie di obiettivi potranno essere concretizzati.
- Nel 2016 viene infatti approvata la Legge Regionale 19, che istituisce l’Azienda Zero (ente di governance della sanità veneta) e si procede alla riduzione del numero delle ULSS da 21 a 9 (diventano ULSS provinciali Verona, Padova, Treviso, Rovigo e Belluno, mentre mantengono due ULSS Venezia e Vicenza) oltre alle due aziende ospedaliere di Verona e Padova e lo IOV. Le vecchie ULSS restano come Distretti socio sanitari. Come CGIL e anche unitariamente, abbiamo sempre sostenuto la necessità di una revisione degli ambiti territoriali ma per fare questo si sarebbe dovuto partire da una analisi approfondita delle differenze e delle specificità territoriali a prescindere dai numeri finali.
- Secondo la CGIL Veneto, infatti, questa analisi si sarebbe dovuta svolgere contestualmente all’elaborazione e alla verifica sullo stato di attuazione del PSSR 2012-2016 e su quella base individuare i nuovi ambiti territoriali. In realtà si è passati di punto in bianco da un bacino ritenuto ottimale nel PSSR di una ULSS per ogni 300.000 abitanti, a ULSS con un bacino anche di un milione di abitanti, con possibili ricadute negative sulla riorganizzazione dei servizi territoriali e sulla accessibilità e qualità delle prestazioni.

Il Tavolo permanente per l’attuazione del PSSR e le proposte del Sindacato

- Come CGIL, CISL e UIL eravamo riusciti ad ottenere l’apertura di un tavolo permanente di confronto sull’attuazione del nuovo piano socio sanitario ma dopo alcuni mesi, anche per la conflittualità fra i due assessorati (quello alla sanità e quello al sociale) il tavolo non è più stato convocato. L’unica intesa scritta prodotta nel 2014 è stata quella (poi ampiamente disattesa) relativa agli appalti.

- Non senza difficoltà si è poi riusciti a ricostruire un percorso unitario già a partire dall'iter di quella che poi sarebbe diventata la L.R. 19/2016 con un documento che sollecitava miglioramenti poi parzialmente intervenuti nel testo finale del progetto di legge: con il ripristino, in capo al Consiglio Regionale, dei compiti di programmazione socio-sanitaria, l'attribuzione alla Giunta regionale e all'area sanità e sociale dei compiti di indirizzo, controllo, vigilanza e coordinamento sulle attività dell'Azienda Zero, la costituzione della Conferenza, del comitato e dell'assemblea dei sindaci in ogni ULSS, distretto e articolazione, il ripristino della figura del direttore sociale, l'attivazione di uno specifico tavolo di confronto con le OO.SS. di categoria su criteri, modalità, tempi ed effetti della riorganizzazione prevista.
- Nello stesso documento venivano evidenziate e sollecitate:
 1. la necessità di dare maggiore forza e ruolo ai Distretti con l'obiettivo di una vera e compiuta integrazione socio sanitaria, al coinvolgimento degli altri enti territoriali, al rilancio dei piani di zona (la cui scadenza è stata spostata al 2018 in ragione della riorganizzazione in atto);
 2. la piena attuazione del piano 2012-2016, in particolare per quanto riguarda l'attivazione dell'intera filiera dell'assistenza territoriale e delle cure primarie;
 3. la definizione di tempi certi e delle risorse necessarie per far partire le Centrali operative territoriali (parte essenziale del PSSR), le medicine di gruppo integrate (partite solo in minima parte), le aggregazioni funzionali territoriali e l'implementazione del sistema di assistenza domiciliare integrata;
 4. la necessità di procedere alla riforma delle IPAB, con la loro trasformazione in Centri di servizio territoriali, e con misure anche di carattere fiscale tali da superare le attuali forti penalizzazioni a vantaggio dei soggetti privati;
 5. le tematiche degli appalti e delle esternalizzazioni.

Queste problematiche, insieme ai temi delle liste d'attesa e alla partita della compartecipazione alla spesa, costituiscono gli elementi principali dell'iniziativa e dei tavoli di confronto che stiamo tentando di costruire e acquisire a tutti i livelli, anche se non esiste ancora con CISL e UIL confederali regionali una vera e propria piattaforma.

- Il tavolo di confronto con la Regione, sia pure con lentezze, ritardi e difficoltà, è ripartito, in particolare sui Progetti di riforma delle IPAB e sul tema degli Appalti, con proposte normative e ipotesi di protocollo sulla gestione degli Appalti presentate unitariamente ma non ancora definite attraverso un accordo.

Le iniziative nei territori, le linee guida Cgil per gli Atti Aziendali

- In questa fase anche in tutte le province si stanno sollecitando tavoli di confronto con le aziende sanitarie sulla riorganizzazione delle strutture e sullo stato dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni, incontrando molte difficoltà di interlocuzione e in qualche caso anche nel rapporto unitario.



Una ricerca sul sistema socio-sanitario veneto

**Domanda e offerta di prestazioni, reti territoriali,
integrazione di servizi: a che punto siamo?**

- Proprio in questi giorni abbiamo presentato un documento congiunto CGIL-SPI-FP sulla definizione delle Linee-guida per i nuovi Atti aziendali nelle aziende socio-sanitarie del Veneto.
- Infine, vanno segnalate due ricerche specifiche - sullo stato di attuazione del PSSR Veneto e sulla comparazione tra i diversi sistemi di governance della sanità in Veneto,

Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia - elaborate da IRES Veneto e presentate nell'ultimo anno come CGIL-SPI-FP regionali.