



SANITA' e ASSISTENZA

Le proposte di CGIL, CISL e UIL della Lombardia

Il 26 luglio 2010 si e' tenuto un incontro, chiesto dalle confederazioni regionali sindacali CGIL CISL UIL insieme al sindacato unitario dei pensionati e della sanità, con l'Assessore alla sanità della Regione Lombardia

Le scelte che Regione Lombardia opererà a seguito della riduzione dei trasferimenti di risorse alle Regioni a partire dal 2011 contenuta tra gli interventi previsti dalla recente manovra economica del Governo, non devono compromettere la funzionalità del sistema sanitario regionale e la capacità di rispondere ai bisogni di prestazioni e cure richieste dalla popolazione della nostra Regione, tanto più in considerazione delle modifiche apportate dal maxi emendamento che ha già incassato l'approvazione al Senato, che indirizza la definizione dei criteri di riparto e allocazione delle riduzioni, da adottarsi in Conferenza Stato-Regioni, anche con espresso riferimento al contenimento della spesa sanitaria.

A questo proposito riteniamo che si debba invece proseguire il percorso di qualificazione dei servizi ed attività sanitarie e socio sanitarie, sia in termini di quantità che qualità dei servizi offerti, al fine di promuovere la tutela della salute e benessere sociale dei cittadini, confermando innanzitutto le risorse oggi garantite dal FSR.

L'accordo Stato-Regioni sulla riduzione dei posti letto ospedalieri prevede in Lombardia la chiusura entro il 2012 di ben 5400 posti letto; tale prospettiva interroga profondamente sul modello futuro a cui dovrà tendere la sanità lombarda, in primis riducendo la parte di risorse destinate alla cura in struttura ospedaliera per indirizzarle sulla fase di intercetto delle patologie e sulla loro prevenzione e, in parallelo, per la diffusa implementazione di servizi di cura e assistenza sanitaria in un più ampio contesto di domiciliarità.

Attualmente in Lombardia vi sono più di 900.000 ultra-settantacinquenni; la previsione, per i prossimi anni, è di un incremento annuo di circa 28.000 persone.

Non solo gli anziani sono in aumento, ma è anche notevolmente cambiata la loro condizione di vita. Sul piano sociale queste trasformazioni demografiche hanno prodotto una conseguente rivoluzione della domanda e la necessità di ripensare le politiche del welfare socio-sanitario; si è verificato un cambiamento nella richiesta di cure: dalle cure intensive necessarie nelle fasi acute delle patologie, alle cure continuative nelle diverse condizioni di fragilità.

Occorre una "rivoluzione" complessiva del sistema dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale a supporto della non autosufficienza, così come una maggiore attenzione a realizzare una presa in carico "globale" delle persone, di diverse età, in condizione di

disabilità. Certamente, all'interno di una revisione strutturale dell'intero sistema di welfare, questo è uno tra i settori più delicati e strategici.

Nel momento storico che stiamo attraversando è indispensabile qualificare ulteriormente l'area sociosanitaria che si occupa di "long term care", prevedere interventi per dare maggior appropriatezza all'offerta, puntare sull'integrazione delle risorse, sia economiche che professionali, a livello territoriale e su un nuovo coinvolgimento dell'associazionismo, del volontariato e del terzo settore, che faccia perno su un ruolo di integrazione tra servizi con un forte ruolo del pubblico nel coordinamento e controllo dei servizi offerti, non rinunciare definitivamente anche alla gestione diretta.

Occorre individuare modalità diverse di risposta alla cronicità, tenendo sempre al centro la persona, la famiglia e la qualità delle cure erogate, riaffermare la centralità del territorio nella cura e nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative, riconoscendone tutta l'importanza anche attraverso la messa a disposizione di risorse sanitarie adeguate.

Di fatto è da rivedere in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza quanto sino ad ora realizzato in funzione di una domanda emergente e in continua evoluzione ed espansione, ripensando l'assistenza sanitaria nell'ottica dei percorsi di cura in grado di garantire quelle cure continue che stanno alla base di ogni bisogno della persona fragile.

In tal senso, il sistema sanitario non può che essere partner indispensabile del sistema sociale e socio-sanitario per la costruzione di questi percorsi.

Qualsiasi scelta non potrà generare un ulteriore peso economico per le famiglie, che, alla luce dei dati attuali sulla crescita della compartecipazione in capo alle famiglie lombarde nei costi dei servizi, risulta essere più elevata che in altri contesti regionali. A nostro avviso va invertita la tendenza.

A tale proposito è necessaria una verifica sull'evoluzione numerica e territoriale dei posti letto di medicina generale e di geriatria negli ospedali lombardi, al fine di una compiuta analisi sulla necessità/opportunità di aumentarne il numero e la diffusione territoriale, invertendo la tendenza messa in atto negli scorsi anni, dove di ogni due posti-letto di geriatria è avvenuta la conversione in un posto-letto di specialistica.

E' sempre più urgente la necessità di sviluppare una fase intermedia delle cure tra ospedale e territorio dedicata alla valutazione delle situazioni più complesse e ad orientare la persona e la famiglia nei successivi percorsi assistenziali, attraverso la conversione di posti letto per la realizzazione di strutture intermedie finalizzate:

- alla riabilitazione, settore oggi non di rado utilizzato impropriamente e mal distribuito tra diversi territori con alcuni significativi sotto dimensionamenti
- degli attuali 7500 p.l. ospedalieri di riabilitazione 6500 sono di specialistica, dove la durata del ricovero si attesta sui 20/23 gg., mentre è circa il doppio nei 1000 posti di riabilitazione geriatrica
- occorre intraprendere il percorso per invertire il rapporto tra riabilitazione specialistica e geriatria, mirando a compensare una riduzione di posti-letto nella specialistica con un significativo innalzamento di quelli in geriatria;

- alla stabilizzazione del quadro clinico con la prosecuzione delle cure mediche/infermieristiche nella fase di convalescenza e all'orientamento assistenziale che preveda, a seguire, il rientro a domicilio o in strutture adeguate, anche mediante una diffusa riconversione dei piccoli ospedali inseriti nei diversi contesti territoriali
- Al "buon morire" per le persone la cui prognosi prevede un breve tratto di vita successiva alla dimissione ospedaliera, potenziando gli hospice e prevedendo posti letto in RSA senza carico economico sulla persona e i suoi familiari.

L'obiettivo del 2011 per realizzare una diffusa e efficace implementazione delle cure intermedie su tutto il territorio regionale non è procrastinabile

A tal fine, essendo in atto da tempo la sperimentazione di alcuni posti di cure intermedie, è indispensabile una approfondita analisi degli esiti ad oggi prodotti, che tenda, tra l'altro, ad accertare:

- Numero di posti letto sperimentati
- Luogo di sperimentazione: territorio, RSA, aziende ospedaliere
- Organizzazione, con particolare riferimento a:
 - Numero di posti in ogni territorio
 - Personale addetto
 - Tipologie professionali
 - Responsabile della gestione
- Figure/strutture invianti presso il servizio di cure intermedie (primario, MMG, RSA)
- Durata media della degenza in p.l. cure intermedie
- Prevalenti tipologie dei pazienti (in rapporto alle problematiche presentate)
- Età media dei ricoverati in p.l. cure intermedie
- Destinazione post-dimissione da p.l. di cure intermedie: domicilio, RSA, Ospice, Azienda ospedaliera, Centro riabilitativo
- Percentuale di decessi (in posti letto di cure intermedie, entro un periodo pre-determinato da dimissioni in cure intermedie)
- Diffusione dell'informazione sull'esistenza e il servizio di p.l. cure intermedie (da MMG, da RSA, da ospedali riabilitativi)
- Analisi della sinergia in essere tra M.M.G, Ospedali, R.S.A.. e responsabili p.l. cure intermedie (protocolli operativi, ecc.)
- Spesa sostenuta per le cure intermedie

Se una persona fragile, ricoverata in una struttura ospedaliera, terminata la fase di acuzie, o il periodo di permanenza in cure intermedie o riabilitative, necessita ancora di cura ed assistenza continuativa, deve SEMPRE essere possibile richiedere le dimissioni protette, ossia una serie di interventi di prossimità in rete che consentono di preparare e sostenere il tessuto familiare prima che il paziente rientri al proprio domicilio.

Oltre al medico ospedaliero, che ha in cura la persona, il personale infermieristico responsabile deve essere tenuto -e perciò adeguatamente formato- per dare informazioni

corrette e complete e spiegare compiutamente la procedura. In ogni struttura deve funzionare efficacemente un servizio sociale ospedaliero, anche in collegamento con la rete territoriale.

I protocolli devono rendere obbligatorio, dando informazioni tempestive alla famiglia, la probabile data di dimissione per organizzare anticipatamente e con tempestività la ricerca di servizi territoriali che siano in grado di dare sostegno ed assistenza appropriati e continuativi a domicilio quando la persona ricoverata verrà dimessa.

In caso contrario i protocolli e la prassi devono garantire il diritto della persona e della sua famiglia ad essere dimessa dall'ospedale solo quando si sia potuto organizzare efficacemente l'insieme di azioni che caratterizzano le c.d. dimissioni protette.

Va resa pertanto effettiva per tutte le strutture sanitarie l'obbligatorietà dei protocolli di dimissione protetta al fine di garantire la continuità delle cure, soprattutto in fase di dimissione ospedaliera, sia dai reparti che dal Pronto Soccorso, così come, per garantire la continuità delle cure nel sistema socio-sanitario e sociale, occorre rendere obbligatori i protocolli di trasferimento tra le diverse unità d'offerta.

A tal fine è evidente la necessità di "mettere in rete" i diversi soggetti del sistema sanitario, socio-sanitario e sociale per sviluppare un sistema informativo che favorisca un "linguaggio omogeneo" tra i diversi soggetti della rete e una raccolta uniforme dei dati; sistema alla cui realizzazione il sindacato confederale è ben disponibile a dare il proprio contributo.

Per garantire la continuità delle cure e della presa in carico occorre che i CeAD, istituiti per coordinare l'impiego di tutte le risorse e tutti gli interventi sociosanitari e sociali in ambito domiciliare, diventino pienamente operativi in tutti i distretti delle Asl. E' un importante servizio che consente alle persone di evitare il disagio del peregrinare da un ente all'altro offrendo loro direttamente tutte le risposte necessarie e organizzate. Un luogo dunque dove trovare operatori e professionisti che sappiano accompagnare e sostenere nelle diverse e numerose problematiche le persone e le famiglie nel prendersi cura dell'altro.

E' perciò indispensabile che anche l'Assessorato alla Sanità, attraverso le ASL, investa su maggiori, nuove e appropriate professionalità e sulla qualità del servizio dei CeAD, per realizzare una vera, costante e completa presa in carico della persona e della famiglia.

E' necessario operare con sollecitudine per mettere il CEAD davvero al centro della rete di servizi presenti e operanti nel distretto (M.M.G., Ospedale, servizi in capo all'ASL, servizi in capo ai Comuni, RSA, CDI, CDD, P.L.di sollievo), investire su una efficiente e moderna rete informatica dialogante e strutturata tra i vari attori di cui sopra, che coinvolga pienamente tutte le strutture e figure sanitarie, realizzare momenti di formazione e aggiornamento a favore dei soggetti che costituiscono la rete per educare e migliorare la relazione e il flusso di informazioni, migliorare notevolmente diffusione, ricezione, accessibilità, comprensibilità, concretezza e semplicità dell'informazione alle famiglie, partendo dalla esemplificazione della più ricorrente casistica "vissuta" realmente nel quotidiano.

L'evoluzione dei CeAD deve essere accompagnata da un costante monitoraggio congiunto dei due assessorati interessati, tendente ad accertare la progressiva e costante implementazione della presenza e del buon funzionamento di CeAD in ogni distretto.

In particolare per ogni struttura di CeAD è necessario che siano definiti:

- Orari di attività
- Orari di accesso del pubblico
- Figura/e del Responsabile/i e relativi Enti di provenienza
- Accessibilità al/i Responsabile/i da parte del pubblico (orari di presenza)
- Personale amministrativo operante presso il CeAD, loro tipologia (coadiutore, assistente, centralinista, impiegato, ecc.), tempi giornalieri/settimanali di presenza ed Ente di appartenenza
- Figure professionali sanitarie e sociali operanti nel CeAD, loro tipologia (assistente sociale, ausiliaria, infermiere, o.s.s., medico, psicologo, ecc), tempi giornalieri/settimanali di presenza e relativo Ente di appartenenza
- La figura professionale che prende in carico ogni persona seguita dal CeAD
- La predisposizione, per ogni persona presa in carico, di una cartella personale con indicazione dei diversi fattori di bisogno, dei suggerimenti forniti, dei servizi ed interventi attivati, delle figure professionali coinvolte, dei report sul grado di soddisfacimento dei bisogni e della loro evoluzione ("diario della presa in carico")
- Predisporre modalità per informare la popolazione di riferimento sull'esistenza del servizio CeAD, nonché le modalità utilizzate (per via cartacea, attraverso manifesti, volantini, opuscoli, ecc), la distribuzione alle famiglie, ambulatori, ospedali, Rsa, consultori, ecc., su stampa locale (quotidiani, periodici dei Comuni, delle parrocchie, delle associazioni, ecc.), per via radiofonica o televisiva e con quale frequenza.

L'RSA si configura sempre più come un contenitore che fatica ad offrire servizi appropriati (il 25% degli ospiti presenta bassi livelli di complessità assistenziale mentre più del 30% degli anziani ricoverati presenta livelli di complessità sanitaria molto elevata, così come si evidenzia sempre più la minor durata di ricovero delle persone).

Da tempo le RSA denunciano una difficoltà di sistema che deriva dal mancato pieno riconoscimento della quota a carico del SSN; è necessario pensare a un diverso modello di valutazione della spesa sanitaria nelle RSA per una sua diversa remunerazione, così come il tema del dumping contrattuale presente nel settore, determina condizioni di disparità significative con ricadute anche sulla qualità dei servizi.

La Regione è intervenuta a sostegno di alcune patologie, quali COMI e SLA, riconoscendo la natura prettamente sanitaria della patologia; è necessario riconoscere questo status ad altre patologie altrettanto gravi anche attraverso la diversificazione della risposta ai bisogni complessi (malattie neurologiche degenerative, stati vegetativi...) con la riconversione di posti letto dedicati e possibile revisione degli standard di assistenza;

Occorre un ulteriore sforzo di riduzione delle LISTE DI ATTESA: tra gli interventi urgenti vi è quello di pensare ed organizzare una capillare ed efficace azione informativa alla cittadinanza al fine di rendere gli utenti pienamente consapevoli degli attuali tempi di attesa massimi previsti da legge e delibere, al fine di garantire la effettiva e consapevole scelta delle diverse opzioni possibili tra pubblico e privato.

Un'efficace azione di qualificazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari è correlata ad una politica ampia e complessiva di qualificazione progressiva di tutto il personale coinvolto.

Negli ultimi anni in Lombardia, nonostante le domande per accedere al corso di laurea infermieristica siano in crescita, le Università programmano meno posti di quelli richiesti dalla Regione, problematica che rischia di mandare in grave sofferenza il sistema e che è presente anche per altre qualifiche, come i tecnici di radiologia e i medici anestesisti.

La grave e cronica carenza di infermieri nelle strutture sanitarie e socio sanitarie lombarde evidenzia la necessità di una nuova e più incisiva attenzione alla pianificazione dei percorsi universitari, la cui programmazione va correlata all'analisi e richiesta del fabbisogno delle professioni sanitarie espresse dal sistema.

Per questo crediamo sia necessario un ruolo più incisivo della Regione nei confronti del sistema universitario.

Uguale attenzione, nell'ambito della revisione dei modelli assistenziali, va dedicata alla valutazione del fabbisogno delle qualifiche di supporto all'assistenza (OSS), da collegare ai percorsi formativi e di riqualificazione, in relazione alle specifiche competenze

Se gli indici di virtuosità del sistema sanitario regionale con riferimento al personale, presentano una performance superiore alla media nazionale, poiché nel tempo si è sempre più considerata la risorsa umana non solamente un costo da contenere ma una leva strategica da utilizzare e di cui avvalersi, allora a maggior ragione, occorre proseguire e rafforzare il percorso di valorizzazione del personale e delle professionalità che operano nel sistema, contribuendo al perseguimento di obiettivi di efficienza e qualità del SSR, anche attraverso il riconoscimento e l'incremento delle risorse regionali dedicate e collegate alla realizzazione di progetti riferiti a macro indicatori di sistema.

Sono inoltre da favorire i percorsi di riorganizzazione del sistema delle cure e del "prendersi cura" delineati dai punti contenuti nel presente documento, integrando la valorizzazione del personale pubblico sanitario e socio-sanitario con quella del personale operante nelle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate gestite dal privato.

Regione Lombardia dovrà verificare e favorire la piena applicazione dei CCNL, ponendola quale condizione di accreditamento, tra le altre, per i soggetti privati e del privato sociale.

Ciò anche in considerazione del fatto che, in un sistema sanitario in cui operano aziende accreditate sia pubbliche che private, sulla base del possesso di requisiti definiti da norme regionali e nazionali, percependo identiche tariffe per le diverse tipologie di prestazioni rese ai cittadini, si deve evitare una competizione fondata sul risparmio del costo del lavoro e il dumping contrattuale; piuttosto favorire la competizione svolta sulla capacità di valorizzare competenze e definire modelli organizzativi capaci di rispondere efficacemente e con qualità alle esigenze e ai bisogni di salute dei cittadini.

In tale prospettiva è necessario che Regione Lombardia favorisca, l'avvio di un percorso tendente a recuperare il cronico ritardo con cui si rinnovano i Ccnl della sanità privata,

riallineando in tal modo le retribuzioni di tutti lavoratori che contribuiscono al funzionamento del SSR.

La miglior espressione delle competenze e della professionalità del personale di un settore ad alta specializzazione qual è quello sanitario e socio-sanitario si realizza a partire dalla stabilità e continuità del rapporto di lavoro, fattori questi di rafforzamento e miglioramento della qualità dei servizi.

E' pertanto necessario completare il processo di stabilizzazione del personale precario del comparto e della dirigenza degli enti del servizio sanitario regionale, anche per dare una risposta di garanzia occupazionale in una fase caratterizzata da grandi difficoltà di tenuta del mercato del lavoro nella nostra regione, nell'ottica di una concreta valorizzazione di tutte le risorse umane operanti nel sistema.

Infine, in un'ottica di verifica dell'ottimizzazione delle risorse, in termini di qualità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati, si pone oggi la necessità di fare il punto sulle sperimentazioni gestionali in atto per valutarne gli esiti.

Milano, 26 luglio 2010