

RIPRENDIAMOCI <sup>LA</sup> SALUTE

CON

<sup>LA</sup>

P  
A  
R  
T  
E  
C  
I  
P  
A  
Z  
I  
O  
N  
E



# INDICE:

Pag.2

## RIPRENDIAMOCI LA SALUTE

- Il cittadino al centro
- Costi standard: andare oltre l'annuncio
- Ridare fiducia ai cittadini
- Ridare fiducia ai cittadini: l'analisi
- Ridare fiducia ai cittadini: le priorità
- Le linee di evoluzione del Ssn
- Un network di nuove figure professionali
- Un piano da qui al 2020
- Partecipare alla qualità dei servizi
- Il ruolo del sindacato: della CISL - FP - FNP

Pag.6

## IL SISTEMA SANITARIO E IL CAMBIAMENTO

- Come procedere per ottenere risultati?
- I nodi da sciogliere
- Azioni strategiche
- Riforma ospedaliera
- Dall'ospedale al territorio
- Politiche organiche per la non autosufficienza

Pag.8

## IL SISTEMA SANITARIO E IL CAPITALE UMANO

- Il capitale umano come variabile critica
- I temi chiave

Pag.10

- Note per il percorso

## Il cittadino al centro

E' diritto e legittima aspettativa del cittadino –proprio in quanto persona-diventare un soggetto attivo anziché un semplice oggetto di cure.

Il cittadino protagonista rispetto alla sua salute:

- deve essere messo in grado di incidere e condividere le scelte che lo riguardano,
- così come deve avere gli strumenti per giudicare la qualità delle cure ricevute rispetto allo stato di salute.

Trasparenza, informazione, consapevolezza, fiducia responsabilità sono i principi qualificanti della centralità del cittadino.

Una centralità da ristabilire all'interno di una prospettiva di umanizzazione della cura e di valorizzazione della rete familiare, rispetto al quale deve misurarsi tanto l'eccellenza clinica quanto l'appropriatezza del percorso assistenziale.



## Costi standard: andare oltre l'annuncio

I costi standard possono essere lo strumento per tenere insieme la riforma in senso federale dello stato con il riequilibrio e la riorganizzazione del sistema sanitario nazionale.

Essi devono rispondere anche alla definizione dei Livelli di assistenza sanitaria (Lea) e di quelli sociali (Lep).

Garantendo:

- Il superamento effettivo della spesa storica senza limitarsi ad un'analisi statistica dei costi,
- Il finanziamento dei Ssr dopo la stagione dei Patti per la salute e dei Piani di rientro,
- Il riequilibrio tra sistemi sanitari regionali: in 30 anni, nonostante riforme consistenti, il sistema sanitario ha dato vita a 21 modelli diversi,
- Un meccanismo vero di premio alle realtà virtuose e di sanzione a quelle che non garantiscono efficienza ed equilibrio della spesa, senza danneggiare i cittadini/utenti.

I costi standard devono cioè sancire il passaggio ad una filosofia della responsabilità regionale in grado di assicurare una buona amministrazione della salute ai cittadini.

## Ridare fiducia ai cittadini

Restituire fiducia è il compito prioritario a cui come sindacato dobbiamo richiamare la politica e il management sanitario.

- Le rimostranze continue degli amministratori: le lamentele rispetto ai bilanci, lo scaricabarile delle responsabilità, le richieste incuranti delle difficoltà oggettive del Paese,
- Il peso crescente del ricorso al contenzioso e alle cause legali,
- Il ruolo degli interessi forti nella difesa delle posizioni di vantaggio rispetto all'alta tecnologia, alla finanza di progetto, ecc.
- Le esigenze socio-sanitarie degli utenti e delle loro famiglie devono avere una risposta appropriata, vicina, personalizzata.
- Le difficoltà rispetto ai cambiamenti necessari nell'offerta di salute (dall'ospedale al territorio- domicilio) determinano una crisi di fiducia nei cittadini e soprattutto nelle fasce più esposte (a partire dagli anziani) alla quale siamo chiamati a fare fronte!



## Ridare fiducia ai cittadini: l'analisi

*Come si fa a cambiare?*



### *Occorrono mappe per decidere!*

E cioè bisogna:

- Andare oltre i piani di rientro e definire i costi standard, ma anche costruire una nuova legge 833 responsabile che tracci i cambiamenti per i prossimi 30 anni, a partire dalla ridefinizione dei LEA
- Compiere un'analisi approfondita degli errori organizzativi che - insieme allo stato centrale - le Regioni e quindi la politica non sono riusciti ad evitare o risolvere,
- Accompagnare il processo di attuazione di federalismo, costi standard, benchmarking con modelli nuovi di organizzazione del percorso di salute e di gestione partecipata e condivisa degli enti e delle aziende sanitarie, confrontato con le forze sociali.
- Rendere le Regioni più simili a holding dei servizi (come dovrebbe essere) che non a distributori di interessi e raccoglitori di disavanzi (come oggi è)

### *E occorrono fari per illuminare!*

Cioè si deve:

- Assicurare trasparenza: ossia la possibilità per il cittadino di verificare l'azione delle aziende, la qualità sanitaria offerta, la corrispondenza con le aspettative e la spesa sostenuta. Così come la possibilità di verificare l'operato dei professionisti che gestiscono la presa in carico. Consentire ai cittadini di essere parte attiva nel controllo dei risultati e nello stimolo al miglioramento.
- Trasformare i costi standard in appropriatezza delle reti e delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria, corrispondenti ai bisogni dell'utenza e delle comunità locali.
- Per questo occorre individuare scenari: delle necessità, di organizzazione e qualità del servizio, di sostenibilità economica. In questi scenari il sindacato deve portare l'attenzione a ricomporre le divisioni istituzionali, sostenendo l'obiettivo della collaborazione delle autonomie locali (e dei servizi sociali) con quello delle regioni (e dell'organizzazione sanitaria) favorendo l'integrazione nelle risposte.



I bisogni di salute delle persone non sono scomponibili!

## Ridare fiducia ai cittadini: le priorità



Bisogna ricostruire il capitale di fiducia che può portare il sistema a funzionare meglio e a sostenere il benessere individuale e collettivo.

Si può fare a patto di tracciare un cambiamento virtuoso delle strutture di cura e dell'offerta assistenziale presenti verso un sistema di "presa in carico" della persona. Cioè verso un sistema che:

- Riporti al centro la funzione della assistenza primaria (domiciliare, distrettuale, territoriale) come livello di coordinamento dell'assistenza sul territorio e guida alla cura,
- Passi dal concetto di sanità a quello di salute a tutto tondo, da quello di cura a quello di risposta (e anticipazione) ad esigenze complesse, da un modello pensato per eliminare la malattia ad uno
- pensato per promuovere benessere e diffondere stili di vita sani,
- Si basi su una riorganizzazione territoriale che porti più attenzione e più assistenza sul luogo di vita delle persone ed al contesto familiare (più cura domiciliare=meno ricorso alle strutture ospedaliere),
- Evolva verso una configurazione di rete integrata di servizi e prestazioni all'utenza.

## Le linee di evoluzione del Ssn

Inversione del tradizionale percorso di salute:

- paziente → ospedale → medico med. Generale → domicilio, con quello: persona → medico med.generale → assistenza domiciliare (long term care) → ospedale (fase acuta)
- nuovo ruolo dei medici di medicina generale: come punto di accesso al sistema e di orientamento all'assistenza. Occorre una nuova organizzazione del servizio (strutture) e della presenza sul territorio che garantisca una copertura 24 ore al giorno e 7 giorni su 7. Al nuovo ruolo dell'assistenza primaria deve corrispondere un nuovo inquadramento contrattuale dei medici alle dipendenze del Ssn
- potenziamento delle aree ospedaliere di emergenza per garantire una maggiore sicurezza al cittadino-utente,
- decentramento sul territorio dell'offerta di cure che deve essere articolata in un sistema integrato di servizi socio-sanitari, che devono assorbire le risorse provenienti dai processi di riorganizzazione.



## Un network di nuove figure professionali



E' essenziale inoltre agire sulla leva delle risorse umane (che vale il 33% del costo del sistema sanitario) garantendo più valorizzazione e più riconoscimento delle nuove **reti professionali** disponibili al cambiamento.

Ma anche assegnando un nuovo ruolo alle **single professioni**, in particolare a quelle in crescita numerica e qualitativa: infermieri, tecnici, oss, coordinatori amministrativi, addetti al customer care...

Il numero dei medici è in diminuzione ed è necessaria una riorganizzazione delle funzioni ospedaliere che superi i criteri delle divisioni in posti letto, reparti, primariati. Ciò a favore di una **concezione più avanzata dell'assistenza** ai lungodegenti e ai pazienti acuti centrata sui bisogni delle persone e non sulla difesa delle posizioni.

L'investimento da fare è proprio in quelle **figure sanitarie** (infermieri, tecnici, personale di assistenza) che uniscono la funzione di cura a quella di assistenza, ma che, grazie all'alta specializzazione, possono evolvere anche in una direzione manageriale.

4

## Un piano da qui al 2020

Per questo occorre un piano in grado di tracciare e realizzare **entro il 2020** la prima tappa di una **riorganizzazione territoriale e domiciliare del sistema sanitario**.

Noi sappiamo che :

- l'evoluzione demografica porta ad un continuo aumento della popolazione anziana,
- il trend della spesa sanitaria segue il trend dell'aumento dell'età media,
- l'aumento delle malattie cronico degenerative spinge verso una diversa articolazione del Ssn.

Quindi l'obiettivo strategico è decidere insieme che :

- la cronicità si assiste attraverso un percorso di reti di assistenza e professionali che partano dal territorio (domicilio, quartiere, ambito locale) e che consentano al paziente di non dover ricorrere esclusivamente all'ospedale,
- gli ospedali devono essere orientati sulla cura degli eventi acuti o della fase acuta della malattia cronica,
- la trasformazione degli ospedali locali deve essere preceduta dalla predisposizione della rete socio- assistenziale.



## Partecipare alla qualità dei servizi



Gli obiettivi di rilancio del sistema di tutela della salute si possono raggiungere solo attraverso una nuova stagione di partecipazione:

- dei **dipendenti e professionisti** in forza al Ssn: che lavorano con impegno e vogliono lavorare sempre meglio per sé e per gli altri,
- dei **cittadini**: che hanno bisogno di servizi sempre più efficienti e avanzati alle persone, alle famiglie, alle comunità,
- dei **pensionati**: che chiedono un'assistenza socio-sanitaria più vicina ai loro bisogni, nella cura di lungo periodo e nella vita di ogni giorno, per mantenere una qualità e uno stile di vita rispettoso delle esigenze personali e di socialità.
- Per questo vogliamo lanciare il progetto di un **osservatorio bilaterale** (tra amministratori e produttori/fruitori dei servizi sanitari) in ogni regione: in modo da analizzare, disegnare e valutare insieme la salute di oggi e di domani.

Il sistema sanitario ha bisogno di maggiore partecipazione dei diversi portatori di interessi, superando un approccio che è sostanzialmente monocratico. Vanno previsti percorsi formalizzati e sedi stabili di confronto che incidano sui processi decisionali della Regione e delle singole ASL. La qualità infatti si produce non solo attraverso l'assetto istituzionale e l'ammontare della spesa, ma sempre più con una organizzazione dei fattori della produzione dei servizi sul territorio che li rendano più congruenti ed integrati e che possano godere del valore aggiunto dato dalla responsabilità dell'intera comunità locale.

## Il ruolo del sindacato: della CISL - FP - FNP



Il cambiamento del sistema di salute è legato ad un **ruolo decisivo del sindacato** che:

Deve saper utilizzare le leve della concertazione e della contrattazione al fine di promuovere una buona amministrazione del presente e di **progettare il futuro**: i nuovi servizi, i nuovi modelli organizzativi, i nuovi percorsi di accessibilità al sistema di assistenza.

La contrattazione aziendale e la concertazione sociale territoriale diventano allora due azioni sindacali complementari che debbono raggiungere i medesimi obiettivi di efficienza e qualità del welfare locale.

Il passaggio ad una contrattazione di tipo partecipativo comporta una contrattazione non di scambio, ma di progetto che nel riconoscimento delle pari dignità delle parti, nella continuità e stabilità delle relazioni e nella condivisione degli elementi di conoscenza e trasparenza, permetta di raggiungere un "vantaggio diffuso". Non può rinunciare a incalzare la politica facendo **domande scomode** e anticipando le direttrici dei mutamenti necessari nella riorganizzazione dei servizi, negli ambienti di lavoro, nella partecipazione dei lavoratori...

Deve saper promuovere gli **orientamenti strategici e organizzativi** per indirizzare l'offerta di salute verso paradigmi più avanzati e più adeguati alle dinamiche in atto,

Deve rappresentare il **punto di vista del cittadino**, che è quello dei lavoratori, dei pensionati e delle famiglie che non vogliono rinunciare ad un sistema di welfare efficace e proattivo,



## Come procedere per ottenere risultati?

Premessa essenziale per realizzare questa strategia è la necessità di agire con un forte coordinamento confederale, dove le autonomie, le specificità e le competenze delle Federazioni dei lavoratori pubblici e dei pensionati confluiscono in vere e proprie cabine di regia a livello regionale e successivamente territoriale, superando impostazioni datate di esclusività di approccio a questi temi. Bisogna nell'integrare le politiche, integrare, altresì, anche le funzioni operative e di rappresentanza poiché l'obiettivo è l'avanzamento del servizio socio-sanitario, la sua riorganizzazione e soprattutto la sua evoluzione nella direzione di rispondere alle esigenze / domande sociali che dobbiamo saper interpretare e rappresentare.

Quindi, non divisioni di ruoli, ma esaltazione delle professionalità, anche attraverso specifici ed elevati livelli di formazione. E' necessario creare una cultura sindacale verticale/orizzontale e sindacalisti, che in piena armonia e consonanza di obiettivi adeguino tutte le scelte politiche alla costruzione di un welfare territoriale nel quale interventi e servizi siano più efficienti e di qualità.



## I nodi da sciogliere

Le sofferenze economiche, organizzative e funzionali del Servizio Sanitario Nazionale derivano da nodi irrisolti negli ultimi 15 anni:



- Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea): declinati a livello descrittivo /terminologico senza definirne gli aspetti quantitativi. Manca il perimetro per stabilire l'entità e quello (regolamento Ministero della salute mai emanato) per valutarne l'appropriatezza,
- Livelli essenziali di assistenza sociale (Lep): indicati dalla Legge 328/2000 in maniera generica e non cogente e ripresi da legislazioni settoriali utilizzando criteri divergenti. Manca una loro definizione univoca e puntuale in termini quali-quantitativi e coordinata con quelli sanitari
- Le regole comportamentali per il medico sono diverse in ospedale e nel territorio, per via del diverso rapporto giuridico di dipendenza o in convenzione,
- Regole professionali diverse impediscono il percorso di integrazione ospedale/territorio e quindi la realizzazione della continuità assistenziale (essenziale per la sfida della "long term care"),
- Professioni sanitarie e reti professionali vanno riformate in modo da affidare alle professioni non mediche, oggi ad alta specializzazione, competenze finora riservate ai medici.
- Costante e preordinato sottofinanziamento del Ssn e mancanza di corrispondenza con le previsioni del Patto per la salute. Alle condizioni attuali il deficit sanitario è destinato ad aumentare. In alternativa
- si dovrà rivedere la copertura assicurata dai Lea oppure aumentare il co-payment.
- mancata definizione nelle regioni e nei territori di piani integrati socio-sanitari

## Azioni strategiche



1. **Prevenzione:** una politica della prevenzione ben articolata è uno straordinario investimento a lungo termine per il benessere dei cittadini e per contrastare la dinamica attesa della spesa pubblica. Vanno potenziate le misure di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, e l'esecuzione generalizzata e completa degli screening.

2. **Responsabilità dei cittadini:** l'introduzione dell'educazione sanitaria nei programmi scolastici (scuola elementare) è indispensabile per la formazione dell'adulto del futuro e per l'educazione ad un utilizzo corretto di strutture e servizi socio-sanitari.

3. **Assistenza sanitaria primaria:** modificare la natura del rapporto di lavoro del medico di medicina generale e del pediatra da convenzionato a dipendente. O in subordine, budgettizzazione delle attività svolte.

4. **Superfici edilizie:** definire la corretta cubatura/metratura degli spazi edilizi destinati alle diverse attività (ospedaliere, specialistiche, distrettuali, di prevenzione) eliminando gli spazi in eccesso e i relativi costi di utilizzo.

## Riforma ospedaliera

E' urgente mettere mano ad una rete assistenziale che, in ogni regione, presenta

- strutture di offerta in eccesso/ridondanti con particolare riferimento alla rete ospedaliera,
- gravi carenze di servizi specifici per fronteggiare il fenomeno in crescita delle patologie croniche ed invalidanti e quello delle fragilità.

Riguardo agli **ospedali** un riassetto del sistema deve:

- tener conto delle disponibilità finanziarie nella definizione del numero di ospedali sui quali investire, tenendo fermi i requisiti di sicurezza e qualità delle strutture.
- Stabilire le funzioni/specialità da svolgere in ciascun ambito territoriale, parametrandone il numero in base alla popolazione.
- Definire per le diverse specialità il rapporto tra unità operative autonome/apicalità e numero di abitanti.
- Indurre le strutture private in preaccreditamento provvisorio a riorientarsi su attività per post acuti.
- Portare fuori dagli ospedali la cura delle patologie croniche (subito) e l'assistenza specialistica ambulatoriale (medio lungo-termine) entrambe da territorializzare.
- Gerarchizzare gli ospedali a seconda delle dotazioni strutturali, delle funzioni/specialità e delle dotazioni tecnologiche.
- Riconvertire le strutture ospedaliere dismesse, riarticolando la forza lavoro sul territorio, all'interno della nuova rete assistenziale.



## Dall'ospedale al territorio

I nuovi bisogni, in particolare le cure a lungo termine, devono trovare adeguata risposta nei **punti domiciliari e/o residenziali** in grado di fornire modalità di assistenza differenziata e personalizzata. Mentre l'assistenza ospedaliera deve essere limitata ai casi di acuzie.

E' indispensabile quindi rafforzare e potenziare la **medicina territoriale** e della **prevenzione** anche attraverso un coinvolgimento forte dei medici di medicina generale.

Lo sviluppo della **Medicina delle Cure Primarie (MCP)** è fondamentale per la Continuità assistenziale: dovrà diventare un nuovo Leas a cui far afferire le patologie croniche la cui presa in carico deve essere compito del medico di famiglia.

Il **medico di medicina generale** deve essere responsabilizzato rispetto al corretto utilizzo delle risorse del Ssn.

Nel territorio va reso operativo l'avvio delle **strutture intermedie**:

- entità territoriali per l'assistenza primaria (Utap, Case della salute...), Ospedali di comunità, Hospice, Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), Strutture per affetti da Alzheimer (Sapa) e per affetti da stato vegetativo permanente (Svp), strutture per disabili, Case della salute...
- poliambulatori ad alta tecnologia, per abbattere le liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali,
- articolazioni organizzative per il problema della salute mentale (Spdc, Csm, Dht, Ctrp, Ca, Cod, Clg...)

E inoltre è indifferibile l'attivazione della copertura universalistica rispetto al rischio di **non autosufficienza**, che grava su un numero crescente di famiglie.

E infine è opportuna l'attivazione di progetti regionali per interventi organici, estesi e diffusi mirati sull'età **adolescenziale**.



## Politiche organiche per la non autosufficienza



Particolare rilievo assume la questione della non autosufficienza.

Vi è un groviglio di questioni che si concentrano in questa area di bisogno, che a livello nazionale richiamano l'urgenza di una specifica Legge e la necessaria stabilizzazione del Fondo nazionale.

A partire dal Fondo, l'obiettivo deve essere quello di realizzare un sistema organico di assistenza socio-sanitaria, che si sviluppi all'interno di un percorso di prevenzione, cura e riabilitazione che pone al centro la persona disabile e anziana non autosufficiente e la sua famiglia e mette in rete tutti gli interventi qualificando la spesa. Vanno rafforzati in particolare gli aspetti sociali dell'integrazione socio-sanitaria e la domiciliarità degli interventi (in particolare il Sad).

A livello regionale si stanno sviluppando anche misure di sostegno a chi presta assistenza, sia esso un familiare o persona esterna alla famiglia. Questi interventi debbono agevolare l'emersione del lavoro di cura sommerso e l'armonizzazione dell'assistenza di tipo intensivo ad alta specializzazione e di tipo estensivo dedicati alla cura continuativa.

## Il capitale umano come variabile critica

In sanità il capitale umano rappresenta una variabile critica per le aziende e per il sistema, a causa:

### 1. della rilevanza quantitativa:

- La macrovoce personale è pari al 33% della spesa sanitaria pubblica,
- Sono impiegate direttamente circa 800mila persone tra aziende pubbliche e private accreditate

### 2. della natura professionale dell'organizzazione (perché fortemente tecnica, personalizzata, relazionale):

- nel sistema non operano solo **ruoli organizzativi** (interni all'azienda) ma anche **professioni organizzate** (entità distinte dai contesti aziendali) dotate di una propria identità, una propria strategia e logiche proprie condivise dai membri. Parimenti il mercato del lavoro non è generico ma da definire attraverso una demografia delle professioni,
- la **natura altamente specializzata** delle prestazioni impone un costante dialogo e aggiornamento con la ricerca e l'innovazione. La standardizzazione delle competenze/ruoli di ogni professione (ricercata dagli ordini) si mal concilia con la dinamicità imposta dall'**evoluzione scientifica e tecnologica** che scardina di continuo gli equilibri pregressi, modifica i confini di ogni professione, trasforma gli assetti organizzativi del sistema e delle aziende.



8

## I temi chiave

1. **carenza di infermieri e medici** nei paesi avanzati: la carenza cronica di figure professionali fornite dal sistema formativo nazionale alimenta la necessità di importare dall'estero tali figure (spesso dai paesi in via di sviluppo),
2. **crescita costante delle quote rosa** all'interno delle professioni sanitarie: la femminilizzazione in sanità, iniziata nel recente passato e tradizionalmente dominante tra gli infermieri si sta diffondendo rapidamente anche nei ruoli medici, tecnici, amministrativi.
3. Sviluppo professionale del capitale umano in sanità: **costante crescita delle competenze, della cultura del controllo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi.**



# RIPRENDIAMOCI LA SALUTE CON LA

P  
A  
R  
T  
E  
C  
I  
P  
A  
Z  
I  
O  
N  
E

più partecipazione vuol dire il cittadino al centro

andare oltre l'annuncio dei costi standard

ridare fiducia alle persone

raccogliere le mappe di un nuovo percorso

accendere i fari per illuminare le buone scelte di salute

continuità assistenziale per una vera presa in carico della persona

indicare le nuove linee di evoluzione del sistema sanitario

per un network di figure professionali

attraverso un piano da qui al 2020

zero scuse, massima trasparenza: sulla salute non si scherza

insieme: dipendenti pubblici, pensionati, cittadini

osservatorio bilaterale nelle regioni: perché tutti siano parte del cambiamento

nel territorio: con l'integrazione dei servizi socio-sanitari

*... un ruolo da protagonista per il sindacato!*

