

SALVIAMO LA SALUTE ATTRAVERSA L'ITALIA

idee e proposte per la contrattazione nel welfare socio sanitario

Il welfare come scelta strategica di ripresa economica e sociale: un grande investimento capace, per un verso di garantire diritti e per l'altro di rovesciare le fallimentari politiche di austerità alimentando la crescita economica e la creazione di posti di lavoro. Da questa idea nasce la campagna di mobilitazione promossa dalla CGIL nazionale 'Salviamo la Salute. Attraversa l'Italia'. Il 29 giugno la tappa umbra a Perugia, presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia.

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

L'allarme venuto dalla Corte dei Conti nei mesi scorsi sulla possibilità di procedere nella fase di attuazione del Patto della Salute firmato nel 2014 (revisione dei LEA, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le regioni, revisione delle compartecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni ...) a causa delle necessità poste dagli equilibri di finanza pubblica, ha purtroppo messo in evidenza anche quest'anno il tema del finanziamento del SSN.

Nel Def il governo conferma i tagli decisi d'intesa con le Regioni dopo la legge di stabilità: viene ridotto di 5 miliardi il Fondo sanitario previsto dal Patto per la Salute, e non solo per il 2015/2016, ma anche per gli anni seguenti. Tra l'altro il Patto per la Salute prevedeva il reinvestimento di eventuali risparmi nei servizi.

I tagli al settore, quindi, ci sono, e avranno certamente ricadute per i cittadini e i lavoratori del comparto.

La conferma arriva dalle previsioni sulla spesa sanitaria, per la quale non solo si stima una crescita inferiore a quella del Pil, ma si prefigura un calo dal 6,8% del 2015 al 6,5% dell'anno 2019.

Un taglio che si stima di **2,6 miliardi**

Il punto è che a un anno dal Patto non vediamo risparmi reinvestiti ma tagli

Interventi che, nonostante i bassi livelli di spesa, si sommano ai ripetuti tagli da parte degli ultimi governi, che la corte dei conti ha stimato in 31 miliardi fino al 2015.

Ed è singolare che in campagna elettorale su questo tema, così importante per i bilanci regionali, non si sia discusso, anzi è stato totalmente derubricato.

A seconda di come si procederà, si rischia di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione a fronte di un settore che, pur scontando ancora margini per un recupero di efficienza al suo interno, deve affrontare costi crescenti per garantire l'accesso a farmaci e tecniche di cura innovative, e offrire adeguata assistenza ad una popolazione sempre più longeva. Occorre fare i conti con le novità e il cambiamento dei bisogni di salute, le innovazioni tecnologiche, le polipatologie, l'invecchiamento. Non vale e non basta solo la logica della lotta agli sprechi e non basta il recupero di efficienza. Occorre confrontarsi con una domanda nuova.

Il riassorbimento degli squilibri richiede l'elaborazione di soluzioni organizzative e scelte gestionali, che non possono avere come unico obiettivo, quello della coerenza ad un vincolo finanziario, che può essere raggiunta andando verso direzioni molto diverse tra loro.

Va aggiunto a questa analisi il blocco della contrattazione nazionale e integrativa, intercorso negli ultimi otto anni, blocco di risorse sottratte alla valorizzazione delle professionalità, al riconoscimento del merito e al miglioramento dell'efficienza organizzativa. Blocco ora, finalmente, rimosso dalla Corte Costituzionale.

Si riducono, dunque, le risorse in un settore delicatissimo e decisivo per garantire il diritto alla salute e alle cure dei cittadini. Un settore in cui bisognerebbe investire, anche per produrre buona occupazione e crescita.

"Per questo continua la campagna di mobilitazione promossa dalla Cgil 'Salviamo la Salute', per ribadire che welfare e sanità non sono costi da tagliare, ma scelte strategiche per la ripresa economica e sociale del Paese".

Vogliamo innanzitutto dire che **la spesa per il SSN non è debito pubblico ma è un eccellente investimento economico**, il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle filiere della salute sorpassa i 150 miliardi di euro pari circa al 12% del PIL : per ogni euro speso in sanità si generano circa 1,7 euro.

Oggi il sistema sanitario italiano è meno finanziato di molti altri in Europa

L'Italia assorbe il 2,5 per cento del Pil in meno rispetto alla Germania, per una cifra pari a 35 miliardi di euro in meno.

L'Italia spende per ogni cittadino circa il 30% in meno della Germania, il 23% rispetto alla Francia e il 16% rispetto al Regno Unito. È un dato chiaro, che serve a dimostrare che la presunta insostenibilità del ssn è un falso ideologico.

Gli effetti di questa politica mettono in discussione la garanzia dei LEA per i cittadini, le condizioni di lavoro e persino i livelli di occupazione e complessivamente indeboliscono in maniera drammatica il nostro ssn, il suo "perimetro" pubblico.

Tale situazione sta diventando terreno fertile per le incursioni dell'intermediazione finanziaria e assicurativa che sta progressivamente tentando di sfruttare le debolezze della sanità pubblica

Vogliamo conoscere e discutere le ricadute della legge di stabilità, del DEF e dell'Intesa Stato Regioni sul finanziamento del SSR dell' Umbria

Vogliamo sapere se le risorse per il finanziamento della spesa sanitaria regionale, previste per il 2015 di circa 1 miliardo e 600 milioni e già inferiori a stanziamenti precedenti, sono confermate alla luce di questo scenario.

Vogliamo sapere quante risorse si possono recuperare da una riorganizzazione e razionalizzazione del Sistema Sanitario regionale.

Crediamo che una riorganizzazione della spesa sia possibile senza colpire le prestazioni e i servizi e garantendo livelli di qualità dell'offerta, mantenendo il sistema sanitario come un fattore strategico e qualificante del nostro sistema.

GOVERNANCE DEL SISTEMA

La Regione dell' Umbria, negli ultimi anni, si è trovata di fronte ad uno scenario difficilissimo: come fare di una grave situazione di svantaggio, quale l'attacco alla tenuta del SSN pubblico attraverso i ripetuti tagli dei governi, la spending review di Monti, un' occasione di ripensamento su come funziona il SSR e come può essere riqualificata la sua programmazione

Ed in questo scenario ha elaborato la legge regionale n. 18/2012

La Regione si è assunta la responsabilità di fare i conti con la riduzione di 160 milioni di euro fino al 2014

La CGIL dell'Umbria ha espresso in quella fase una condivisione di massima sull'impianto generale dell'ordinamento del SSR, ma tuttavia, a distanza di quasi tre anni dalla sua approvazione, è necessario dare una lettura dei ritardi e delle criticità, tuttora presenti e anche della **mancata realizzazione del pieno coinvolgimento delle forze sociali, che abbiamo rivendicato più volte.**

La scelta di accorpate le Aziende Sanitarie Locali da 4 a 2, in quel momento, è stata fortemente influenzata dal dibattito nazionale e regionale sul riordino istituzionale.

Oggi, **va sottolineato che l'obiettivo dell'integrazione ancora non è colto**, anzi si segnalano notevoli criticità per non parlare anche di problematiche di disparità di trattamento sia dei cittadini, per la disomogenea diffusione dei servizi, sia del personale. Chiediamo che nel territorio i servizi non siano impoveriti e che venga rispettata la professionalità e valorizzate le competenze espresse in tutte le ASL, che fino ad ora hanno determinato l'assetto e la qualità del Servizio Sanitario che è parte integrante e costitutiva dell'identità della nostra Regione. Queste non sono "questioni tecniche" da lasciare alle scelte autonome dei Direttori generali.

E' necessario, con la nuova legislatura, riprogrammare la sanità regionale dando valore alla buona politica e alla trasparenza per uscire da quelle logiche anche territoriali che di fatto hanno ingolfato l'integrazione e reso ancora più complicata la gestione del servizio sanitario regionale.

Di fatto vi è stato in questi cinque anni il rinvio della programmazione regionale attraverso il nuovo Piano Sanitario che si è unito al cambio della responsabilità della delega alla Sanità, per vicende gravi ed oggettive, ma evidentemente oggi questo è il problema principale da cui ripartire. Abbiamo in questi anni vissuto l'ampia autonomia, a volte discrezionalità, dei vari direttori generali che hanno agito troppo spesso in maniera disomogenea rispetto alla governance della sanità.

C'è **l'esigenza che la Regione recuperi un ruolo di "regia"** sui processi di integrazione ed anche sul sistema di appalti e esternalizzazione di servizi che sono decisi in maniera autonoma da parte dei direttori generali, spesso senza tenere conto delle linee di indirizzo della Regione stessa. Occorre partire dal ripensamento in maniera funzionale dell'assetto dell'assessorato, che garantisca un ruolo più decisivo, rispetto al passato.

Si garantisca il rispetto delle scelte compiute sulla Centrale Unica degli Acquisti (CRAS) e se ne rafforzi il ruolo.

Occorre anche un coordinamento sulle attività da porre in essere per il rispetto dei Piani Anticorruzione. A questo proposito prendiamo atto delle azioni messe in campo dalle Aziende Sanitarie dell'Umbria nel redigere e far rispettare tali Piani: azioni che richiedono un'implementazione costante con il coinvolgimento forte di tutti gli operatori. Occorre aumentare il livello di consapevolezza diffusa e favorire modelli culturali che rappresentano i veri anticorpi: non aiuta sentirsi immuni a prescindere. Per questo crediamo fondamentale la costruzione di una "rete per l'integrità" in cui collaborare Regione, Aziende e Forze Sociali, con l'obiettivo di implementare buone prassi territoriali.

IL LAVORO IN SANITA'

La Regione dichiara che c'è, in Umbria, a fronte di rilevazioni statistiche, un forte grado di soddisfazione per l'assistenza medica, per l'assistenza infermieristica e per i servizi igienici. Su questo importante dato occorre fare alcune osservazioni:

- L'Umbria è un insieme di eccellenze ma anche di contesti in cui si è assistito negli anni a riduzioni di personale, attrezzature e manutenzioni. Per questo è necessario fare di più per omogeneizzare la qualità dei servizi, ma anche degli ambienti e di lavoro.
- Gli operatori e le operatrici rappresentano il “volto” del SSR, un elemento imprescindibile della qualità percepita; e non solo gli operatori pubblici, ma anche tutti coloro, spesso “invisibili”, dipendenti da altri soggetti, che si occupano di servizi, di mense e di igiene delle persone e degli ambienti.

Nonostante ciò, registriamo un **costante aggravio delle difficoltà in cui si trovano ad operare i lavoratori della sanità, carichi di lavoro elevati, riconoscimenti contrattuali fermi, elevato numero di precari**. E quel rigore che si manifesta nel taglio sulle sostituzioni o su strutture semplici o posizioni organizzative non lo vediamo esercitato quando si tratta di aumentare le apicalità. E' necessario valorizzare le professionalità e dare i giusti riconoscimenti a chi opera nella sanità spesso con grande dedizione, su cui ricadono condizioni di lavoro sempre più difficili e sui quali grava la “responsabilità” di negare o erogare l'assistenza alle persone che accedono ai servizi. Le professioni del sistema sanitario risultano essere le più soggette allo **stress lavoro-correlato**. E ciò avviene, anche, per la pressione eccessiva che si esercita sulla responsabilità dei professionisti, che non aiuta il sistema, determina la medicina difensiva e aumenta i costi.

E' necessario rivedere l'organizzazione del lavoro, eliminare duplicazioni e sovrapposizioni, dare senso e concretezza agli accordi recentemente firmati che tendono a garantire una valorizzazione di tutte le professioni sanitarie.

Il blocco dei contratti nazionali ha congelato la situazione non solo economica ma anche e soprattutto professionale ed organizzativa dei lavoratori pubblici, per troppo tempo: ora la pronuncia della Corte Costituzionale sull' illegittimità di tale blocco, non lascia più alibi al governo e ripristina la strada del rispetto dei diritti del lavoro.

Il cambiamento che dovremo vivere nei prossimi mesi in sanità in Umbria può essere affrontato attraverso una **ripresa efficace della contrattazione integrativa** (contrattazione che dobbiamo omogeneizzare per le tante troppe differenze anche salariali presenti nella nostra regione tra lavoratori che operano nella sanità, fanno lo stesso lavoro ma in territori diversi). Ma una contrattazione che deve sperimentare anche terreni nuovi, su cui anche il Sindacato deve fare dei passi in avanti, come la **contrattazione di filiera o di sito**, che difenda i diritti anche dei lavoratori e delle lavoratrici che operano nella stessa Azienda, ma con contratti diversi. Non a caso l'esito della spending review spesso ha comportato per molti lavoratori dei servizi di dover fare lo stesso lavoro in meno tempo con un carico maggiore e straordinari non pagati, e maggiori disuguaglianze.

Chiediamo di **monitorare, in questa ottica il sistema degli appalti e degli affidamenti**, perché laddove almeno il 75% del costo è dato dalla spesa per il personale occorre la garanzia delle clausole sociali e la scelta non può basarsi sui maggiori ribassi.

C'è la necessità di superare le tradizionali definizioni burocratiche delle professionalità sanitarie: una trasformazione che affronti la questione dell'organizzazione del lavoro in sanità e del **rapporto tra professione medica e le altre professioni sanitarie**, è una trasformazione che deve produrre un profondo cambiamento, che serve per andare oltre i reciproci steccati. **Riconoscere la multiprofessionalità è atto e scelta politica.**

Vogliamo discutere come si possano mettere in atto politiche di cambiamento utili a far coesistere diritti e risorse diminuite e nello stesso tempo valorizzare le potenzialità professionali di chi opera nel SSR e ne costituisce un pezzo rilevante della sua identità.

A partire da questi temi, **vogliamo riaprire una stagione dei diritti in sanità.**

RIMODULARE GLI INVESTIMENTI TRA OSPEDALE E TERRITORIO

L'Umbria oggi esprime numerose eccellenze, è l'espressione di realtà ospedaliere avanzate e perfino di rilievo nazionale ma sarebbe un errore grave alimentare una cultura della salute tesa a risolvere i conflitti emergenti tra bisogni di salute e la crisi di sistema con una visione ospedalocentrica.

La riorganizzazione della rete ospedaliera fa fatica a realizzarsi anche per le resistenze territoriali.

Siamo un territorio in cui la speranza di vita alla nascita, nel 2013, è pari a 80,3 anni per i maschi e 85,3 per le femmine, tra le più alte fra le regioni italiane. E questo dato, estremamente positivo, espone tuttavia ad un maggiore rischio di malattie croniche ed invalidanti.

Rimodulare gli investimenti, significa, dunque, non sguarnire, ma anzi procedere verso **l'arricchimento dell'offerta nella sanità territoriale**

Per questo è necessario **riconfermare il ruolo essenziale dei Distretti Sanitari** con il loro assetto della medicina territoriale e rendere strutturale ed ampia l'esperienza delle **Case della Salute**.

Esperienza questa, che va realizzata compiutamente in ogni Distretto Sanitario, senza eccezioni, ed estesa H24.

Tuttavia non basta dire questo: **occorre recuperare l'originario spirito dei servizi territoriali come propulsori di salute e di medicina di iniziativa e non semplicemente ambulatori sempre più sguarniti.** La loro attività va rafforzata in funzione in generale del **rafforzamento della prevenzione e, quindi, della produzione di salute come tale,** ma anche rivolgendosi alla prevenzione delle malattie croniche e invalidanti, all'abbattimento delle liste di attesa e al contrasto dell'uso improprio del Pronto Soccorso. A questo scopo è fondamentale anche rimuovere i ritardi sull'adozione del **Fascicolo Sanitario elettronico** che rappresenta uno strumento essenziale del nuovo sistema. Ed è altrettanto necessario rivedere il ruolo e le convenzioni dei medici di medicina generale e della continuità assistenziale integrandoli maggiormente ed armonizzandone l'approccio professionale.

A partire da nuovi modelli assistenziali nel territorio si devono sperimentare i modelli organizzativi che costruiscano la necessaria autonomia gestionale e professionale che contemporaneamente risponde a percorsi di riconoscimento del ruolo e di valorizzazione delle professionalità ma anche un modo più efficace di intercettare la domanda di assistenza, anche quella non espressa, e quindi i cittadini, con la caratteristica della personalizzazione del processo di aiuto, rifuggendo da percorsi predefiniti e dalla standardizzazione

Chiediamo, inoltre, che si ridia ruolo e centralità ai **consultori** familiari: un servizio fortemente voluto dalle donne e connesso con i loro diritti. Nella nostra regione, realtà diffusa ma disomogenea nel territorio, a volte ingabbiati in una attività solo ambulatoriale e con personale ridotto all'osso. E chiediamo che sia riproposto con decisione il ruolo fondamentale che la Regione ha avuto nel passato a cominciare dalla legge 54 del 77 e quella chiarezza con cui ha determinato l'intero percorso di istituzione dei consultori familiari nella rete territoriale, attraverso il controllo esercitato affinché i contenuti peculiari degli interventi dei consultori venissero rispettati (la non "sanitarizzazione/medicalizzazione" degli interventi, l'importanza dell'educazione socio-sanitaria, della promozione sociale...). Questa regia è mancata consentendo ai consultori non una progressiva qualificazione ma l'assunzione di connotazioni e stili di ambulatori dove, tranne qualche eccezione

legata alla volontà degli operatori di mantenere un modello, si trascura l'educazione sociale e sanitaria, l'informazione e la promozione.

Fare prevenzione è anche **costruire un legame forte tra politiche del welfare e sanità**: condividiamo, pertanto la **scelta di costituire un unico assessorato** che possa garantire politiche complessive con la necessaria integrazione socio-sanitaria. Questa soluzione, peraltro, è una richiesta "storica" della CGIL che ora vediamo finalmente realizzata.

Vanno indirizzate maggiori risorse al sostegno della **domiciliarità** per ridurre il ricorso improprio o eccessivo ai ricoveri ospedalieri (75% ricoveri in medicina riguardano gli anziani) e lo straniamento di chi già soffre in un ambiente impersonale e lontano, (senza contare il carico e i costi dell'assistenza per la famiglia)

Il **Fondo per la non autosufficienza**, se pur positivamente rifinanziato, attende ancora di essere gestito in modo meno burocratico e più efficiente in termini di prestazioni, servizi e aiuti alle famiglie interessate, realizzando compiutamente il concetto di presa in carico delle persone nella loro globalità con un approccio multidimensionale.

Sono fondamentali le reti di sostegno informali, con il ruolo centrale della famiglia. Il **volontariato e il non profit rappresentano però una componente fondamentale del nostro modello di welfare**, in grado di contribuire in modo significativo all'erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, garantendo la tenuta sociale rispetto agli impatti della crisi. Consistente è il finanziamento pubblico delle attività non profit nel campo sanitario e della promozione sociale

Per questo una forte attenzione va anche posta alla **riforma del terzo settore**, in discussione in Parlamento, nel cui testo purtroppo, però, ci sono norme che snaturano l'impresa sociale, accentuandone il carattere commerciale. Con questo provvedimento, se non ci saranno modifiche, si allargherà anziché restringere la possibilità di agire per imprese profit, con il serio rischio che irrompano logiche di mercato nei servizi del welfare, già duramente colpito dai tagli alla spesa per la promozione sociale.

Prevenzione e produzione di salute nel territorio significa anche **vigilanza e tutela dell'ambiente**, attraverso l'implementazione delle attività dei controlli e di quelle azioni che sono garanzia di sviluppo sostenibile. Positivamente cogliamo nella nuova direzione dell'ARPA Umbria una grande sensibilità verso questi temi e una nuova organizzazione che privilegia il controllo nel territorio.

La Regione dell'Umbria ha compiuto passi importanti per la **salute nei luoghi di lavoro**, sia con il potenziamento dell'attività di vigilanza, ma anche grazie all'attività di coordinamento che si è sviluppata in seno al Comitato regionale di Coordinamento per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro, di cui questo Sindacato è parte integrante.

In questi giorni si conclude, con la restituzione, un altro importante passo che la Regione ha compiuto (esperienza unica) rispetto al Piano Regionale per la Prevenzione, scegliendo il **metodo della progettazione partecipata**. Condividiamo le scelte in merito alla qualità della vigilanza, al progetto per l'emersione delle malattie professionali, in particolare le tumorali, alla "buona prassi" individuata per l'interazione fra le figure della prevenzione, il lavoro innovativo da intraprendere riguardo allo stress lavoro correlato a partire dai lavoratori della sanità

Nonostante questa buona situazione, l'Umbria è al primo posto in Italia per le vittime sul lavoro per incidenza sul numero degli occupati. Non abbiamo statistiche certe, ma se aggiungessimo i decessi per malattia professionale, potremmo raddoppiare il numero dei morti per lavoro.

Va subito intensificato il lavoro, anche del Coordinamento, messa in campo la progettualità decisa nel piano della prevenzione, dato corso alla formazione degli RLS e RLST così come pensata e progettata.

Come abbiamo già scritto nella Piattaforma Amianto, occorre che la Regione riprenda, da capofila, il progetto di sorveglianza sanitaria degli ex esposti, facendo tesoro dell'esperienza precedente. Chiediamo anche, stante i numerosi fenomeni accertati, che la regione, prima in Italia ad aver legiferato in merito al mobbing (Legge 19/2005) si impegni ad estendere a tutto il territorio regionale le buone esperienze fatte in ambiti ristretti.

PROTOCOLLO DI INTESA REGIONE UNIVERSITA'

La fase di attuazione dell'azienda integrata Ospedaliera- Universitaria avanza con fatica. Sono passati due anni dalla prima firma del Protocollo generale di intesa fra Regione Umbria ed Università finalizzato alla costituzione delle Aziende ospedaliero-universitarie, due anni trascorsi in rallentamenti, discussioni carsiche e grandi manovre che hanno determinato percorsi di carriera ed apicalità. Ed ora si ricomincia da capo con un nuovo Protocollo.

I modelli organizzativi che in itinere vengono realizzati (nuovi reparti, dipartimenti, apicalità, ecc..) e che determinano assistenza e servizi ai cittadini, ma anche carriere, ruoli e valorizzazione di professionalità, con quali criteri si delineano e a quale obiettivo finale sono coerenti? E in che modo si salvaguardano le professionalità esistenti e i territori?

La costituzione di Aziende ospedaliero-universitarie totalmente integrate rappresenta ancora un vincolo comune o si vuole mantenere il rapporto nell'ambito di un semplice convenzionamento che lasci inalterati poteri e autonomie?

La revisione del protocollo ha aperto prospettive di collaborazione tra Azienda Ospedaliera ed Università, quali la partecipazione del personale ospedaliero alle attività didattiche nei corsi delle scuole di specializzazione e nella scuola di Medicina appena istituita. La possibilità di attribuzione di responsabilità dirigenziale nelle strutture complesse ospedaliere e strutture universitarie, sia a personale universitario appartenente al SSN, è manifestazione di uno spirito collaborativo concreto e tangibile. Per quanto riguarda la disciplina della collaborazione del personale tecnico amministrativo universitario all'attività assistenziale, dovrà avere una maggiore precisazione la parola stessa usata nel protocollo, "utilizzo" risulta, infatti, poco rispondente alle finalità stesse dell'apporto tecnico- scientifico del personale stesso alle prestazioni assistenziali.

L'atto propedeutico dovrà avere, quindi, una piena attuazione con i decreti attuativi, alla cui stesura la CGIL chiede di poter contribuire in modo costruttivo per rappresentare al meglio le esigenze dei cittadini, che del servizio sanitario sono fruitori, e del personale universitario ed ospedaliero che partecipano fattivamente alla funzionalità del sistema sanitario regionale. Mentre si riconosce compiutamente, inoltre, la valenza e il ruolo dell'Università ed il suo contributo effettivo nella organizzazione del sistema sanitario regionale, crediamo che la Regione debba mantenere suo il ruolo di programmazione che la legge le assegna.

Non sempre il tempo lavora per risultati migliori. Per questo chiediamo: chiarezza delle posizioni dei vari soggetti in campo, Regione, Università, Aziende Ospedaliere; trasparenza nei percorsi e nei processi che si stanno attivando, perchè le professionalità, le competenze, la pari dignità del personale universitario e della sanità pubblica, non sono variabili marginali della qualità dell'assistenza, della ricerca, della didattica e della loro integrazione, ma fattori determinanti e identitari dell'intero sistema.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA

Le persone che in Umbria (in Italia ben 9 milioni di cittadini) nell'ultimo anno, hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (visite, accertamenti, interventi chirurgici,) o all'acquisto di farmaci, a causa di

motivi economici o carenze delle strutture di offerta, secondo il Rapporto Istat 2015, sono il 7,2%, media più bassa di quella nazionale che è il 9,4%, ma tuttavia più alta di Trentino Alto Adige, Valle d' Aosta, Lombardia, Friuli, Toscana, Liguria e Piemonte.

Il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie in primo luogo rappresenta una forte iniquità sociale perché colpisce le persone più fragili e le costringe a considerare la prevenzione e la difesa della propria salute non prioritarie, nel momento in cui ne hanno più bisogno.

Ma rappresenta anche un importante indicatore di qualità del sistema, perché rivela una domanda di assistenza alla quale non si riesce a dare adeguata risposta e mette in evidenza una spesa aggiuntiva che per le famiglie è arrivata a 33,3 mld!

Anche le risorse derivanti da benefit contrattuali devono essere il più possibile convogliate verso un meccanismo che sostenga il sistema pubblico e non lo depotenzi.

E' proprio avveniristico pensare ad una Regione che riveda il sistema dei ticket oggi in essere? La Basilicata, ad es. non solo non ha introdotto il "famigerato" super ticket intramoenia, ma essendo in equilibrio di bilancio (come l'Umbria) da un anno ha abolito completamente qualunque ticket sulle prestazioni specialistiche. Nella profonda crisi che sta attraversando l'Umbria, dove alla perdita del lavoro si aggiunge una fortissima incidenza di cassa integrazione, chiediamo alla Giunta regionale di elaborare un piano di fattibilità per allargare le fasce di esenzione, rivedendo i ticket, non per aggiungerne altri.

LISTE D' ATTESA

L'Umbria si trova a livelli adeguati di performances della sanità, per qualità e per economia, grazie oltre che alla professionalità e alla dedizione degli operatori e delle operatrici, anche ad un sistema quasi integralmente pubblico. Dei sistemi con la più alta presenza di privato in sanità, ad es. Lazio e Lombardia, sono dimostrate le inefficienze, il malaffare e l' insostenibilità economica. Riteniamo pertanto che questo **equilibrio tra pubblico e privato** non si debba modificare nella nostra regione. Nel momento in cui ci si sta operando per l'ennesima volta negli ultimi decenni, ad attuare un piano di abbattimento delle liste di attesa in sanità, un sistema sanitario moderno come quello umbro deve dimostrare di avere gli anticorpi necessari, non solo per impedire comportamenti "infedeli" ma per prevenirli, individuando i problemi cronici e le falle del sistema ed anche quegli accorgimenti organizzativi che possono fare la differenza.

Le liste di attesa sono lo specchio di un sistema che ancora non riesce, nonostante gli sforzi e le scelte compiute, a predisporre percorsi organizzativi diversi e programmati per chi effettua accertamenti per esigenze di prevenzione o di controllo periodico (attraverso la medicina di iniziativa e lo sviluppo dei servizi territoriali) senza ingolfare le strutture per chi deve effettuare un esame specialistico urgente.

Un sistema che, pur avendo scelto un centro di prenotazione unico regionale, non riesce a raggiungere il suo efficientamento con l' istantanea evidenza delle nuove disponibilità e con la il frequente invio anche di pazienti anziani a molti chilometri di distanza.

Apprezziamo gli sforzi organizzativi fatti per contenere le attese (ad es. lo strumento del "recall"), ma riteniamo che ci siano ulteriori spazi di efficientamento.

Nella rivisitazione dell'organizzazione del lavoro va ridisegnata anche l'attività libero professionale intramoenia, sia per quanto riguarda l'utilizzo degli spazi pubblici, sia per quanto riguarda l'utilizzo e la remunerazione del personale di supporto facente capo al comparto in un ottica di rafforzamento del servizio pubblico ma con una piena e trasparente attenzione alla questione liste di attesa, rafforzando se necessario la filiera dei controlli.

E' evidente la necessità di considerare la libera professione in intramoenia allargata come una fase transitoria da superare, ricercando e destinando a questo spazi interni aziendali.

SALUTE E DIRITTI DI GENERE

Il rispetto per i diritti sessuali e riproduttivi di donne e uomini non è compiutamente praticato nel nostro paese ed anche nella nostra regione. Recentemente si è avviata in Umbria una discussione, sollecitata da Associazioni quali LAIGA ed AGITE, che ha coinvolto l' associazionismo delle donne, alcune forze politiche, la Rete degli studenti, ed anche la CGIL e che ha evidenziato le problematiche presenti nell'attuare alcuni aspetti importanti come:

- Il diritto alla **informazione su sessualità e riproduzione** , che dovrebbe avvenire fin dai primi anni della scuola e che aiuterebbe a contrastare gli stereotipi di genere, le discriminazioni, e fenomeni come il bullismo. Temi quanto mai attuali in tempi di polemica politica come quella di questi giorni.
- Il diritto ad una **contraccezione libera e gratuita**: in realtà i consultori sono depotenziati, la contraccezione orale e' tra le più care di Europa (in Puglia è gratuita), la contraccezione di emergenza viene prescritta con difficoltà e ritardo in molti Servizi (rendendola di fatto meno efficace).
- **Servizi Consultoriali** adeguati: in Umbria non solo non si rispettano gli standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti richiesto dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), ma da tempo non vi si sostituisce il personale che va in pensione ne' quello in maternità. Né si garantisce ai futuri ginecologi una formazione completa, anche all'interno dei servizi territoriali: con il risultato di privilegiare l'approccio diagnostico/terapeutico in senso stretto che avviene in Ospedale rispetto a quello alla prevenzione. Importante è, inoltre, l'ampliamento delle fasce di età seguite, mettendo a punto progetti mirati alla salute anche delle donne anziane che escono dal target di riferimento per molti servizi, confluendo in una generica e totalizzante competenza "geriatrica".
- Il diritto agli **esami gratuiti in gravidanza** , ovvero quelli previsti per la diagnosi precoce dalle nuove Linee Guida del Ministero della Salute non inseriti nei LEA. (ad esempio Bi test che è gratuito in Toscana ed Emilia Romagna ma non in Umbria).
- Ci sono poi ritardi inspiegabili su temi scomodi come la **legge 194**. Nel nostro Paese, vediamo ancora fortemente osteggiata la piena applicazione della legge 194, rendendo per le donne questo difficile e doloroso momento di vita, un vero percorso ad ostacoli. Le difficoltà nell'accesso alle Ivg - peraltro dimezzate in trenta anni - sono dovute all'aumento delle obiezioni di coscienza (+17,3% dal 1983 a oggi) e ad una «inadeguata» distribuzione del personale nelle strutture sanitarie. Insomma mentre diminuisce il ricorso agli aborti in tutte le fasce d' età e per la prima volta anche tra le donne straniere, continua ad aumentare la scelta dell' obiezione di coscienza, che in Italia, ma anche in Umbria, ha raggiunto la percentuale del 70%. A volte questa scelta non dipende da questioni etiche o religiose quanto da aspetti organizzativi e professionali fortemente penalizzanti. La legge sancisce i confini del diritto all'obiezione di coscienza del personale sanitario Un diritto (l' obiezione) va garantito al singolo professionista ma non può compromettere l' esercizio di altri diritti. La legge non prevede un'obiezione di coscienza "di struttura". Ogni struttura pubblica o del privato accreditato (sia essa un ospedale o un consultorio) **deve, senza dubbio, garantire**

un servizio che deriva dalla legge. Solo a fronte di questo impegno può essere concesso l'accreditamento.

- inoltre, la Regione Umbria deve regolamentare al più presto la somministrazione della RU 486 (interruzione di gravidanza farmacologica) superando i ritardi e le difficoltà di questi anni. Con la RU486 non si cambia la legge 194, non si ampliano le possibilità, non si allentano i limiti e non si riducono le garanzie: semplicemente si offre (nel primo periodo consentito dalla legge 194) una modalità alternativa a quella chirurgica meno invasiva, che negli altri Paesi europei avviene con modalità di trattamento ambulatoriale e domiciliare. Oggi soltanto due ospedali assicurano sperimentalmente il trattamento e nessuno in tutta la provincia di Perugia.
- Importanti risultati ci sono, invece, per quanto riguarda la prevenzione: in Umbria le donne tra i 50 e i 69 anni che si sono sottoposte a **mammografia in assenza di sintomi** sono il 75,3% della popolazione interessata, un valore superiore alla media italiana, pari al 70,4%. E quelle in età 25-64 anni che si sono sottoposte negli ultimi tre anni al **pap-test in assenza di sintomi** sono l'85% della popolazione interessata, un valore anche in questo caso superiore alla media nazionale pari al 78%.
- Occorre, infine, sperimentare percorsi innovativi di politiche per la **salute di genere**, che individui in maniera più adeguata i fattori di rischio distinti tra uomini e donne: su questo aspetto si è sviluppato un proficuo confronto nel gruppo di lavoro specifico messo in atto nella fase partecipativa del Piano Regionale della Prevenzione.

RELAZIONI SINDACALI

La passata legislatura ha visto la sostanziale assenza di un confronto strutturato e continuativo con le rappresentanze sindacali che ha fatto emergere una distanza decisamente poco utile. Nel rispetto dell' autonomia dei reciproci ruoli, e con l' intenzione di fornire contributi di riflessione e confronto nell'interesse complessivo della collettività regionale **chiediamo che una fase di corrette relazioni sindacali venga ripristinata e che si apra una stagione diversa.** Da parte nostra svilupperemo una adeguata azione sindacale per ridare la giusta centralità ai problemi presenti e per ottenere l'attenzione necessaria da parte della Regione e delle Aziende. Occasione da non perdere deve essere la costruzione del nuovo Piano Sanitario regionale per determinare un confronto coerente e costante ed un coinvolgimento più ampio dei cittadini, uomini e donne, dei lavoratori, dei professionisti, dei pensionati.