

Accordo sullo sviluppo dei servizi sanitari territoriali, le azioni per non autosufficienza e il riconoscimento del ruolo del personale del comparto sanità

Regione Liguria e le OO.SS CGIL CISL UIL nel corso di diversi incontri si sono confrontate sulla situazione del sistema sanitario e sociosanitario della regione nel quadro determinato dalle misure nazionali e regionali e dalla posizione espressa dalle OO.SS nel corso del 2012 e in particolare alla luce di :

- decreto 95 convertito in Legge n. 135/2012 meglio noto come "spending review";
- decreto n. 158 convertito in Legge n. 189/2012 meglio noto come "Decreto Balduzzi";
- le previsioni relative al comparto sociosanitario presenti nel D.d.L. "legge di stabilità";
- la proposta della G.R al Consiglio n. 29 del 23.10.2012, e i successivi emendamenti contenuti nella DGR 34/2012, che prevede misure in attuazione dei predetti provvedimenti del Governo e del Parlamento;
- le piattaforme sindacali presentate da CGIL CISL UIL liguri e dalle Federazioni SPI CGIL, FNP CISL e UIL Pensionati, FP CGIL, CISL FP e UIL FPL nel marzo scorso.

Le parti esprimono

- consapevolezza dei vincoli di finanza pubblica che interessano il paese e ricadono sul sistema sanitario e sociale;
- affermano che il quadro dei finanziamenti previsti a partire dalla finanziaria Legge n. 98/2011 recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria con le modifiche apportate dalla legge di conversione 15 luglio 2011, n. 111" e poi dalle riduzioni previste dalla "spending review" e dalla legge di stabilità che complessivamente prevede riduzioni per quasi 5 miliardi nel 2013 e ulteriori importi negli anni successivi costituisce uno scenario insostenibile per garantire il funzionamento del servizio sanitario italiano e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e il carattere pubblico e universalistico;
- chiedono con forza che Governo e Parlamento rivedano le previsioni di finanziamento;

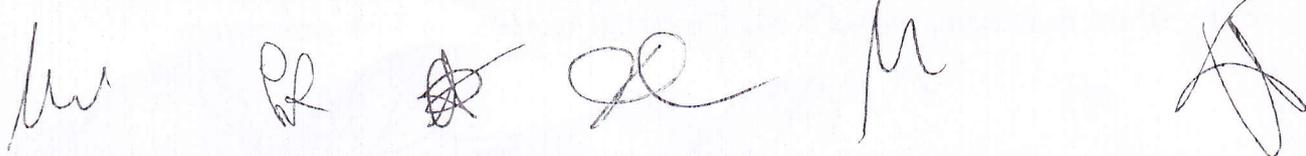
La Regione, preso atto della disponibilità delle OO.SS., a seguire un percorso condiviso, si impegna a proseguire in più incisivi interventi strutturali che mettano in sicurezza il sistema sanitario regionale.

Ritengono che

- la riduzione dei posti letto prevista al 3,7 per mille sia sopportabile soltanto se il SSR sarà contestualmente e sollecitamente riconvertito con il potenziamento e l'innovazione dei servizi territoriali, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti professionali e sociali interessati;
- l'appropriatezza dell'offerta assistenziale debba essere la moderna bussola, coerentemente con le più moderne evidenze scientifiche e le migliori esperienze italiane e internazionali, fondata sulla presa in carico del paziente sul territorio e l'integrazione degli interventi tra cura della cronicità, acuzie e post acuzie.

Concordano

- le linee di sviluppo delle cure primarie;
- di dare progressivamente attuazione alle norme istitutive del fondo regionale per la non autosufficienza (art. 47 legge 12/2006) che deve alimentare il sistema di servizi domiciliari e residenziali e sostenere il lavoro di cura delle famiglie, anche economicamente;



- alcuni indirizzi per mantenere elevata la qualità clinica raggiunta dai DEA liguri, migliorando le condizioni di accoglienza e snellendo le procedure di ricovero;
- la valorizzazione delle risorse umane, pur nel difficile quadro normativo e nel sostanziale blocco del turn-over, sia con l'applicazione dell'art. 16 del D.L. 98/2011, sia con un adeguato equilibrio nella gestione del turn over;
- di rendere coerenti i provvedimenti di riorganizzazione del sistema sanitario regionale e quelli previsti nel PSIR, in corso di elaborazione, per realizzare concretamente gli obiettivi di integrazione socio sanitaria;
- che le azioni previste in questo accordo, siano gestite a livello di singola ASL, con il coinvolgimento delle OO.SS.. La Regione, al fine di garantire la riuscita delle azioni concordate nei tempi previsti, assume la responsabilità del controllo e monitoraggio delle sperimentazioni, con step temporalmente ravvicinati, dandone informazione alle OO.SS..

Su questi punti Regione Liguria e OO.SS definiscono il seguente accordo :

CURE PRIMARIE

Preso visione di quanto previsto nella proposta della G.R al Consiglio n. 29 del 23.10.2012 e i successivi emendamenti di cui alla DGR 34/2012, nello specifico sul condiviso rafforzamento del ruolo del Distretto Sanitario quale:

- 1- sede di governo dell'attività territoriale rivolta ai cittadini affetti da patologie croniche e bisognosi di cure post acute;
- 2- il luogo dell'integrazione tra le funzioni sanitarie in capo alle ASL e le funzioni sociali gestite dai comuni per offrire una interlocuzione unitaria agli utenti e costruire percorsi assistenziali e coordinati;
- 3- struttura che , a partire dal 2013, sarà dotata di un budget definito in base alle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche e il Direttore dello stesso, sarà responsabile diretto delle risorse economiche e umane, sia alle dirette dipendenze che convenzionate (MMG- PLS- Specialisti SUMAI);

Gestione delle Cure Primarie

- la gestione della cronicità prenderà avvio da tre gruppi di patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti, come già indicato nelle linee guida contenute nella DGR 518/2012 scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e diabete mellito; a tal fine in ogni Distretto Sanitario, dovrà essere approntato un piano operativo entro il 31/3/2013, sulla base di indirizzi e linee guida definite dalla Regione, informandone le OO.SS. Definiti gli obiettivi relativi alla programmazione dei controlli periodici e del loro impatto sulle liste di attesa, in ogni ASL, verrà identificato il Distretto Sanitario nel quale prenderà avvio la sperimentazione della gestione integrata dei soggetti affetti da SLA, demenze ed altre gravi disabilità. In tale ambito si intende inoltre promuovere in via sperimentale un servizio finalizzato a formare, sostenere e orientare i *care giver* sulle patologie, le modalità assistenziali e sull'accesso ai servizi socio sanitari con l'attivazione di punti di ascolto. Entro il 30/6/2013 si procederà alla rivisitazione delle attività delle UVA, a partire dalla riflessione sul ruolo svolto finora e dalle nuove esigenze;
- entro il 30/6/2013 in ogni Distretto Sanitario sarà attivato un centro di attività multifunzionale e associativa di Medicina Generale (meglio definite come Unità Complessa delle Cure Primarie UCCP), così come previsto da Legge n. 189/2012 (di conversione del c.d. "Decreto Balduzzi") con il coinvolgimento di MMG - PLS -

Continuità assistenziale e in collegamento con il 118. Le sedi privilegiate per ubicare tali servizi, dovranno essere individuate prioritariamente nel riutilizzo degli attuali piccoli ospedali (ad esempio Ospedale Gallino e Recco in ASL 3, Cairo Montenotte in ASL 2, ed altri in seguito individuati) che dovranno, con questo processo diventare "ospedali di distretto" (come previsto nella DGR34/2012 Allegato 1) punto 2.), non escludendo, rispetto alle condizioni dei singoli territori della Regione, la loro ubicazione anche presso le sedi di distretto e/o case della salute.

- In tali Unità operano gruppi di MMG, PLS e Medici della continuità assistenziale (MCA), Medici Specialisti convenzionati e dipendenti, Infermieri Professionali che garantiscono i LEA, la presa in carico dei pazienti e l'assistenza sarà garantita fino a coprire progressivamente le 24 ore 7 giorni su 7, in stretto raccordo con l'attività di A.D.I.; all'interno di tali Unità deve essere presente sia un CUP che uno sportello integrato socio sanitario, in grado di verificare le esigenze delle persone e di definire un percorso socio-assistenziale completo, con particolare riferimento alle "dimissioni protette". Così come indicato dalla Legge n. 189/2012 (c.d. "Decreto Balduzzi") deve essere poi prevista la presenza di funzioni diagnostiche di base, oltre che piastre ambulatoriali plurispecialistiche.
- Tale nuovo assetto organizzativo deve prioritariamente partire dal riutilizzo e riconversione del personale assegnato ai Presidi Ospedalieri dismessi, attraverso modelli organizzativi flessibili.
- La sperimentazione verrà realizzata a partire dal primo semestre del 2013, ben sapendo che oltre che un grande sforzo organizzativo, sarà necessario un cambio culturale sia nel personale convenzionato che in quello dipendente che necessiterà anche di adeguati percorsi formativi, al fine di garantire una reale integrazione tra professionisti. Un'adeguata conoscenza è infatti alla base dell'adesione verso nuovi processi operativi.

Cronoprogramma

- Definizione dell'organico essenziale ed individuazione dei Distretti Sanitari interessati alla sperimentazione: prima quindicina di Febbraio 2013
- Definizione accordi con MMG : Marzo 2013
- Stesura protocolli operativi locali (Distretto): Aprile/Maggio 2013
- Avvio fase vera e propria della sperimentazione: Giugno 2013 con verifiche trimestrali
- Termine sperimentazione: Dicembre 2014 (data dettata dalla tempistica della trasmissione e analisi dei flussi regionali)

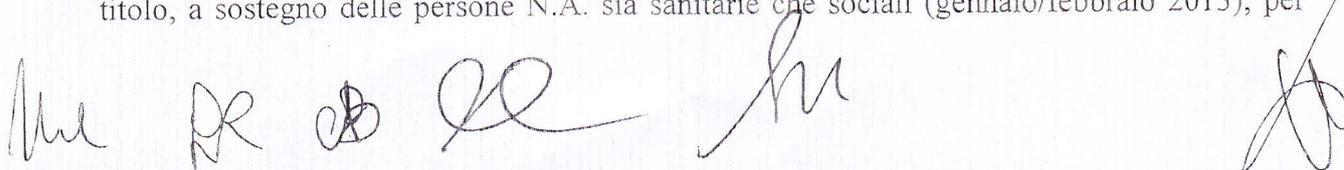
AZIONI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

In primo luogo si concorda di sviluppare un'azione nei confronti del Governo e del Parlamento per ottenere il ripristino di una specifica previsione di spesa.

Si prende atto positivamente da parte delle OO.SS. della decisione della Giunta Regionale di prevedere, all'interno del bilancio di previsione 2013, 6 milioni destinati al proseguimento dell'attività per la "non autosufficienza"; Le risorse aggiuntive, che saranno auspicabilmente definite a livello nazionale, saranno utilizzate per coprire per il resto dell'anno l'attività in corso a sostegno delle famiglie e realizzare gradualmente azioni coerenti con le finalità del fondo regionale, così come previste dalla legge istitutiva, sommandosi alle risorse del fondo regionale stesso.

Si condivide di procedere a:

- 1) Identificare e censire il complesso delle risorse regionali dedicate dal sistema, a diverso titolo, a sostegno delle persone N.A. sia sanitarie che sociali (gennaio/febbraio 2013); per



quanto riguarda i Comuni analogo censimento potrà avvenire solo dopo l'approvazione dei Bilanci.

- 2) Identificare in base alle risorse disponibili la "dote di cura" da assegnare al singolo paziente, in base ai diversi livelli di necessità, in relazione alle fasce di reddito "ISEE";
- 3) Costituire, entro il 31.1.2013, nell'ambito della Cabina di regia dello PSIR, un gruppo di lavoro per la definizione dei dettagli delle fasi operative di cui ai punti precedenti in relazione alle eventuali indicazioni nazionali.

Ulteriore qualificazione dei DEA

Il rafforzamento del presidio sul territorio deve consentire di intercettare le esigenze di bassa complessità (codici di priorità bianchi e verdi), riducendo, così, l'affollamento dei P.S.

Si concorda di rafforzare la presenza dei posti di OBI e di individuare le modalità per semplificare e facilitare i percorsi di ricovero dall'emergenza. Più in generale, si ritiene indispensabile garantire adeguato turnover medico e infermieristico ai DEA per offrire certezza di continuità e qualità ai pazienti.

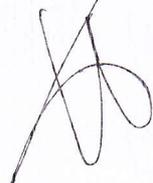
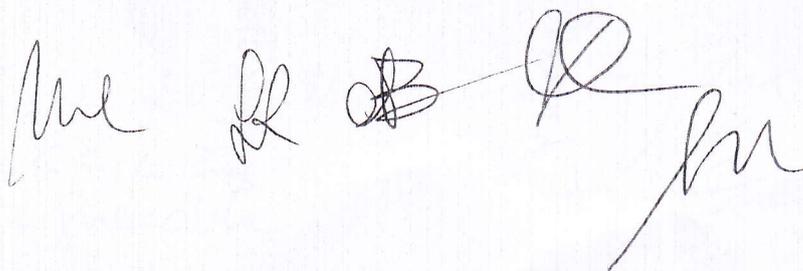
All'incremento dell'attività degli ospedali di distretto deve corrispondere la diminuzione degli accessi inappropriati a DEA e P.S.

Politiche del personale

Il personale del sistema sanitario ligure garantisce, ormai da diversi anni, la continuità delle prestazioni e una adeguata qualità professionale nonostante il quadro di blocco contrattuale, **retributivo e di contrazione delle assunzioni e avvicendamento del turn over.**

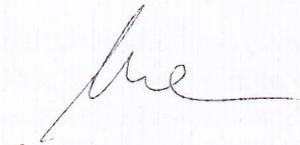
Si riassumono in questo atto le questioni oggetto di confronto con le rappresentanza di categoria del comparto:

1. Corresponsione di quanto previsto dall'art. 40 CCNL 1999 comparto Sanità Pubblica, (come da accordi già sottoscritti con le OO.SS.) in merito all'indennità infermieristica (seconda tranche) nel mese di gennaio, previo invio delle relative tabelle alle Aziende entro fine anno 2012;
2. Definizione entro gennaio 2013 delle pendenze derivanti dai processi di accorpamento di aziende (ASL 2 "Savonese" – ASL 3 "Genovese" – Ospedale Evangelico Internazionale – IRCCS A.O.U. S. Martino- IST) al fine di programmare omogeneità di trattamento e corretta allocazione dei fondi.
3. Definizione di un percorso di avvio del dividendo dell'efficienza di cui all'art. 16 del D.L. 98/2011, quale strumento utile per favorire l'innovazione, nell'ambito degli interventi di riorganizzazione straordinaria in corso e futuri.
4. Definizione di un livello di turn over che assicuri la continuità dei servizi nel quadro di modifica dell'organizzazione e della filiera assistenziale con riguardo alle professioni tecnico – sanitarie e infermieristiche, naturalmente nella compatibilità con le risorse a disposizione dei SSR e con le norme nazionali.

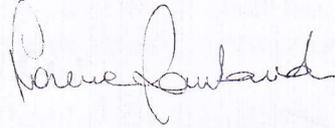


Inoltre, in questo ambito, si conviene sulla necessità di promuovere processi di riorganizzazione nel segno delle intensità di cura, del superamento di strutture operative a bassa dotazione di posti letto e di revisione della filiera assistenziale, come ormai da tempo concordato con le OO.SS., anche al fine di favorire la crescita professionale e la responsabilità delle professioni sanitarie e delle figure del comparto. Di questo processo sarà verificata l'attuazione nel giugno 2013.

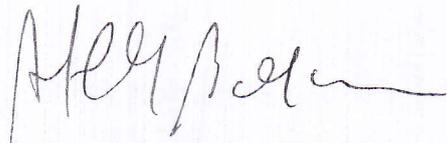
ASS. SALUTE



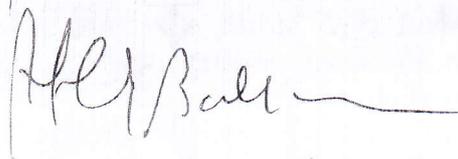
Ass. Politiche sociali



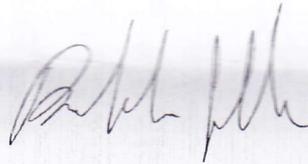
CISL USR LIGURIA
CRUSTINA BALSANO



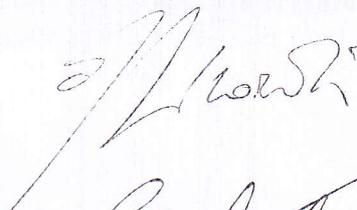
CISL FNP. LIGURIA
GIAN LAGOSTELLA

p. 

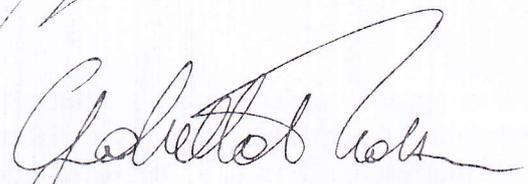
CISL FP GENOVA
BERTOCCHI GABRIELE



CISL FP LIGURIA
GIRARDI GIANFRANCO

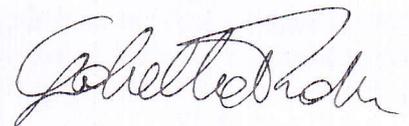


UIL GENOVA E LIGURIA

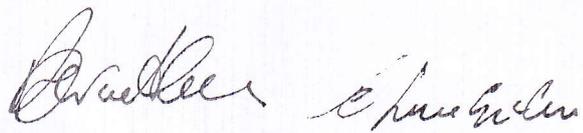


UIL PENSIONATI LIGURIA
EZIO AVANZINO

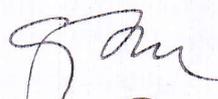
PER



UIL F.P.L. LIGURIA



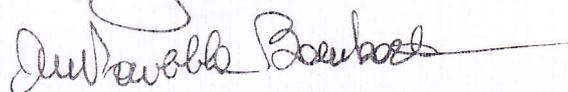
CSIC LIGURIA



SPICSIC
Anna Jacobbe



FP CELL LIGURIA



FP CELL LIGURIA