



NOTE SUI SERVIZI TERRITORIALI

Introduzione.

A seguito degli incontri che CGIL CISL UIL regionali hanno avuto con le rappresentanze dei territori a partire dal mese di febbraio, tenuto conto del dibattito che si è sviluppato, si è ritenuto necessario e opportuno redigere un documento politico sui servizi territoriali da utilizzare in vista delle prossime negoziazioni con l'Amministrazione Regionale.

Si invitano le strutture CGIL CISL UIL territoriali di far pervenire alle Segreterie Regionali osservazioni, contributi e proposte.

Demografia ed epidemiologia. Cronicità e disabilità in Piemonte.

La popolazione residente in Piemonte al 31 dicembre 2010 è di circa 4.457.000 persone, di cui il 48,4% uomini e il 51,6% donne. Il 18,9% degli uomini ed il 24,6% delle donne ha più di 65 anni. Questi valori sono superiori alla media nazionale che si attesta al 16,5% per gli uomini ed il 21% per le donne. Il settore statistica della Regione prevede nel 2050 una diminuzione della popolazione di oltre 700.000 abitanti, quando gli ultrasessantacinquenni saranno oltre un terzo della popolazione. In Piemonte, come nel resto del paese, nell'ultimo secolo la speranza di vita è passata dai 43 anni del 1900 ai 78,7 del 2008, con un guadagno di quasi 35 anni, mentre per le donne nello stesso periodo il guadagno è stato ancora superiore, circa 40 anni, e la speranza di vita, nel 2008, è di 83,8 anni.

Tuttavia mentre si registra un notevolissimo aumento della speranza di vita assistiamo ad un fenomeno del tutto nuovo e preoccupante: aumenta la longevità ma aumentano anche gli anni in cui le persone convivono con una o più malattie croniche. Aumenta così la spesa sanitaria e diminuisce il benessere della popolazione.

Per inciso, facciamo notare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: "Le malattie croniche sono in forte crescita, spinte come sono da forze potenti e universali come la rapida urbanizzazione e la globalizzazione di stili di vita nocivi. Lasciate senza controllo queste malattie divorano i progressi dello sviluppo economico e cancellano i benefici della modernizzazione: le malattie croniche assestano un doppio colpo allo sviluppo: causano perdite di miliardi di dollari al reddito nazionale e spingono milioni di persone al di sotto della soglia di povertà".

In Piemonte sono circa 108.000 le persone affette da almeno due malattie croniche gravi, dato, questo, che corrisponde al 2,4% degli uomini ed al 2,1% delle donne. La prevalenza di persone con almeno due malattie croniche gravi cresce in particolare nella fascia di popolazione anziana: negli uomini si passa dal 2,5% nella fascia di popolazione che va dai 45 ai 65 anni al 10,7% in quella di 65 anni e oltre; nelle donne le stesse stime nelle due fasce di età di popolazione passano dall'1,1% al 8,3%.

In questo caso i determinanti socio economici agiscono in modo differenziato: la popolazione con risorse economiche scarse o non adeguate presenta percentuali più elevate di soggetti affetti da pluripatologie rispetto a chi dispone di risorse economiche ottime o adeguate. Negli uomini si

passa dal 3,3% di popolazione affetta da almeno due patologie croniche gravi fra le persone che dichiarano (fonte: ISTAT) risorse scarse o non adeguate al 2,1% fra quelle con risorse ottime o adeguate. Nelle donne si passa, per le stesse dimensioni, dal 3,3% al 1,6%.

Si stima, inoltre, che in Piemonte le persone di 65 anni e oltre affette da demenza senile o Alzheimer siano oltre 18.000.

Secondo l'ISTAT le persone disabili in Piemonte sono oltre 190.000, con prevalenze maggiori tra le donne (5,5%) rispetto agli uomini (3%). Circa il 40% dei disabili piemontesi (oltre 74.000) presenta un profilo di disabilità particolarmente grave, caratterizzato dal condizionamento a letto, su sedia a rotelle o in casa. La presenza di persone disabili si concentra nella fascia di popolazione con età più elevata: la percentuale di popolazione piemontese di 65 anni e oltre con almeno una disabilità è del 13% negli uomini e del 20% nelle donne nella stessa fascia di età.

L'importanza delle Cure Primarie.

A fronte di un quadro demografico ed epidemiologico profondamente mutato il Servizio Sanitario Regionale è chiamato a dare una risposta efficace, appropriata e di qualità agli anziani, ai malati cronici ed ai pazienti affetti da pluripatologie. E' quindi urgente la necessità di una profonda revisione organizzativa e gestionale del sistema che operi un riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale, finalizzato ad un rafforzamento di quest'ultima per aprire nuove prospettive alle persone fragili, anche per mantenere in equilibrio il sistema e garantirne la sostenibilità.

E' dunque necessario rilanciare nella nostra regione il complesso delle Cure Primarie interpretandolo, però, come "fulcro" dell'intero Servizio Sanitario Regionale.

Giova quindi richiamarne sommariamente le caratteristiche.

Secondo la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 (ripresa dalla legge 833 dello stesso anno) il sistema delle Cure Primarie è il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il servizio sanitario, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituisce il primo livello di un processo continuo di protezione sanitaria.

Le Cure Primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure Primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma dell'iniziativa, con il quale si intende un modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute ed al rafforzamento delle risorse personali e sociali a disposizione della persona, specie se affetta da malattie croniche o disabilità.

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma dell'attesa con il quale si evidenzia un modello assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensità tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento nuovo e con caratteristiche di acuzie, di urgenza o emergenza.

Elementi fondamentali delle Cure Primarie sono dunque l'estensività (contrapposta all'intensività dell'ospedale) e l'equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure (mentre l'ospedale punta prevalentemente all'eccellenza), la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale e la partecipazione della comunità locale alla programmazione dei servizi ed alla valutazione dei risultati.

I sistemi sanitari che si orientano alle Cure Primarie hanno esiti di salute, equità di accesso, continuità delle cure superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere con minori spese.

Il rapporto tra territorio e ospedale non va, tuttavia, vissuto in termini di contrapposizione: va contrastata la ospedalizzazione inappropriata, ma nello stesso tempo non sono accettabili diminuzioni dell'offerta che incidano negativamente, a danno dei malati, sull'erogazione dei livelli essenziali dell'assistenza.

Cure primarie e prevenzione.

L'evoluzione del bisogno di salute (sempre più caratterizzato dalla presenza di malattie croniche) ed il crescente invecchiamento della popolazione richiedono alla sanità pubblica un cambio di paradigma. Le cure sanitarie hanno sempre più bisogno di continuità e di servizi integrati.

In questo quadro anche la separatezza che caratterizza gli attuali servizi di prevenzione rispetto alle altre articolazioni del SSR non appare più giustificata sia sul terreno dell'efficacia che su quello dell'efficienza organizzativa. In un'epoca dominata dalle malattie croniche una efficace forma di prevenzione coincide con la loro cura appropriata ed attiva. Curare bene, in modo attivo, anticipando aggravamenti e ricadute, consente di rallentare la progressione delle malattie e ridurre le complicazioni.

La cura delle malattie croniche è anzitutto compito dei servizi di Cure Primarie.

Per questo è necessario prevedere una stretta integrazione tra servizi di Cure Primarie (cui compete farsi carico dei malati cronici) e servizi di prevenzione (cui compete la sorveglianza epidemiologica dei bisogni).

A questo punto, disponendo di servizi integrati, sarà probabilmente facile spostare a livello delle Cure Primarie molte azioni di sanità pubblica attualmente organizzate in servizi separati (servizi vaccinali, attività di screening, etc.) e avviare iniziative di promozione della salute alle persone attualmente in forte ritardo (promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione).

Cure Primarie, Prevenzione e Medicina di Genere.

La programmazione regionale in tema di Cure Primarie e Prevenzione deve prendere in considerazione e tradurre in pratica il tema della medicina di genere.

La maggior parte della ricerche che sta alla base delle azioni mediche è stata condotta sull'uomo e le azioni mediche vengono quotidianamente traslate alla donna in molti casi senza prova, assumendo il genere maschile come riferimento "normale". Un esempio: la malattia che prevale nel mondo occidentale e che provoca più del 50% delle morti è quella cardiovascolare. E' dagli anni '50 che ricerche e studi cercano di comprendere le cause della malattia: la maggior parte dei lavori epidemiologici tuttavia sono stati condotti sugli uomini. Oggi, invece, si è compreso che la malattia coronarica, considerata una tipica malattia maschile, prevale più nella donna che nell'uomo. Infatti, oltre al fatto che le donne invecchiano di più, i fattori che provocano questa malattia hanno un impatto molto diverso nella donna rispetto all'uomo. Ciò significa che le azioni di prevenzione sono state condotte in modo errato. Così nella donna queste malattie non sono diminuite come nell'uomo nel corso degli ultimi 30 anni, anzi sono in aumento.

Pertanto è necessario che si sviluppino o si estendano concreti interventi a) sul cancro: i due tumori più comuni che colpiscono le donne sono al seno e al collo dell'utero; b) sulla salute riproduttiva: i problemi di salute sessuale e riproduttiva sono responsabili di un terzo dei problemi di salute per le donne di età compresa tra i 15 e i 44 anni; c) sull'HIV: sono in particolare le giovani donne che portano il peso delle nuove infezioni da HIV; d) sulle infezioni sessualmente trasmesse migliorando la prevenzione di malattie come la gonorrea, la clamidia e la sifilide; e) sulla violenza contro le donne: è importante che gli operatori sanitari siano in

grado di fornire supporto alle vittime, colpite sia nella salute fisica che in quella mentale; f) sulla salute mentale: l'evidenza suggerisce che le donne siano più inclini degli uomini a sperimentare l'ansia, la depressione e i disturbi psico-somatici; g) sulle malattie non trasmissibili: nel 2012, nel mondo, circa 4,7 milioni di donne sono morte a causa di malattie non trasmissibili prima di raggiungere i 70 anni; h) sull'invecchiamento: avendo lavorato spesso in casa le donne più anziane possono avere minori pensioni e sussidi, un minor accesso alle cure sanitarie ed ai servizi sociali rispetto ai maschi; i) sulle dipendenze da alcool, da fumo, da eccessivo consumo di farmaci che risultano in aumento nella popolazione femminile.

Un Distretto “forte”.

Se le Cure Primarie rappresentano il punto centrale dei processi assistenziali, il Distretto assume, nel loro ambito, un ruolo cardine con forti collegamenti con il resto del sistema. Il Distretto “forte” è una struttura aziendale con ruolo organizzativo, gestionale e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio-sanitarie di un dato ambito territoriale. Il Distretto è quindi, in primo luogo, l'ambito dove si valuta il bisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento con il concorso delle comunità locali e riveste un ruolo di programmazione e di direzione.

Insistiamo sul ruolo delle autonomie locali nella programmazione distrettuale, in particolare sulla necessità della definizione dei “Profili e piani di salute” di cui all'art. 14 della Legge Regionale 6 agosto 2007, n. 18. Secondo questa norma, che va resa pienamente operativa, il profilo e piano di salute è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, attraverso il comitato dei sindaci di distretto, “definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio”. Le ASL e le ASO di riferimento debbono fornire l'assistenza necessaria alla definizione dei PEPS, assicurare la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS stessi, garantendo la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione.

Va richiamato il concetto che ciascun consorzio abbia competenza su distretti interi.

Ciò detto, il punto decisivo è che nel Distretto, anche relativamente alla gestione della cronicità attraverso strumenti specifici, si sommano le funzioni di coordinamento e gestione delle prestazioni anche specialistiche, con quelle di governo della domanda in vista della tutela dei bisogni di salute. Per svolgere queste funzioni il Distretto deve essere dotato di strumenti gestionali quali la programmazione operativa (budget) ed un sistema informatico socio-sanitario integrato che renda interoperabili i sistemi informativi dei Medici di Medicina Generale, degli altri Medici convenzionati del territorio, dell'ospedale e delle altre strutture aziendali (laboratorio, diagnostica, servizi di prevenzione, ecc.).

Il Distretto, l'integrazione socio-sanitaria, le politiche sociali.

Sempre considerando il mutamento profondo delle condizioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione, più volte richiamato in queste note, affidare al Distretto un ruolo “forte” significa porsi il problema del suo rapporto con l'integrazione socio sanitaria e le politiche sociali, vale a dire il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi.

Il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie consente di dare risposte unitarie all'interno di percorsi assistenziali e integrati, con il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse istituzionali presenti sul territorio. 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.

L'attuale normativa nazionale e regionale definisce l'integrazione socio-sanitaria quale priorità strategica cui destinare congrue risorse attraverso lo sviluppo di progetti obiettivo principalmente nelle aree materno-infantile, handicap, psichiatria, dipendenze, anziani e

lungodegenze.

Nella normativa si coglie un approccio che vede il superamento della visione separata tra Servizi Sociali, di competenza degli Enti Locali, e servizi sanitari, di competenza del SSN.

Il riconoscimento della necessità di sviluppare forme di collaborazione fortemente strutturate tra Distretti Socio-sanitari e Comuni comprende il bisogno di potenziare anche i livelli attraverso i quali ha luogo l'integrazione socio-sanitaria: a) il livello istituzionale, che consente di definire i piani di salute sottoscritti tra i diversi attori; b) il livello gestionale, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti e c) il livello professionale che permette di integrare le competenze dei professionisti chiamati in causa nella realizzazione degli obiettivi comuni di salute.

Si potrebbe ipotizzare un livello di governo fortemente coordinato, incentrato sul Distretto, che concentri le diverse funzioni territoriali coinvolgendo le ASL e gli Enti Locali nella programmazione dei servizi sociali territoriali, per raggiungere l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sociali in termini di salute e per intervenire in modo integrato sull'ambiente e sulla condizione sociale al fine di realizzare gli obiettivi di salute prefissati.

Nel considerare i servizi socio assistenziali va rilevato che la competenza in questo settore è assegnata ai Comuni e che la successione dei DPCM che hanno regolato la materia, a partire dagli anni '80, hanno ribadito la separatezza dei conti economici rispettivamente per le materie di competenza sanitaria da quelle di competenza assistenziale.

L'esperienza piemontese ha però, purtroppo, dimostrato come la permeabilità tra sanità e assistenza sia stata ripetutamente abusata per "aggiustare" di volta in volta i conti della sanità e scaricare sull'assistenza le partite "scomode", senza peraltro garantire alla medesima i finanziamenti necessari a sostenere le funzioni a essa trasferite.

In ogni caso il punto fondamentale è che ciò che al cittadino importa è che i servizi sanitari e quelli socio assistenziali operino in stretta sinergia, indipendentemente dalla loro appartenenza istituzionale.

Non si tratta di "sanitarizzare" i servizi sociali, che manterrebbero comunque la loro peculiare identità (in particolare per alcune funzioni) ma di rendere concreta e finalmente operativa l'integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali che, spesso, è semplicemente scritta nei titoli dei documenti di programmazione ma non praticata nei fatti.

La praticabilità di questa ipotesi presuppone, naturalmente, una rivisitazione della problematica degli Enti Gestori nella nostra regione in vista, quantomeno, della loro razionalizzazione e l'aderenza territoriale dell'Ente Gestore a quella del/i Distretti Socio-sanitari.

Servizi socio-assistenziali.

La materia è di competenza degli Enti Locali e, in questa legislatura regionale, di un Assessorato distinto da quello alla Sanità: ma è ovvio che questo settore influisce pesantemente sulle politiche di salute.

Non è il caso di soffermarsi più di tanto sulle modalità che i Comuni utilizzano per la loro gestione ma vanno tenuti alcuni punti fermi.

La scarsità di risorse impone che sia fatta chiarezza tra le spese destinate al mantenimento dell'apparato burocratico e quelle destinate alle prestazioni, per cui pare opportuna l'adozione di costi standard vincolanti (derivanti dall'applicazione dei CCNL stipulati tra le OO.SS. Sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative a livello nazionale che conducono alla emanazione delle tabelle dei costi contrattuali a' sensi della L. 327/2000,) per le strutture di cui si parla.

Questi nodi rendono difficile se non impossibile confrontare l'impegno economico di ciascuna amministrazione comunale per il socio assistenziale.

I compiti della Regione:

- offrire un quadro di riferimento il cui rispetto condizioni il trasferimento delle risorse economiche.
 - dimensione minima dell'associazione dei Comuni: la precedente Giunta era intervenuta in materia ma aveva stabilito in 3.000 abitanti il limite minimo, tale limite pare troppo basso; il sindacato indica nei 5.000 abitanti la soglia minima;
 - per quanto riguarda la forma associativa adottata per erogare i servizi socio assistenziali questa rientra nella discrezionalità di ogni Comune: le diverse opzioni sono: quella consortile, quella dell'unione dei comuni o quella della fusione degli stessi, soluzione ultima che il sindacato ritiene preferibile;
 - garantire la coincidenza territoriale tra associazione di Comuni e Distretto Sanitario; eventualmente la stessa associazione potrebbe coincidere con uno o più Distretti;
 - definire i livelli minimi di assistenza da erogare con le risorse derivanti dai trasferimenti regionali;
 - incentivare con strumenti di cofinanziamento l'incremento degli stanziamenti da parte degli enti locali;
 - individuare costi standard;
 - formulare forme di appalto-tipo ai quali attenersi per l'esternalizzazione dei servizi con indicazioni tassative relative all'applicazione dei CCNL di settore stipulati tra le OO.SS. E datoriali comparativamente più rappresentative a livello nazionale.
- **L'assistenza territoriale. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali.**

Come abbiamo rammentato le Cure Primarie costituiscono il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il servizio sanitario, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano. La legge 7 marzo 2012, n. 135 prima ed il Patto per la Salute 2014-2016 poi traducono in previsioni normative questo concetto con l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie, avvalendosi anche delle esperienze maturate in alcune regioni.

L'AFT è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale, di Medici di Medicina Generale ed è la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di continuità assistenziale: l'obiettivo della AFT (che è funzionalmente collegata ad una UCCP) è quello di affidare ai MMG, secondo obiettivi definiti dalle ASL, la tutela della salute della popolazione di riferimento con un approccio proattivo, omogeneizzando i percorsi, sviluppando l'assistenza sul paziente affetto da malattie croniche e favorendo la consapevolezza dei pazienti nei processi di cura. Lo scopo di questo nuovo assetto è quello di migliorare la qualità delle prestazioni erogate dalla Medicina Generale, consentendo così di contribuire a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA. Le AFT (insieme alle UCCP) debbono garantire l'erogazione delle prestazioni per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana.

E' cruciale, per il raggiungimento di questi scopi, che sia gli Accordi Nazionali che quelli Integrativi Regionali della Medicina Generale siano coerenti con il dettato della legge 135/12 e del Patto per la Salute, anche attraverso clausole che leghino in modo diretto il salario variabile dei professionisti a precisi indicatori quali la riduzione dei ricoveri inappropriati, l'accesso ai DEA dei codici bianchi, la prescrizione corretta di farmaci e di diagnostica.

L'assistenza territoriale. Le Unità Complesse di Cure Primarie.

Riprendiamo il dettato del Patto per la Salute 2014-2016.

Art. 5, comma 2: “Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale”.

Art. 5, comma 4: “La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di medicina generale nonché i pediatri di libera scelta che le compongono, garantendo l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, socio-sanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici.”

Art. 5, comma 6: “La UCCP ha un assetto definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale”.

Oggi in relazione ad un insieme derivante dalla composizione per età della popolazione, dall'irrisolto problema da parte della medicina di non riuscire a garantire adeguatamente una qualità accettabile della vita per gli anziani, i disabili ed i malati cronici, dalle strutture sanitarie occorre passare a ragionare su quelle socio-sanitarie, capaci di affrontare in modo più appropriato le problematiche dell'individuo e della comunità.

Il modello delle UCCP si basa sulla comprensione della opportunità di ricomporre una frantumazione di singoli servizi sul territorio e sulla necessità di proporre una struttura organizzativa altamente flessibile a seconda dell'attivazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, in relazione alla priorità di obiettivi, di funzioni, di attività, di professionalità ecc.

Quanto all'articolazione funzionale delle UCCP si possono individuare, di norma, quattro aree:

- 1) L'area dell'accesso, del segretariato sociale e del centro di prenotazioni;
- 2) L'area dei servizi sanitari;
- 3) L'area dei servizi socio-sanitari;
- 4) L'area dei servizi e delle attività sociali.

La prima area ha come obiettivo la presa in carico della domanda avanzata dal cittadino, accompagnandolo lungo il suo percorso assistenziale.

La seconda area rappresenta la saldatura tra le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, le strutture ospedaliere (essa deve prevedere la presenza di una dotazione tecnologica per l'erogazione di prestazioni di base).

La terza opera su servizi inerenti le questioni degli anziani, dei disabili, della salute delle donne e dell'infanzia, dei malati psichiatrici ecc.

Infine l'area dei servizi e delle attività sociali fronteggia tutte le situazioni dell'emergenza sociale che va dalla povertà ai problemi delle fasce deboli della popolazione, con il servizio sociale professionale.

Per avere un riferimento concreto in termini dimensionali possiamo prendere ad esempio quanto è stato previsto nei piani della Regione Toscana, dove le UCCP attive (chiamate Case della Salute) sono circa 30, con l'obiettivo di implementarne il numero sino a 50 entro il 2014: rapportato al numero degli abitanti di quella regione (3,76 milioni) questo dato corrisponde a

una UCCP ogni 75.000 abitanti circa.

Nel rispetto dei parametri piemontesi si arriverebbe a una UCCP per Distretto.

Dal momento che l'orientamento è quello di garantire per ciascun Distretto sanitario almeno una struttura (UCCP) è necessario che non si vada oltre alla dimensione territoriale consolidata di un Distretto Sanitario per un numero di abitanti intorno ai 70.000 con deroghe al ribasso per aree con forte dispersione della popolazione.

Temî del confronto con l'Amministrazione Regionale.

- Come si è visto tutta la trattazione dei servizi territoriali ha messo in evidenza, sulla base della normativa vigente e delle elaborazioni dei tecnici, uno stretto intreccio tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (nel Distretto e nelle UCCP in particolare); quindi la prima rivendicazione da avanzare è che vi sia, nella programmazione territoriale dei servizi, un rapporto fortemente organico e strutturato tra Assessorato alla Sanità e quello alle Politiche Sociali tale da produrre risultati unitari.
- Il secondo è quella contestualità della realizzazione delle strutture territoriali in grado di accompagnare la graduale revisione della rete ospedaliera.
- Riguardo alla spesa va programmato contestualmente il finanziamento dell'operazione graduale di revisione della rete ospedaliera e di creazione della rete territoriale;
- Bisogna avere chiarezza, fin da subito, sulle caratteristiche della programmazione territoriale che la Regione avanzerà tenendo ben presente la nostra impostazione: il riordino ed il ruolo dei Distretti, il loro finanziamento (budget), la loro dislocazione territoriale, il loro rapporto con i servizi di prevenzione, con i servizi socio-sanitari, con i servizi sociali e con gli Enti Gestori; la razionalizzazione della rete degli Enti Gestori; i bacini di utenza delle AFT e delle UCCP, le loro caratteristiche, le loro tipologie, la loro dislocazione.
- Occorre porre attenzione al Piano Regionale di Prevenzione. Intanto dal punto di vista delle risorse destinate a questa funzione cruciale; quelle esistenti non sono ovviamente sufficienti e soprattutto non sono mai state vincolate. Poi dal punto di vista della ricomposizione, per quanto possibile, di una situazione organizzativa particolarmente frastagliata nella nostra regione.
- Seguire attentamente il negoziato per il rinnovo degli accordi integrativi regionali della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, impegnando l'Amministrazione Regionale a vincolare l'impegno dei professionisti su obiettivi concreti e misurabili in particolare sul coinvolgimento nelle forme associative, sulla medicina proattiva e sulla riduzione del numero degli accessi impropri ai DEA ed dei ricoveri inappropriati nei presidi ospedalieri; il trattamento accessorio dovrà dipendere dal raggiungimento di risultati, come detto, misurabili.
- Rivendicare la costruzione di veri e propri "progetti obiettivo", praticabili in tutti i nodi della rete, relativi alla salute delle donne svolgendo finalmente in Piemonte il tema della medicina di genere.
- Nell'ambito dei servizi socio-sanitari ha per noi un grande rilievo l'assistenza domiciliare, nelle sue diverse forme, perchè consente in particolare all'anziano di mantenersi nel proprio domicilio, evita, per quanto possibile, il ricovero nelle RSA, consente la sostenibilità della spesa (mantenendo la quota a carico del SSN come previsto dai LEA); c'è bisogno di un piano e di risorse (finanziarie e professionali) per cambiare di segno, almeno in parte, all'assistenza delle persone non autosufficienti.

Alcuni temi, anche derivanti dal riordino della rete ospedaliera, restano aperti.

- Le assunzioni: l'Assessore ha dichiarato che l'approvazione delle misure relative al riordino della rete ospedaliera da parte del Tavolo degli Adempimenti consentirebbe lo sblocco delle assunzioni di un certo numero di personale sanitario di cui dovremo valutare l'adeguatezza; di ciò dobbiamo avere certezza e garanzia anche in vista del

confronto che i Sindacati di Categoria del personale dovranno condurre sulla definizione dei carichi di lavoro e degli organici; non dimentichiamo che dal 2010 ad oggi l'economia di spesa per il personale nei piani di rientro è stata di circa 140 milioni con la perdita di oltre 3000 posti di lavoro.

- 118: restiamo dell'avviso che la separazione del 118 dai DEA sia un errore foriero di disservizi gravi a carico dei malati; si tratta di rivisitare questa decisione al fine di garantire che questa funzione sia effettivamente in grado di fronteggiare, in piena sicurezza per le persone, l'emergenza.
- Le Città della Salute: dobbiamo conoscere lo stato di avanzamento e del finanziamento dei progetti delle Città della Salute di Torino e di Novara;
- Ad aprile saranno nominati i nuovi Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali: vogliamo conoscere le linee guida che l'Amministrazione appronterà per definire gli Atti Aziendali per poterle verificare a livello regionale.
- E' fondamentale che gli Atti siano direttamente correlati a risorse finanziarie certe, note e trasparenti. Alle strutture dipartimentali territoriali del Sindacato spetterà di condurre, sulla base dell'impostazione politica che ci siamo dati, la negoziazione aziendale e territoriale.
- Va considerato che una quota delle risorse dovrebbe risultare, secondo il programma della Giunta Regionale, dal recupero della mobilità passiva. Il risultato non sarà indifferente se non si terrà conto in modo appropriato dal ruolo svolto dalle strutture polispecialistiche (ospedali e UCCP) prossime ai confini della regione, oltre che dalla qualità generale delle prestazioni di elezione e dall'ovvio abbattimento delle liste di attesa.
