



DALLA PERSONA ALLA PERSONA PER UNA REALE INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA IN PUGLIA

BARI 02/07/2013
ATTI DEL SEMINARIO





Corso Italia, 43/B
70123 Bari
Tel. 0805231040
Fax 0805231155
puglia@uilpensionati.it
ada@associazionedifesaanziani.it

www.uilpensionatipuglia.it
www.associazionedifesaanziani.it
www.puglianziანი.it

© UIL Pensionati di Bari e di Puglia | A.D.A. • Bari - 2013

Prefazione

L'uomo, la persona, l'essere, il cittadino, la gente, ecc.: l'abbiamo definito in mille modi, ma con un unico comun denominatore: la dignità. Nei congressi, nei convegni, nei seminari, nei comizi, nelle riunioni, nei dibattiti, la persona è stata sempre il cardine di una attività sindacale che ha voluto uscire dal quotidiano, dall'esistente, per proporre una rivoluzione culturale che le assicurasse piena dignità nel godimento dei diritti.

Peraltro, facendo due più due, ne riviene che un modo nuovo di fare politica, apparentemente rivoluzionario, non solo assicura diritti e maggiori servizi, ma comporta anche, risparmi per la collettività. Per questo l'impegno è stato pieno, totale, coinvolgente: sociale, sanità, ambiente, scuola, urbanistica, ricerca, pace, ecc. vanno visti tenendo al centro la persona.

A volte ci siamo sentiti dire che eravamo "asfissianti". Non siamo stati capiti. A volte! Ma altre volte, la maggior parte delle volte, siamo stati capiti anche più che bene perché intaccavamo interessi codificati, o incrostazioni burocratiche: si sa, il cambiamento è il peggior nemico dell'abitudine.

Interessi o abitudini non possono fermare l'azione

del sindacato, delle sue scelte, dell'impegno verso la gente, specie quella che vive particolari stati di disagio, che non ha voce, che non si può difendere. Anche se questo comporta una rivoluzione democratica del modo di pensare. Anzi, meglio!
Da qui nasce il seminario del 2 luglio che è da considerarsi importante tappa di quel processo culturale di cui la UILP e la UIL di Puglia si sono fatti interpreti da anni.



Introduzione

Dott. Piero D'Argento

(Gruppo Assistenza Tecnica Assessorato al Welfare Regione Puglia)

Il sistema dei servizi sociali e sanitari del nostro Paese è impegnato da tempo in una complessa azione di riorganizzazione della propria offerta di servizi, dettata in larga parte dall'esigenza di far fronte alla crescente domanda di salute e benessere della popolazione. Del resto, nella programmazione dei servizi sociosanitari le condizioni di efficacia ed efficienza del sistema sono strettamente connesse alla capacità di seguire con attenzione l'evolversi dei bisogni della popolazione. In questo senso i cambiamenti più profondi che il sistema sociosanitario deve affrontare sono riconducibili ai noti processi d'invecchiamento della popolazione, la cosiddetta transizione sociodemografica, e al cambiamento della domanda di salute, sempre più caratterizzata dalla prevalenza di patologie cronicodegenerative, la transizione epidemiologica. La domanda di salute, naturalmente, si addensa



soprattutto sulle fasce sociali più vulnerabili, quelle maggiormente interessate dai cambiamenti in corso, sulle quali si concentra in modo determinante l'attenzione nei percorsi di cura sociosanitari: la non autosufficienza, la disabilità grave e gravissima, la cronicità e più in generale l'area di patologie che richiede una “lungo-assistenza”.

Il processo di pianificazione sanitaria punta così a soddisfare i bisogni di salute della popolazione, con particolare riferimento alle persone in condizione di maggiore svantaggio, cercando di coniugare il contenimento della spesa e le esigenze d'innovazione del sistema.

In questo quadro la programmazione della Regione Puglia tende a perseguire alcuni obiettivi fondamentali, sintetizzati nella premessa al Piano regionale di salute:

- a) il miglioramento dello stato di salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla protezione e alla cura dei soggetti deboli;
- b) la soddisfazione dei cittadini e loro partecipazione attiva al miglioramento della qualità dei servizi;
- c) l'efficienza e sostenibilità tecnica, economica ed etica del sistema.

Pur nella loro genericità questi obiettivi generali definiscono già una cornice di attività e un quadro di iniziative che prefigurano un ruolo importante per le organizzazioni sindacali.

La programmazione sanitaria evidenzia un dato ormai acquisito: per agire efficacemente sulla salute delle persone non è sufficiente la semplice assistenza sanitaria, perché la salute dipende da molteplici fattori che, a loro volta, sono influenzati dalle azioni di molti e diversi attori. Ogni intervento, quindi, deve essere gestito attraverso azioni coordinate e molteplici, capaci di attivare tutti coloro che possono incidere sullo stato di salute di una comunità. La vera novità della programmazione sanitaria più recente è rappresentata proprio dal fatto che tutte le istituzioni che potenzialmente hanno un ruolo nella promozione della salute sono chiamate ad impegnarsi su un percorso comune e che, per questo, dovranno trovare strumenti, modalità e linguaggi condivisi. Si tratta per esempio di Enti Locali (Comuni e Provincia), organismi istituzionali (Istituti e Distretti scolastici, Provveditorato agli studi, Prefettura, Questura, Comando dei Vigili del Fuoco, I.N.A.I.L., I.N.P.S., ecc.) Aziende Sanitarie pubbliche e private, organizzazioni di volontariato, sindacali e del mondo produttivo, organismi di

rappresentanza (Comitati Consultivi Misti), Agenzia Regionale Prevenzione e Ambiente e singoli cittadini.

Il miglioramento dello stato di salute e benessere della popolazione è definito, infatti, dallo sviluppo dei cosiddetti determinanti della salute, tutti quei fattori che influenzano la condizione di salute di un individuo e di una comunità. I determinanti della salute possono essere raggruppati in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici.

Lo spazio di azione per le organizzazioni territoriali in questo contesto è ampio, in ragione del loro diffuso radicamento territoriale e della loro costante azione politica, che li rende soggetti sensibili alle iniziative di tutela delle fasce più deboli. Campagne di comunicazione, iniziative di prevenzione e, più in generale, attività di coinvolgimento attivo dei cittadini nell'organizzazione stessa delle attività del sistema sociosanitario.

Da tempo ormai si va diffondendo la necessità di includere le pratiche di partecipazione nei processi di programmazione e valutazione delle politiche di

salute dei territori, considerando i molteplici benefici che tale pratica può generare. Una programmazione partecipata consente di migliorare l'impatto delle politiche sul territorio favorendo il confronto, la comunicazione e la collaborazione tra soggetti istituzionali e cittadini, rendendo trasparenti i processi e promuovendo la crescita di consapevolezza e competenza diffusa tra gli attori sociali del sistema. Le politiche di sviluppo della partecipazione perseguite sinora hanno privilegiato soprattutto le pratiche di consultazione, attraverso l'utilizzo di tecniche che hanno spesso avuto la finalità di migliorare le caratteristiche di produzione dei servizi rendendoli contemporaneamente più efficienti e aumentandone la qualità. I risultati di questi cambiamenti sono stati sicuramente molto importanti, perché hanno sollecitato le amministrazioni a migliorare le proprie performance e a valutare i propri processi produttivi, compresi i costi. L'obiettivo di compiere scelte collettive costituisce, dunque, il vero tratto distintivo delle amministrazioni pubbliche che intendano promuovere forme concrete di partecipazione, è presumibile dunque pensare che, progressivamente questa tendenza diverrà sempre più importante. Ma si tratta di un obiettivo

complesso, che presuppone grande maturità politica da parte dei diversi soggetti in campo: costruire in modo condiviso le politiche pubbliche significa mettere al centro dell'attenzione i processi decisionali, anziché i processi produttivi, attraverso cui le scelte pubbliche sono formulate ed attuate. Su questo terreno i diversi attori sociali vanno spesso incontro a delusioni e fallimenti, perché scarsa attenzione è attribuita ai processi attraverso cui formulano e mettono in atto le politiche. Spesso ci si imbatte in ostacoli non previsti, in conflitti inattesi, in incomprensioni ed equivoci. Talvolta i processi decisionali sono troppo complicati; talvolta sono troppo semplici (ignorano attori o problemi rilevanti); spesso sono gestiti in modo casuale, ossia senza un metodo.

Anche in questa direzione il ruolo e la funzione del sindacato risultano rilevanti, sia sul versante della formazione interna, dei propri quadri, dei propri dirigenti, chiamati a svolgere con grande consapevolezza e competenza il proprio ruolo, sia sul versante del rapporto con gli enti e le istituzioni. Una riflessione sullo stato di salute delle politiche sanitarie, infine, non può oggi esimersi dal fare i conti con la crisi economica e i tagli al finanziamento del sistema sanitario nazionale, elementi che spingono ad interrogarsi sulla

sostenibilità stessa del sistema sanitario. Il citato progressivo invecchiamento della popolazione e lo sviluppo di tecnologie innovative strumentali e terapeutiche inevitabilmente comporteranno un aumento della spesa sanitaria nei prossimi anni. E' persino ipotizzabile che, qualora la crisi economica dovesse peggiorare, questo aumento della domanda di salute possa trovare difficoltà nella copertura finanziaria, con possibili effetti sull'offerta dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con l'introduzione di nuove misure di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, con la revisione in senso selettivo dei principi universalistici del sistema sanitario pubblico.

In ragione della crisi finanziaria, il Governo con la manovra di stabilità del luglio 2010 ha determinato a priori i valori d'incremento annuale dei livelli di finanziamento per i prossimi anni (+0,5% nel 2013 e +1,4% nel 2014), che risultano di molto inferiori a quelli previsti dal Patto della Salute per il 2012 (+2,8%) e già ritenuti non più sufficienti dalle Regioni. In ogni caso è assolutamente necessario che le Regioni operino in modo da incrementare i livelli di efficienza dei servizi sanitari regionali, ricercando i più idonei strumenti di organizzazione dei servizi e di governo della spesa, in risposta ai

bisogni sociali e sanitari della popolazione residente. Inoltre lo scarto tra il fabbisogno efficiente o standard e i livelli della spesa sanitaria regionale effettiva, cioè quella quota di spesa alla quale non corrisponde una adeguata efficienza o appropriatezza delle cure, è distribuito in modo molto disomogeneo tra le Regioni, con un gradiente crescente nord-sud, come ormai appare evidente nel dibattito sul cosiddetto 'indice di deprivazione'.

Tali argomenti sostanziano il tema della sostenibilità tecnica, economica ed etica del sistema sanitario regionale. Il sindacato non ha mai fatto mancare il proprio contributo a questa discussione, con proposte articolate, competenti ed efficaci che, in alcuni casi, come per la legge regionale istitutiva del fondo per la non autosufficienza (legge regionale 2/2010), hanno prodotto risultati importanti. La norma, non ancora del tutto attuata, consente di consolidare le politiche regionali per le non autosufficienze, di rafforzare la rete delle prestazioni sociali domiciliari, sanitarie e integrate, migliorare l'appropriatezza nel ricorso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali, nonché alle prestazioni ospedaliere. La legge permette anche di mettere a sistema sul piano organizzativo,

finanziario e gestionale, tutti gli interventi assicurati alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie negli ultimi anni. Tra questi, la creazione di punti per l'accesso unico integrato al sistema, con responsabilità condivise tra Comuni e Asl, la modalità di presa in carico delle persone non autosufficienti per la definizione di progetti di assistenza individualizzati, l'individuazione dei servizi e delle prestazioni che concorrono alla costruzione di percorsi assistenziali, l'introduzione di luoghi e strumenti per il monitoraggio e la valutazione delle politiche per le non autosufficienze. Si tratta di una prospettiva di lavoro interessante che può consentire la razionalizzazione della spesa per il conseguimento di risparmi e il successivo reinvestimento degli stessi nelle prestazioni di assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriali. La legge, che non ha ancora una dotazione finanziaria propria, prevede una confluenza di fondi: dalle risorse del fondo nazionale per la non autosufficienza, alle risorse del fondo regionale per gli assegni di cura, da una parte delle risorse del fondo sanitario regionale destinate ai servizi sociosanitari per le persone non autosufficienti, dalle risorse del fondo nazionale e del fondo globale socio assistenziale regionale destinate alla

non autosufficienza, oltre che da eventuali altre risorse. In questa direzione si potrebbe proseguire destinando risorse specifiche a questo fondo.

Alla luce di tale quadro, pertanto, diviene sempre più necessario per il sindacato, soggetto istituzionalmente impegnato nella difesa delle fasce sociali più deboli, implementare e sviluppare la propria funzione di attore consapevole e competente, elaborando e avanzando proposte che abbiano al tempo stesso spessore tecnico e valore politico. E' questo il caso del lavoro che presentiamo qui, che nasce dal lungo percorso di discussione ed elaborazione realizzato dalla UILP Puglia in questi anni, avvalendosi di preziosi e qualificati contributi di esperti, operatori del settore, che hanno accettato l'invito di Rocco Matarozzo ad accompagnare questo percorso di lavoro. Come avrete modo di leggere si tratta di contributi importanti che presentiamo raccolti in questo rapporto perché possano ulteriormente animare una stagione nuova di confronto e discussione sui temi dell'integrazione sociosanitaria nella nostra regione.

Buona lettura.

Relazione introduttiva

Rocco Matarozzo

(Segretario Generale UIL Pensionati di Bari e di Puglia – Presidente A.D.A. – BA)

“L'uomo, questo sconosciuto!”, la frase non è mia bensì, come tutti sapete, del medico e filosofo francese Alexis Carrel che, già nel 1935, si faceva la domanda del perché l'uomo non volesse bene a se stesso.

Senza voler approfondire la teoria filosofica di Carrel, se essa sia più ispirata a Socrate e Platone, o alla concezione che dell'uomo ha la dottrina cristiana e, quindi, alle sue contraddizioni circa gli



“irrecuperabili”, a noi interessa sottolineare gli aspetti che richiamano “l'unicità” dell'uomo, del suo “essere”, del suo “essere in quanto persona”.

E a noi non interessa qui sottolineare se la nostra concezione della persona è più frutto della teoria marxiana o della influenza culturale del cristianesimo.

A noi interessa dire che la “persona” deve essere al centro delle scelte che l'uomo fa per se stesso e che essa va considerata nella sua “integrità”, nella sua “interezza”.

Vogliamo dire che non c'è una persona rispetto all'ambiente ed alla sua salubrità, un'altra rispetto alla salute, un'altra ancora rispetto al bisogno sociale, un'altra ancora rispetto alla casa, un'altra ancora rispetto alla cultura, un'altra rispetto alla libertà di muoversi e di avere libere relazioni sociali e così discorrendo.

Ecco perché da sempre noi invochiamo una unicità di indirizzo nelle scelte che la politica fa nei confronti dell'uomo.

Purtroppo, come già avvenuto nella storia, ed ancora più in questi ultimi venti anni, l'uomo viene spezzettato, sezionato, vivisezionato non già per il suo interesse, bensì per quelli che sono gli interessi dell'economia e delle classi finanziariamente e politicamente dominanti, né si può portare a scusante, o peggio ancora, a giustificazione, il consenso drogato di più o molta parte della popolazione perché conosciamo la caducità delle persone, rispetto al messaggio pubblicitario che se ne può fare attraverso l'uso scorretto dei media.

Da qui la nostra vocazione ed invocazione a trattare in maniera unificata, almeno quella parte relativa agli aspetti essenziali della vita dell'uomo, cioè il bisogno di salute e il bisogno di solidarietà sociale.

Abbiamo già detto, ed in più occasioni, che le risposte finora date attraverso i piani di zona non

sono state né tempestive né soddisfacenti.

Eppure va detto che la rivoluzionaria legge 328/00 è il frutto di una proposta di legge di iniziativa popolare voluta dai pensionati di Cgil-Cisl-Uil con la raccolta di oltre 2 milioni di firme. Rivoluzionaria sì, ma poco efficace nella sua applicazione perché le resistenze e le tentazioni del clientelismo non sono mai venute meno.

Resistenze e clientelismo che hanno ottenuto alibi e forza dalla farraginosità, dalla burocratizzazione eccessiva in cui sono stati costretti ad operare gli ambiti. Mettere insieme due entità, entrambe sovrane ed autonome, quali i comuni da una parte e le Asl dall'altra, è stata una impresa assolutamente abnorme. A nostro avviso occorre procedere alla armonizzazione dei due momenti: quello sociale e quello sanitario, partendo appunto non dalla centralità del comune, né delle Asl, né tantomeno, dell'ospedale, ma della persona. È la persona portatore di diritti, a cui debbono essere garantiti i servizi, ora sociali ora sanitari e viceversa, senza soluzione di continuità. Ciò significa che occorre superare l'attuale dualismo ed andare ad una unica fonte di erogazione: il distretto socio-sanitario, attraverso la riscrittura di norme regionali che integrino le disposizioni della 229 con quelle della 328 per arrivare alla scrittura non di due piani regionali, quello sociale e quello sanitario, bensì di

uno: il piano socio-sanitario.

Abbiamo pensato, quindi, che fosse venuto il momento di procedere alla unificazione dei due Assessorati. L'abbiamo chiesta da alcuni anni incontrando spesso critiche ingiustificate, quanto inattese.

Sappiamo bene che in Puglia c'è stata già un'esperienza di unificazione dei due momenti che notoriamente vengono artificiosamente divisi in stato sociale e salute.

Sappiamo perfettamente che quell'esperienza è stata negativa e non ha sortito gli effetti sperati.

Non poteva essere diversamente perché avevamo un solo cranio, l'assessore, ma le decisioni venivano assunte da due cervelli diversi e separati: le burocrazie. Da quando abbiamo invocato l'unificazione dei due assessorati abbiamo sempre chiarito che volevamo un unico cranio e un unico cervello pensante.

Abbiamo, però, detto che questo doveva essere il punto di partenza e non il punto di arrivo. Il punto di partenza poteva esserci solo se c'era un unico cervello nello stesso cranio che coniugasse in sé la concezione della persona alla concezione della risposta, senza farsi coinvolgere, irretire da lacci e laccioli normativi, economici e iter burocratici.

Abbiamo sperato, senza mai dirlo apertamente, che questo impegno venisse assegnato alla dott.ssa Elena Gentile con la quale, fin dal nostro primo incontro, ci siamo subito intesi trovando

unicità di intenti nella concezione che ella ha dell'uomo, della persona.

Ci rendiamo conto che il compito affidatole è dei più gravosi perché alla difficoltà di una modifica, di una rivoluzione culturale che deve entrare nella testa dei cittadini, si aggiunge ancor più gravemente la resistenza culturale della burocrazia.

Qua si annida il pericolo che si possa verificare la sanitarizzazione del sociale ed, invece, noi dobbiamo andare avanti per realizzare un momento unico di risposta alle persone nella loro integrità sociale e sanitaria.

Ciò comporterà rivoluzionare i sistemi e le centrali decisionali incrostate dalle abitudini, dalle prassi, ma anche da interessi.

Partendo dalla persona noi dobbiamo dare risposte globali il più possibile dove la persona vive: la sua casa, i suoi affetti, il suo nucleo familiare (tra parentesi uso il termine nucleo familiare e non famiglia certamente non per caso).

Significa rivoluzionare il sistema ospedaliero sulla base di chiusure non per fare economia ma sulla base della visione globale del sistema di risposte.

Sappiamo che fino ad oggi la cultura ospedalocentrica, nata facendo leva su campanilismi delle persone e non delle reali risposte che ad essi potevano venire, è servita ad alimentare un costoso e spesso corrotto sistema di baronie e primariati.

Ciò significa che sul territorio vanno costituiti gli ambulatori socio-sanitari e gli ospedali, solo quelli di eccellenza, vanno utilizzati per le grosse problematiche e per l'acuzie. La cronicità, unitamente al servizio di natura sociale, va affrontata al domicilio o nel poliambulatorio.

Questo comporta una diversa, giammai rigida, organizzazione del personale che non può essere difeso ad ogni costo anche quando si rifiuta di aggiornarsi e di spostarsi dal vecchio ospedale ormai chiuso, ad altro nosocomio, o sul territorio. In questo le Confederazioni, e non solo la Uil, debbono svolgere un notevole lavoro, dimenticando la logica dei numeri, anche perché, se da una parte si perdono iscritti, dall'altra, quella dei cittadini, si recupera, e non solo in quanto iscritti, ma soprattutto nel consenso di cui mi pare, al momento, il sindacato ne abbia grande bisogno.

Noi riteniamo che una diversa organizzazione, una diversa concezione del servizio, un modo diverso nel dare le risposte ai bisogni, comportano non già dispersione, bensì risparmio ed economie.

È necessario però trasferire più risorse verso il territorio e verso la prevenzione non dimenticando, ad esempio, che una migliore qualità della vita ed un ambiente più salubre favoriscono una vita sana e con minori necessità di ricorrere a cure successive.

Le economie si possono realizzare con risposte e interventi integrati a domicilio sapendo che una giornata di degenza in ospedale costa dai 500 ai mille euro. Cioè circa il 50 per cento di uno stipendio al lordo di un operatore sanitario che a domicilio può prendersi cura di ben più di una persona.

Occorre creare centri unici di spesa per tutta la pubblica amministrazione sanitaria e non, per evitare che uno stesso bene abbia costi diversificati, a volte anche superiori di tre o quattro volte.

Lo stato, dal governo centrale alla più piccola circoscrizione comunale, deve imparare a rispondere con servizi ai cittadini, nella comunità e a domicilio.

La parcellizzazione dell'intervento economico, infatti, non risponde al bisogno ed è un terribile spreco di risorse. Con le risorse che si liberano, il socio-sanitario potrà sviluppare possibilità di occupazione per persone qualificate evitando quel mercimonio qual è oggi il ricorso alle badanti.

Il seminario di oggi vuole essere un momento di incoraggiamento, di idee e di proposte affinché la Regione Puglia possa dare risposte avanzate facendo tesoro delle nostre esperienze e di quelle di altre regioni, evitando gli errori da queste commessi.

Perciò ringraziamo quanti hanno voluto partecipare a partire da Piero D'Argento che si è

assunto l'onere di moderatore; al Prof. Dalla Mura, grazie al quale, in diciotto anni di attività formativa da lui diretta, abbiamo potuto affinare questa nostra concezione; dal Prof. Trimarchi, V. Presidente Naz.le dell'Associazione Operatori Dirigenti e Direttori di Distretto Socio-Sanitari, al Prof. Veneto ed ai suoi collaboratori che hanno avuto la pazienza di ascoltare le nostre elucubrazioni e di concretizzarle sul piano giuridico; dalla Confederazione Regionale che, nonostante spinte opposte, ha creduto e crede nella nostra idea, alla Segreteria Nazionale UILP che ci supporta sempre nelle nostre iniziative e fatiche. Grazie, inoltre, a quanti daranno il loro contributo con gli interventi programmati: la Dott.ssa Melli, Direttore Sanitario della ASL di Bari; il Dott. Abbaticchio, Assessore alla Solidarietà del Comune di Bari e qui presente anche in rappresentanza dell'ANCI; i compagni ed amici dello SPI CGIL ed FNP CISL con i quali condividiamo l'unicità di vedute a favore delle cittadine e cittadini, non solo anziani, di Puglia. Un grazie, infine, all'Assessore Elena Gentile alla quale vogliamo dare un grande in bocca al lupo assicurandole che su questa strada saremo sempre al suo fianco.

Intervento:

Dott. Ludovico Abbaticchio

(Assessore al Welfare Comune di Bari)

Buongiorno a tutti. Cercherò di essere rapidissimo per garantire il lavoro di questa giornata. Porto il saluto dell'amministrazione comunale come Assessore al Welfare e del Sindaco Emiliano.

Rocco Matarozzo ha già delineato in maniera esaustiva le linee guida che riguardano i temi della integrazione socio-sanitaria e su questa linea mi terrò.

Vengo con piacere alle iniziative della UIL perchè anche come Presidente Regionale del Sindacato Medici Italiani (SMI) con la UIL abbiamo per alcuni anni fatto un percorso di confederazione, in particolare condividendo il lavoro sui temi dell'integrazione socio-sanitaria e ne conosco l'impegno e l'autorevolezza dello studio. Sui servizi e i percorsi di assistenza attraverso l'integrazione socio-sanitaria ho idee abbastanza chiare, ed il futuro di una parte dell'assistenza al



malato cronico lo vedo lì, come anche nuovi lavori e specializzazioni anche con l'impegno del terzo settore, soprattutto, nell'ambito dei rapporti tra ASL e Comune ed ambiti territoriali. Assistere a domicilio, attraverso nuovi strumenti anche tecnologici, un cittadino-paziente, è non solo un percorso di qualità di assistenza, ma anche di civiltà.

Come città di Bari abbiamo delle esperienze importanti perchè è nato un grande lavoro di condivisione con la ASL, anche perchè siamo unici interlocutori del nostro ambito territoriale e quindi diventa più facile il coordinamento con l'Azienda Sanitaria. La realtà, invece, è più seria quando parliamo di altri ambiti territoriali, per esempio quando ci sono più Comuni insieme in un territorio che devono interloquire con il sistema sanitario, allora lì nasce un problema di organizzazione stessa dei Comuni affinché si possa condividere un percorso con la stessa struttura sanitaria. Spesso, ormai, continuo a chiedere ai vari interlocutori istituzionali che se vogliamo realmente parlare di integrazione socio sanitaria dobbiamo incominciare a modificare anche i sistemi di finanziamento con voci specifiche nei nostri bilanci, in particolare in quelli nazionali e poi quelli regionali. Cosa voglio dire? Che se noi vincoliamo la spesa alla voce assistenze socio sanitarie anche

a dei progetti che possono anche diventare non più sperimentali ma esecutivi , portiamo in realtà gli ambiti territoriali cioè i comuni e la ASL a condividere, necessariamente, percorsi di integrazione socio sanitari e assistenziali o domiciliari, o scolastici, o presso centri di cura h 12 o RSSA. Vincolando queste voci in bilancio, ottengo la necessità, l'obbligatorietà degli enti locali a mettersi insieme per accedere con la ASL al finanziamento pubblico in collaborazione ad esempio con il III settore, uso il verbo "vincolare" perchè se vogliamo ottenere queste forme di assistenza "innovative" è necessario che nell'ambito dei ministeri competenti e nell'ambito regionale, aziendale dei Comuni queste voci in bilancio siano ben definite. Non dobbiamo più avere risultati di avvio di questi processi, solo perchè legati all'intuizione di un Assessore o di una Giunta comunale o di un Dirigente di azienda sanitaria, noi abbiamo bisogno di un percorso assistenziale omogeneo in tutto il territorio nazionale e quindi in tutti i Comuni.

In Puglia ora questo si può ancor meglio realizzare, tant'è vero che l'attuale unificazione dei due assessorati regionali welfare e sanità possono dare un valore aggiunto a queste esperienze. Più di otto anni fa il welfare aveva una funzione di finanziamento spesso collegata nelle realtà

comunali alla logica del "prebenda istituzionale" e non ad una progettualità condivisa come ora si ha con la realizzazione del Piano Sociale di Zona (PSZ). Il welfare, attualmente, è salito, fortemente, sul piano della qualificazione e della proposta legislativa e con la sanità può avviare un percorso nuovo modificando anche le voci in bilancio dei vari Enti di riferimento.

Sulle indicazioni innovative si gioca una partita importante che è strategica sul piano del risparmio delle risorse e dei servizi che puoi offrire, non solo al domicilio della persona, ma anche nelle strutture territoriali. Mi riferisco, ad esempio ... alle scuole per quanto riguarda i bambini autistici, ipoacusici, ipovedenti, comunque portatori di una patologia cronica, ai servizi polivalenti di comunità territoriali, aiutando non solo il percorso della deospedalizzazione con riduzione dei ricoveri, ma anche la riduzione dei ricoveri in RSA e RSSA rafforzando l'assistenza socio- sanitaria a domicilio.

Dice bene, Rocco Matarozzo<<se io devo valutare quanto costa>> una retta giornaliera di una degenza ospedaliera che va dai 550 ai 1000 euro, ma anche una retta che il Comune spende giornalmente, per un ricovero in RSSA, diventa necessaria una nuova programmazione della razionalizzazione della spesa e quindi

dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, non solo nel Mezzogiorno ed in Italia, ma anche in Europa. Bari ha avviato queste esperienze grazie alla collaborazione qualificante avuta con la ASL in questi anni.

E' qui presente il dott. Giuseppe Lonardelli che è stato direttore sanitario della ASL e che ha avviato con noi queste esperienze trovando, immediatamente, sintonia nel lavoro e nel confronto operativo. E' opportuno dividere il termine sanità da quello salute perchè salute significa benessere sociale e quindi l'inegrazione socio-sanitaria si raccoglie in questo significato; la cura, invece, di una patologia grave e/o acuta è più di interesse ospedaliero, che ha la sua funzione anche in una nuova rivisitazione del luogo corsia-ospedale che non deve essere una monade, una struttura autonoma, ma integrata in un percorso correlato con il territorio. Su questo dobbiamo fare approfondimenti importanti, anche culturali sia nel mondo della medicina che in quello delle professioni collegate all'integrazione socio-sanitaria: l'assistente sociale, il pedagogista, lo psicologo, il medico, l'educatore, l'infermiere, l'ausiliario e gli altri operatori del socio-sanitario si devono contaminare positivamente nello stare insieme pur nella diversità delle professioni dedicandosi ad una condivisione molto più

qualificata: l'assistenza alla persona fragile!

La Puglia su questi temi ed in parte molte città pugliesi hanno avviato un percorso importante, ma non basta, per questo guardo con interesse al convegno che oggi un sindacato autorevole come la UIL ha organizzato, sicuramente, con l'obiettivo di acquisire più conoscenze da riportare ai tavoli delle trattative regionali e nazionali. Al Ministero del welfare, insieme al vice-ministro Cecilia Guerra ho incontrato rappresentanti nazionali della UIL, CGIL e CISL con i quali abbiamo discusso anche di questo trovando una grande apertura culturale e di programmazione non solo a favore della realizzazione di nuovi servizi, ma anche attraverso la nascita di nuove figure professionali e quindi di nuovi lavori modificando il sistema dell'assistenza risparmiando sulla spesa.

Mi permetto di concludere affermando che il percorso culturale ed istituzionale è avviato, le esperienze positive e non più sperimentali esistono, spetta a ciascuno di noi, nei luoghi opportuni di gestione e di governo che ha, favorire il rafforzamento di una nuova mentalità della pubblica amministrazione e della sua funzione di governo clinico e legislativo della salute collettiva.

Chiedo scusa se ho abusato del vostro tempo, concludo augurandovi buon lavoro!

L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NELL'ORDINAMENTO AMMINISTRATIVO - le competenze delle Regioni -

Prof. Avv. Franco Dalla Mura

(Esperto di Diritto Amministrativo)

Il tema di cui UILP di Bari e di Puglia mi ha fatto l'onore di chiedermi di parlare è tanto affascinante quanto impegnativo e vasto; è proprio la sua vastità ad imporre una trattazione sintetica, che lo affronti nei suoi elementi essenziali, mirando soprattutto a comprendere il suo stesso senso e ad individuare gli spazi entro i quali le Regioni possono esprimere le proprie potestà legislative ed amministrative. Una disamina analitica delle numerose leggi regionali rilevanti per l'integrazione socio sanitaria è evidentemente impossibile e non rientra fra gli obiettivi di questo convegno. Articolerò, dunque, il mio breve intervento in tre punti fondamentali: le ragioni dell'integrazione socio sanitaria, l'integrazione e l'evoluzione



normativa nel ventennio che va dal 1978 al 1998, l'integrazione ed il ruolo delle Regioni e le riforme autonomistiche del 1998 e del 2001 e successive.

1. Perché l'integrazione ?

Come lucidamente spiegato dal Prof. Fabio Folgheraiter¹ (dal cui pensiero attingerò a piene mani in questa prima parte della mia relazione), la necessità dell'integrazione socio sanitaria deriva dallo scontro fra la naturale tendenza ad aggrovigliarsi delle umane fragilità con l'altrettanto naturale tendenza all'autoreferenzialità degli erogatori delle prestazioni di cura.

Il circolo chiuso che nasce dal groviglio perverso delle fragilità umane può con semplicità essere così rappresentato: le difficoltà di dare senso ed organizzazione alla propria vita generano disagio sociale, questo a propria volta accentua i rischi e le patologie sanitarie, che da parte loro portano ad ulteriori complicazioni e disagi sociali.

E' evidente che per rompere tale circolo chiuso occorrono risposte di tipo unitario che affrontino insieme le problematiche sociali e quelle sanitarie; ma, il sistema delle politiche e dei servizi sociali (intesi nel senso più ampio) e sanitari è per ovvi motivi organizzativi ed amministrativi frazionato, e

¹ Professore Ordinario presso la Facoltà di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Cattolica di Milano.

ciò genera la necessità dell'integrazione.

Il frazionamento del sistema in mancanza di integrazione genera effetti negativi riconducibili a due ordini: la finalizzazione delle risposte alla “salute” anziché alla “vita”, e la tendenza all'autoreferenzialità delle risposte, che gli erogatori tendono a modellare più in funzione delle proprie esigenze e dei propri vantaggi che in funzione delle esigenze e del vantaggio degli utenti.

In realtà, come può essere facilmente compreso, il concetto di “cura” può assumere due significati: quello di agire in modo da far guarire da una specifica malattia (c.d. modello medico) e quello di agire in modo tale da prendersi cura di un disagio (c.d. modello sociale): c'è, quindi, la necessità di individuare qualcosa che deve collocarsi per così dire “a monte” dell'integrazione stessa dei servizi sociali e sanitari: è l'integrazione delle politiche sociali in senso lato; politiche che certamente non riguardano solo i servizi sociali e sanitari, ma tutte le sfere della vita delle persone e in particolare le sfere abitativa, dell'educazione, dell'istruzione, della previdenza. Tale integrazione deve svilupparsi a tre livelli: quello politico – amministrativo, quello manageriale e quello operativo, esprimendo una governance generale

anche partecipata.

La complessità di tale lavoro di governance può essere meglio compresa se si tiene conto che esso deve confrontarsi con l'attuale pluralismo delle organizzazioni impegnate nelle politiche sociali, sia pubbliche che private (es. fondazioni, Caritas, Organizzazioni della cooperazione, ecc.), anche aggregate fra loro, e dotate di programmi autonomi; l'obiettivo fondamentale cui deve tendere la governance è l'integrazione dei programmi e degli impegni dei diversi soggetti attraverso la sinergia degli interessi coinvolti, evitando per quanto possibile di porre in essere situazioni caratterizzate dalla competizione (come, ad esempio, avviene quando le organizzazioni si trovano a partecipare, in competizione fra loro, a gare d'appalto).

2. L'integrazione e l'evoluzione normativa 1978 – 1998

I vent'anni che vanno dalla metà degli anni settanta alla metà degli anni novanta sono stati determinanti nella definizione dell'attuale assetto dei servizi sociali e sanitari. Esso trova le sue fondamenta nel D.P.R. n. 616/1977 e nella legge n. 833/1978: con il D.P.R. n. 616 si realizzava il primo vero trasferimento alle Regioni ed agli Enti locali di

funzioni amministrative appartenenti alla loro competenza (ma ancora gestite dallo Stato), e con esse la vera riforma della funzione sociale che veniva destinata a realizzarsi attraverso “servizi gratuiti o a pagamento” e non attraverso la beneficenza pubblica di stampo ottocentesco; con la legge n. 833 trovava poi realizzazione un ambizioso progetto di riforma dei servizi sanitari ed ospedalieri, la “riforma sanitaria”, caratterizzato dall'universalità, dal forte legame politico amministrativo con le autonomie locali e dalla pubblicità.

E' proprio a seguito di tali storiche riforme che nel 1985 vede la luce il primo, importante, provvedimento specificamente dedicato all'integrazione socio – sanitaria: il D.P.C.M. 8 agosto 1985.

Successivamente, com'è ben noto, nel 1992, con la c.d. “riforma De Lorenzo” (D. Lgs. n. 502/1992), l'originario assetto del sistema socio sanitario viene modificato in alcune delle sue caratteristiche fondamentali, soprattutto attraverso la separazione del profilo politico da quello tecnico gestionale e l'esclusione degli EE.LL. da ogni significativa ingerenza nella gestione della sanità.

In attesa del nuovo momento riformatore (1999), dell'integrazione socio sanitaria si occupano i due

Piani Sanitari Nazionali (1994/96 e 1998/2000); ma è solo con il c.d. “decreto Bindi” (D. Lgs. n. 229/1999) che assistiamo ad un significativo recupero del ruolo degli Enti Locali nella sanità e, soprattutto, alla compiuta definizione del sistema integrato dei servizi, che vengono classificati in sociali, sociali a rilievo sanitario, sanitari, sanitari a rilievo sociale e ad elevata integrazione socio sanitaria. Anche la programmazione socio sanitaria viene ridefinita e puntualizzata attraverso l'individuazione dei tre strumenti per la programmazione sanitaria e socio sanitaria: il Piano Sociale Regionale, il Piano Attuativo Locale ed il Programma delle Attività Territoriali. E' superfluo evidenziare l'importanza degli strumenti programmatori al fine dell'integrazione.

Il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari sono stati caratterizzati dal 1978 al 2000 da una profonda asimmetria: sino al 2000, infatti, è mancata una legge quadro per il sociale analoga alla L. 833/1978 relativa alla sanità. Nel 2000, finalmente, la legge 328/2000 colma questa lacuna definendo un nuovo sistema dei servizi sociali e socio sanitari in cui l'integrazione svolge un ruolo fondamentale.

Ma, l'entrata in vigore della Legge Quadro 328/2000 si sovrappone alla storica revisione del

titolo V della Costituzione realizzata con legge costituzionale n. 3/2001, con una forte valorizzazione delle autonomie e con il passaggio (per quanto ora di precipuo interesse) della materia dei servizi sociali dalla potestà concorrente di Stato e Regioni a quella esclusiva di queste ultime. Indubbiamente, se, da un lato, tale novità è stata fra le cause di una implementazione spesso “a macchia di leopardo” della legge quadro sui servizi sociali, essa non ha potuto che giovare alla realizzazione del principio di integrazione socio sanitaria dando più ampio spazio alle Regioni più virtuose.

3. L'integrazione, il ruolo delle Regioni e le riforme autonomistiche del 1998 e del 2001 – gli anni successivi

Nel periodo ora in considerazione vedono la luce la riforma Bassanini (L. n. 59/1997 e D. Lgs. n. 112/1998 e quella in senso “federalista” della Costituzione.

Nel D. Lgs. n. 112/1998 gli articoli 115 e segg., e 129 e segg. sono rispettivamente dedicati alla tutela della salute ed ai servizi sociali, tracciando un quadro dettagliato delle competenze e con esso delle possibili integrazioni.

L'individuazione, ad opera del novellato articolo 117 della Costituzione, della materia relativa alla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” fra le materie attribuite alla potestà legislativa esclusiva dello Stato porta, nello stesso anno dell'entrata in vigore della riforma del titolo V, all'approvazione dei due DPCM 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001 di definizione, appunto, dei livelli essenziali, fondamentali nel passaggio dell'integrazione dal mondo dei principi a quello della concretezza operativa.

Si susseguono, poi, i Piani Sanitari Nazionali 2003/2005, 2006/2008, 2011/13, nei quali sono presenti scelte e considerazioni molto importanti con riferimento all'integrazione: l'individuazione dell'integrazione come strumento fondamentale per passare da un sistema “della sanità” ad uno “della salute”, l'affermazione che la mancata azione sul piano del servizio sociale finisce col vanificare l'intervento sanitario (e che ciò può essere evitato attraverso una programmazione socio sanitaria negoziata fra Aziende Sanitarie Locali e Comuni); il chiarimento delle specifiche responsabilità dei soggetti istituzionali.

Come già accennato, nel D. Lgs. n. 112/1998 gli

articoli 115 e segg., e 129 e segg. sono rispettivamente dedicati alla tutela della salute ed ai servizi sociali, tracciando un quadro dettagliato delle competenze; tale quadro è stato, però, di lì a poco profondamente modificato dalla legge costituzionale n. 3/2001)che, come già accennato, affida allo Stato la potestà legislativa esclusiva in tema di determinazione dei “livelli essenziali” ed a quella concorrente Stato – Regioni la materia della “tutela della salute”), e dalla successiva legge ordinaria n. 131/2003 (meglio nota come “legge La Loggia”) che all'articolo 8 stabilisce che: “Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Nelle materie di cui all'articolo 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'articolo 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112”.

E' opinione unanime che la nuova ripartizione di

potestà e competenze presupponeva (ottimisticamente) un sistema di relazioni Stato – Autonomie Locali maturo e pronto ad esercitare poteri e funzioni dando corretta attuazione al principio di leale collaborazione; ma ciò non si è avverato: la Corte Costituzionale si è trovata ad impegnarsi numerosissime volte di ripetuti contenziosi fra lo Stato e le Regioni in materia socio sanitaria, con grave danno per i servizi e, in particolare, per l'integrazione.

4. Conclusioni

Nell'attuale, sempre più sconcertante, scenario economico, politico e culturale l'integrazione socio sanitaria diviene da un lato sempre più importante, ma dall'altro anche sempre più complessa e difficile da realizzare. Mai come oggi per l'integrazione dei servizi è stato necessario puntare su un esercizio pieno da parte delle Regioni delle proprie potestà, su un'assunzione piena da parte dei Comuni delle proprie funzioni di governance, e sulla massima attenzione da parte di tutti per la trasversalità delle politiche e per il profilo organizzativo. Le riforme legislative sono importanti ma non risolutive.

Economie di spesa e sviluppo dell'occupazione nell'integrazione sociosanitaria

Aldo Pugliese

(Segretario Generale U.R. UIL di Puglia e di Bari)

Il tema dell'integrazione delle politiche sociali è diventato centrale ed ha assunto una rilevanza di interesse generale alla fine degli anni 90, anche su sollecitazione dei programmi comunitari, che ne hanno fatto degli obiettivi qualificanti.

Integrare è necessario perché negli anni si è modificata la domanda da parte di cittadini che aspirano a servizi erogati non più settorialmente, ma integrati fra loro visti come parti di una più generale qualità sociale, specie nelle realtà territoriali.

E' diventata, anche una esigenza a causa della progressiva riduzione delle risorse, economiche e finanziarie; risorse sempre più difficili da reperire che impongono l'adozione di severi standard



qualitativi e, soprattutto, l'eliminazione degli sprechi e il superamento dell'irrazionalità dei servizi offerti.

Integrare le politiche aiuta a stabilire un equilibrio più razionale tra costi e benefici.

La Regione Puglia in questi anni, a partire dalla Legge Regionale n. 19/2006 sulla “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali..”, ha tentato di dare una risposta ai bisogni dei cittadini, ma i risultati non sono stati né immediati né efficaci.

Si sono dovute affrontare difficoltà anche di carattere culturale in quanto nel primo triennio il sistema sanitario ha creato notevoli ostacoli anche solo procedurali rispetto alle competenze e/o alla spesa e non ha favorito il percorso di integrazione con il sistema Sociale; mentre nel secondo triennio a causa, soprattutto degli effetti del “Piano di Rientro “ sono mancate anche risorse importanti necessarie all'integrazione sociosanitaria.

La Regione Puglia dal 30 giugno 2013, è fuori dal piano di rientro del disavanzo sanitario che fu costretta a sottoscrivere nel novembre 2010 per non aver rispettato i vincoli del patto di stabilità sul bilancio ordinario del 2006 e del 2008.

Ora le ASL possono ripartire con le assunzioni 800 per l'esattezza ed altre 800 successivamente

La Puglia senza queste assunzioni non è stata in grado di garantire i servizi essenziali di assistenza. Nel verbale della riunione ministeriale, si sottolinea che i tavoli di verifica hanno valutato positivamente le azioni programmatiche intraprese per definire la rete ospedaliera pubblica e privata, pur rilevando la presenza di alcune criticità cioè: è stata riscontrata una permanente carenza di iniziative volte a ricondurre gli indicatori dell'assistenza domiciliare e residenziale ai pazienti non autosufficienti ai parametri di riferimento nazionali ed è stata nuovamente chiesta una relazione riepilogativa delle azioni avviate per potenziare l'assistenza ai malati psichiatrici. La Regione deve inoltre fornire la descrizione dello stato attuale della rete dei servizi distrettuali e la loro attivazione e realizzazione. Permangono criticità nel processo di riorganizzazione del soccorso territoriale. I direttori generali delle ASL hanno espresso i loro fabbisogni con l'invio delle piante organiche che riguardano gli ospedali ignorando l'assistenza territoriale e se non le rivedono nei prossimi giorni a Roma al tavolo Massicci alla Puglia diranno di rifare il compito, avendo conservato una concezione ospedalocentrica che ignora i distretti sociosanitari.

Noi auspichiamo una immediata assegnazione del personale per ogni ASL e per le nuove risorse economiche per una ricaduta positiva nell'ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte, che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti consentirebbe l'implementazione della rete integrata dei servizi, evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie. Basti pensare, ad esempio a quante persone con disabilità di lieve-medio grado o anziane con bisogni prioritari sociali, di vitto, alloggio, socializzazione, sono invece ospitate impropriamente in strutture sanitarie istituzionalizzanti e ad alto costo. In questi, come in altri casi, più adeguati interventi sociali consentirebbero contemporaneamente una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate e inclusive.

Stesso discorso vale per Enti Locali che svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio.

Il Piano di Zona dovrebbe essere lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e

dell'integrazione sociosanitaria con interventi di sostegno alla persona e alla famiglia.

Ciò comporta, sicuramente un incremento occupazionale, fenomeno generalizzato in tutta la penisola, ma pone un problema di controllo qualitativo dei servizi offerti, ma anche un controllo del rispetto delle norme dei contratti nazionali di lavoro e dei diritti dei lavoratori.

Molteplici sono le problematiche che il sindacato deve affrontare: a partire dai criteri cristallini dei bandi di gara, alla durata dell'affidamento dei servizi, alle norme di garanzia a tutela dei cittadini utenti, al rispetto dei tempi di pagamento del servizio, tale da dare la continuità della erogazione del salario ecc...

Le professionalità presenti in questo settore, possono e devono permettere un salto qualitativo al servizio socio assistenziale ed è nell'interesse di tutti, a partire dalla Regione, che i rapporti tra pubblico e privato sia regolato da norme che vengono rispettate e condivise.

Con la costituzione dell'ultima Giunta Regionale su nostra forte sollecitazione è stato deciso di rimettere insieme i due Assessorati dello Stato Sociale e delle Politiche della Salute, auspicavamo l'avvio di un percorso virtuoso per portare la nostra regione ad una reale integrazione socio sanitaria;

siamo stati fiduciosi che ciò potesse avvenire non solo con la volontà politica, ma anche con una integrazione della dirigenza delle strutture interessate.

Fare tutto questo si viene portati ad immaginare ad un notevole aumento dei costi, mentre in realtà è esattamente contrario.

Attuare il sociosanitario e quindi i distretti sociosanitari, a partire dai 21 ospedali che sono stati chiusi, vuol dire minori ricoveri ospedalieri. Il costo medio giornaliero di un ricovero è di € . 500/1000 . Con i distretti sociosanitari si possono evitare moltissimi ricoveri ospedalieri che equivarrebbero a milioni di euro risparmiati.

Inoltre con i distretti sociosanitari si ridurrebbe consistentemente la spesa sanitaria della mobilità passiva, quella mobilità che nel 2010 ha costretto i cittadini pugliesi a ricoverarsi in altre regioni e che nel 2011 ha comportato per la Regione Puglia una spesa di € . 285.276.490 e che non riguarda soltanto i ricoveri acuti.

Sappiamo tutti che molti cittadini per evitare lunghe liste di attesa e ricoveri ospedalieri semplici, per visite, analisi check-up , vanno in Basilicata o in Abruzzo e anche qui se avessimo su tutto il territorio regionale i distretti sociosanitari si risparmierebbero milioni di euro.

Per l'integrazione delle politiche sociali con la politica della salute in Puglia siamo ancora all'abc, ma anche a livello nazionale non stiamo molto meglio. L'impressionante numero di suicidi, delle violenze, dell'incremento delle malattie infettive, del loro rapporto e collegamento strettissimo con le misure di austerità, costituiscono il problema centrale di ogni urgente politica governativa. Stranamente il problema centrale della salute pubblica permane invece trascurato, sia culturalmente, sia politicamente. Delle emergenze sanitarie non si tiene conto e non vengono collegate ai tagli indiscriminati imposti per i salvataggi finanziari. È così che la disoccupazione, che ci vede ai primi posti, è causa provata di disturbi psicologici e di malattie psicosomatiche che producono continue violenze e morti altrimenti inspiegabili. Le nostre cronache quotidiane ne sono purtroppo spaventosamente ricolme. Ed è altresì accertato che solo una rete di politiche dello stato sociale, orientata sul diritto alla salute pubblica, riduce in gran parte quei fenomeni. Una politica di ripresa economica deve essere di conseguenza orientata in modo coordinato e globale sul circolo lavoro-istruzione-salute, poiché essi sono indissolubilmente collegati. L'irrazionalità, l'insicurezza e le disuguaglianze

tipiche del capitalismo post industriale e dei mercati finanziari, sono state decisamente rinforzate di recente dall'accelerazione dello sviluppo tecnologico e dalla globalizzazione. Allora non è strano rilevare che lo straordinario sviluppo del capitalismo ha avuto come contraccolpo una decadenza ed un deterioramento della salute e più in generale del problema del corpo. Già l'aveva con espressione tassativa intuito Giacomo Leopardi nello Zibaldone, quando scriveva a proposito del destino dell'uomo che "i progressi della civiltà portano seco e producono inevitabilmente il successivo deterioramento del suo fisico, deterioramento sempre crescente in proporzione d'essa civiltà.

Soltanto una maggiore spesa da parte del Governo per lo stato sociale può essere la giusta risposta alla deriva del capitalismo. I tagli alla sanità pubblica costituiscono un pericolo per la salute dell'uomo, ma anche per lo sviluppo del sistema economico, con l'infausta conseguenza del passaggio dalla crisi economica ad una devastante crisi sociale.

Unitarietà del bisogno e unitarietà nella risposta: il contributo di CARD Italia

Prof. Antonino Trimarchi*

(V. Presidente CARD-Italia Associazione Operatori Dirigenti e Direttori Distretti Socio Sanitari)

Oggi in questa fase che potremmo definire, in accordo con altri Autori, di post welfarismo, si osserva diffusa incertezza sulla mission e vision dei Servizi Distrettuali di Assistenza Primaria di pertinenza delle ASL e di quelli domiciliari in particolare, di pertinenza sia delle ASL sia dei Comuni. La complessità ci interroga di cosa a loro si richieda: solo prestazioni per rimediare ai danni



alla salute? Oppure Relazioni per la presa in carico della Persona con l'obiettivo di prendersi cura della Salute? E di quale durata? Manca la definizione esplicita di quali siano i ritorni-risultati

*Gilberto Gentili, Paolo Da Col, Silvana Melli, Gennaro Volpe con il contributo di Giancarlo Marchionna

rispetto a investimenti e costi-spese. Ecco perché ora più che mai, c'è bisogno di un Presente che contenga il Futuro per rilanciare l'Impresa del SSN. DISTRETTUOLOGIA -Scuola di Ecologia della Salute-

Che cosa ci si aspetta, si vuole ottenere nei Distretti dai Servizi alla Persona?

CARD guarda oggi all'organizzazione distrettuale

DISTRETTUOLOGIA
Scuola innovativa di CARD Italia

Mafalda
L'avrà brevettata Dio questa idea del manicomio rotondo?

La complessità e la multidimensionalità della sofferenza umana, ci fanno immaginare che dovremo impegnarci ad abbattere recinti organizzativi e steccati professionali, per formare "Team tutto tondo" in grado di affrontare e adattarsi ad ogni specifica situazione, a far uso delle buone pratiche per un impiego sempre più responsabile delle risorse.

per la Salute come a un sistema dinamico aperto alla creatività e all'innovazione che favorisca da un lato lo sviluppo delle capacità degli operatori di

interagire proattivamente, di generare nuove conoscenze, nuove linee d'azione e, dall'altro, il compimento dell'Empowerment Comunitario.

Serve un cambio di paradigma:

Dalla salute a rischio

→al Rischio della Salute

Dalla salute come diritto

→alla Salute come Dovere

Dalle cause (domande)

e terapie (offerte) di malattie:

Microbi →Diarrea →Antibiotici →antibioresistenza.



Per sorridere... "è dove mancano gli antibiotici che ci sono più diarree!?"

Da qui, per un sillogismo idiota, in area cardiovascolare si penserà che è per la...

Mancanza Unità Coronariche →aumento IMA
→necessità di istituire altre UCIC

Ai determinanti sociali (domande) e risposte integrate (offerte) di Salute:

Mancanza H₂O potabile → Diarrea → necessità di garantire H₂O pubblica

Mancanza movimento → aumento rischio IMA → educazione a Stili Vita Salubri

In sintesi, i fatti che sembrano prevalere nel mantenere le disuguaglianze di salute sono: confusione di nomi e contenuti, tra “Bisogni” e “Domanda” che dovrebbero riferirsi alla Salute globale, tarata su premesse di natura non solo sanitaria ma anche sociale.



Confusione sulla percezione ed emersione, non sempre spontanee, da parte della popolazione dei problemi di salute.

Inappropriatezza da parte degli Operatori nel promuovere a Domanda di Salute ogni bisogno (salutismo) o a non dare voce a Bisogni veri di Salute (analfabetismo professionale).

Rapporto bisogno/domanda Salute

Bisogno	Espressione	
Percepito	Si (a)	No (b)
Non percepito	Si (c)	No (d)

a. domanda appropriata
b. inappropriatezza nella non domanda (rischio sanitario)
c. domanda inappropriata (rischio di spreco di risorse)
d. inappropriatezza nella domanda

Relazioni tra equità di accesso, eguaglianza e ingiustizia

		Trattamento	
		Egale	Diseguale
Bisogni	Eguale	a	b
	Diseguale	c	d

a = eguaglianza: gli individui con lo stesso stato di bisogno di salute devono essere trattati egualmente
b - c = ingiustizia sociale o distributiva
d = equità: gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venir trattati più favorevolmente

LEA: distribuzione di diversità a diversi

Confusione tra bisogni e trattamento: l'equità della salute non significa solo uguali opportunità di cure, ma anche il livello di benessere da rendere, tenuto conto della diversità di bisogni

di salute nei diversi contesti, da parte di uomini diversi.

- Forse, stiamo parlando di distribuzione di diversità a diversi.

Le criticità sono dovute al fatto che:

- Ogni Bisogno si esprime, si trasforma in Domanda, attraverso un linguaggio che per essere comprensibile necessita di codici condivisi (alfabetizzazione);



- Ogni Domanda elicitata un'Offerta equa, solo se valutata con strumenti condivisi e garantiti per ciascuno;
- Ogni Offerta si trasforma in Risultato Relazione se è esigibile.

Quest'ultima peculiarità tuttavia, nonostante enunciati promettenti, continua ad essere disattesa: spesso i LEA anziché essere Livelli Essenziali di Assistenza certi, si mostrano come Livelli Eventuali di Assistenza!

Non possiamo più permetterci di relegare l'Assistenza Primaria alla popolazione tra i propri servizi residuali, data la sostanziale inconsistenza che spesso si osserva.



Il Distretto deve essere l'area sistema, dove si produce salute.

Dall'Unicità della Salute discende...

- L'unitarietà dei Bisogni
- L'unitarietà della Risposta

CARD propone l'Approccio Olistico quale danza che crea, scambio etico: OLON è multidimensionalità in Relazione e rendere visibile l'integrale, rende possibile l'Integrazione!

RIOSPITALIZZARE IL TERRITORIO
 Hi-tech... Hi-touch... In tempi di crisi, confidare nella Tecnologia quale panacea, priorizzarla senza contestualizzarla (con-Te-sto), ci sembra presenti il rischio di produrre servizi esclusivi che **p o s s o n o**, nonostante le **b u o n e** intenzioni, aumentare le iniquità, e per usare una **p a r o l a** attualmente in voga, essere divisivi.



Hi-tech si presta alla facile interpretazione di enfatizzare gli aspetti dell'iper performante “fredda” tecnologia, contrapposta all'auspicata e orgogliosamente, pur timidamente, offerta di relazioni professionali operatore-paziente. Come fare quindi perché non si violino i contenuti e i valori “umani e umanizzanti” di una home care hi-touch?

“HI-TEACH HOME CARE”

Come riospitalizzare il territorio?



- Razionalizzare non è sinonimo di razionare
- I tagli orizzontali non permettono sonni tranquilli
- Se non si ridisegna globalmente la filiera degli ambiti di cura, dai letti ospedalieri - evitando il "riciclaggio sporco" nei letti intermedi - ai letti domiciliari, l'effetto è garantito!

2^a Conferenza sulle cure domiciliari - 11^o Congresso Nazionale - ROMA 22-23 maggio 2013

Essere Servitori-
Insegnanti

CARD ha ideato uno slogan per riassumere e superare quest'apparente dilemma: dalla “hi-tech e hi-touch

care” all’ “hi-teach home care”, in cui tutti apprendono ed “insegnano”: pazienti ed operatori istituzionali, familiari e care giver, operatori delle cure informali.

La HOME CARE quale cardine nel processo non solo e non tanto della deospedalizzazione, ma della riospitalizzazione del Territorio.

Il termine inglese “home care”, non per conformismo accademico, sembra l'unico termine in grado di sintetizzare gli aspetti dell'assistenza sociale e sanitaria, con enfasi sulla necessità che divenga “costituzionalmente” di tipo integrato, includendovi quindi anche l'integrazione con le sempre più necessarie tecnologie di home care.

Si dovrebbe quindi parlare più appropriatamente di “integrated home care” che trova fondamento su quattro “pilastri” costitutivi:

1. l'assistenza e la cura formale-istituzionale di tipo sanitario;
2. l'assistenza e la cura formale-istituzionale di tipo sociale;
3. l'assistenza e la cura in ambito informale (paziente-utente, famiglia, care giver, “badante”, volontari, ecc.);
4. l'assistenza e la cura sostenuta dalle tecnologie avanzate (sensori vitali, ambientali, domotica, informatica; telecontrollo, telemonitoraggio, teleassistenza, ecc.).



Le “buone cure a casa” richiedono azioni congiunte, integrate, attive a 360 gradi, in grado di superare frammentazioni, rischiose compartimentazioni tra competenze, discipline professionali, settori istituzionali, enti o appartenenze diversi.



Interventi “globali”, non solamente clinico-medico-sanitari, bensì più completi in grado di incidere sulla persona in toto (presa in carico globale), in cui cura e assistenza sono visti e agiti come inseparabili.

Il Distretto si colloca nell'ottica della continuità delle cure nella Comunità Locale: con attenzione globale (olistica) al contesto di vita, alla famiglia, ai care giver, ai contributi irrinunciabili della medicina di famiglia, degli specialisti, degli infermieri e delle altre professioni sanitarie, dei professionisti dei servizi sociali e degli operatori delle cure informali.

IL TERRITORIO
“**humus della continuità della Salute**”

- La Salute abita senza soluzione di continuità la Comunità Locale
- La Salute si nasconde quando l'uomo la spreca
- La Salute riemerge quando l'uomo condivide di essere *Ospite* del Creato



Conferenza delle cure domiciliari - 1° Congresso Nazionale - 2011
20 MARZO 2011

Per una Risposta unitaria dobbiamo conciliare l'ascolto dei Bisogni di Salute con l'insegnamento/apprendimento:

- ✓ del self care
- ✓ del self-management
- ✓ dell'equità e dell'economicità della salute
- ✓ del rispetto del Paziente (evitare le manipolazioni) della Relazione centro del prendersi cura, ovvero dell'inter-IN-dipendenza nell'affrontare gli eventi e nel sostenersi proattivamente

La salute non è una prestazione: “Fare di più non significa fare meglio”.

Sul mercato sanitario, grazie all'asimmetria dell'informazione, l'offerta è in grado di manipolare la domanda inducendo il consumo o facendo del razionamento implicito senza che il Paziente Utente Cliente se ne renda conto.

Oggi poiché il finanziamento delle prestazioni si basa su criteri meramente quantitativi e non qualitativi e nemmeno sul loro valore aggiunto, cioè su un più efficiente rapporto costi-benefici, fare di più è molto rischioso.

Due documenti da considerare:



“Prendersi cura in una terra chiamata empowerment comunitario: niente su di me senza di me”. (“Health care in a land called PeoplePower: nothing about me without me”: Del Bianco T, Berwick DM, Boufford JI et al. in Health Expect, 2001)

**Lasciate che la rivoluzione del paziente inizi
(BMJ 2013; 346: f2614)**

- I pazienti possono migliorare l'assistenza sanitaria: è il momento di prendere sul serio la loro collaborazione;
- L'unica possibilità di migliorare l'assistenza sanitaria è rappresentata da una partnership tra clinici e pazienti, perché questi ultimi, meglio dei clinici, comprendono la realtà delle loro condizioni, l'impatto che la malattia e il suo trattamento hanno sulla loro vita e come i servizi potrebbero essere meglio progettati per aiutarli;

GOVERNANCE RESET
“Dalla prestAzione alla partecipAzione”



- Il potere di servizio è nella qualità della RelA zione
- Il rispetto della privacy nella giusta prossemica
- Il futuro dell'equità sta nella partnership programmatrice organizzativa, gestionale e assistenziale

2° Conferenza sulla cura (ambulatori) - 11° Congresso Nazionale
AGD
BMJ 2013; 346: f2614

- Nonostante le migliori intenzioni e le indubbe competenze della maggior parte dei professionisti della sanità, l'accesso alle cure e la loro qualità presentano una spiccata variabilità, e la gran parte delle persone nei paesi sviluppati ha accesso a una confusa offerta di test e trattamenti dei quali vengono enfatizzati gli effetti positivi e minimizzati i rischi;
- I pazienti mancano di adeguate informazioni sulla variabilità delle pratiche, sulla reale efficacia delle cure cui sono sottoposti e sul grado di incertezza in medicina.



L'American Board of Internal Medicine Foundation invita a scegliere saggiamente piuttosto che tagliare

indiscriminatamente, a sostituire alla politica del razionamento quella della appropriatezza riduzione abolizione degli sprechi.

Sta alla Comunità Nazionale
con il contributo qualificato
delle migliori Società Scientifiche
e dei Sindacati più illuminati...



... promuovere lo sviluppo di un nuovo modello
socio-sanitario basato sulla sobrietà, pertinenza,
efficacia e sull'equità.



Integrazione sociosanitaria in Puglia. Una proposta di superamento della normativa di settore

Prof. Avv. Gaetano Veneto

(Professore di Diritto del Lavoro Università degli Studi di Bari - Presidente Centro Studi di Diritto dei Lavori)

Il contributo odierno del Centro Studi di Diritto dei Lavori, presieduto da chi vi parla, si articola attraverso una bozza di proposta di intervento normativo regionale, che oggi viene presentata per un auspicabile interessamento dell'Assessorato competente. I collaboratori del Centro nonché miei allievi, l'avv. Gismondi e il dott. Lonardelli, presentano ora contenuti e finalità della bozza.



Partiamo da un dato essenziale, appreso di recente da Le Figaro Economie e da Le Monde Economie, i principali quotidiani francesi, ossia che in Francia sono stati stanziati soltanto 55 mld di euro per la ricerca, sia quella pura, sia quella applicata nella scuola e nelle università. In Italia, invece, ne sono stati stanziati solo 5,7, cioè poco

più del 10% dello stanziamento francese, eppure non si è destata alcuna protesta a questo proposito, anzi il governo odierno, come quello Monti, ha ulteriormente ridotto lo stanziamento ordinario per la scuola, l'università e la ricerca. L'esempio proposto vale a capire la miope e retrograda politica governativa in campi essenziali, anche per la ripresa economica.

Nell'ambito della sanità merita di essere segnalata la recente sottoscrizione, all'interno della riunione del G8, di un documento di fondamentale importanza, la cd. "carta dell'open data". Deve preliminarmente esplicitarsi che l'open data è un sistema di controllo aperto, all'opposto delle regole della privacy.

Certamente non è da intendersi come una forma di spionaggio, ma più semplicemente come la possibilità di garantire un funzionamento trasparente della Pubblica Amministrazione, per una chiara gestione dei dati, nonché l'obbligo di rendere noti i dati (ecco giustificata l'opposizione al sistema della privacy). L'Italia è uno dei Paesi in maggior ritardo in Europa per quanto concerne l'intervento della Pubblica Amministrazione nell'ambito sanitario, con conseguente rincaro dei costi. Se, invece, si applicasse la Carta da poco approvata, si produrrebbero, almeno in

prima battuta, 50mila posti di lavoro a costo zero. Per questo si auspica che anche l'Italia sottoscriva questo importantissimo documento, in modo da produrre delle positive ripercussioni sulla sanità (basti pensare che in Gran Bretagna c'è stato un abbattimento dei costi del 20% negli ultimi due anni). Si dovrebbe provare a mettere in moto questo meccanismo a livello regionale.

Infatti, la proposta presentata dal dott. Lonardelli per il Centro Studi non sembra porsi in contrasto con l'indirizzo generale dei rapporti Stato-regione, ma, al contrario, può essere ben gestita, come dimostrato da sperimentazioni simili già effettuate in altre regioni.

L'open data consentirebbe dei campi economici e finanziari di recupero vastissimi e, soprattutto nell'ambito sanitario, un notevole controllo dei costi e un grosso freno alla corruzione ed alla cattiva gestione. Molti parlano della sanità italiana come la peggiore; in realtà non è affatto la peggiore sul piano qualitativo, né la più esosa dal punto di vista dei costi, però deve ammettersi che è la più "sprecona". Se ci fossero maggiori controlli e il passaggio a modelli di gestione diversi, come l'open data, si avrebbe un salto di qualità ulteriore, simile a quello che si sta verificando, per esempio, negli Stati Uniti

nell'ambito della ristorazione e dell'alimentazione (infatti, con l'introduzione nei vari Stati - visto il sistema federale americano - di meccanismi di trasparenza assoluta, i ristoranti hanno ridotto del 20% la salmonellosi – sono dati ufficiali del Ministero della sanità americano - e sono aumentati mediamente i profitti, attraverso un intreccio di informazioni e di dati a livello di controllo dei nas e a livello di gestione dei costi). Altro dato degno di nota, sempre in relazione alla sanità, è quello relativo al cd. rapporto di ospitalità. La gestione della sanità non consiste solo ed esclusivamente nella cura del malato, ma anche nella prevenzione, che deve creare non solo security, ma anche safety (non solo sicurezza, ma anche benessere). L'auspicio, dunque, non è che si guarisca da ogni malattia o che si forniscano ulteriori ospedali, ma che si garantisca l'ospitalità, da intendersi come forma di amore per il prossimo, per il territorio, ma anche per se stessi.

Intervento:

Avv. Francesco Gismondi

(Centro Studi di Diritto dei Lavori)

Dott. Leonardo Lonardelli

(Centro Studi di Diritto dei Lavori)

Facendo nostro il principio secondo cui “bisogna ricorrere all'ospedale tutte le volte che è indispensabile e bisogna assistere sul territorio tutte le volte che è possibile”, non possiamo non ricordare che, ad oggi, con altissima probabilità, la migliore struttura distrettuale complessa in grado di gestire ed organizzare il “progetto” di salute della popolazione, alternativa alla visione ospedalocentrica, è “LACASADELLASALUTE”.



Per meglio comprendere l'intervento, quest'ultimo sarà strutturato in semplici step che andranno dalla individuazione della casa della Salute alla soluzione e

proposta di linee guida per la progettazione e programmazione delle stesse.

Che cosa è la Casa della Salute?

Innanzitutto la Casa della Salute è definita come una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle cure primarie e delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo attraverso la congruità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie tale da tendere a rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree elementari del distretto.

Qual'è la sua origine normativa?

Come è stato affermato esplicitamente dalla Legge n. 229/99 e dalla Legge n. 328/00, l'istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la congruità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, principi fondamentali ma finora scarsamente applicati.

Inoltre – sulla falsariga di quanto anticipato con la

Legge Cost. n. 3/2001 che già indicava nell'integrazione, intesa come modalità organizzativa delle cure primarie, il criterio di riferimento per la programmazione sanitaria che si è andata definendo proprio con la riforma costituzionale – già con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 e del 9 febbraio 2006, lo Stato e le Regioni hanno convenuto sulla necessità della costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione ad esempio delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che, insieme alla Case della Salute, rappresentano le forme più avanzate di medicina associativa e costituiscono il paradigma organizzativo al quale le varie realtà regionali potranno tendere.

Ad oggi, la realizzazione della Casa della Salute è stata parte integrante del programma del Ministero della Salute conosciuto come “Un new deal della salute” presentato in Parlamento il 27 giugno 2006 e che per la sua realizzazione la Legge Finanziaria n. 296/2007 ha previsto uno specifico stanziamento.

In particolare tale disposizione legislativa intitolata “Disposizioni per la formazione del bilancio

annuale e pluriennale dello Stato” ai commi 805 e 806 dell'art. 1 prevedeva:

- la rimozione degli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del PSN (Piano Sanitario Nazionale), per il triennio 2007, 2008, 2009
- l'istituzione di un fondo per il co-finanziamento dei progetti attuativi del PSN fra i quali anche la sperimentazione del modello assistenziale “Casa della Salute”.

Tuttavia, ad oggi, qual'è la situazione nella Regione Puglia?

In tema di Casa della Salute, come stabilito dalla DGR Puglia n. 2287 del 29/12/2007 - Progetti di Piano finanziati con risorse vincolate ex art. 34/34 bis della legge 662/96 - Modifica Scheda progettuale 1/A/806/07 “Casa della Salute”:

La Regione Puglia con Deliberazioni nn. 2286 e 2287 del 29/12/2007 la Giunta Regionale ha approvato le proposte progettuali relative agli obiettivi di piano anno 2007, contestualmente alla relazione generale redatta in coerenza con i progetti finanziati con risorse vincolate ex art. 34/34 bis della legge 662/96 ed in attuazione dell'art.1, co. 34, c. 806/807 della L. 296/06 - DM 10/07/07.

In particolare per la Linea progettuale “Casa della Salute” ha previsto uno stanziamento di euro 2.280.384,00 ripartito in maniera equitativa per tutte le Aziende Sanitarie Locali.

A ciò si aggiunga che il “Piano Regionale della Salute” (2008-2010), approvato con L.R. 23/2008, ha previsto l'attivazione entro il primo anno di almeno n. 2 Case della Salute per ciascuna ASL pugliese.

Successivamente con Decreto del Ministro della Salute del 25.02.2009 è stato ripartito il fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, che ha previsto una dotazione di euro 969.996,00 per il progetto “Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute”.

Alla luce del finanziamento previsto dal Ministero si rende necessario apportare modifica alla DGR n.2287 del 29.12.2007 -scheda 1/A/806/07: “La casa della salute” prevedendo la dotazione complessiva di un importo pari a quello erogato dal Ministero.

Va considerato che la Regione Puglia, per il conseguimento degli obiettivi per l'anno 2007, è tenuta ad adempiere agli impegni assunti con il Ministero della Salute realizzando la sperimentazione del modello Casa della Salute sul territorio regionale.

Estratto della Delibera della Giunta Regionale Puglia n. 2287 del 29/12/2007:

“LAGIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

- di approvare la modifica della scheda 1/A/806/07 denominata “Casa della Salute” dei progetti di Piano approvati con D.G.R. n. 2287/2007 prevedendo uno stanziamento complessivo pari ad euro 969.996,00 anziché euro 2.280.384,00;
- di destinare la suindicata somma in favore della ASL BA, a seguito di presentazione del progetto,

per la realizzazione di una Casa della Salute del Comune di Casamassima (Ba) secondo quanto previsto dal Piano Attuativo Locale dell'ASL BA, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le ASL pugliesi;

- di incaricare l'Ares Puglia di fornire dettagliate relazioni sulla puntuale realizzazione dell'obiettivo progettuale, consistente nella realizzazione da parte della ASL BA della Casa della Salute, quale modello sperimentale e di riferimento per l'attivazione di ulteriori strutture presso le Aziende Sanitarie Locali pugliesi)".

Tanto scritto emerge che le basi ci sono e le promesse anche. Tuttavia, ad oggi, poco o nulla è stato portato avanti.

Qual è l'obiettivo della Regione Puglia?

In particolare l'obiettivo della Regione deve essere incentrato sulla realizzazione, in modo omogeneo su tutto il territorio, di strutture sanitarie e sociosanitarie, che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute.

Come gli ospedali, anche queste strutture possono avere diversa complessità ed in relazione alle

caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione, prendono il nome di Casa della Salute e hanno il compito di:

- assicurare un punto unico di accesso ai cittadini
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7
- organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione alle dimissioni protette
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini
- offrire formazione permanente agli operatori.
-

Non solo i compiti ma anche gli aspetti principali della casa della salute sono fondamentali, come:

- accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali
- assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti
- possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso

all'ospedale

- gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti
- Interventi di prevenzione e promozione della salute.

Il gruppo di lavoro della Regione Piemonte ha proposto un'analisi SWOT nella quale sono evidenziate i punti di forza, di debolezza, di opportunità e di minacce (rischi) connessi all'attuazione delle Case delle Salute:

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none">^ Riduzione della pressione e sulle strutture ospedaliere^ Inizio del processo di networking delle strutture sanitarie^ Aggregazione dei servizi oggi diffusi sul territorio^ Bacini d'utenza più omogenei e facilmente gestibili^ Diffusione capillare dei servizi socio-assistenziali sul territorio^ Riuso delle strutture sanitarie dismesse e/o riconversione di altre strutture dismesse^ Coinvolgimento diretto dei cittadini attraverso politiche di autogestione e partecipazione	<ul style="list-style-type: none">^ Impossibilità di impegnare le risorse economiche per il completamento e/o l'avvio dell'attività^ Riduzione del rapporto protetto medico-paziente^ Difficoltà a raggiungere la struttura a causa localizzazione spaziale diffusa
OPPORTUNITA'	MINACCE
<ul style="list-style-type: none">^ Potenziamento dei servizi socio-assistenziali^ Riorganizzazione della rete sanitaria^ Apertura internazionale attraverso l'adozione di modelli efficienti e di successo^ Maggiore attenzione verso il singolo cittadino e le sue esigenze^ Diffusione di best practices nel recupero degli spazi dismessi^ Diffusione di nuove tecnologie (ad es. informatiche, telematiche) ad uso sia del cittadino sia del personale medico, infermieristico e amministrativo^ Maggiore integrazione dei MMG con il sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none">^ Generale difficoltà di attuazione delle politiche per la programmazione sanitaria locale^ Sovrapposizione di struttura^ Mancato coordinamento tra programmazione settoriale e pianificazione territoriale^ Lentezza delle procedure di affermazione delle CdS sul territorio

Uno dei pregi che le case della salute possono offrire risiede, inoltre, nella loro totale adattabilità tra struttura e territorio. Possono essere realizzate Case della Salute a bassa, media o alta complessità.

Ad esempio, la tipologia della CdS “a bassa complessità” risulta essere più appropriata in un contesto nel quale s'intendono erogare i servizi di assistenza primaria propri dei Nuclei di Cure Primarie.

Questo può essere realizzato sia un piccolo Comune, sia nel quartiere di una città, coinvolgendo laddove possibile, anche più Nuclei di Cure Primarie. I servizi devono, pertanto, essere necessariamente organizzati secondo le dimensioni del nucleo e proporzionato agli utenti di riferimento. Conservando, tuttavia, sempre quelle funzioni o aspetti basilari precedentemente riportati.

Allora qual è la soluzione?

È necessario che la Regione Puglia si adoperi per l'adozione di linee guida per la progettazione e il funzionamento onde evitare un pericoloso e confuso “fai da te” a livello di Aziende Asl. (È da premettere che le linee guida costituiscono o possono costituire uno strumento operativo rivolto

a Pubbliche Amministrazioni, responsabili della programmazione e della pianificazione delle strutture socio-sanitarie sul territorio regionale e ai progettisti).

Le linee guida, e mi avvio alle conclusioni, non solo devono riguardare aspetti e compiti, ma devono contribuire anche e soprattutto alla riconoscibilità ed unitarietà progettuale e in particolare costruire un modello nel quale convivano diverse figure e profili professionali nella chiarezza dei ruoli e dei rapporti giuridici.

Si consideri che gli operatori che gravitano intorno ad una Casa della Salute sono regolamentati da numerose tipologie di contratti di lavoro (convenzione MMG, PLS e continuità assistenziale, dipendenza Dirigenza, dipendenza Comparto, convenzioni con specialisti ambulatoriali, operatori di aziende esterne, ecc.), per cui è indispensabile la chiara definizione delle linee di comando e delle relative responsabilità cliniche e gestionali anche considerando gli obblighi in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro, smaltimento rifiuti, ecc.

Le linee guida devono chiaramente individuare le figura responsabile della gestione complessiva della struttura così come avviene per i presidi ospedalieri ed i Dipartimenti Territoriali.

Per cui il funzionigramma e il relativo organigramma devono essere il più possibile esplicitati nei principi organizzativi delle linee guida che vanno assunte unicamente con una specifica Deliberazione di Giunta Regionale.

In definitiva ciò che è stato illustrato non è altro che la bozza (o appunto linee guida) di una proposta di criteri metodologici e normativi che parallelamente ad una serie di azioni da svolgere, attraverso cui orientare le scelte operative in relazione alle specificità del territorio e della complessità tipologica delle Case della Salute, devono diventare un punto di riferimento per il cittadino nell'erogazione del servizio di assistenza di base (intesa come prima emergenza) con attenzione anche ai problemi di carattere socio-sanitario.

Le scelte della Regione Puglia

Dott.ssa Elena Gentile*

(Assessore al Welfare Regione Puglia)

Grazie per questa ricca e colta riflessione che avete voluto socializzare con il livello istituzionale. Cade in un momento assai importante e altrettanto delicato della vita istituzionale e politica di questa regione. Ma altrettanto importante sarà il risultato di questa riflessione condivisa se riusciremo ad inquadrarla in un contesto certamente più complesso, il cui approccio è ineludibile se vogliamo raggiungere risultati, cogliere obiettivi, migliorare la qualità della partecipazione e anche la qualità della relazione tra parti sociali ed istituzioni. Io tengo moltissimo alla qualità delle nostre relazioni. In questi ormai lunghi otto anni d'esperienza istituzionale ho posto (e pongo) sempre grande attenzione, non a tenere viva una relazione formale e molto spesso spocchiosa, ma una relazione vera sui contenuti, sulle riflessioni, che ha dentro, che comprende il



*Bozza non corretta

senso vero della relazione tra le politiche, tra i territori, tra le persone, tra gli interessi nobili che dovremmo continuare a coltivare e sostenere. Cambia l'approccio del sindacato e questa è, come dire, una straordinaria opportunità per il sistema delle responsabilità; affronta, appunto, il nodo della condivisione, della partecipazione vera, non del confronto pur che sia, su temi che oggi non sono passati certamente in secondo piano, ma che devono essere calati in un contesto di discussione che tiene dentro la questione dei diritti: non solo e non tanto il diritto dei lavoratori che noi continuiamo a coltivare, ad accarezzare perché veniamo da una certa storia, bensì il tema del diritto dei diritti, della dignità che oggi, ancora più di ieri, si incontra e si intreccia con il sistema dei diritti e delle tutele dei lavoratori. E' molto interessante questo confronto. Io, come dire, lo inseguo e lo accarezzo perché per me è molto importante: è uno stimolo assolutamente decisivo per costruire passaggi importanti, scelte politiche, rivedere, ripensare o ricostruire intelaiature normative che abbiano dentro il senso di un percorso di cambiamento condiviso. Se viene meno questo collante di sensibilità, di passioni, anche il risultato perde quel retrogusto di grande emozioni che dà giustizia ai

tanti sacrifici personali, ad anni di lotte e di impegno. Insomma, dico questo perché la discussione di questa mattina, come dicevo, è colta, non di un sapere, diciamo, così, molto bacchettone, ma di un sapere che si cala dentro le vicende e la vita delle persone perché è questo il sapere che oggi ci serve. Ci serve nel momento in cui dobbiamo anche contrastare alcune opzioni politiche dalle quali purtroppo dipendono spesso anche i nostri destini. Quando a fronte della necessità di rimettere in ordine i conti dello stato si procede con la logica dei tagli lineari, decapitando la spesa in alcuni settori tipo il welfare e la sanità, vuol dire che non si è capito che quella non è una spesa improduttiva: è, invece, uno straordinario investimento perché il benessere - e parlo ovviamente di benessere, non di salute in senso stretto - il benessere, dicevo, è veramente il requisito per cui una società possa dirsi evoluta e possa creare le precondizioni per uscire anche dalle difficoltà economiche. Insomma, chi pensa che un euro speso sul sociale sia oggi una voce di capitolo da eliminare è fuori dal mondo, è fuori dal presente e ancora di più è fuori dal futuro. Noi abbiamo subito in questi ultimi anni una vera e propria decapitazione, non solo (e non tanto)

rispetto alle risorse quanto, e soprattutto, rispetto alla condivisione di una scelta, di un'opzione per il presente e per il futuro. E' accaduto in maniera violenta per la struttura sociale. Altrettanto importante, forse non ancora percepita nella la sua gravità, per la spesa non appositamente sanitaria. Oggi dobbiamo fare i conti con un sistema che va profondamente rivisto e rivisitato e che non può non essere accompagnato dalla buona politica, non può non essere accompagnato dalla buona pratica sindacale. Buona pratica sindacale che diventa fondamentale quando oggi, banalizzo, siamo costretti a fronteggiare gli isterismi dei municipi, come accade quando un sindaco, e sfortunatamente non è uno solo, pone la bandiera dell'identità della propria comunità sul tema della sopravvivenza del suo ospedale. Ma parliamo di piccoli ospedali di 30, 40, 50 posti, che non sono solo inutili ma anche dannosi. Un sindaco, con il quale qualche settimana fa ho sfiorato la colluttazione fisica, mi dice: "Nella mia città non si potrà più nascere e neppure morire". Ho pensato ai nostri ragazzi che sono figli del mondo, che non hanno più barriere, frontiere. Oggi che abbiamo dentro questa grande proiezione che ci fa considerare per davvero il particolare come,

questa sì, una zavorra, un costo per la vita delle persone, noi dobbiamo ancora confrontarci con una cultura piccola piccola: il campanile della chiesetta, dell'ospedale, dei riti, delle cerimonie, delle congreghe municipalistiche. Invece, a fronte di questa cultura, chiamiamola così, noi dobbiamo dispiegare l'idea moderna, vivace, creativa, accattivante, di un livello di presa in carico delle persone che poi sia capace di dare per davvero la stragrande maggioranza di risposte, di soddisfazione dei bisogni, di benessere per la comunità. Allora, per fare questo, le istituzioni non possono essere sole perché è un confronto difficile, la strada è impervia. Più facile se su questo tema, invece, costruiamo una grande alleanza con le parti sociali, con i cittadini e le cittadine, motivando le ragioni di una scelta, cercando di mostrare modelli, tornando ai temi di oggi, come luoghi dove riospitare: è molto bello questo passaggio, evoca l'idea dell'accoglienza, della buona accoglienza di cui noi italiani siamo storicamente portatori. La presa in carico, cioè, della molteplicità delle esigenze che attengono non solo la presenza di malattia ma, anche, le difficoltà di vivere - in un momento così difficile- sia nelle grandi come nelle piccole città. Questo è lo sforzo che dobbiamo

comunque fare, rispetto al quale però qualche traccia importante è stata già realizzata e qui rappresentata. Io ho voglia di socializzare non solo queste nostre riflessioni o i nostri spunti normativi, ma anche le prime importanti esperienze che stiamo realizzando sul territorio e che danno ragione alla riflessione del professore, che danno ragione a chi come la UIL, come Rocco (Matarozzo ndr), da tempo, insiste sulla necessità di costruire perimetri altri che siano molto lontani dall'idea di una sanità esclusivamente ospedaliera. Voglio dire che in questi anni qualche seme lo abbiamo piantato in un terreno, devo dire, per molti versi attento, ma anche per molti versi assai ostile perché comporta cambiamento. E noi sappiamo che quando si mettono in discussione le abitudini, il cambiamento spaventa, disorienta. E, purtroppo, disorienta non solo e non tanto i cittadini e gli utenti quanto disorienta la platea degli operatori del sistema, ed io sono tra questi benché temporaneamente prestata all'istituzione politica. E' una temporaneità che dura da parecchio tempo, ma è pur sempre temporanea. Operatori del sistema i quali hanno consolidato riti, abitudini, privilegi che una politica e un sindacato capaci di guardare al futuro devono oggi mettere in

discussione. Banalizzo, ma lancio una pietra nello stagno: oltre il 30 per cento della platea dei lavoratori di sanità gode della 104 e gode delle limitazioni. Un diritto sacrosanto, oggi, in qualche circostanza, diventa un privilegio e forse anche, perdonatemi!, un abuso. Questo mette in difficoltà il sistema. Questo costruisce davvero un diaframma rispetto, invece, alle necessità di riarticolare meglio il lavoro delle persone, di dare qualità al lavoro delle persone, di restituire anche il senso dell'orgoglio e dell'appartenenza ad un sistema pubblico che deve declinare un diritto non solo perché è così accademicamente sancito da quei fogli, ormai troppo ingialliti, ma perché ha un modo di pensare, ha una cultura che è la nostra. Allora qui scatta per davvero la passione con la quale ci dobbiamo impegnare tutti rispetto al percorso. Io sono molto consapevole delle difficoltà che avremo dinanzi a noi. Stiamo per uscire dal piano di rientro; alzo le mani al cielo; lì ci sarà un Dio! voglio dire, che spero ci sia qualcuno o qualcosa a cui rivolgersi per poter auspicare che il 23 di Luglio venga definitivamente licenziato quel piano operativo per il prossimo triennio, che ha già dentro molte delle cose che questa mattina, con grande efficacia, sono state messe alla nostra attenzione.

In quel piano operativo noi possiamo costruire l'idea che in questa regione, chiusa la partita degli ospedali della quale oggettivamente non ne possiamo più, si possa spostare l'attenzione sull'idea di territorio che è stata illustrata brillantemente. Io non voglio tornarci perché condivido completamente e fino in fondo le relazioni, ma voglio quei luoghi in cui, quando si prende in consegna una persona, non le si guarda solo il fegato o le si fa l'ecografia perché è inappetente e poi arriva una cascata di farmaci molto spesso inutili e molto spesso dannosi. Probabilmente quella persona ha un problema che va oltre una colecisti un pò ingrossata o una banale gastroduodenite. Ha, cioè, un problema suo di vita, di relazioni; ha un problema di sopravvivenza e di inserimento nel mondo del lavoro, soprattutto, se è già portatore di fragilità, se è già un soggetto vulnerabile. Allora in un luogo, come dire, dove ci si sente ospiti probabilmente possiamo creare le condizioni perché questa presa in carico sia per davvero integrata ed integrale; ed allora rilancio una pietra. Io sto scompaginando l'idea di riabilitazione psichiatrica, un modello oramai superato, troppo vecchio per una adolescente come me. Sto scompaginando! Già durante la

precedente esperienza assessorile - mi riferisco alla mia esperienza bellissima alle politiche per il lavoro - avevo introdotto il tema dell'accompagnamento al lavoro delle persone fragili e vulnerabili. Io mi immagino una casa della salute che abbia anche un luogo dove promuovere politiche attive per il lavoro. Io mi immagino una casa della salute dove costruire, per davvero, la filiera della presa in carico che accompagni fino all'ultimo step la persona. Io mi immagino - e qualche esperienza ce l'abbiamo - un prototipo. Uno, due, tre, quattro, cinque li abbiamo già messi in piedi; a quel prototipo, vivendo quell'atmosfera, possiamo anche dare un taglio ancora più evidente di quello che sarà lo sforzo di questi mesi: socializzare la medicina.

Io non ho voluto nella definizione della mia delega la parola sanità, non c'è. Andate a vedere: io sono assessore al welfare. E questo non va letto banalmente perché, attraverso la definizione, si lancia il segnale di un approccio culturale differente. Io mi immagino di accompagnarvi insieme a voi, insieme a quelli che vorranno condividere questa sfida, nei prossimi mesi. Non abbiamo moltissimo tempo perché la legislatura finirà naturalmente tra meno di due anni, quindi,

quello è il tempo che ci resta, che abbiamo per mettere a sistema i passaggi, per validare modelli e per riproporli con grande velocità. E' il tempo di segnare il ritmo del nostro lavoro per prossimo il futuro, ma partendo da oggi, da subito, perché noi siamo portatori di questa cultura, siamo capaci di agire su alcuni elementi, alcuni percorsi che, perdonatemi, altri nel passato non sono stati in grado di promuovere. Nel 2005, loro lo sanno, Aldo, Rocco, avevamo poco e nulla. Era una regione tutta votata all'idea di welfare assistenziale, di compassione, di carità, di monetizzazione del bisogno. Oggi ci presentiamo con un lavoro certamente non concluso, ma siamo dentro un grande cantiere che abbiamo avviato da tempo e molte cose le abbiamo realizzate. Abbiamo creato le condizioni affinché, successivamente, alcuni passaggi potessero essere assolutamente attuati. L'aver intercettato anche la possibilità di spesa - mi riferisco ai FAS -, non è stato un gioco da ragazzi. E' stato ripeto importante. Oggi possiamo finalmente dire che quegli ospedali chiusi, finalmente chiusi, stanno acquisendo un'altra morfologia, un'altra aspettativa. Oggi in quegli ospedali garantiamo i

servizi per le persone non auto sufficienti; abbiamo attivato le residenze sanitarie assistite per gli anziani non autosufficienti. Persino per i disabili gravi e gravissimi dai 18 ai 65 anni: un modello! Contemporaneamente, in questi ultimi mesi, - non ne abbiamo parlato molto – abbiamo affrontato mille emergenze e, mentre pensiamo a questo modello di sanità, con “l'ambulanza” salviamo 300 lavoratori della riabilitazione psichiatrica; con “l'ambulanza” salviamo altri 1200 lavoratori di una grande esperienza privata del territorio; con “l'ambulanza” accorriamo e mettiamo in ordine l'assistenza del trasposto oncologico ai pazienti di Taranto. Cioè, in questo momento che deve essere di programmazione serrata, siamo stati e siamo costretti ad assolvere anche al compito di salvare le famiglie di questa regione e a dare sostegno al loro reddito. Lo dico aprendo una parentesi che chiudo rapidamente. Purtroppo siamo al paradosso: mentre pensiamo a questo piano operativo “tutto cuore” temiamo il momento in cui suonerà la “campanellina” del ministero dell'economia, del “ragioniere” che deve dettare la linea delle scelte politiche per il benessere. Ma i paradossi continuano. Allora abbiamo colto un obiettivo

importante e voglio pubblicamente ringraziare Fabrizio Barca già ministro della Repubblica; l'unico con il quale siamo riusciti a ricostruire una speranza per il futuro. Grazie a lui, venuto in Puglia, ha guardato il modello che avevamo già costruito del FESR, quello dei buoni di conciliazione che tengono dentro anche i servizi di integrazione socio-sanitaria da noi iscritti.

Riusciremo a dare una grande accelerazione, non solo in termini percentuali, - perché poi il metro con cui si misurano le politiche sono le percentuali anche se non sempre funziona così – bensì daremo davvero un' accelerazione a quell'idea di ospedale a casa, di posto letto a casa ed, è la nostra più grande ambizione, a quella di umanizzare, personalizzare sempre di più la presa in carico dei pazienti. Il giorno 11 è saltato l'appuntamento, ma dovevamo incontrare i rappresentanti del ministero per la definizione nell'ambito del PAC, delle risorse dell'assistenza domiciliare integrata. Ma sapete di quale ministero? Del ministero degli interni. Ma io devo fare l'assistenza domiciliare con i poliziotti, con il commissario di polizia, con il prefetto, con i questori? Con loro, proprio per una questione culturale, di competenze, è più giusto parlare di

ordine pubblico che di organizzazione del welfare, di risposte ai bisogni della salute. E' una parentesi che ho aperto proprio per dirvi quanto è stato difficile. I temi di oggi sono veramente interessanti; li faccio miei con l'impegno di vedere, professore (Gaetano Veneto, ndr), in maniera assolutamente scevra, quello che oggi noi possiamo fare. Può essere una delibera di giunta, un addendum del piano operativo, perché il piano operativo è la nostra legge. Noi abbiamo un piano, dobbiamo fare quelle cose: più risorse al territorio, meno risorse agli ospedali, più domiciliarità, più integrazione socio sanitaria, più lavoro nel tema dell'integrazione e del personale. Questa è la mappa di questi prossimi lavori; qua dentro caliamo il ragionamento che oggi ci è stato proposto e che il professore ha confezionato opportunamente per la politica, cercando il percorso più semplice ma, consentitemi, anche più rapido. Il tempo non è una variabile occasionale. Il tempo oggi è un elemento strategico. Non siamo più nelle condizioni di perdere tempo (anche se forse non lo siamo mai stati), ma prima la politica si attardava tra i riti e i no?! Oggi dobbiamo costruire il resto e lo dobbiamo fare nel minore tempo possibile. Lo dobbiamo fare oggi alzando un muro che tenga confinata la

“bulimia” di chi ha sempre e solo coltivato la cultura dell'ospedale - perché chi è portatore di quella cultura è “bulimico”, è straordinariamente “bulimico”, salvo poi a non ripensare ai propri modelli organizzativi -.

Professore, noi in Puglia abbiamo un grande numero di macchine importanti: tac, risonanza, tac a spirale, ecc.. Tutte queste “diavolerie” sono pari a quelle dell'Olanda che, però, da noi funzionano solo tre ore al giorno: è come avere una Ferrari e andare a 30 all'ora. Compra una bicicletta elettrica e fai prima: spendi meno e hai un risultato migliore. Allora dobbiamo puntare l'obiettivo su come riorganizzare il lavoro dentro i nostri ospedali. Aldo (Pugliese ndr), è una battaglia che dobbiamo fare e dobbiamo farla insieme, perché non è più consentito a nessuno di attardarsi su modelli organizzativi che sono fuori dal tempo e fuori dal mondo. Oggi i cittadini ci chiedono questo: efficacia, efficienza dei servizi delle prestazioni e anche tanta e nuova umanità. Su questo penso che possiamo ricostruire, riconnettere una grande relazione tra le parti sociali, il sindacato, la Uil e la politica. Su questo terreno come sempre sono pronta a lavorare. Grazie

Intervento:

Dott.ssa Silvana Melli

(Direttore sanitario ASL Bari)

Ho avuto la fortuna di trovarmi a svolgere il ruolo di Direttore Sanitario dell'ASL BARI avendo come Direttore Generale il dr. Angelo Domenico Colasanto e come Assessore la dr.ssa Elena Gentile, due professionalità che mi conoscono da molto tempo, con i quali condivido gli obiettivi che animano il mio lavoro quotidiano e, posso dire, che stò lavorando con serenità.



Non è facile organizzare un territorio in cui vi sono 1.239.000 abitanti, 14 distretti e quindi 14 Direttori di Distretto, di derivazione professionale differente e di indole anche differente l'uno dall'altro.

Credo che sostanzialmente vada cambiata la formazione dei Direttori dei Distretti Socio Sanitari che deve essere una cultura globale, trasversale proiettata verso una dimensione socio sanitaria a rilevanza sanitaria, ma con la consapevolezza dell'importanza di tutti i determinanti di salute che

influenzano necessariamente l'ambito territoriale nel quale operare per il benessere dei cittadini, quindi una cultura non esclusivamente o prevalentemente orientata a tecniche manageriali di "bocconiana ispirazione", ma una cultura che abbia cognizione dell'importanza della promozione della salute, del benessere organizzativo nel proprio ambito lavorativo, di che cosa voglia dire il termine "Città sane".

Occorre che il direttore di distretto socio sanitario sia una figura che è nel territorio con le associazioni, i sindacati, con la gente; deve permearsi degli stimoli provenienti dal territorio, deve fare come una spugna deve assorbire tutto quello che il territorio gli dice, gli suggerisce e dopo organizzare i servizi.

Questa è sempre stata la mia modalità di lavoro prima in qualità di Direttore di distretto e devo dire che la modalità non è cambiata, ancora oggi che mi trovo a svolgere il ruolo di Direttore Sanitario.

In questi ultimi 10-11 mesi, a partire dal giorno della mia nomina, ho potuto ascoltare molte associazioni, le singole persone, i pazienti fragili, i sindacati e da qui sono partita per elaborare il nuovo modello organizzativo del territorio, un

modello che parte del bisogno e non parte della “mera sistemazione” di operatori, dirigenti e/o direttori.

Non avendo esperienza diretta della Asl di Bari, potevo essere tratta in inganno dall'autoreferenzialità di taluni professionisti, soprattutto territoriali, d'altronde le Università non danno nozioni di comunicazione, concertazione, lavoro d'equipe, di contro ci formano all'individualismo, non ci danno elementi formativi di “governance”, di gestione di sistemi complessi, o di come esercitare la propria leadership.

Il Direttore di un Distretto Socio Sanitario dovrebbe essere dotato di buon senso ed avere la capacità di esercitare la propria leadership al momento opportuno, deve saper motivare gli operatori assegnati alla sua macrostruttura e pur tenendo conto delle normative vigenti, dei vincoli economici e della necessità di razionalizzare risorse finanziarie e di personale, attraverso tutti gli strumenti sopra esposti deve riuscire ad analizzare tutte le risorse a disposizione anche se scarse. Nonché gli strumenti tecnici presenti ed armonizzare il tutto in modo tale da riuscire a potenziare comunque il territorio, anche avvalendosi di risorse provenienti da altri settori

afferenti al medesimo territorio.

Ripeto, occorre agire come una buona massaia, una brava donna di casa e cercare di dare il massimo con le risorse a disposizione; se a questo si aggiunge la capacità di motivare il proprio personale dando risalto e responsabilità a tutti a cominciare da colui che apre la porta e accoglie la mattina l'utente nell'ambito del distretto, avremo un'opportunità in più di raggiungere i nostri obiettivi.

Nella fattispecie a fronte del disagio intercorsi a seguito della chiusura di ben 7 ospedali su 15 la Direzione Strategica della ASL BARI ha cercato di motivare i colleghi ospedalieri provenienti dai presidi chiusi, dando loro delle “chances” di operatività e di qualità sul territorio nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, nell'ambito di una struttura dipartimentale definito di assistenza primaria ed Intermedia.

Il termine assistenza primaria comprende tutto: prevenzione, promozione della salute, consultori, che in questo ambito territoriale barese sono stati molto abbandonati.

Quindi assistenza primaria che si occupa dei bisogni sanitari e socio sanitari della persona fino alla porta dell'Ospedale, intermedia è appunto

l'assistenza che indica le strutture a cui fare riferimento in alternativa all'assistenza domiciliare, quindi strutture semiresidenziali e residenziali, a cui ci si rivolge in determinate condizioni di salute dell'utente o in condizioni di abbandono familiare.

Il potenziamento dell'ADI è fondamentale e sono certa che per l'Assessore, questo sarà un punto, del suo mandato assessorile, di fondamentale importanza.

Gli stimoli sono già pervenuti dall'Assessorato al Welfare alle Direzioni Generali affinché potenzino gli organici degli infermieri da dedicare all'ADI, le indicazioni date sono state non meno di 30 infermieri a Distretto .

Noi alla ASL di Bari abbiamo pensato di realizzare un modello di assistenza ADI misto, non meno di 20 - 21 infermieri dipendenti, e attraverso una gara saranno garantire un'ulteriore quota di 50 di unità infermieristiche disponibile sulle 24 ore di assistenza domiciliare e quindi da dedicare soprattutto ai pazienti fragili. In tutto si arriverebbe comunque quasi ai 30 infermieri per Distretto previsti dalla Regione.

Nel nuovo modello organizzativo dipartimentale abbiamo pensato alla prevenzione delle

cronicità, e quindi al monitoraggio delle tre principali malattie croniche, che oltre ad essere le più frequenti, sono anche quelle che incidono di più sui costi sanitari ed erano quelle che generavano ricoveri inappropriati negli ospedali chiusi e riconvertiti. Parliamo del diabete, della BPCO e dello scompenso cardiaco. Sono tutti followup (monitoraggi) che noi sistematicamente svolgeremo in tutto il territorio della ASL barese ed in modo uniforme, ciò è perchè a livello di Dipartimento sono state strutturate unità operative semplici dipartimentali che potranno governare la domanda al di là della capacità organizzativa del singolo Direttore del Distretto e non ci sarà differenza tra Altamura e Bitonto. Saranno uniformemente distribuiti e attivati i DAY service del Diabete, uno specialista referente aziendale coordinerà su tutto il territorio il Day service del Diabete, dello scompenso e così via. Il modello quindi garantirà assistenza nelle principali malattie croniche che possono essere gestite in modo ottimale a livello ambulatoriale.

Al Dipartimento di assistenza primaria ed intermedia afferisce anche l'assistenza domiciliare ai soggetti fragili e ad elevata

complessità assistenziale.

Per garantire uniformità anche sul versante della domiciliarietà, il territorio barese è stato organizzato in quattro macroaree, che prenderanno in carico soprattutto pz. fragili e complessi e di fatti le strutture semplici (una per macroarea) prendono il nome di Unità Operative della fragilità e complessità assistenziale.

Con tale modello si spera di garantire uguale assistenza non solo ai pazienti SMA, ma anche ai pazienti SLA, a tutti i pazienti con fattori peggiorativi del proprio stato di salute fino al coma.

Tutto ciò dove c'è sostegno familiare, perchè il modello si basa sul sostegno familiare spinto al massimo adeguatamente supportato da specialisti, molti dei quali transitati dall'ospedale al territorio.

Tra questi anche anestesisti che sul Territorio diventano sono una grande risorsa anche per la gestione del dolore e quindi la ASL Ba si stà preoccupando di applicare una legge disattesa nei fatti, la legge 38, poco applicata, in ospedale quasi niente nel territorio .

Quindi sostegno alla famiglia, naturalmente si spera poi con i fondi di coesione che potremo essere supportati da apparecchiature di tele

monitoraggio a distanza collegati con gli ospedali e quindi migliorerà l'efficienza e l'integrazione, ospedale – domicilio- distretto.

La ASL Bari crede molto in questo modello di assistenza e lo abbiamo creato rispettando le direttive regionali ed i numeri che ci venivano chiesti nell'ambito dei limiti del Piano di Rientro e speriamo che entro dicembre, lo stesso vada a regime e possa meglio essere percepito dagli utenti afferenti a questa ASL....nel complesso e rispettare i piani di rientro. Grazie

Conclusioni

Romano Bellissima

(Segretario Generale UIL Pensionati)

Molto brevemente, perché credo che la giornata sia stata piena di spunti di riflessione, piena di cose anche molto interessanti e dunque siamo tutti un po' stanchi e abbiamo la testa colma di idee e sollecitazioni.

Voglio comunque dire che ancora una volta la Uilp di Puglia ha posto all'attenzione e al dibattito temi assolutamente nazionali, che riguardano l'intero Paese e che dagli interventi sono venuti ragionamenti e proposte davvero di



valore e di spessore. D'altra parte, non ci si poteva aspettare diversamente considerando le personalità coinvolte: il professor Dalla Mura, il professor Trimarchi, il professor Veneto, con la sua équipe, con cui mi voglio complimentare per il lavoro egregio svolto, che apre a prospettive di collaborazione anche molto importanti con il sindacato. Né ovviamente voglio dimenticare gli altri interventi, a partire da quello della dottoressa Gentile, di Rocco e di Pugliese, che, come è sua

abitudine, ci ha richiamati alla necessità di essere sempre attenti al merito delle cose.

Le considerazioni fatte oggi, ripeto, sono state tutte molte interessanti e davvero non credo di essere all'altezza di fare le conclusioni al dibattito, anche culturale, che si è sviluppato.

Però, sono forse un po' veterosindacalista, ma vorrei anche dire: attenzione, che mentre il medico studia, l'ammalato muore! Abbiamo bisogno di riflessioni, di idee nuove in grado di affrontare i problemi nuovi che i cambiamenti della società ci pongono, ma anche di decisioni veloci, di atti concreti, perché la gravità della crisi porta con sé una accelerazione delle difficoltà e un imbarbarimento della società.

Si comincia a non ragionare più dei bisogni reali delle persone, ma dei costi necessari per soddisfare questi bisogni. Ad esempio, quanto costa alla collettività mantenere un anziano malato, solo, non autosufficiente? È questa la domanda che comincia a circolare nel nostro Paese, in cui si sta perdendo il senso della solidarietà, dell'equità, della condivisione.

In Italia abbiamo raggiunto un livello di disuguaglianza che non ha confronto con le altre grandi nazioni europee. E di questo ci dobbiamo tutti preoccupare. Un Paese che consente al 10% della popolazione di detenere il 50% dell'intera

ricchezza nazionale in un momento di così grave crisi è un Paese che non si vuole interrogare sui veri problemi e che non assume le decisioni necessarie a uscire dalla situazione drammatica in cui ci troviamo.

Non ci si venga a spiegare che stiamo facendo miracoli per dare lavoro ai giovani, perché sono stati previsti una serie di sgravi e incentivi. Ma cosa se ne fanno le aziende di lavoratori da assumere a condizioni vantaggiose quando non hanno a chi vendere i loro prodotti? Quando crolla la domanda? Quando non c'è più mercato? Sono crollati i consumi. Hanno chiuso le aziende. Poi hanno chiuso anche i negozi. Anche in questo momento, mentre sto parlando, c'è una qualche impresa in qualche parte d'Italia che sta chiudendo.

E questo è accaduto per decisioni sbagliate prese dai nostri Governi e Parlamenti e dall'Unione europea.

Si deve invertire rapidamente questo processo, interrompendo politiche di rigore a senso unico; restituendo potere d'acquisto a lavoratori e pensionati; promuovendo l'occupazione, il lavoro e il credito, soprattutto alle piccole imprese schiacciate dalla stretta del credito bancario; combattendo la corruzione, il malaffare e la criminalità organizzata; riformando la spesa

pubblica e riducendo drasticamente i costi della cattiva politica; contrastando con efficacia l'evasione fiscale; diminuendo le tasse sul lavoro e sulle pensioni, ridistribuendo così la ricchezza.

Senza questi interventi, le difficoltà del nostro Paese sono destinate ad aumentare, le attività economiche e produttive a declinare, la povertà e la disoccupazione a crescere. E le persone anziane sono destinate ad essere considerate sempre di più un peso, soprattutto se malate, sole e magari anche povere.

E questo è un errore gravissimo. In una società che invecchia, in cui il numero delle persone over65 aumenta, le persone anziane non possono essere tenute ai margini, deprivate o colpevolizzate. Dobbiamo far sentire la loro voce e riorganizzare tutto il sistema, valorizzando le persone anziane e il loro contributo alla vita sociale ed economica del Paese e prendendoci cura di quanti sono in difficoltà.

Dobbiamo reagire. Ci vuole un sussulto di orgoglio nazionale. Bisogna cambiare profondamente le politiche economiche, finanziarie e sociali per rilanciare la crescita, lo sviluppo, l'occupazione.

In questo contesto, dobbiamo inserire la difesa e il rilancio del welfare state (che può essere occasione di sviluppo e di creazione di posti di lavoro); la difesa e il rilancio della sanità pubblica

(contrastando corruzione, sprechi, inefficienze, inapproprietezze, ma difendendone i principi di equità, partecipazione, universalità e valorizzandone le professionalità); la difesa e la promozione della spesa sociale (anche in questo caso correggendo le storture, ma difendendo i principi).

L'integrazione socio sanitaria è un tassello molto importante di questo ragionamento, serve per razionalizzare il sistema, l'offerta e la rete di servizi, per andare incontro ai bisogni dei singoli cittadini, che necessitano di risposte il più possibile mirate e specifiche.

Solo così potremo affrontare in modo efficace anche il dramma della non autosufficienza. Oggi non ci riusciamo. Oggi una persona non autosufficiente, se non può stare a casa – perché non ha nessuno che la possa accudire, o non ha i soldi per una badante, o ha una situazione psicofisica troppo grave – in molti casi e in molte Regioni finisce in ospedale, con costi altissimi per la collettività e scarsa soddisfazione per il paziente, oppure finisce in strutture che, anche quando non sono luoghi di contenzione e sofferenza, sono comunque luoghi dove è difficile proseguire una esistenza degna di essere vissuta.

Oggi si corre il rischio che l'offerta di sanità privata si ampli. Con due innegabili effetti negativi, tra gli

altri. Uno ovviamente, sul fronte dell'equità ed universalità, perché i costi delle prestazioni nel privato sono tali che non tutti possono accedervi. L'altro sul fronte della creazione artificiale di domanda.

Non vorrei sembrare veterocomunista, ma mi sembra che oggi nel privato si crei artificialmente una domanda di salute, di prestazioni mediche per ottenere una risposta che produce finanza, business, profitto. Ci si rivolge a una struttura privata, ad esempio per effettuare un piccolo intervento, magari perché i tempi di attesa nel pubblico sono proibitivi o perché l'accesso alle strutture pubbliche è complicato e faticoso, e cominciano a moltiplicarsi le visite ai vari specialisti, al costo di 300, 400 euro l'una, senza un reale motivo. Analoga cosa si ripete dopo l'intervento. Si potrebbero in realtà razionalizzare e ridurre le visite e gli esami, così come si potrebbero ridurre i giorni di ricovero, ma non lo si fa perché producono profitto.

Ecco perché dobbiamo difendere il pubblico, perché il pubblico non ha come obiettivo il profitto. Deve – o meglio dovrebbe, perché purtroppo non è sempre così e anche il pubblico ha le sue distorsioni – essere efficiente ed efficace, puntare all'ottimizzazione dei costi e alla razionalizzazione della spesa, al rapporto ottimale tra qualità e costo

della prestazione, ma non deve produrre profitto. Ci sono dunque molte cose da correggere e ha ragione il professor Trimarchi quando ha proposto una cultura dell'innovazione e ha illustrato cosa bisogna cambiare anche nei nostri comportamenti. La cosa essenziale è che dobbiamo acquisire la consapevolezza di essere cittadini di uno Stato democratico, cittadini che hanno dei diritti. E questi diritti vanno esercitati, senza eccesso di deleghe, né ai sindacati, né ai partiti. La partecipazione dei cittadini serve per impedire alla politica di proseguire nella degenerazione che ci ha portati al punto in cui siamo.

Serve un cambiamento radicale del nostro approccio e dell'approccio della politica e delle istituzioni, perché altrimenti corriamo davvero seri rischi.

Non è vero che mancano le risorse per fare le riforme necessarie. Manca la volontà, la volontà di eliminare privilegi e di smantellare un sistema che produce guadagni, più o meno leciti. Questo è il vero problema e noi dobbiamo batterci per adottare un sistema trasparente e in grado di soddisfare i reali bisogni dei cittadini, a partire dai più fragili, malati, in condizioni di bisogno.

Ripeto, ci sarebbe molto da dire sulle tante osservazioni, riflessioni, considerazioni che sono state fatte oggi, molte delle quali ampiamente

condivisibili. Ho anche apprezzato gli sforzi dei rappresentanti delle istituzioni intervenuti. Non si può infatti dire che tutti i politici sono uguali. È un ragionamento che porta alla rovina, alla fine della democrazia. Vanno invece apprezzate le differenze tra chi, pur con tutti i limiti che può avere, si batte per tentare di affermare idee e per rispondere alle esigenze dei cittadini e chi invece agisce per costruire ragnatele di potere e di interessi.

Mi auguro che il mio sindacato continui a sostenere con impegno queste proposte. Spero che dalle riflessioni di oggi possiamo trarre anche spunti a livello nazionale. Appena Rocco ci farà avere gli atti e la documentazione, come Segreteria nazionale faremo sicuramente una riflessione su come continuare a portare avanti queste idee, con l'obiettivo di farle diventare realtà concreta.

Per concludere, voglio dire che se in Puglia qualche passo avanti è stato fatto, mi piace pensare che è stato fatto anche grazie all'impegno della Uilp e della Uil di Puglia, al loro ruolo continuo di pungolo e stimolo.

Rassegna stampa



Uil pensionati all'assessore «Sanità più efficiente con la persona al centro»

■ «Per rendere da subito più efficiente la sanità in Puglia abbiamo necessità di un cammino comune col sindacato e col mondo accademico, a cui chiedo una mano». Così l'assessore regionale al Welfare **Elena Gentile** ha risposto a domande e proposte nel corso del seminario su «Dalla persona alla persona per una reale integrazione socio-sanitaria in Puglia»: organizzato a Bari dalla Uil Pensionati di Puglia e dall'Ada, Associazione dritti dell'anziano. Questione nodale, per gli organizzatori: invertire la tendenza e di far tornare la persona al centro delle scelte della Regione Puglia. Nel criticare la «cultura ospedalocentrica che fa leva su campanilismi che alimentano un costoso e spesso corrotto sistema di baronie e primariati» il sindacato ha chiesto «una diversa organizzazione e concezione del servizio, un modo diverso di dare risposte ai bisogni, trasferendo più risorse verso il territorio e verso la prevenzione, puntando su una migliore qualità della vita». L'assessore Gentile ha risposto che non solo sta lavorando in questa direzione, ma che sta combattendo contro le barricate spesso sollevate da sindaci e personale medico e paramedico: «Le piante organiche saranno comunque riviste - ha concluso l'assessore - L'obiettivo finale resta l'efficienza».

Appello all'assessore Uil pensionati: univocità in Sanità e Servizi sociali

■ «L'accorpamento degli assessorati alla Salute ed ai Servizi Sociali è una opportunità da sfruttare e non un modo ulteriore per consentire alle burocrazie regionali di fare il bello ed il cattivo tempo andando avanti per la propria strada, come se non ci fosse alla guida un solo assessore»: è questo in sintesi il senso di una delibera approvata alla vigilia della sosta ferragostana dal Comitato Esecutivo della Uil Pensionati di Puglia e di Bari.

In sostanza, la Uilp chiede al governo regionale di intervenire affinché in tema di Salute e Servizi sociali si proceda finalmente su una strada univoca, fuori da palesi contraddizioni che ancora oggi caratterizzano il lavoro su temi di fondamentale interesse per la popolazione pugliese ed in particolare per le sue fasce più deboli.

«Troviamo quanto meno contraddittorio -afferma il sindacato - che da un lato l'assessore Gentile invochi collaborazione per rivoluzionare il welfare pugliese e dall'altra si continui a procedere con il tradizionale Piano Sociale Regionale a cui sarà contrapposto, entro il 10 settembre, il Piano Sanitario Regionale o, come si chiama adesso "Piano operativo di riqualificazione del sistema sanitario pugliese". Incomprensibile, considerato che ogni sforzo deve invece essere proteso alla realizzazione di una nuova normativa in tema di sociosanitario»
Il prossimo passo, dunque, è un confronto con la Regione: «Esporremo e consegneremo il documento approvato - spiega il segretario generale della Uilp di Puglia e di Bari, **Rocco Matarozzo** - in occasione del prossimo incontro sulla disamina del Piano Sociale Regionale. E nostra ferma intenzione stigmatizzare le scelte contraddittorie, richiamando l'attenzione sulle scelte deleterie di quella parte della burocrazia regionale sempre tesa all'autoreferenzialità».

