

ACCORDO SULLA RIFORMA DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO DELLA LOMBARDIA

Premesso che:

Regione Lombardia riconosce la significativa consistenza e l'ampia diffusione della rappresentatività di CGIL CISL UIL tra le lavoratrici e i lavoratori, le pensionate e i pensionati lombardi e la funzione di rappresentanza dei loro interessi generali svolta dalle stesse OO.SS., così come riconosce la loro maggiore rappresentatività tra le operatrici e gli operatori del Sistema Sociosanitario Regionale, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali;

CGIL, CISL e UIL della Lombardia condividono l'ipotesi di riordino indicata dal "Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sociosanitario in Lombardia" presentato il 30 giugno 2014 dal Presidente di Regione Lombardia Roberto Maroni e molti degli obiettivi di aggiornamento del Sistema Sanitario Lombardo in esso indicati;

Regione Lombardia riconosce nel documento presentato da CGIL CISL UIL il 23 luglio 2014 contenuti e proposte utili per un'efficace riorganizzazione del sistema sanitario lombardo.

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia

Ritengono che l'attuale sistema socio sanitario regionale abbia la necessità di essere attualizzato, per essere reso più idoneo alle mutate esigenze e più rispondente ai nuovi bisogni delle persone poiché, se è stato sin qui in grado di dare risposte convincenti al trattamento della fase patologica acuta, attraverso lo sviluppo della rete di assistenza specialistico-ospedaliera e di emergenza/urgenza, l'innovazione e la dotazione tecnologica, la creazione di infrastrutture di alta specializzazione e soprattutto grazie all'elevata professionalità degli operatori, oggi, a fronte di un quadro demografico e socio-epidemiologico strutturalmente mutato, è chiamato a dare una risposta altrettanto

efficace, appropriata e di qualità ai malati cronici e ai pazienti pluripatologici (anziani, pazienti affetti da patologie psichiatriche, persone con disabilità, persone bisognose di maggiori tutele sociosanitarie), anche con il supporto della rete di volontariato e familiare e del terzo settore che ha caratterizzato e che continua a caratterizzare tutt'oggi la storia e la società lombarda.

Condividono la conseguente necessità di un aggiornamento organizzativo/gestionale del sistema, che parta da un riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale finalizzato ad un rafforzamento di quest'ultima, per rinnovare e ulteriormente ampliare i caratteri di universalità del Servizio Sociosanitario Regionale, per continuare ad offrire i servizi che già attualmente si erogano efficacemente e aprire nuove prospettive per i malati cronici, le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti, per mantenere in equilibrio e garantire la sostenibilità del sistema, per assicurare trasparenza e pieno rispetto della legalità nella governance e gestione del sistema a tutti i livelli, per valorizzare il lavoro e la professionalità di tutte le donne e gli uomini che operano nei servizi sanitari e sociosanitari della Lombardia.

Concordano che i seguenti obiettivi trovino coerente e adeguata attenzione e declinazione nel Progetto di Legge che il Presidente Maroni, a nome della Giunta Regionale, proporrà all'approvazione del Consiglio Regionale della Lombardia.

GOVERNANCE del SISTEMA

Con riferimento alla governance del sistema, la Regione, che è il livello istituzionale che, in concorso con lo Stato, ha la responsabilità della tutela della salute dei cittadini, assicurando l'erogazione dei Lea, deve svolgere un ruolo di indirizzo e di programmazione, individuare i bisogni esistenti ed emergenti, disegnare le aree di intervento e indicare le azioni da sviluppare, garantendo l'universalità nell'accesso, volta alla compiuta esigibilità dei diritti di cui le persone sono titolari. Ha il compito di programmare le reti di offerta, decidere i volumi complessivi di

produzione necessari per soddisfare il fabbisogno in relazione agli obiettivi di salute, indirizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e controllare costantemente la corrispondenza tra le prestazioni erogate e il quadro epidemiologico regionale, anche sotto il profilo dell'appropriatezza.

A livello locale la ASL sarà il soggetto responsabile della programmazione socio sanitaria e sanitaria, in stretto contatto con le realtà locali, che devono concorrere alla programmazione affinché risponda alla domanda dei bisogni di salute espressi dal territorio, garantendo integrazione anche con le funzioni sociali attraverso la fattiva partecipazione, sin dalla fase della programmazione, dei Comuni e delle forze sociali. La lettura dei bisogni di salute e la programmazione delle conseguenti risposte sarà integrata con la capacità di lettura dei bisogni sociali dei territori e la programmazione sociale dei Comuni (anche attraverso i Piani di Zona), senza gerarchizzazione dei ruoli, garantendo l'unitarietà del sistema.

EDUCAZIONE, PREVENZIONE e INFORMAZIONE

Lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione è la leva strategica e fondamentale per la riduzione del numero di episodi correlati alle patologie acute e il contenimento nel tempo delle patologie cronico-degenerative, in particolare attraverso la promozione di stili di vita sani.

Saranno resi strutturali gli interventi di educazione sanitaria, sviluppando e potenziando i programmi di screening, attraverso il pieno coinvolgimento dei MMG.

Si darà piena attuazione al Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, recentemente aggiornato, nonché a quanto previsto dall'emanando Piano Nazionale della Prevenzione.

In particolare:

- sarà previsto e sviluppato, in sinergia con tutti i soggetti istituzionali preposti e coinvolgendo le rappresentanze sindacali dei docenti, un piano strategico, articolato e strutturato nei diversi territori, di educazione alla salute, alla prevenzione e ai corretti stili di vita,

partendo, sin dalla scuola dell'infanzia, da appositi e mirati percorsi sperimentali;

- si sosterranno e favoriranno le misure previste dall'attuale contesto normativo di educazione e prevenzione dei rischi lavoro correlati, anche intensificando le azioni di controllo;
- saranno promosse iniziative efficaci di comunicazione/informazione che educino ad un adeguato accesso ai diversi nodi del Sistema Sanitario Regionale;
- sarà realizzata, anche con il coinvolgimento delle associazioni più rappresentative e diffuse sul territorio, un'azione strutturata ed efficiente per la predisposizione periodica di campagne di informazione/educazione alla salute, con particolare riferimento alla prevenzione collettiva/primaria e ai corretti stili di vita, instaurando un rapporto articolato con i media a diffusione regionale e locale e investendo sulle nuove tecnologie e sulle banche dati;
- si svilupperanno ulteriormente le pratiche di prevenzione secondaria, attraverso campagne di screening per la diagnosi precoce, valutandone efficacia ed appropriatezza;
- per sostenere un invecchiamento attivo e in buona salute, con particolare riferimento alla prevenzione di cronicità ed aspetti sociali (solitudine, depressione ecc.) si implementeranno programmi sviluppati dalle ASL, in sinergia con medici di base, Comuni, Associazioni per la promozione di corretti stili di vita sani (ad es.: gruppi di cammino).

IL NECESSARIO RIEQUILIBRIO DEL SISTEMA VERSO IL TERRITORIO

Il territorio sarà organizzato in ambiti territoriali così come previsti sia dai Ddlgs 502/1992 e 512/1993 sia dalla legge regionale 3 del 2008, contesti in cui la programmazione di servizi sanitari, sociosanitari e sociali dovrà integrarsi, con particolare riguardo alle tematiche degli anziani, dei minori, dei disabili, della salute mentale, delle dipendenze e delle categorie più fragili, mantenendo tuttavia chiara la distinzione tra quota sanitaria e quota sociale nelle prestazioni sociosanitarie.

La piena valorizzazione del ruolo di tali ambiti è il presupposto indispensabile per una politica sociosanitaria che voglia svilupparsi sul territorio, quale sede naturale della risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, della gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria, capace di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.

In ogni ambito territoriale dovranno essere favorite, con il pieno coinvolgimento degli operatori e dei diversi attori del sistema, delle innovative modalità organizzative e gestionali di cura e di assistenza in ambito sanitario e socio sanitario.

Gli attuali servizi ospedalieri e territoriali sanitari e sociosanitari, indipendentemente dall'assetto giuridico organizzativo che verrà adottato, dovranno superare la logica della “somma di prestazioni” e dovranno cambiare i paradigmi di riferimento, con l’obiettivo di favorire la presa in carico delle patologie croniche considerando la crescente complessità e carico di non autosufficienza e di disabilità che comportano con la loro progressione.

Partendo dalle strutture, dalle dotazioni e dagli attori oggi esistenti – distretti, ospedali, specialisti, strutture residenziali sociosanitarie, dipartimenti di prevenzione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta – dovrà essere realizzato efficacemente un concorso positivo dei diversi livelli istituzionali, a partire dai Comuni, delle realtà organizzate presenti sul territorio (volontariato, associazionismo, privato sociale, cooperazione...) e delle forze sociali alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla realizzazione degli obiettivi costituzionali della tutela universale della salute e della dignità della persona.

Il passaggio necessario ulteriore è quello di sviluppare, in ciascun ambito territoriale, dei luoghi chiaramente riconoscibili, che offrano la continuità delle cure, siano punto di riferimento e di ricomposizione dei percorsi di cura, con particolare attenzione alle persone croniche – fragili, concentrando l’offerta attualmente dispersa sul territorio in variegati punti di erogazione.

In tali luoghi saranno implementate soluzioni organizzative che facilitino l'accesso dei cittadini ai servizi, dalle cure primarie alla specialistica di 1° livello, alla gestione della non autosufficienza e delle cronicità, alle attività di igiene e prevenzione, alle attività consultoriali per le donne, la famiglia e l'infanzia, ai servizi per la salute mentale, le dipendenze e la disabilità.

L'articolazione delle strutture territoriali sarà implementata prioritariamente attraverso lo sviluppo degli attuali poliambulatori e la rimodulazione in POT dei piccoli presidi ospedalieri oggi presenti sul territorio regionale, non escludendo anche un coinvolgimento delle strutture residenziali sociosanitarie.

Le strutture territoriali concentreranno tutti i livelli di assistenza: primaria, specialistica e continuata.

In particolare:

- Assistenza primaria, con accessibilità estesa alle fasce orarie serali, ai giorni prefestivi e ai festivi, attraverso la localizzazione di aggregazioni di MMG/PLS (AFT) e multiprofessionali (UCCP).
- Assistenza ambulatoriale specialistica integrata, con l'attivazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche, comprese riabilitazione, salute mentale, attività pre-ricovero, day hospital e macroattività ambulatoriale complessa (MAC), day surgery e attività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (BIC);
- Gestione dei pazienti inseriti in determinati percorsi assistenziali, quali i CreG, di cui saranno celermente accertati gli esiti della sperimentazione in atto da due anni in cinque ASL, per valutare l'opportunità della loro estensione su tutto il territorio regionale, apportando gli eventuali correttivi necessari alla luce delle risultanze della sperimentazione;
- Assistenza continuata di primo soccorso (codici bianchi e verdi), garantendo, nella transizione al modello territoriale, la piena implementazione degli ambulatori dedicati ai codici minori all'interno dei presidi ospedalieri, attraverso la creazione di percorsi dedicati.
- Sarà implementata, anche procedendo ad una revisione complessiva della quota regionale dei posti letto per acuti, riabilitativi e ad una verifica della quota di posti letto per residenzialità sociosanitaria, una diffusa

presenza in tutti i territori lombardi, in regime di servizio sanitario nazionale, di posti letto a media e bassa intensità di cura.

- Si opererà per un più efficace monitoraggio del percorso terapeutico (*compliance*) tramite l'individuazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico dei pazienti (*ad esempio* con funzioni di *case management*), al fine di evitare che l'assistito esca dal percorso riabilitativo/di cura con conseguenti atteggiamenti inappropriati e costi ingiustificati per il sistema.
- Sarà valorizzato il patrimonio di edilizia pubblica disponibile e oggi non utilizzato.
- Sarà attuato il necessario coinvolgimento dei medici di medicina generale, le cui forme associative (AFT e UCCP) saranno promosse, sostenute e integrate, in connessione con la continuità assistenziale, nell'attività di cure primarie, realizzando una maggiore e forte integrazione tra MMG/PLS e gli altri attori e presidi di medicina territoriale, anche al fine di ampliare la gamma delle prestazioni rese, all'interno di forme multiprofessionali territoriali, la specialistica ambulatoriale, la diagnostica radiologica e di laboratorio di primo livello, anche per garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso in termini di orari più flessibili, estesi ove possibile alle ore serali, sabato e festivi, andando incontro ad un'esigenza in particolare dei lavoratori e in un'ottica di riduzione delle liste di attesa, garantendo una dotazione adeguata di attrezzature e professionalità negli ambulatori specialistici.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E LA DOMICILIARITA'

L'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali porrà al centro:

- L'integrazione in termini di governance a tutti i livelli, a partire da quello regionale, rilanciando una programmazione tesa all'integrazione efficace delle risposte ai bisogni complessivi degli utenti nei diversi ambiti territoriali lombardi (anche nei Piani di Zona).
- La presa in carico globale delle persone, con garanzia di programmazione, coordinamento, valutazione e controllo in capo alla

Regione, alle ASL e ai Comuni, e di un accesso integrato ed universale al sistema, anche attraverso l'individuazione di un luogo unico di accesso visibile, quali lo sportello unico per il welfare, ridefinendone la relazione con quanto sino ad oggi sperimentato e attuato (Punti unici di accesso, Punti unici disabili, Cead, Centri famiglia), quale luogo di accesso al sistema e presa in carico della famiglia.

- La piena valorizzazione secondo gli effettivi bisogni, nella logica della presa in carico, di tutti quei servizi a partire dall'ADI, il SAD e le ADP che permettono il mantenimento delle persone al loro domicilio anche in situazioni di fragilità, implementando percorsi collegati con le dimissioni protette e la rete delle cure oncologiche.
- Il sostegno a processi di integrazione tra medicina del territorio e ospedale facendo in modo che siano i modelli organizzativi ad adeguarsi alle necessità, anche logistiche, dei pazienti.
- La creazione a livello territoriale di una funzione, identificabile e accessibile, per la presa in carico dei pazienti cronici che promuova e gestisca percorsi di assistenza secondo protocolli condivisi e basati sulle linee guida internazionali in stretta collaborazione tra ospedale e territorio.
- L'individuazione sin dal ricovero in ospedale e poi per tutto il periodo di cura ospedaliero di percorsi ad hoc per l'anziano cronico ricoverato.
- La sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, tra i quali l'infermiere di famiglia, rispondenti ai crescenti bisogni delle persone seguite sul territorio e a domicilio, per dare risposte adeguate ai bisogni che coinvolgono diverse aree dell'assistenza primaria, in collaborazione con i medici di medicina generale.
- Miglior utilizzo del potenziale offerto dai servizi di telemedicina per la domiciliarità ma anche nelle diverse strutture residenziali, semiresidenziali e di sorveglianza, quale il telesoccorso.
- Un potenziamento della rete territoriale dei CPS per far fronte ai bisogni sempre più crescenti e complessi (es. doppie diagnosi), correlati alla disabilità legata alle patologie psichiatriche o di disagio psicologico.

- La condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti tramite il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico e gli strumenti informatici offerti dal SISS che permetta lo scambio di informazioni tra tutti gli attori del sistema.
- Le Unità d'Offerta sociosanitarie (diurne, residenziali e domiciliari), parte costitutiva della rete integrata territoriale, devono rispondere ai bisogni di prossimità e appropriatezza. In particolare per quanto riguarda le RSA saranno da individuare percorsi di finalizzazione, per nucleo assistenziale, ai bisogni di cura di specifiche tipologie di utenza prevedendo standard incrementali in rapporto all'intensità e alla tipologia del bisogno verso il quale si indirizzano. Tale modello prevede pertanto una specifica valutazione del sistema di erogazione territoriale e conseguentemente un riordino complessivo del sistema regionale delle RSA e degli attuali meccanismi tariffari.
- La realizzazione di tale percorso deve prevedere un periodo di implementazione osservazionale biennale che, precludendo alla messa a regime del percorso di revisione innovativa, fermi gli attuali standard minimi gestionali, preveda, valorizzando il principio di libera scelta, il riconoscimento di un contributo aggiuntivo, che consenta un allineamento dei livelli assistenziali ai nuovi bisogni degli ospiti delle strutture residenziali e semi residenziali, sempre più fragili.
- Nel quadro di questo riordino complessivo, si attuerà una adeguata rimodulazione al rialzo delle quote attualmente riconosciute a carico del servizio sanitario del costo di ricovero in regime di residenzialità (RSA/RSD), alla luce dei crescenti bisogni sanitari e sociosanitari delle prestazioni erogate da tali unità d'offerta sociosanitarie, correlata alla individuazione di costi standard di gestione e funzionamento per la parte c.d. alberghiera, a una corrispettiva e proporzionale riduzione della parte a carico dell'assistito/famiglia e a un efficace controllo della determinazione delle rette.

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia, condividendo l'intento di progredire e migliorare l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, attraverso un'ulteriore evoluzione delle prestazioni socio-sanitarie,

caratterizzata dal passaggio, culturale prima ancora che metodologico, dalla cura al “*prendersi cura*”, a fronte della perdurante mancanza della definizione dei LIVEAS/LEPS, concordano che il sistema che si intende implementare, in un alveo di maggiore prossimità in quanto privilegia la territorialità, dovrà evitare il rischio, in capo alle famiglie, che le prestazioni che caratterizzano il “*prendersi cura*” assumano via via connotati di indeterminatezza, tali per cui non sia più identificabile ciò che è cura, quindi LEA, e ciò che non è più soltanto cura e, come tale, di fatto a carico dei destinatari e delle famiglie o comunque soggetto a compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Pur in un alveo di piena integrazione tra i diversi servizi e prestazioni, nell'ottica di una presa in carico globale conseguente a una valutazione multidimensionale, si conviene sulla necessità della definizione di una chiara linea di demarcazione, che minimizzi l'area “grigia” delle prestazioni definite oggi a carattere sociosanitario, tra ciò che è sanitario e quindi degno di tutela costituzionale, universalmente garantito e a carico della fiscalità generale, e ciò che è sociale e quindi – nella ingiustificata perdurante assenza di LIVEAS o LEPS non ancora definiti a livello nazionale - potenzialmente assoggettabile a meccanismi di compartecipazione alla spesa; discrimine necessario anche per trasmettere messaggi chiari e facilmente interpretabili da parte di tutti gli interlocutori (famiglie, enti locali, associazioni, operatori).

Sarà perciò assicurato, pur nel rispetto dei vincoli economici fissati nell'utilizzo del Fondo Sanitario, l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sociosanitarie a prevalente carattere sanitario indipendentemente dalla capacità da parte dell'utente di compartecipare alla spesa per la residuale quota sociale delle stesse prestazioni: ciò anche con riferimento alle le cure intermedie come le cure a domicilio, che saranno inserite in un sistema integrato con le prestazioni sociali.

IL RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO.

L'aggiornamento del sistema sanitario lombardo sarà finalizzato alla realizzazione di un sistema a rete per l'assistenza ospedaliera, fondato non sulla concorrenza ma su una feconda sinergia tra pubblico e privato, paritario negli oneri come nei doveri, che garantisca una copertura omogenea sul piano territoriale, per le diverse tipologie di assistenza - per l'acuzie, sub-acuzie, post-acuzie, riabilitazione e più in generale l'offerta delle cure intermedie - che dovranno essere a tutti gli effetti comprese nei Lea.

Per incrementare l'efficienza, l'efficacia e l'integrità del sistema si intende operare per evitare commistioni o conflitti di interesse nell'esercizio delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione e controllo.

Nel processo di revisione, in ordine al rapporto pubblico/privato, la programmazione regionale definirà qualità e tipologie dei servizi, per perseguire l'obiettivo generale di assicurare una risposta adeguata e appropriata ai bisogni, integrando le prestazioni di tutte le strutture del sistema e promuovendo una fattiva collaborazione tra pubblico e privato in nome di una maggiore e più efficace integrazione.

INVESTIRE SUL LAVORO E LA PROFESSIONALITA'

Tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori del Sistema Sociosanitario Lombardo, con le loro diverse figure professionali, che hanno sino ad ora garantito elevati livelli di eccellenza ed efficacia, saranno chiamati ad ulteriori sforzi ed a complessi processi d'integrazione. Vi saranno inevitabili importanti ricadute, in un'operazione di riordino complessivo della rete, sugli operatori, sui modelli organizzativi e sui servizi, da gestire attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali.

A tal fine risulta necessario operare una serie di interventi sinergici che permettano:

- la formazione e riqualificazione professionale per la progressiva creazione di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità
- di favorire le responsabilità e la partecipazione relativamente ai processi di flessibilità collegati alla riorganizzazione, valorizzando il confronto sindacale.

Anche di tali aspetti terrà conto il confronto sulle Risorse Aggiuntive Regionali e la destinazione al personale di parte delle risorse derivanti dai risparmi relativi alla revisione dei modelli organizzativi, come previsto dall'art. 16 del decreto 98/2011 nel testo vigente, condividendo la necessità di perseguire l'obiettivo comune di salvaguardare i livelli salariali al massimo livello possibile e di recuperare tendenzialmente i livelli del 2013.

La Regione Lombardia, nel salvaguardare i livelli occupazionali, si impegna, nel rispetto dell'attuale normativa sul contenimento dei costi del personale pubblico, a riconoscere il ruolo primario svolto dai dipendenti delle aziende sanitarie nonché ad attuare le procedure per la stabilizzazione del personale precario del SSR, individuando modalità attuative e tempi certi per consolidare gli attuali organici, al fine di minimizzare la precarietà e rendere l'operatore "fidelizzato" al sistema e più motivato, anche per evitare il rischio di ricadute negative sui livelli qualitativi, migliorando la continuità di cura e assistenza e la relazione tra utente e professionista, in modo da non vanificare anche i processi formativi attuati e le risorse a tal fine investite.

Regione Lombardia ha in corso un approfondito esame dell'attuale consistenza del personale delle aziende sanitarie pubbliche, anche ai fini dell'apertura di un confronto con le OO.SS. di categoria, finalizzato alla determinazione di nuovi indicatori per l'individuazione dei fabbisogni standard delle aziende sanitarie pubbliche ed alla definizione di standard assistenziali (in termini di minutaggio) in grado di garantire prestazioni diagnostico-terapeutiche di elevata qualità, rispettando l'osservanza dei riposi e riparametrando gli standard minimi degli organici in sanità come

nel sociosanitario, anche con l'obiettivo di conseguire un minor rischio di errori assistenziali e una maggiore umanizzazione delle cure e della relazione operatore/assistito.

Sarà aperto anche un confronto sul tema dei sempre più variegati CCNL applicati nelle strutture pubbliche e private accreditate, che il disegno di sviluppo del sistema sociosanitario nella nostra Regione sollecita a una maggiore integrazione e sinergia e con riguardo alle ricadute sulle condizioni dei lavoratori correlate alle gare di appalto.

Considerate le ripercussioni che la modalità di pagamento delle prestazioni attraverso voucher produce sulla programmazione operata dalle unità d'offerta, anche in relazione ai livelli occupazionali, si individueranno soluzioni che consentano, di garantire attività lavorativa costante nell'arco dell'anno senza dover continuamente ricorrere all'utilizzo di ammortizzatori sociali in deroga o addirittura a interruzioni dei rapporti di lavoro per far fronte ai momenti di carenza di prestazioni.

La costruzione di una diffusa ed efficace rete di medicina territoriale sarà implementata anche con una riprogrammazione regionale del numero di medici specialisti, in alcune branche di notevole rilevanza, in carico alle università e un programma di reclutamento e stabilizzazione del personale medico specialistico giudicato necessario a tale scopo, pur con la dovuta attenzione alla necessaria flessibilità organizzativa. Sarà agevolato, inoltre, l'inserimento dei medici neo-specializzati, favorendo il passaggio delle conoscenze e dell'esperienza pratica tra medici esperti e "nuovi" medici.

Al fine di ammodernare ed aggiornare il sistema sanitario lombardo nella direzione maggiormente rivolta al territorio. Regione Lombardia eserciterà un'azione incisiva affinché il MIUR, nella programmazione universitaria, dia risposte più coerenti con i fabbisogni professionali della nostra regione, al fine di attivare concretamente percorsi su nuovi profili di competenze che potrebbero essere una risposta coerente alla revisione dei modelli organizzativi.

A tal fine sarà potenziata la funzionalità dell'Osservatorio Professioni Sanitarie, per un più attento monitoraggio dei bisogni professionali, finalizzato anche ad un più adeguato orientamento dell'offerta formativa.

Sarà sviluppata una nuova cultura fra i professionisti per creare una logica di rete, adottando dinamiche e momenti di interscambio professionale tra ambito specialistico-ospedaliero e medicina di territorio, tra *setting* assistenziali differenti, definendo obiettivi comuni all'interno dell'area sanitaria, per rendere il lavoro d'équipe il perno dell'assistenza al cittadino/utente, per la presa in carico globale del paziente, al fine di valorizzare tutti i professionisti attraverso l'utilizzo di linee guida, protocolli e procedure come spazi di confronto e condivisione, oltre che implementando percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali integrati e ridefinendo la mappa dei processi di area e le modalità operative di gestione del percorso.

Tutte le donne e gli uomini operanti nel sistema sanitario dovranno sentirsi artefici e protagonisti del cambiamento. Alla necessaria intensificazione, accessibilità e miglioramento dei programmi formativi per le professioni sanitarie e di supporto, sarà affiancata una corrispondente e sistemica formazione del personale amministrativo e tecnico. Obiettivo primario di questi percorsi sarà un deciso miglioramento dell'informazione, indirizzo e accompagnamento del cittadino nella sanità che cambia tra ospedale e territorio.

I professionisti dovranno trarre giovamento operativo grazie alla disponibilità sempre maggiore delle informazioni rese disponibili dal SISS e delle adeguate tecnologie informatiche di accesso alle stesse per facilitare la sicurezza, monitoraggio e la *compliance* del percorso.

L'ingiustificato e perdurante blocco dei rinnovi contrattuali nazionali, sia pubblico che privati, in sanità, comporta, per i lavoratori del nostro servizio sanitario regionale da un lato una crescente difficoltà a far fronte a un costo della vita tra i più elevati d'Italia, dall'altro un ingiusto

misconoscimento della elevata qualità professionale e della produttività del loro lavoro.

A questo quadro generale si aggiunge l'impatto sul sistema regionale derivante da Expo 2015, che in sei mesi vedrà un eccezionale afflusso di presenze in Lombardia ed un conseguente incremento dei bisogni sanitari soprattutto in emergenza-urgenza e acuzie. Expo 2015 è altresì una opportunità, una vetrina internazionale che ci deve vedere protagonisti attraverso la valorizzazione delle tante eccellenze sanitarie lombarde. Tale evento rappresenta un utile occasione anche per porre le basi di un sistema volto a favorire ed incentivare l'attrattività transfrontaliera del sistema sanitario lombardo. Regione Lombardia si impegna pertanto a far fronte a tale evento con la possibilità di autorizzare specifiche assunzioni di personale a ciò dedicato.

Si investirà pertanto con ancor maggiore determinazione e volontà di innovazione sulla contrattazione di secondo livello nella sua duplice dimensione regionale e aziendale; il processo di riforma complessivo andrà, perciò, coniugato con la necessità di ridefinire con chiarezza i criteri di governo della spesa, che deve essere orientata a premiare le competenze gestionali e professionali erogate dagli operatori.

Uno sforzo, anche di tipo culturale, che sarà accompagnato dai consentiti investimenti economici, in ordine alle risorse formative, alle RAR e alla quota variabile dell'emolumento, nella condivisa consapevolezza che, con i rinnovi dei contratti nazionali bloccati, gli incentivi possono anche aiutare a compensare in parte il crescente disagio economico dei lavoratori lombardi, principali protagonisti del mantenimento e dello sviluppo delle eccellenze sanitarie della nostra regione.

Con specifico riferimento alla peculiarità del tessuto lombardo, che vede nella partecipazione attiva della società una espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo improntata alla sussidiarietà, il volontariato (singolo o associato) rappresenta certamente una risorsa anche per il sistema sociosanitario. Nel percorso di sviluppo di tale

prospettiva, si opererà pertanto per definire con la massima chiarezza quali sono all'interno del sistema gli ambiti di azione del volontariato rispetto a quelli del lavoro dipendente o assimilato al fine di superare quelle situazioni di conflittualità che possono andare a discapito di una buona relazione sia tra personale dipendente e volontari sia con le persone assistite.

Il contenzioso giudiziario che interessa i medici è in continuo aumento (+134% in 15 anni). La percentuale di archiviazioni sul totale dei procedimenti conclusi è pari al 98.8% nei casi di sospette lesioni colpose e del 99.1% nei casi di sospetto omicidio colposo. Nel 93,8% dei casi, le denunce coinvolgono medici in servizio presso ospedali pubblici. Di questi, maggiormente colpiti sono gli anestesisti (96,8%) ed i chirurghi (98,9%), soprattutto ortopedici e ginecologi. Il problema dei contenziosi giudiziari è tra le cause principali delle difficoltà che stanno vivendo in questi anni i medici, nell'affrontare quotidianamente la propria professione e le scelte diagnostiche e terapeutiche, con il correlato aumento di costi impropri nella sanità pubblica dovuti all'aumento delle pratiche di medicina difensiva, associato alla lievitazione delle polizze assicurative.

Si opererà per stabilire in maniera omogenea a livello regionale i criteri e le procedure per la gestione dei contenziosi e per ristabilire un clima di fiducia tra cittadini, operatori e professionisti in sanità anche realizzando un cambiamento di cultura e di approccio al problema della salute e della cura.

LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA E SOCIALE

CGIL CISL UIL Lombardia condividono e sostengono l'obiettivo alla base dell'impegno assunto dal Presidente Maroni di realizzare una progressiva abolizione dei ticket sanitari.

Nell'ottica di tale condiviso obiettivo di legislatura, si interverrà al più presto, utilizzando anche le ulteriori risorse aggiuntive che si renderanno disponibili sul bilancio regionale a seguito della progressiva

implementazione dei costi standard, per una significativa riduzione dei c.d. “superticket” vigenti in Lombardia su non poche prestazioni diagnostiche, il cui ammontare, a fronte della crisi economica, induce sempre più spesso persone e famiglie in difficoltà economica a rinunciare alla prestazione.

Per i lavoratori in mobilità, in contratto di solidarietà, i cassaintegrati e i disoccupati verranno reintrodotti le modalità di esenzione in vigore nel 2011.

Si conviene inoltre di dare avvio a un percorso condiviso di analisi, di studio e progettualità, finalizzato ad una possibile copertura solidaristica integrativa di quanto attualmente non coperto dal sistema pubblico di welfare, anche di natura mutualistica.

PROSECUZIONE DEL CONFRONTO

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia concordano infine sull'opportunità di proseguire il confronto, finalizzato alla ricerca di una condivisione dei contenuti del Progetto di Legge di modifica/integrazione della L.R.33/2009 di iniziativa della Giunta e alla traduzione nello stesso P.d.L. della presente intesa e di proseguirlo successivamente con riferimento al conseguente iter di approvazione da parte del Consiglio Regionale e alle successive fasi di implementazione delle nuove norme.

Milano, 26 settembre 2014