



LE PROPOSTE DELLA CISL

LE PRIORITÀ



- **superare la grave crisi di personale** nelle aree della prevenzione, della assistenza distrettuale e ospedaliera
- **rafforzare il governo pubblico** della offerta di cura
- **abbattere le liste d'attesa; decongestionare il Pronto Soccorso**
- **implementare i nuovi modelli organizzativi** dei servizi di prossimità e di ospedalità

RIPORTARE ATTIVITÀ (IN VALORE E VOLUME) E PROFESSIONISTI DELLA SALUTE NEL SSR

- Programmare gli accessi alle scuole di specializzazione e attuare piani assunzionali, di stabilizzazione e valorizzazione del personale
- Sostenere la partecipazione ai percorsi **formativi** di laurea delle professioni sanitarie con riconoscimenti economici, correlati ai periodi di tirocinio, per **promuovere l'elezione del percorso e il suo completamento**
- **Formare professionisti sanitari per la presa in carico** di pazienti cronici e multipatologici, con particolare riferimento ai **medici della medicina territoriale e ai medici specializzati in medicina interna**



- **Rivedere i processi assistenziali e gli standard di accreditamento** rispetto alle dotazioni organiche
- **Incentivare il lavoro** nelle aree sanitarie e nelle strutture organizzative particolarmente carenti
- **Definire strumenti di conciliazione vita-lavoro** e interventi per il miglioramento delle condizioni lavorative e del benessere organizzativo



IL GOVERNO PUBBLICO DELL'OFFERTA DI CURA

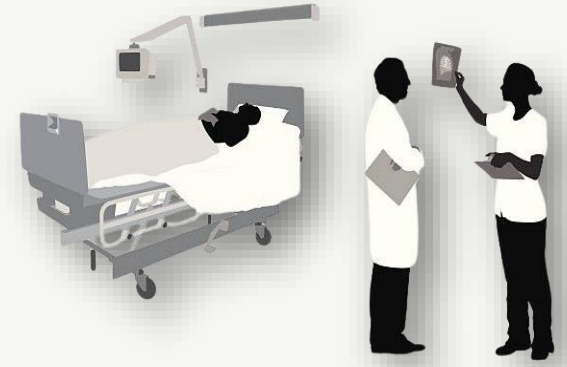
- Nel modello di rapporto pubblico-privato in Lombardia, **l'azione sul case mix tramite quote vincolate del budget** è uno dei pochi strumenti per condizionare l'offerta sanitaria degli erogatori privati a contratto su **obiettivi di salute definiti dalla programmazione**.
- A questo fine, però, è necessario che le quote vincolate del budget aumentino non solo per smaltire le liste d'attesa, ma anche per **reindirizzare l'attività erogativa a specifiche attività di cura e assistenza che il Servizio regionale deve garantire nel territorio**.



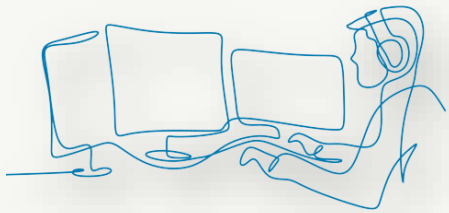
ABBATTERE LE LISTE D'ATTESA

● Ricoveri

Garantire l'**attivazione di sufficienti posti letto internistici**, per gestire le transizioni da/verso unità d'offerta territoriali/domiciliari e decongestionare le attività di reparto specialistico e di emergenza-urgenza



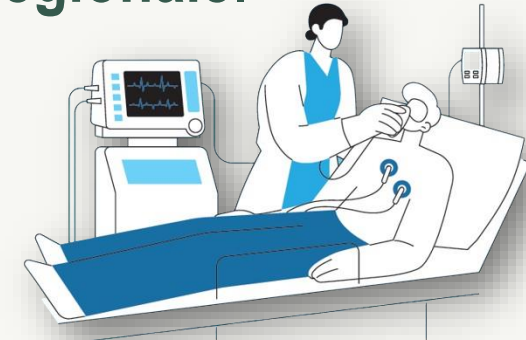
● Visite ambulatoriali e strumentali



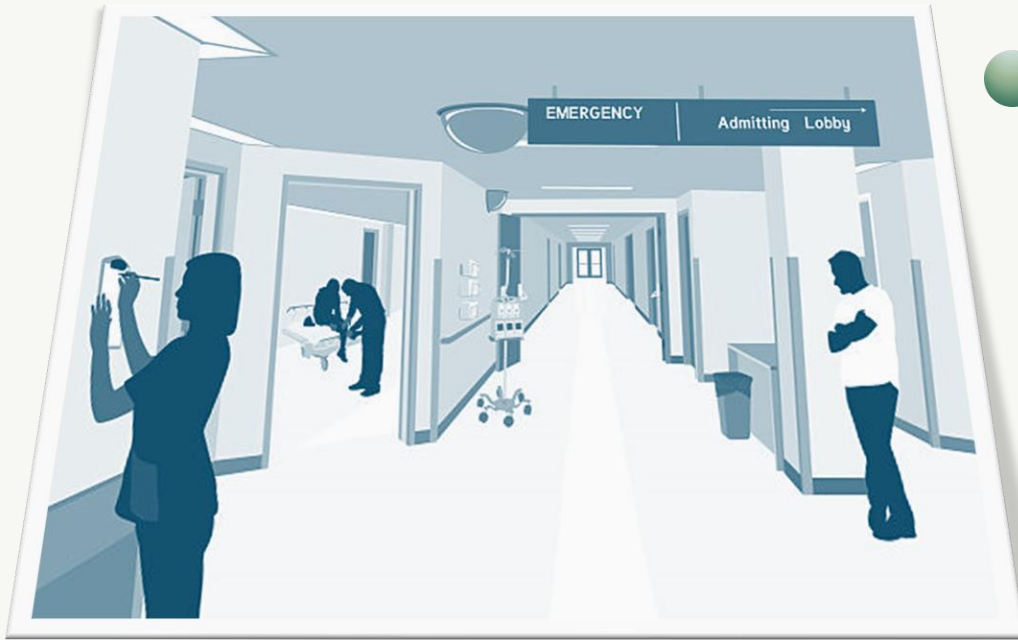
- Attuare una gestione delle prenotazioni di primo accesso con codici di priorità urgenti (U e B) attraverso la **presa in carico da parte del CUP dal momento della prescrizione del medico curante.**

- Una rapida attuazione e transizione al **CUP unico regionale.**

- Un **accesso facilitato alla libera professione intramuraria** nel caso di prestazioni di primo accesso non erogabili nei tempi previsti dai codici di priorità e/o con disponibilità nell'ambito territoriale di garanzia tramite.



DECONGESTIONARE IL PRONTO SOCCORSO



- Spostare la gestione dei codici minori in ambulatori territoriali di prossimità, con ambulatori ad accesso diretto e con il coinvolgimento di medici del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/PLS e continuità assistenziale), in stretta sinergia con le strutture diagnostiche presenti sul territorio
- Attivare come modello organizzativo a tendere **reparti internistici di compensazione dei flussi e di transizione tra specialistica-ospedaliera e territoriale/domiciliare** valorizzando il ruolo intermedio degli Ospedali di Comunità.

I NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI DI PROSSIMITÀ E DI OSPEDALITÀ

● Dare ruolo al Distretto Sociosanitario

Il Distretto deve diventare l'ente cardine della territorializzazione del Servizio sanitario e dell'integrazione sociale e sociosanitaria, anzitutto, allineando i cicli di policy dei due principali atti di programmazione territoriale sociosanitaria e sociale (i **Piani di Zona degli Ambiti** ed i **Piani di Sviluppo del Polo Territoriale delle ASST**). Nel Distretto:

- si **formano le equipe multiprofessionali**, in modo da attivare la collaborazione gestionale ed operativa degli operatori delle due aree
- si **governano le attività con un ruolo di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale** della rete dei servizi territoriali (Case di Comunità/PUA/COT/Ospedali di Comunità), i **processi e i percorsi erogativi** sanitari, di integrazione sociosanitaria e di **gestione delle transizioni** nella rete dei servizi
- si **valorizza l'ascolto e la partecipazione** delle comunità locali e delle organizzazioni sociali e di rappresentanza nel processo di analisi dei bisogni e progettazione dei modelli di servizio e dei programmi di prevenzione e promozione della salute



● La presa in carico della cronicità

- La Casa della Comunità, nel Distretto, deve diventare il setting privilegiato per la gestione dei percorsi assistenziali – sanitarie e sociali – e la presa in carico del paziente cronico e complesso
- Il ruolo del MMG nella presa in carico del paziente cronico e nella redazione del Piano di Assistenza Individuale è imprescindibile, sia pure considerando la specificità di una gestione ospedaliera per i pazienti complessi
- I percorsi di presa in carico devono essere comprensibili e di semplice accesso e gestione per i pazienti e per i professionisti, superando il modello del gestore della presa in carico dei cronici di natura esclusivamente clinico-sanitaria



Collegati a una riorganizzazione della PIC dei cronici sono anche:

- Lo sviluppo dei modelli di residenzialità assistita e di abitare leggero, alternativi alle istituzioni di ricovero sanitarizzate, in uno spazio intermedio di protezione tra il ricovero in struttura e il domicilio;
- Un maggiore e fattivo riconoscimento del ruolo del caregiver familiare e delle assistenti familiari (con regolare contratto), intervenendo con misure specifiche di conciliazione vita-lavoro, di integrazione dei servizi e sostegno economico.



● Residenzialità sociosanitaria, regole e modelli di servizio dell'offerta in compartecipazione

Bisogna **reformare il modello di servizio e di regolazione del sistema d'offerta soggetto a compartecipazione**, sia per rapporto alla crescente complessità assistenziale degli anziani ospiti, sia per l'aumento della spesa che grava sugli utenti del servizio di residenzialità sociosanitaria.

Un modello più incisivo di regolazione e controllo che garantisca:



- — La presenza in struttura di una **sufficiente dotazione di personale** – giustamente retribuito – e con professionalità essenziali al mantenimento di **aggiornati standard di servizio**
- — Un'**accessibilità equa e sostenibile** nelle unità d'offerta sociosanitaria, agendo sulla regolazione sia della tariffa che della retta per i posti letto contrattualizzati
- — L'**appropriatezza in accesso e criteri validati e uniformi di gestione delle liste di attesa** per il governo della domanda e dell'offerta nel territorio di posti letto contrattualizzati con il SSR

● La rete ospedaliera e delle alte specialità

Riformare la sanità territoriale e di prossimità, ma **agire anche sul modello di organizzazione dell'ospedale** che deve poter trasformare i suoi spazi a seconda del flusso clinico-assistenziale da gestire, con:

- una gestione per tipologia di paziente, per attività di cura richiesta (urgente, chirurgica e medica), per livello di attività (prevenzione, programmata e urgente), per livello di servizio (ambulatoriale/ricovero)
- un'evoluzione a tendere del modello organizzativo ospedaliero per il trattamento acuto o elettivo programmato, verso reparti prevalentemente a gestione integrata medico/infermieristica. **Dal reparto all'area di degenza**
- Una revisione della rete di offerta ospedaliera e di classificazione delle strutture pubbliche e private accreditate che definisca “**chi fa che cosa**” in un **determinato territorio**, con quali competenze, con quali servizi e livelli di complessità

Nella razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi ospedalieri sul territorio si devono evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri, garantendo a livello locale un'**erogazione equa e accessibile dei servizi diagnostico-terapeutici e dei percorsi di cura**.