

INTERSINDACALE SANITARIA ABRUZZESE

*ANISAP, ANPO, AUIPI, CIMO, CIPe, CISL-MEDICI, FESMED, FIALS, FIMP, NURSIND,
NURSING-UP, SIDIRSS, SIMET, SINAFO, SNR, UIL-P*

Proposta per riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese

Gennaio 2019

Semplificazione architettura del Servizio Sanitario Regionale

- **costituzione di UNA SOLA AUSL regionale** per
 - omogeneizzare l'assistenza sanitaria ospedaliera mai così frazionata come nell'ultimo periodo visto la babele delle Unità complesse (UOC), delle Unità semplici dipartimentali (UOSD), delle Unità semplici (UOS) e dei vari incarichi professionali assegnate da atti aziendali adottati dalle Direzioni aziendali delle AA.UU.SS.LL. con una discrezionalità esasperante motivata spesso da identificazioni di strutture operative scollegate da un'assetto dipartimentale che le giustifichi;
 - omogeneizzare l'assistenza sanitaria territoriale mai così diversificata con una popolazione abruzzese che, a causa di provvedimenti aziendali che hanno adottato tagli all'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale per l'entrata della Regione prima in piano di rientro e poi in commissariamento, al 50% usufruisce di prestazioni sanitarie aggiuntive in misura minore;
 - razionalizzare la spesa sanitaria regionale, anche attraverso una agenzia che si occupi della committenza e degli appalti, per destinarla ai bisogni sanitari sempre più in aumento per l'invecchiamento della popolazione.
- **trasformazione delle attuali quattro AA.UU.SS.LL.** in macroaree distrettuali che fungano di coordinamento per i 25 Distretti sanitari previsti dal vigente Piano Sanitario Regionale 2008-2010

Costituzione del Consulta Sanitaria Regionale

- **costituzione** del Consulta Sanitaria Regionale che coinvolga i rappresentanti delle OO.SS. degli operatori sanitari e i rappresentanti delle associazioni dei cittadini per supportare la Giunta, il settore Sanità e l'Agenzia Sanitaria Regionale nel lavoro di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Ruolo delle Università nel Servizio Sanitario Abruzzese

- **specificità** per le specializzazioni universitarie esistenti identificando quelle che possono essere definite "eccellenze" anche sulla base di criteri adottati nelle altre Regioni d'Italia per dare qualità alle prestazioni sanitarie erogate in Abruzzo;
- **impulso** alla didattica per la formazione di una nuova classe medica e delle altre categorie professionali sanitarie;
- **rivisitazione** della "Convenzione Regione-Università" coinvolgendo le OO.SS. delle professioni sanitarie per potenziare e per integrare uniformemente l'offerta sanitaria regionale anche attraverso un percorso formativo interdisciplinare;
- **contributo** all'ECM:
 - in forma autonoma;
 - in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale;
 - in collaborazioni con Ordini Professionali, con Associazioni Scientifiche e Professionali e con Sindacati
- **presenza** all'interno della sanità pubblica con professionalità che garantiscano l'alta specializzazione ricorrendo ad una maggiore integrazione delle Scuole di Medicina esistenti nella Regione Abruzzo che realizzi la istituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie previste dal Piano Sanitario Regionale vigente.

Informatizzazione del Servizio Sanitario Regionale

- **digitalizzazione di tutti i processi** e **interconnessione di tutte le strutture sanitarie** fra di loro (in primis i Pronto Soccorso Ospedalieri e la rete Emergenza-Urgenza come programmato) e con l'Amministrazione Regionale per la disponibilità immediata di tutti i dati sanitari previsti dal Fascicolo sanitario elettronico anche attraverso interfacce elettroniche delle cartelle informatizzate già in uso negli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta ;
-

- introduzione obbligatoria del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e della cartella sanitaria elettronica nelle strutture ospedaliere, nelle cure domiciliari e nelle strutture della rete residenziale, semiresidenziale e riabilitativa ex art. 26;
- censimento e quantificazione dell'impegno economico di tutti i progetti informatici fino ad oggi attivati in ambito sanitario;
- compatibilità dei progetti e loro raccordo da effettuarsi con la costituzione di un "tavolo regionale di sanità elettronica" comprendente rappresentanti degli operatori sanitari, del Settore Sanità, dell'Agenzia Sanitaria Regionale, dell'ARIC e del Sistema informativo regionale;
- identificazione di supporti informatici concessi *"gratuitamente"* idonei a permettere ai professionisti convenzionati e dipendenti l'assolvimento degli obblighi di legge previsti per la certificazione di malattia INPS, per l'invio delle ricette on-line al Ministero dell'Economia delle Finanze (art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 296, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326) e per l'integrazione ospedale-territorio attraverso PDTA;

Fabbisogno personale sanitario abruzzese

- censimento delle tipologie di contratto esistenti all'interno del settore sanitario pubblico abruzzese;
- attribuzione di personale, secondo le funzioni e l'attività assistenziale giornaliera eseguita, ad ogni Unità Operativa del Servizio Sanitario Regionale legando la possibilità del ricorso ad altre tipologie di lavoro (art. 15 septies e art. 15 octies Dlgs n° 502/92) SOLO per supportare le criticità assistenziali ospedaliere e territoriali che potrebbero determinarsi, dopo il censimento degli operatori in attività di servizio, dei fuori posto e dei portatori di limitazioni lavorative (prescrizioni, 104/90, etc.), tenendo conto delle norme contenute nella legge n° 95/2012 sulla spending review, nel Decreto del Ministro della Salute n° 70 del del 02.04.2015 (G.U. n° 127 del 04.06.2015) riguardante gli standards qualitativi, quantitativi e strutturali nell'assistenza sanitaria ospedaliera recepito con il Decreto Commissariale n° 79 del del 21.07.2016 riguardante il riordino della rete ospedaliera abruzzese pubblica e privata e con il Decreto Commissariale n° 49 dell'8.10.2012;

Regolamentazione ricorso a incarichi a tempo determinato

- censimento degli incarichi ex art. 18 Dlgs n° 502/92 e degli incarichi a tempo determinato ai quali si ricorre, oltre i termini concessi, dalle normative esistenti a livello di tutte le articolazioni operative del Servizio Sanitario Regionale.

Dotazione tecnologica del Servizio Sanitario Abruzzese

- censimento nelle unità operative sanitarie pubbliche regionali delle apparecchiature esistenti per esami ematochimici, per esami radiologici, per esami cardiovascolari, per esami di isto-citologici, per esami radioimmunologici, per attrezzature delle sale operatorie e dei reparti di rianimazione e per trattamenti radioterapici oltre che le apparecchiature in uso al sistema Emergenza 118;
- costituzione di commissioni costituite da esperti e da tecnici nominate con la collaborazione delle OO.SS. per la loro "verifica" e per la loro sostituzione o integrazione;
- identificazione ed acquisizione di tecnologia avanzata e sua collocazione strategica nel territorio regionale.

Gestione trasparente dei progetti sanitari nazionali, regionali e aziendali

- censimento dei progetti sanitari finanziati dallo Stato e di quelli finanziati a livello regionale, specialmente quelli prioritari del SSN e quelli per la prevenzione –in primis quelli per gli screening oncologici per evitare che, come nel recente passato, i fondi siano destinati all'acquisto di strumenti diagnostici che non risultano indicati
-

nella voce “beni e servizi” della modulistica del conto economico (CE) determinando un risparmio.....;

- rendicontazione economica di tutti i progetti dal 2005 al 2018;
- rendicontazione degli obiettivi fissati e raggiunti dal 2005 al 2018;
- identificazione di commissioni con la collaborazione delle OO.SS. degli operatori sanitari preposte alla progettazione, all’attuazione, al monitoraggio e alla valutazione.

Garanzia dei LEA su tutto il territorio regionale

- censimento delle prestazioni erogate e dei tempi di attesa per ottenere le prestazioni su tutto il territorio della regione continuando quanto stabilito da normative nazionali e quanto già fatto negli ultimi tempi a livello regionale con il Decreto Commissariale n° 60/2015;
- identificazione delle criticità assistenziali esistenti su tutto il territorio regionale;
- allocazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche di 1° livello nelle sedi distrettuali e, in sub-ordine affiancando i distretti, nelle istituende associazioni multiprofessionali (UCCP, etc.) lasciando alle strutture ospedaliere le prestazioni specialistiche di 2° livello e i controlli post-ricovero;
- attuazione obbligatoria da parte di tutti i medici prescrittori, dipendenti e convenzionati, della delibera di Giunta Regionale n° 575 dell’11.08.2011 riguardante l’assegnazione delle classi di priorità alla maggior parte delle prestazioni sanitarie erogabili nelle AA.SS.LL.;
- appropriatezza prescrittiva, come primo obiettivo, per la gestione delle patologie croniche ed oncologiche basata sul rispetto da parte di tutti i medici convenzionati e dipendenti di strutture pubbliche e private accreditate dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) adottati con provvedimenti regionali.

Risorse finanziarie certe per area (prevenzione, ospedale, territorio)

- assegnazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale sulla base della normativa sui LEA al settore della Prevenzione, al settore Ospedaliero e al settore Territoriale monitorando il loro utilizzo con le disposizioni esistenti nel campo della Contabilità Economica (CE) al fine di evidenziare le modalità di allocazione delle risorse a livello aziendale.

Sistema di budget su tutto il territorio regionale

- assegnazione del budget ad ogni centro di costo identificato nei settori dell’assistenza ospedaliera, dell’assistenza territoriale e della prevenzione.

Omogeneizzazione e potenziamento della prevenzione

- adozione di protocolli per il controllo di qualità sulle attività di screening anche con il coinvolgimento della figura dell’epidemiologo;
- revisione costante delle anagrafiche per gli screening;
- censimento dei progetti di prevenzione compresi gli screening oncologici in atto sul territorio regionale;
- quantificazione delle risorse disponibili ed assegnate per la prevenzione;
- rimodulazione centralizzata a livello regionale con la costituzione di commissioni specifiche costituite a costo zero con la presenza dei rappresentanti degli operatori sanitari.

Riorganizzazione dell’assistenza sanitaria ospedaliera

- assegnazione, in base alla popolazione residente nelle quattro Province (vedere Legge Regionale n° 20 del 23.06.2006, dei posti letto ospedalieri tenendo conto di quanto stabilito dalla legge n° 95/2012 sulla spending review, dal Patto della salute 2012-2014, dal Decreto Commissariale n° 49 dell’8.10.2012, dal Decreto del Ministero della
-

Salute n° 70 del 02.04.2015 riguardante gli standards qualitativi, quantitativi e strutturali nell'assistenza sanitaria ospedaliera recepito nella Regione Abruzzo con il Decreto Commissariale n° 79;

- **individuazione** degli ospedali da salvaguardare assegnando loro specificità di ruolo e funzioni in base alla nuova rete ospedaliera;
- **attuazione** delle Aziende Ospedaliere-Universitarie come previsto dal Piano Sanitario Regionale vigente;
- **ruolo** delle strutture ospedaliere private accreditate e loro integrazione complementare con l'ospedalità pubblica.
- **sperimentazione** di un nuovo modo di assistenza ospedaliera "per intensità di cura" in alcuni ospedali di base (DM 70/15);
- **riconversione** di alcuni Ospedali (Pescina, Gissi, Casoli, Tagliacozzo e Guardiagrele) in:
 - a)-Ospedali per CURE INTERMEDIE nati nella Regione Toscana o Ospedali di prossimità nati nella Regione Lazio;
 - b)-Ospedali di Comunità nati in molte Regioni italiane e in fase sperimentale a Gissi e a Pescina;in buon sostanza strutture extraospedaliere residenziali per degenze temporali dopo dimissioni precoci di persone perlopiù anziane che potrebbero essere gestite da équipes multiprofessionali costituite da medici specialisti ospedalieri e territoriali, da medici di Medicina Generale, medici di Continuità assistenziale, da infermieri aziendali, da operatori socio-sanitari aziendali sulla base di protocolli operativi gestionali specifici e quantificabili come DRG territoriali da individuare;
- **potenziamento** delle attività prestazionali dei Pronto Soccorso per garantire tempestività operative degli stessi portando, in strutture adiacenti, i medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta a svolgere, dopo opportuno triage, quelle prestazioni catalogate come "codici bianchi"

Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale

- **adozione** di provvedimenti che facciano coincidere le aree distrettuali identificate con gli ambiti sociali per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria prevista dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Sociale Regionale vigenti;
 - **attivazione** degli organismi distrettuali (UCAD- Uffici di coordinamento distrettuali) preposti alla gestione dei bisogni territoriali che il Distretto, attraverso l'assegnazione di un budget basato sulla somma di tutte le quote capitarie assegnate per questa assistenza ai residenti nell'area distrettuale, dovrebbe garantire alla propria popolazione;
 - **monitoraggio annuale** per eventuali correttivi operativi dell'attuale modello di assistenza domiciliare integrata che tenga conto delle specificità degli operatori coinvolti, che privilegi la semplificazione dell'attivazione e della gestione e sperimenti nuovi modelli gestionali e retributivi.
 - **assegnazione** di tetti di spesa agli operatori sanitari convenzionati del territorio (medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, psicologi, etc.) in quota parte derivanti dal Fondo Sanitario Regionale secondo le indicazioni dell'accordo Stato-Regioni in materia di riparto del FSN;
 - **attivazione** di un Servizio Aziendale di Psicologia (SAP), collocato nello staff aziendale, che nelle Aree distrettuali territoriali e/o in Aree di attività psicologica dei Dipartimentali Ospedalieri possano favorire la trasversalità dell'intervento psicologico e fornire risposte congrue all'attuale bisogno di salute psico-fisica;
 - **salvaguardia** degli ambiti di scelta dell'Assistenza Primaria attuali, previsti dalla delibera di Giunta Regionale n° 132 del 26.02.2000, e di quelli della Pediatria di libera scelta considerandoli parte delle aree distrettuali previste dal Piano Sanitario Regionale al fine di garantire la capillarità della presenza degli studi medici sul territorio regionale raccordandoli con gli ambiti di lavoro della Continuità
-

Assistenziale (ex guardia medica) NON TENENDO CONTO della Delibera Commissariale n° 40 del 13.08.2012;

- inserimento in alcuni Ospedali declassati a strutture territoriali di UCCP, di Ospedali di Comunità e di Punti di Primo Intervento (PPI) che con le sedi di Continuità Assistenziale diano una risposta appropriata e più vicine al cittadino;
- attivazione di istituti assistenziali (leggasi UCCP, AFT) –regolamentati con accordi integrativi regionali condivisi con le OO.SS. di categoria– operativi nell’arco delle 24 ore sette giorni su sette affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta affiancati da personale infermieristico e di segreteria con la collaborazione di medici specialisti convenzionati ed ospedalieri e di psicologi convenzionati per erogare prestazioni aggiuntive, extra AA.CC.NN., tese a soddisfare bisogni assistenziali urgenti necessari a garantire la continuità delle cure sul territorio attraverso pacchetti assistenziali complessi (denominati PAC) assimilabili ai day-services ospedalieri erogabili a tariffazione agevolata per i non esenti ticket;
- salvaguardia della specificità dei medici convenzionati del 118 evitando i continui tagli alle retribuzioni subiti che dovrebbero essere restituiti viste le pronunce a loro favore dei tribunali di 1° e 2° grado;
- adeguamento del rapporto ottimale di lavoro della Continuità Assistenziale (1 medico ogni 5000 cittadini) solo nelle aree distrettuali costiere mentre nelle aree distrettuali interne viene conservato il rapporto ottimale attuale (1 medico ogni 3.500);
- “rivisitazione”, attraverso un processo di condivisione con le OO.SS. rappresentanti gli operatori interessati, delle modalità di inserimento e di coinvolgimento del settore della Continuità Assistenziale nella riorganizzazione del Servizio di Emergenza-Urgenza della Regione Abruzzo elaborata dalla Struttura Commissariale e dall’Agenzia Sanitaria Regionale;
- regolamentazione dell’assistenza della Medicina Generale all’interno delle strutture sanitarie residenziali nel territorio regionale;

Farmaceutica territoriale ed ospedaliera

La spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera nella nostra Regione dovrà attestarsi nel 2013 entro il tetto dell’11,35% previsto dal decreto legge n° 95/2012 (denominato spending review) ma:

- la spesa farmaceutica territoriale è attualmente:
 - a)-IN BUONA PARTE addebitata ai medici del territorio poiché non è ancora completamente attuata la distribuzione diretta a livello degli ospedali pubblici, dopo visita specialistica e alla dimissione da ricovero ordinario e in day hospital, e quella del privato convenzionato che, prevista dalla legge n° 405/2001, aveva trovato soluzione con la delibera commissariale n° 23 del 08.07.2011, che prevedeva la sottoscrizione di una convenzione fra le AA.SS.LLL e le strutture ospedaliere private, ma che attualmente è stata sospesa dalla attuazione della distribuzione per nome e per conto;
 - b)-IN BUONA PARTE addebitata ai medici del territorio visto che le RSA (Residenze Sanitarie Assistite) anche se dotate di ricettario SSN concesso con il decreto commissariale n° 40 del 14.10.2011, le RA (Residenze Assistite) e le strutture riabilitative ex art. 26 continuano ancora in gran parte a chiedere prescrizioni di farmaci, anche costosi, su ricettario rosso per i pazienti ricoverati che vengono spedite nelle farmacie convenzionate territoriali...

Si ritiene che la spesa farmaceutica potrebbe essere razionalizzata, oltre che con la doverosa appropriatezza prescrittiva di tutti gli attori del sistema, anche con il ricorso all’adozione di alcuni provvedimenti regionali che dovrebbero codificare:

- l’identificazione di percorsi terapeutici, condivisi dalle OO.SS. sindacali dei medici dipendenti e dei medici convenzionati con il supporto delle loro Società scientifiche, sulle patologie che assorbono maggiori risorse economiche (patologie oncologiche e
-

patologie croniche, diabete in primis) prendendo spunto anche dalle soluzioni che hanno portato alla formulazione dell'orange book;

- **il maggior ricorso** alla distribuzione diretta per erogare farmaci sia nei presidi pubblici che nei presidi privati, residenze sanitarie assistite, residenze assistite ed altre strutture di accoglienza come prevede la legge 405 del 2001; erogazione che nella nostra Regione potrebbe essere svolta da parte delle farmacie ospedaliere:
 - a)- alla dimissione da un ricovero ordinario, da un ricovero in day-hospital medico e chirurgico eseguiti negli ospedali pubblici e nelle case di cura private per continuare a domicilio la cura delle patologia che ha causato il ricovero;
 - b)- dopo una visita specialistica eseguita negli ospedali pubblici e nelle case di cura private solo per il primo ciclo terapeutico;
 - c)- a pazienti ospiti di residenze sanitarie assistite (RSA), residenze assistite (RA) e di case di riposo ad elevata caratterizzazione socio-assistenziale;
 - d)- a pazienti in assistenza domiciliare (ADI).La distribuzione diretta potrebbe prevedere il potenziamento dei punti di distribuzione (per esempio presidi erogativi territoriali compreso le istituende UCCP) e degli addetti alla distribuzione, specialmente farmacisti, trovando soluzioni per assumere personale pur in vigenza di divieti imposti da leggi finanziarie nazionali e regionali e dal piano di rientro, considerando che il risparmio ottenuto con la distribuzione diretta potrebbe giustificare un aumento dei costi legati all'assunzione degli addetti.
- il potenziamento della distribuzione per nome e per conto dei farmaci acquistati dalla Regione e distribuiti dalle farmacie convenzionate territoriali introdotta in Abruzzo con il Decreto Commissariale n° 114 del 28.09.2016, prevista per i farmaci ad alto costo e soggetti a monitoraggio, a cui potrebbe essere affidata la distribuzione per i farmaci da utilizzare in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

AD INTEGRAZIONE poi

- si dovrebbe cercare una soluzione, già in questi giorni individuata in Basilicata con una sentenza della locale Sezione della Corte dei Conti, per risolvere la questione (esistente oltre che in Abruzzo e Basilicata anche in altre Regioni del sud e del Nord) di una indennità (per rischio) della Continuità Assistenziale, prevista dal comma 1 dell' art.13 dell'Accordo Integrativo Regionale MMG Abruzzo che, essendo stata attenzionata dalla Sezione abruzzese della Corte dei Conti come danno erariale, aveva obbligato l'attuale Amministrazione Regionale alla sospensione della stessa e alla contestuale ipotesi di restituzione delle somme percepite dal 2007 ad oggi con la adozione delibera di Giunta Regionale n° 398/2017; una severa penalizzazione economica per i medici di Continuità Assistenziale a cui si è cercato una soluzione con una modifica dell'Accordo Regionale per il ripristino, sotto altra denominazione dell'articolo contestato, e con l'approvazione di una legge regionale, la n° 7 del 2018, per la sanatoria del pregresso che è stata però impugnata dall'attuale Governo nazionale di fronte alla Corte Costituzionale.
 - si potrebbe:
 - utilizzare, con il supporto tecnico di esperti, i fondi europei destinati alla Sanità partecipando anche al programma internazionale Salute-Promis;
 - acquisire i mezzi tecnologici per consentire la modernizzazione del Sistema Sanità con investimenti mirati (Telemedicina, Teleassistenza, Intelligenza artificiale, Learning machine, Avatar)
 - adottare sistemi di gestione del Rischio Clinico (Dose unica del farmaco, identificazione univoca del paziente con l'uso della RFD);
 - adottare il modello della qualità totale per perseguire il processo di miglioramento continuo con il coinvolgimento degli operatori nella riprogettazione dei processi produttivi (esempio Lean Organization);
-

- **introdurre la figura del disability manager che ha la funzione di gestire i portatori di disabilità nei luoghi di lavoro, in supporto al medico competente, con l'intento di far convergere gli interessi dell'Azienda con i bisogni dei lavoratori anche per l'esistenza di un numero elevato di operatori inidonei alle mansioni;**
 - **prevedere la presenza di ingegneri gestionali ed esperti di ergonomia per la reingegnerizzazione di tutte le attività assistenziali;**
-