



***Considerazioni in merito al “Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017- 2019”. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali.***

CGIL CISL UIL Piemonte con le rispettive delegazioni di categoria, FP/CGIL, FP/CISL, FPL/UIL, CISL MEDICI, SPI CGIL ,FNP CISL ,UILP UIL, presenti al tavolo di confronto sulla DGR Regionale sul Governo delle Liste di attesa di seguito riassumono le osservazioni in parte anticipate negli interventi.

**La premessa da cui parte il provvedimento regionale e cioè che le liste di attesa sono percepite dai cittadini come una forte criticità del Sistema, in quanto compromettono l'accessibilità alle prestazioni, è assolutamente condivisibile;** si può aggiungere che la forte sfiducia alimentata da tempi d'attesa considerati intollerabili si traduce in pessimismo spesso ingiustificato sulla qualità del sistema.

Le OOSS scriventi condividono perciò l'urgenza di affrontare il problema, e convengono sul fatto che **il governo dei tempi di attesa sia considerato dalla Regione una componente strutturale dei LEA;** proprio per questo motivo non possono ignorare il ritardo con il quale viene affrontata una questione da anni oggetto di denuncia da parte di CGIL CISL UIL e dalle loro componenti di categoria; sono consapevoli, inoltre, che la soluzione non può essere la sola maggiore offerta di prestazioni, ma deve coniugare il bisogno espresso con il governo della domanda.

Il provvedimento, complesso e articolato, cerca di coordinare gli attori del sistema con il tentativo di costruire un'efficace governance dei livelli di decisione e di controllo. Di questa necessità sono coscienti, ma sono parimenti sicure che l'obiettivo di intercettare il reale bisogno di salute presupponga comunque investimenti sul lato dell'offerta. E' necessario, perciò, che l'Amministrazione individui l'entità delle risorse economiche finalizzate all'attuazione del Programma triennale.

Occorre avviare, poi, un reale sviluppo su tutto il territorio piemontese della medicina territoriale e di conseguenza delle "Case della Salute", **ove dovrebbe trovare, tra l'altro, naturale allocazione la specialistica ambulatoriale e la diagnostica di base.**

Affinché la programmazione delle liste di attesa abbia successo **è necessario che si conosca nel modo più dettagliato possibile l'entità del fenomeno,** per la specialistica ambulatoriale, la diagnostica strumentale e i ricoveri, in riferimento a ciascuna ASR.

CGIL CISL e UIL Piemonte e le rispettive categorie FP CGIL, FP CISL FPL UIL, CISL MEDICI, SPI CGIL, FNP CISL, UILP UIL sono consapevoli **che il tema non presenti facili soluzioni e richieda il coinvolgimento di tutti gli attori direttamente o indirettamente interessati,** anche se non si possono ignorare le difficoltà di natura negoziale che una pluralità multiforme di soggetti, con interessi non sempre convergenti, necessariamente presenta.

Valutano, per questo, positivamente che il primo incontro sia avvenuto in presenza di una varietà di stakeholder in quanto il fatto può aver agevolato l'assunzione di consapevolezza della complessità del problema da parte di alcuni o della totalità dei presenti, tuttavia, se questa era l'intenzione, è risultata

evidente l'assenza di alcune componenti essenziali quali, ad esempio, l'Ordine dei Medici e i Rappresentanti della Sanità Privata; in senso opposto si rileva come una platea eccessivamente variegata ed eterogenea, seppure non completa, benvenuta in una fase informativa, sia del tutto fuori luogo in una fase di confronto che necessariamente dovrà seguire a questo primo appuntamento.

CGIL CISL e UIL chiedono, pertanto, che, dopo questo primo approccio, seguano altri incontri più mirati e selettivi nei componenti, il primo dei quali sulla stesura definitiva della Deliberazione, per passare ad una fase negoziale sulle questioni professionali che sono nelle competenze delle varie rappresentanze sindacali di settore e con i portatori di interessi diffusi di cui sono rappresentative le Organizzazioni Sindacali Confederali CGIL CISL UIL e le rispettive Federazioni dei Pensionati.

Le scriventi OO.SS. non si nascondono che le soluzioni che saranno adottate terranno conto della necessità, da parte della Regione, di esercitare un rigoroso controllo della spesa e, sotto questo aspetto, la prima domanda riguarda **le risorse che saranno messe in campo, la loro entità e se saranno vincolate a questa specifica finalità**. Ovviamente segnalano l'esigenza di non ricorrere a fondi per i quali è già prevista un'altra destinazione (i fondi per i progetti relativi alle Case della Salute).

CGIL CISL UIL ribadiscono che non si possano addebitare interamente ad alcuni settori professionali, segnatamente i MMG e PLS, i temi relativi all'inappropriatezza prescrittiva, ma ritengono che sia necessario un processo di responsabilizzazione che dovrebbe trovare nella formazione il suo sbocco naturale; fermi restando gli eventuali problemi di natura economica che nel primo incontro sono apparsi come preponderanti: ciò si lega con l'opinione che il problema delle liste di attesa non si possa semplicemente ridurre a quello di regolare domanda e offerta, opinione che si condivide con gli estensori della bozza di DGR.

Giungono, da addetti del settore, preoccupanti informazioni relative al calo del complessivo monte ore di specialistica ambulatoriale, dipendente negli anni, soprattutto dalla mancata sostituzione del turn-over: in merito si chiede conferma o smentita perché in questo caso sarebbe necessario che, in primo luogo, la Regione riempisse i vuoti.

L'intervento regionale non può essere episodico, né limitato a settori già oggetto di monitoraggio ma deve estendersi a tutte le specialità ora carenti, alcune delle quali correlate indirettamente con le patologie sottoposte a monitoraggio, altre correlate a patologie comunque caratterizzate da cronicità

**In merito al personale direttamente dipendente è necessario ribadire che l'intenzione di un uso intensivo di attrezzature e impianti non è attuabile con l'aumento tout court delle ore/lavoro, ma si può fare solo con un serio piano di assunzioni mirate.**

Sul versante del rapporto con i fornitori privati di prestazioni sono presenti due elementi da contemperare: da una parte averne la piena collaborazione, dall'altra, sapendo che è interesse di ogni esercente di un'attività imprenditoriale, impiegare al massimo delle potenzialità impianti e risorse umane, si chiede **dove si troverà il punto di equilibrio per conciliare la necessità di incidere sui tempi di attesa con la necessità di esercitare un controllo adeguato sulla spesa?** Oltre a livelli di inappropriatezza da ascrivere ai centri primari di prescrizione ne risultano altri, forse meno evidenti, generati nell'ambito della specialistica, e dalla frammentazione artificiosa delle prescrizioni.

#### **Osservazioni e precisazioni:**

- 1.** Nel provvedimento **non sono menzionati i ricoveri le cui liste di attesa provocano la maggior parte delle proteste** nell'opinione pubblica, e costituiscono la più importante voce della mobilità passiva verso altre regioni.
- 2.** **Le Aree omogenee delineate, pur derivanti da altre disposizioni, non sono congrue.** (Per esempio non si capisce come si possano mettere insieme un'area che comprende una ASL territoriale come la TO4, che ha un ampio territorio, sostanzialmente montano e pedemontano, comprendente 177 Comuni e 5 Distretti

Sanitari, e un'Azienda a prevalente carattere universitario come l'AOU "Città della Salute"). Si nota poi che ogni area omogenea ha al proprio interno un ospedale con caratteristiche di HUB e nello stesso tempo si osserva che non tutti gli HUB sono richiamati e la ragione non è affatto chiara; né è chiara alle scriventi la connessione tra la DGR 600 e un provvedimento che dovrebbe incidere soprattutto sull'assistenza territoriale.

**3.** Sempre sulle aree "omogenee" riteniamo che **considerare di "garanzia" per le prestazioni i bacini territoriali delineati sia in contraddizione** con l'intenzione dichiarata di andare incontro al paziente, in quanto in molti casi le distanze sono notevoli e i trasporti spesso neppure esistono. Si rischia di vanificare la gestione delle richieste, (per es. chi abita nella provincia di Asti, confinante in buona parte con Torino dovrebbe recarsi all'estremo della provincia di Alessandria?). Il rischio è che il paziente cerchi di andare più in un luogo accessibile vanificando in tal modo la ripartizione in aree omogenee.

**4. Si ritiene un errore inserire in modo generalizzato le organizzazioni rappresentative degli erogatori privati** a livello regionale ANISAP, AIOP, ARIS - ecc. Potrebbe aprire nel settore una forte concorrenza sleale basata su dumping contrattuale, a uguale prestazione AIOP e ARIS applicano il CCNL della sanità privata, ANISAP applica il CCNL Studi Professionali firmato dalle categorie del commercio. Non si può, a nostro avviso, inserire in una DGR, nel richiamo alle organizzazioni rappresentative degli erogatori privati, il termine "eccetera" in quanto potrebbe aprire a nuovi soggetti datoriali la gestione dei servizi pur non essendo titolari dell'area sanitaria. Pertanto s'invita a cancellare ANISAP ed ecc.

**5.** Sempre sul versante del rapporto con i fornitori privati è da evidenziare come la presenza di regole contrattuali fortemente diversificate agisca negativamente sul razionale governo delle liste di attesa; si va infatti da contratti più tipicamente appartenenti all'ambito sanitario ad altri che rientrano nel campo di competenza del settore commercio fino ad arrivare a forme di prestazione che presentano tutte le caratteristiche del lavoro dipendente, pur configurandosi come attività libero professionale; tutto ciò può generare forme di distorsione dei principi della leale concorrenza; **non è utile, né accettabile far competere "artificialmente" pubblico e privato, se pur accreditato**, sul piano delle prestazioni, consapevoli dei vincoli cui è assoggettato il pubblico e delle libertà concesse al privato di concentrarsi sugli aspetti più remunerativi della domanda.

**6.** Si richiama l'attenzione sul fatto che **"l'aumento dell'offerta genera spesso domanda inappropriata"** (DGR 2-2481 del 29.07.2011).

**7.** La volontà della Regione di **"istituire un tavolo con rappresentanze di tutti gli stakeholder coinvolti** ai fini del confronto e della condivisione costante dei percorsi programmati di governo dei tempi di attesa" non è efficace. Un tavolo così concepito è tale da non consentire di entrare nel merito della discussione. **E' necessario che si possa dare un contributo serio e perciò i tavoli di confronto devono essere più contenuti e più omogenei, a partire da un livello di discussione solo con i Sindacati Confederali e di categoria associati. A tal fine per seguire le complesse fasi del Programma, potrebbe essere utile il monitoraggio nella cabina di regia prevista dal Protocollo sulle "Case della Salute".**

**8. Per quanto riguarda la "Libera professione"** è apprezzabile la più volte ribadita necessità di ricondurla all'obiettivo originale di garantire al paziente l'accesso a specialisti o strutture di libera scelta. Purtroppo non è chiaro cosa si intenda esattamente (vedi paragrafo 2.6.1 dell'all. A capov. 5°) per incremento della Libera Professione, né per fissazione del tetto annuale da parte del ReTA (Paragrafo 2.3.3). **Se ci si riferisce all'utilizzo dell'istituto contrattuale "dell'intramoenia" in favore dell'azienda e alla possibilità di proporre i volumi "massimi" di attività libero-professionale, che non devono essere superiori a quelli dell'attività istituzionale, allora il giudizio è certamente positivo.**

**9. E' piuttosto indeterminata la dizione "criteri di garanzia"** che dovranno essere definiti. **Sarebbe auspicabile, invece, che questo "tempo tecnico" di 120 giorni fosse utilizzato per momenti di confronto, anche con le OO.SS.,** per verificare come l'omogeneità dell'offerta venga garantita sul territorio e con quali

modalità e risorse umane. Pare altresì opportuno richiamare l'attenzione sull'informazione e il monitoraggio dei tempi d'attesa per le specialità indicate come prioritarie nei Piani Nazionali sull'abbattimento delle liste d'attesa e per quelle ordinarie per le attività in "intramoenia".

**10. Grande attenzione va posta sui PDTA** che devono essere significativamente validati a livello regionale o dalle Strutture di Accreditamento aziendale e posti in leggi o provvedimenti di natura generale in modo da evitare che, in caso di contenzioso, il medico venga accusato di essere stato guidato da un principio di tipo economicistico, anziché da "Scienza e Coscienza".

**11. È utile e vantaggiosa la previsione di far effettuare da parte del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o specialista,** al momento della prescrizione, anche la prenotazione della prestazione diagnostica. Tale obiettivo incide fortemente e positivamente sulle farraginosità della formazione della domanda e sui disagi degli utenti. Segnaliamo poi la criticità per i lavoratori dei CUP, soprattutto per quelli dipendenti da imprese esterne al Servizio Sanitario Pubblico, per i quali va trovata un'ideale soluzione occupazionale anche in riferimento al recente Protocollo regionale sugli Appalti.

**12. Non è condivisibile l'inserimento della riduzione dei tempi d'attesa fra gli obiettivi legati alla retribuzione di risultato,** sia per il comparto, sia per la dirigenza medica. Pertanto tali obiettivi **debbono** rimanere in capo alla Direzione Generale e Sanitaria, che sono responsabili delle politiche aziendali atte a ridurre i tempi d'attesa stessi. Saranno ovviamente i tavoli di categoria ad affrontare la discussione degli aspetti normativi e contrattuali ma si ricorda che fin dal DPCM 16/04/2002 era prevista una regolazione della libera professione assegnando però la priorità alle attività istituzionali e prevedendo un sistema premiale incidente sul premio di risultato per i responsabili investiti direttamente della gestione del fenomeno a partire dal Direttore Generale per finire ai Dirigenti di Struttura Semplice e incidente sul sistema incentivante per gli Operatori e i Dirigenti Sanitari direttamente interessati all'erogazione della prestazione. In merito si ritiene opportuno che tale argomento venga affrontato alla luce della normativa vigente che naturalmente in qualche parte è mutata nel frattempo.

**CGIL CISL UIL Piemonte ribadiscono il fatto che la previsione di un allargamento delle fasce orarie di apertura dei servizi comporti una revisione** delle dotazioni organiche e il loro costante monitoraggio per rispondere alla necessità.

**CGIL CISL UIL Piemonte ritengono necessario, infine, prevedere, in via strutturale, assunzioni di personale medico, infermieristico, ausiliario e amministrativo,** pensare solo a incarichi a tempo determinato o provvisori per specialisti ambulatoriali **rende evidente che si cerchi la soluzione ad un fenomeno emergenziale piuttosto che affrontare il problema in termini complessivi e strutturali.**

<i>CGIL Piemonte</i>	<i>CISL Piemonte</i>	<i>UIL Piemonte</i>
<i>FP CGIL Piemonte</i>	<i>FP CISL Piemonte</i>	<i>UIL FPL Piemonte</i>
<i>SPI CGIL Piemonte</i>	<i>FNP CISL Piemonte</i>	<i>UILP UIL Piemonte</i>
	<i>CISL MEDICI Piemonte</i>	