



## MEMORIA CGIL CISL UIL PIEMONTE

sul documento della Giunta Regionale

### **“Rete assistenziale territoriale – I principi per la definizione degli assetti organizzativi delle ASL.”**

#### **1. CURE PRIMARIE E ASSISTENZA TERRITORIALE PER FRONTEGGIARE LE MALATTIE CRONICHE.**

CGIL CISL UIL ritengono che l'approccio più efficace alla realizzazione della rete territoriale dei servizi delle ASL parta dalla presa d'atto del prevalere delle malattie croniche e si riferisca non solo alla longevità della popolazione che è comunque statisticamente assai rilevante nella Regione.

I malati cronici in Piemonte rappresentano il 38,6% dei residenti, di questi il 20,1% dichiara di soffrire di almeno due malattie croniche.

Modernamente intese, d'altra parte, cure primarie e assistenza territoriale si intendono rivolte a fronteggiare la cosiddetta “transizione epidemiologica”; esse sono il luogo più corretto per affrontare le patologie croniche sia in prima istanza che nel decorso della malattia. Per definizione, infatti, esse hanno caratteristica *longitudinale*, cioè assumono in carico l'aspetto *globale* della salute della persona -anche quando è sana- lungo tutto l'arco della vita e, da questo punto di vista, sono particolarmente efficaci come strumenti generali di prevenzione.

#### **2. I SERVIZI TERRITORIALI DELLE ASL NON SONO UN “CORREDO” DELL'OSPEDALE.**

Anche se è evidente che lo sviluppo della rete dei servizi territoriali delle ASL può dare un fondamentale contributo all'ingiustificato ricorso ai Pronto Soccorso ed ai ricoveri inappropriati, CGIL CISL UIL ritengono concettualmente errato ritenere che cure primarie e assistenza territoriale debbano svolgere una funzione *ancillare*, come “corredo” dell'ospedale. Questa visione considera ancora oggi l'ospedale come fulcro del sistema di salute e instaura una gerarchia nella quale l'ospedale predomina sull'assistenza territoriale. Al contrario occorre cambiare radicalmente il paradigma del Servizio Sanitario Regionale, finora centrato sui presidi ospedalieri, che non sono più in grado di reggere il carico di salute (in particolare dei cronici) né dal punto di vista della qualità, né dal punto di vista della sostenibilità finanziaria.

L'alleggerimento della pressione sull'ospedale si realizza non soltanto con un sistema di servizi territoriali che “anticipano” la domanda di ricovero ma anche con una rete capace di fare fronte alla continuità assistenziale successiva al ricovero poiché il Piemonte, salvo alcuni casi estremamente episodici, non è in condizione di intervenire in modo sistematico e presenta notevoli lacune sia per il numero di casi trattati, sia per l'eccessivo intervallo temporale tra domanda e intervento.

In questo senso è significativo lo scostamento al rialzo tra i tempi di degenza attesi e quelli osservati.

### 3. LE CURE PRIMARIE SONO “SISTEMA”.

Per questi motivi le cure primarie vanno considerate come sistema integrato di servizi e vanno progettate e sviluppate tenendo insieme in modo organico la medicina generale, la pediatria di libera scelta, l'assistenza socio-sanitaria, il servizio sociale professionale.

Come di seguito verrà più diffusamente esplicitato, è l'integrazione tra queste funzioni ed i loro collegamenti con l'ospedale, l'ospedale di comunità, la RSA ecc. che costituisce il loro punto di forza. CGIL CISL UIL affermano, poi, che cure primarie e servizi territoriali sono, nel sistema di salute, le funzioni più vicine ai cittadini, ai loro luoghi di vita e di lavoro e come tali *le più adatte* a realizzare la *partecipazione dei cittadini* sia direttamente, sia attraverso l'associazionismo, sia attraverso le rappresentanze istituzionali.

### 4. LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI.

CGIL CISL UIL ritengono infatti che non sia sufficiente parlare di “coinvolgimento” delle autonomie locali. La L.R. 18/2007 infatti affida ai Comitato dei Sindaci di Distretto la redazione del “Piani e Profili di Salute” quale strumento di valutazione dei bisogni di salute delle popolazioni di riferimento. Questa formulazione è molto più incisiva: non si tratta di semplice “coinvolgimento” ma di vero e proprio *protagonismo* dei Comuni chiamati ad occuparsi non tanto di quanti DEA devono insistere nel territorio ma dei bisogni di salute della popolazione e del loro soddisfacimento attraverso la programmazione dei Programmi di attività territoriali.

### 5. IL DISTRETTO “FORTE”.

CGIL CISL UIL esprimono soddisfazione per il fatto che la Giunta condivida la definizione di “Distretto forte”, che unisce programmazione, committenza e gestione dei servizi, coordinato con i Dipartimenti Aziendali. Il raccordo tra politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali nel Distretto deve consentire di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali integrati. Vi sono infatti molte situazioni in cui la capacità di raccordare, in modo strutturato, interventi di natura sanitaria con interventi di natura sociale rafforza l'efficacia di entrambi.

CGIL CISL UIL chiedono di realizzare, un livello di governo fortemente coordinato, fondato sul Distretto, che concentri le diverse funzioni territoriali delle ASL coinvolgendo le ASL e gli Enti Locali nella programmazione dei servizi sociali territoriali, anche allo scopo di ridurre le diseguaglianze sociali nella salute e per intervenire in modo integrato sull'ambiente e sulla condizione sociale per realizzare gli obiettivi di salute programmati.

Il Distretto “forte” è forte anche sul piano organizzativo e funzionale se unisce strettamente funzioni di committenza e funzioni di gestione dei servizi, se svolge il compito di valutare i bisogni di salute attraverso attente analisi epidemiologiche della specifica popolazione di riferimento. E' forte se è dotato, di conseguenza, di un *budget* congruo che lo metta in condizione di qualificarsi come funzione sanitaria, socio-sanitaria e sociale di vero e proprio *hub* dell'assistenza territoriale, e non come semplice *dépendance* dei presidi ospedalieri.

CGIL CISL UIL non concordano invece sull'ipotesi del dimensionamento del suo bacino di utenza (80.000-150.000 abitanti). L'unico riferimento normativo vincolante è ancora la Legge Bindi del 1999 che fa consistere il bacino di utenza in 60.000 abitanti. Il vigente PSSR lo porta a 70.000. Nessuna evidenza scientifica dimostra che grandi accorpamenti di Enti del SSR comportino significative economie di scala ma, anzi, aumentano la complessità della *governance* e comportano serie difficoltà di gestire bilanci di grande entità, oltre che allontanare dai servizi i referenti organizzativi. CGIL CISL UIL propongono un bacino di utenza compreso tra i 70.000 e gli 80.000 abitanti, tenendo inoltre presenti le condizioni geomorfologiche del territorio e i problemi di mobilità (rete viaria, rete ferroviaria, disponibilità di servizi di trasporto pubblici). Un bacino di utenza come quello proposto, che può giungere sino a 100.000-150.000 abitanti appare semplicemente ingestibile in una regione dove montagna e collina rappresentano il 65% del territorio.

La dimensione dei distretti non può prescindere dalla conformazione del territorio, la lettura dei bisogni e le strutture già presenti devono fare da guida per trovare le dimensioni ottimali caso per caso. La forte conurbazione può trovare risposte su scale di popolazione più ampie rispetto a territori che presentano una forte dispersione.

## **6. BACINI DI UTENZA DELLE AFT E DELLE UCCP.**

Secondo il documento della Giunta nel Distretto possono essere attivate da 3 a 5 AFT (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta associati *obbligatoriamente*) con un bacino di utenza di 30.000 abitanti. Ricordiamo che il rapporto 1 AFT per 30.000 abitanti non è perentorio: il comma 3 dell'art. 5 del Patto per la salute 2014-2016 afferma che il bacino di utenza *non può essere superiore* ai 30.000 abitanti: è quindi evidente che la Regione può disporre di bacini di utenza inferiori, secondo CGIL CISL UIL più gestibili e con maggiore facilità di accesso per gli utenti.

Nelle zone montane o a forte dispersione la costituzione della AFT non deve comportare tagli ai servizi esistenti.

Le Linee Guida della Regione prevedono 1 o al massimo 2 strutture multiprofessionali (UCCP) per 80.000 – 90.000 abitanti.

Ma il bacino di utenza delle UCCP non è regolamentato da nessuna norma di legge o derivante da accordi Stato-Regioni. Considerata la varietà geomorfologica del nostro territorio, nel quale prevalgono zone montane e collinari spesso del tutto prive di presidi sanitari, il bacino di utenza proposto è troppo ampio: il combinato disposto dell'esagerata ampiezza del Distretto e delle UCCP porterebbe al paradosso di Province medio piccole dotate *soltanto* di un Distretto e di *una sola* UCCP. CGIL CISL UIL sono convinte della necessità di un'*ampia diffusione* delle UCCP sull'esempio di quanto già avviene in Veneto, in Emilia Romagna ed in Toscana, regioni da prendere a riferimento.

## **7. LE UCCP: IL NODO STRATEGICO DELLE CURE PRIMARIE E DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE.**

*CGIL CISL UIL ritengono che le UCCP (o "Case della Salute") costituiscano l'asse portante, insieme al Distretto, del quale sono articolazioni, delle cure primarie e dell'assistenza territoriale.*

Al contrario CGIL CISL UIL constatano che, a differenza di quanto avviene per le AFT, il documento della Giunta si occupa poco o nulla delle caratteristiche che avranno e delle funzioni che svolgeranno le UCCP o Case della Salute.

*Le cure primarie e l'assistenza territoriale, anche perché debbono fronteggiare la diffusione epidemica delle malattie croniche, si fondano sull'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica, oltre che sull'apporto dei diversi professionisti sanitari, socio-sanitari e sociali. L'integrazione garantisce in concreto la presa in carico globale della persona (specie se affetta da patologie croniche) e stabilisce il percorso del paziente sia nel sistema delle cure primarie come da e verso l'ospedale.*

*Non si parla qui solo di coordinamento tra professionisti che stanno per lo più nella propria sede ma di integrazione -anche fisica- e di condivisione di spazi comuni.*

Il rafforzamento del Distretto passa anche attraverso una definizione normativa chiara sulle attività svolte all'interno delle UCCP e con una regolamentazione esplicita delle funzioni e dei compiti degli operatori ad esse preposti, indipendentemente dal rapporto contrattuale intercorrente tra i medesimi e il SSR.

CGIL CISL UIL chiedono alla Giunta di dare seguito a quanto richiamato, anche in riferimento alla Legge 8 novembre 2012, n. 189 (art.1, commi 1, 2, 3, 4 e lett. b) bis) e del Patto Per la Salute 2014-2016 (art. 5,

commi 2, 3, 4) prevedendo che *ogni Casa della Salute o UCCP ospiti almeno una delle Aggregazione Funzionale Territoriale presenti nel Distretto.*

CGIL CISL e UIL ritengono necessaria l'indicazione delle diverse tipologie di UCCP e della loro dotazione di servizi. La tipologia deve essere necessariamente varia sia per l'epidemiologia del territorio, sia per la conformazione geomorfologica dello stesso, sia per le condizioni di mobilità dei pazienti, sia per la vicinanza o meno di presidi ospedalieri, poliambulatori ecc. CGIL CISL UIL propongono di declinarne la tipologia sulla base delle caratteristiche dimensionali (*piccola, media, grande*).

Così connotate le UCCP saranno riferimento di salute certo per le popolazioni, aperto alla partecipazione dei cittadini non solo in qualità di pazienti. La loro *riconoscibilità e accessibilità* sarà elemento caratterizzante della geografia sociale e civile di un territorio, secondo l'ispirazione che mosse l'OMS alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

Occorre inoltre progettare, per il personale sanitario, socio-sanitario, sociale e amministrativo impegnato nel territorio *una specifica formazione* (che abbia lo scopo di implementare la capacità di tutti gli operatori di lavorare efficacemente in *équipe*): se l'integrazione è la chiave di volta professionale del buon funzionamento delle cure primarie e dell'assistenza territoriale lo strumento della formazione è tutt'altro che secondario.

## **8. LE RISORSE VANNO PRIORITARIAMENTE INDIRIZZATE ALLE CASE DELLA SALUTE.**

CGIL CISL UIL ritengono che la programmazione dei percorsi socio-assistenziali, dell'integrazione socio-sanitaria e sociale e delle relative risorse non deva essere materia affidata esclusivamente alle AFT: ad esse, secondo la Giunta vanno attribuite le risorse professionali delle ASL (come infermieri, assistenti sociali, amministrativi ecc.) e dei Consorzi Socio-Assistenziali.

Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta sono e restano, anche nelle forme associate previste dalla normativa, fondamentali attori delle cure primarie e dell'assistenza territoriale e ad essi le Regioni *possono* attribuire strumenti per l'esercizio della professione.

CGIL CISL UIL richiamano però la Giunta al rigoroso rispetto dettato dalla norma (Legge 189/2012, art. 1, comma 2) *nella quale è previsto che questi strumenti siano attribuiti sia alle AFT che alle UCCP.*

Per CGIL CISL UIL le risorse vanno attribuite prioritariamente alle Case della Salute.

## **9. IL NUMERO UNICO DELL'EMERGENZA SANITARIA.**

Assume carattere strategico l'istituzione del numero unico 116117 allo scopo di attivare un triage preventivo che indirizzi la domanda verso le UCCP e per riorganizzare il sistema di Guardia medica.

## **10. LE RISORSE PROFESSIONALI:**

I pilastri che sostengono la programmazione nell'ambito del sistema sanitario regionale sono necessariamente la **sostenibilità economica**, che si realizza attraverso l'utilizzo appropriato delle risorse e garantisce la tutela della salute a tutti i cittadini, la **sostenibilità sociale**, che si realizza attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini e della comunità nel segno della partecipazione e, dunque, della responsabilizzazione e, non meno importante, la **sostenibilità professionale** che si realizza attraverso politiche ed interventi di condivisione degli obiettivi, di comunicazione e di formazione degli operatori del SSR a tutti i livelli, al fine di acquisire le competenze e gli strumenti per organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il cambiamento.

**a) Non solo standard organizzativi ma anche individuazione dei fabbisogni di personale e di competenze.**

Il cambiamento degli assetti organizzativi della rete di assistenza territoriale per rispondere in modo più efficace ed efficiente ai bisogni di salute espressi dal territorio non può trascurare il ruolo esercitato dai lavoratori, in particolare in un contesto come quello sanitario, in cui il servizio reso al cittadino si basa proprio sulle diverse competenze espresse da professionisti che ruotano, integrandosi, intorno alla salute del paziente.

La realizzazione di nuovi modelli e l'attivazione, come previsto dal Patto per la Salute 2014-2016, delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), comporta oltre alla individuazione degli standard organizzativi, anche l'esatta individuazione dei fabbisogni di personale e di competenze necessarie ad accompagnare il cambiamento. Per far questo è necessario aprire con la Regione un tavolo di confronto per definire un *Piano del personale di medio/lungo termine* che attribuisca ad ogni singola Azienda le qualifiche che occorrono.

**b) Un osservatorio regionale sulle professionalità sanitarie e socio-sanitarie: il cambiamento parte anche dal basso.**

In un contesto in cui si rende necessario definire i nuovi fabbisogni di personale sia in termini quantitativi che qualitativi, è opportuna l'istituzione di un apposito Osservatorio regionale sulle professionalità sanitarie e socio-sanitarie atto a quantificare il fabbisogno locale di profili professionali, nel medio periodo, in un'ottica di programmazione pluriennale.

**c) La pianificazione della capacità assunzionale di breve periodo.**

In questo ambito è urgente attivare un tavolo di confronto che definisca criteri coerenti ed omogenei sul territorio regionale per la distribuzione del personale che può essere assunto a seguito dello sblocco indicato dal "tavolo Massicci". L'attivazione di un certo numero di assunzioni non può prescindere da una approfondita valutazione della situazione di difficoltà di tutte le aziende, dalla programmazione che si vuole introdurre con la modifica della rete ospedaliera e con la nuova rete territoriale e sulla base di una nuova organizzazione del lavoro per la quale l'apporto delle professioni sanitarie, dell'assistenza e del sociale sarà determinante.

**d) La formazione e la riqualificazione, leve strategiche per il cambiamento.**

La formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale si configura quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento, oltre che organizzative anche culturali, valorizzando le competenze professionali, da un lato, e la centralità della persona nei percorsi socio-assistenziali, dall'altro. Valorizzare l'assistenza territoriale vuol dire anche valorizzare le competenze dei professionisti e riconoscere i nuovi ruoli che il personale dovrà ricoprire. Pensiamo solo nell'ambito delle AFT al ruolo che rivestirà *l'infermiere e il personale di studio* nella gestione delle cronicità e nella promozione degli stili di vita, oppure nella gestione del paziente fragile al suo domicilio.

In particolare si rende necessario:

- potenziare la formazione sia per le professioni sanitarie e sociali che amministrative, nell'intento di creare quadri con profili di competenza coerenti con gli indirizzi strategici evidenziati dal presente PSSR;
- prevedere moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi;

Se poi completiamo lo scenario anche con i nuovi ruoli che dovranno implementarsi anche nella riorganizzazione ospedaliera, comprendiamo bene come la riqualificazione e la formazione rivestano una leva determinante per il successo dei diversi modelli organizzativi che andranno ad integrarsi tra loro.

## **e) L'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie.**

Un riassetto complessivo che preveda una evoluzione sia della rete ospedaliera che della rete territoriale, nonché una stretta integrazione tra loro, deve assolutamente favorire e riconoscere lo sviluppo e l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e in primis del personale infermieristico, chiamato in questi nuovi assetti a ricoprire compiti diversi caratterizzati da più elevate responsabilità. Per questa materia è necessario che tutte le Regioni, ed il Piemonte in primis, si attivino affinché si avvii al più presto il tavolo Nazionale delle professioni sanitarie tra il Ministero della Salute, la Conferenza Stato Regioni e le Organizzazioni Sindacali per definire su tutto il territorio Nazionale lo sviluppo e l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie.

Contestualmente, al fine di tradurre nella pratica questo percorso, sarà necessario l'apertura del confronto per il rinnovo del CCNL.

### **11. IN CONCLUSIONE: NON PERDERE UN'OCCASIONE DI MODERNIZZAZIONE E SVILUPPO.**

Il Servizio Sanitario Regionale, come da tutti riconosciuto, è fonte di sicurezza sociale, è fattore di inclusione, svolge una spiccata funzione anticiclica in quest'epoca di crisi, è importante agente economico, di innovazione tecnologica e di ricerca scientifica, e promotore, diretto e indiretto, di reddito e occupazione per decine di migliaia di persone e, anche se è in sofferenza, colpito com'è dalle politiche di *austerità* e dagli obblighi di finanza pubblica che lo sottopongono a piano di rientro, mantiene inalterate eccellenze e buone pratiche che lo qualificano tra i migliori servizi di salute nel nostro paese.

Il Servizio Sanitario Regionale deve però compiere un salto di qualità: l'occasione è data dalla costruzione della rete del territorio che va tenacemente perseguita per il benessere dei cittadini, per riformulare il modello ancora oggi centrato sull'ospedale. E' un'occasione che va colta declinando la programmazione delle sedi dell'assistenza primaria in tutte le tipologie di servizi che si rendono necessari e cioè senza omissioni anche perché il Piemonte le sconterebbe già nell'immediato futuro.

Il Distretto, l'AFT, la Casa della Salute sono articolazioni dell'assistenza territoriale strette in un unico nodo, nessuna di esse può essere persa di vista lungo la strada.

Proprio per questo motivo CGIL CISL UIL ritengono che l'enfasi posta dal documento della Giunta sulle AFT ed il vuoto esistente sulle Case della Salute mettono in ombra le enormi potenzialità che possono essere espresse dalle cure primarie e dall'assistenza territoriale, nelle forme organizzative multiprofessionali.

Le UCCP hanno innovato il panorama nazionale delle cure primarie, hanno dato una risposta moderna alla transizione epidemiologica, hanno proposto una soluzione per ridurre il carico di malattia che attualmente ricade del tutto sull'ospedale.

Il Piemonte non può perdere un'occasione di innovazione e di sviluppo che appartiene non solo al suo sistema di salute, ma a tutta la sua società.