

## **“Per una svolta nella sanità territoriale”: le proposte di Spi, Fnp e Uilp di Puglia**

### **Premessa**

Spi, Fnp e Uilp di Puglia, unitamente alle rispettive Segreterie Confederali, da tempo sono impegnate nel rivendicare per la popolazione anziana in particolare, la costruzione di un sistema socio-sanitario integrato di cura e di assistenza, orientato sulla centralità della persona e sulla sua unicità. Da sempre hanno stigmatizzato, le scelte politiche meramente ragionieristiche del nostro sistema sanitario e di Welfare regionale e nazionale, che in nome dei piani di rientro e del taglio alla spesa sociale, hanno depauperato a livello strutturale e di risorse umane il nostro sistema sanitario regionale ed i servizi di assistenza e di cura. La crisi del sistema sanitario pubblico, da sempre modello di riferimento per molti paesi europei, incardinato sui valori dell'universalismo e dell'uguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso alle cure e nella tutela del diritto alla salute, ha impattato pesantemente sui cittadini tutti, in particolare sui più fragili in salute e più deboli sul piano economico e sociale fra questi, gli anziani e le persone affette da patologie croniche.

L'inadeguatezza del nostro sistema sanitario pubblico, è emersa in modo evidente con la drammatica emergenza sociosanitaria determinata dalla diffusione del Covid-19, i cui effetti virulenti sono esplosi con un impatto devastante nelle residenze per anziani, case di riposo e RSA, anche in Puglia, nonostante le insistenti denunce e le richieste di interventi urgenti da parte delle OO.SS. e delle categorie dei pensionati in particolare. La perdita di tante vite ha lasciato segni profondi sul piano psicologico fino a rischiare una pericolosa frattura generazionale.

**SPI, FNP e UILP di Puglia**, intendono rivendicare, in questa nuova fase post-emergenziale che si sta avviando, un ruolo propositivo e partecipativo degli anziani, quali **soggetti attivi e generativi della ripartenza**.

Le ormai note criticità del nostro sistema sanitario pubblico, impoverito in questi anni di aziendalismo esasperato, di risorse e di addetti sono state oggetto di riflessioni e proposte, di confronto e di scontro con le Istituzioni Nazionali e Regionali, per la tutela del benessere della nostra società, a partire dalla **salvaguardia del nostro sistema sanitario pubblico**. Inoltre, è stata riconosciuta finalmente come prioritaria la necessità di interventi strutturali in grado di **riequilibrare l'assistenza sanitaria sul territorio**, finora appiattita su un approccio "ospedalocentrico", rivelatosi peraltro insufficiente a sostenere l'impatto del Covid-19.

Sono state evidenziate ancora una volta le **persistenti carenze dell'integrazione sociosanitaria**, che avrebbe dovuto qualificare i servizi sociali e sanitari, in particolare **l'assistenza domiciliare agli anziani ed ai disabili**.

Serve un profondo cambiamento del sistema delle cure per i pazienti affetti da **cronicità**, quelli che venivano evocati come "**anziani con patologie pregresse**" nei bollettini giornalieri dei deceduti a cura della Protezione Civile.

Un cambiamento nel sistema di cura che passa attraverso **la presa in carico del paziente**, così come indicato dal Piano Nazionale della Cronicità. Un percorso che comprende la prevenzione, la cura e l'assistenza primaria presso la propria casa, vicino agli affetti famigliari, in cui un ruolo fondamentale, finora scarsamente esercitato e riconosciuto, è assegnato al Medico di Medicina Generale in collaborazione con lo specialista della Asl. Un'attività che deve tener conto della progressiva perdita di autonomia dell'anziano che, se preparato e sostenuto adeguatamente da una rete di assistenza sociosanitaria, potrà gestire a casa propria la sua **non autosufficienza**.

La debolezza della rete di protezione sociale e di un adeguato sistema di Welfare, ha demandato quasi esclusivamente alle famiglie (molto spesso lasciate sole) l'assistenza di un congiunto non-autosufficiente, dove ancora una volta sono state soprattutto le donne a sostenere il carico del lavoro di cura e di assistenza, anche per la precarietà occupazionale di **badanti ed assistenti familiari**, spesso provenienti dall'estero, per i quali è necessario sostenere il processo di regolarizzazione.

Il sostegno alla domiciliarità deve quindi diventare obiettivo centrale nelle politiche regionali di welfare, per consentire agli anziani di esercitare il diritto di scegliere dove invecchiare, senza perdere ruolo e identità, in contesti urbani e sociali accoglienti: un **vero e proprio Patto a Sostegno della Domiciliarità.**

A livello regionale, è necessaria la condivisione con le parti sociali **di un Piano Regionale sulla non Autosufficienza**, che determini universalità e organicità negli interventi, che identifichi il bisogno assistenziale a seconda della gravità della disabilità, per dare efficaci risposte con servizi che, integrati all'assistenza indiretta, supportino la permanenza domiciliare della persona non autosufficiente e sostengano la famiglia, in chiave conciliativa.

**Un forte investimento pubblico** sul territorio consentirebbe, non per ultimo, di ridurre il livello di insicurezza sociale che oggi è altissimo, non solo fra gli anziani. Le persone devono poter recuperare fiducia nelle istituzioni, ancor più perché sono ancora tante le incognite di questo morbo sconosciuto.

**SPI, FNP e UILP ritengono urgente riavviare, insieme alle Confederazioni, un confronto serio con la Giunta Regionale**, anche in funzione delle notevoli risorse, nazionali ed europee, che dovranno essere investite nel rilancio dell'economia e nel rafforzamento del nostro Sistema di Protezione Sociale, proprio laddove si è dimostrato fragile e lacunoso: si tratta di stabilire obiettivi, finalità e mezzi, all'interno di una strategia che, al di fuori della logica risarcitoria, ricomponga la frammentazione delle risorse economiche, investa su servizi e personale e porti all'adozione di un **Piano Regionale Straordinario per le Politiche Sociali e Socio sanitarie.**

Sulla base di queste considerazioni preliminari, SPI, FNP e UILP regionali hanno avviato un percorso di approfondimento sulle questioni sopra evidenziate, **un focus su domiciliarità, cronicità e non autosufficienza, con riferimento alla Legge regionale sull'invecchiamento attivo e in buona salute, strumento di programmazione di interventi coordinati e integrati, e propongono un documento unitario da sottoporre alla riflessione degli iscritti e degli organismi direttivi, da offrire alla valutazione delle Confederazioni, quale orientamento condiviso di una proposta sindacale da sostenere nei confronti della Regione Puglia.**

Una ripartenza che sarà efficace quanto maggiore sarà la capacità della Regione di concordare con le parti sociali obiettivi e misure e la relativa dotazione dei mezzi finanziari, evitando rischi di sprechi e dispersione di risorse che vanno invece investite in modo appropriato e trasparente.

Garantire il diritto degli anziani ad un'adeguata assistenza domiciliare. L'imponente processo di invecchiamento della popolazione richiede l'adozione di politiche e di scelte capaci di rendere gli anziani parte attiva e non invece un onere per il sistema economico e sociale. Si vive di più ma non sempre si vive meglio. Sono gli anziani a pagare il costo più alto dei processi di razionalizzazione della spesa sanitaria, che ha comportato l'abbattimento dei posti letto ospedalieri e l'indebolimento degli interventi sociosanitari sul territorio.

Gli anziani vivono perciò con profonda incertezza il loro percorso di invecchiamento, non potendo esercitare il diritto di scegliere dove invecchiare.

La legge regionale n.16/2019 **"Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della buona salute"** ha individuato la famiglia e la propria abitazione quale contesto capace di garantire agli anziani condizioni di vita ideali. Rimanere a casa e ricevere cure e assistenza in casa propria significa conservare i legami con le proprie abitudini di vita, con la propria storia, la propria identità, con gli affetti familiari.

In Puglia, i servizi di assistenza domiciliare ADI e SAD, sono attualmente sottodimensionati rispetto al bisogno di presa in carico e anche rispetto alla

domanda espressa. Gli anziani che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare integrata sono il 2,3% e l'8,3 % di coloro che presentano limiti funzionali. Il numero delle ore dedicate è comunque assolutamente insufficiente; nonostante l'ADI sia contenuta nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), in Puglia non raggiunge gli standard minimi, molto spesso a causa della debolezza organizzativa dei Distretti, che ricevono sempre meno risorse da impegnare.

La Regione Puglia a seguito della chiusura del programma Pac Anziani (Piano Azione e Coesione) che aveva riversato ingenti risorse per la domiciliarità, ha individuato nei Buoni Servizio di conciliazione un ulteriore canale di accesso ai servizi domiciliari, determinando però una maggiore parcellizzazione del servizio e più precarietà per gli operatori coinvolti.

Per affrontare la sfida della longevità, determinata dal cambiamento demografico in atto, si ritiene di dover allargare l'orizzonte degli interventi tradizionalmente rivolti alla protezione sociale delle persone anziane, attraverso una serie di azioni:

- dare attuazione alla **Delibera della Giunta Regionale n. 2039 dell'11/11/2019**, con la quale venivano definite le linee di indirizzo per l'attuazione del programma in tema di Invecchiamento attivo, per arrivare in tempi brevi all'approvazione del programma triennale di azioni per l'invecchiamento attivo, previste in particolare dall'art.6 (**Formazione Permanente**) e dall'art. 7 (**Prevenzione, salute e benessere**) della legge regionale 16/2019, che vada ad integrare il Piano regionale delle politiche sociali;
- potenziare il sistema dei servizi domiciliari socioassistenziali ADI e SAD dotandoli delle necessarie risorse finanziarie finalizzate a **superare l'obiettivo del 6% media OCSE**, secondo quanto previsto dal Decreto Ripartenza;
- definire **un coordinamento distrettuale per l'integrazione** delle diverse componenti del sistema di presa in carico della persona non autosufficiente (cure informali, formali, assistenza sociale e sanitaria);

- ridurre ed evitare il più possibile l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione della persona anziana parzialmente o totalmente non autosufficiente (specie se senza un valido supporto familiare), favorendo e rendendo confortevole la permanenza presso la propria abitazione e diffondendo una nuova e forte cultura del domicilio. La casa diventa risorsa e strumento di cura, per questo si rendono necessari investimenti per adeguare gli alloggi, con nuove infrastrutture al fine di renderli idonei come luoghi di assistenza e di cura e dotandoli di strumenti e dispositivi tecnologici di telemedicina e di domotica:
  - a) la cartella elettronica personalizzata alimentata ed accessibile a tutti gli attori della cura, formali e informali, per avere una situazione sempre aggiornata delle cure che vengono prestate;
  - b) i dispositivi per il controllo in remoto dei parametri vitali;
  - c) strumenti di educazione terapeutica e di supporto individuale personalizzato (agenda che ricorda l'ora di assunzione dei farmaci, app che consente l'esecuzione di esercizi riabilitativi guidati);
  - d) Strumenti per il telecontrollo e tele consultazione specialistica e diagnostica.
- sperimentare ed implementare nuove forme dell'abitare, anche sociale: in assenza dei nuclei familiari di origine si potrebbe ridar vita alle c.d. case-famiglia, al *cohousing* sociale o ai condomini sociali a misura di anziano, nei quali si possa sperimentare la socialità (anche intergenerazionale), gli interscambi culturali ed il mutuo aiuto; ovviamente sotto il rigido controllo dei Distretti sociosanitari e con le modalità previste per i vari tipi di accreditamento;
- promuovere percorsi formativi per gli assistenti familiari (c.d. badanti) perchè possano acquisire specifica professionalità; promuovere esperienze di badantato condiviso, quale servizio di prossimità per gli anziani privi di una rete familiare.

## **Strutture residenziali più sicure**

La casa di riposo o residenza sanitaria assistita, può comunque restare una libera scelta dell'anziano, tranne che per alcune gravi patologie - e in particolare quelle neurodegenerative - per cui il ricovero in strutture specializzate diventa inevitabile.

La gestione di tali strutture, prevalentemente di tipo privatistico, anche se supportate dal pubblico in regime di convenzione, è stata spesso improntata a garantire prevalentemente la remunerazione del capitale privato investito, sacrificando a questo anche i diritti degli addetti, ai quali non sempre sono riconosciute adeguate garanzie contrattuali. Inoltre, l'impenetrabilità e la mancanza di controllo, da parte delle istituzioni, all'interno delle RSA/RSSA, Case di Cura, etc., salvo per i casi più eclatanti, hanno mostrato l'allarmante vulnerabilità delle stesse, in modo particolare nella fase di gestione dell'emergenza Covid, non riuscendo ad arginare la diffusione del contagio e mostrandosi incapaci di garantire la sicurezza e la cura degli anziani, talvolta lasciati in balia di sé stessi.

Le strutture residenziali tradizionali vanno pertanto rinnovate e ripensate nella rete sociosanitaria, in continuità e coordinamento con gli altri servizi territoriali, alla luce delle mutate caratteristiche dell'utenza, molto più complessa rispetto al passato.

È necessario elevare il livello di assistenza sanitaria attraverso la maggiore specializzazione degli interventi, rendendo le strutture residenziali più capaci di assumersi la responsabilità dei casi più complessi. Queste devono ormai assumere connotati di alta capacità clinica, per questo è necessario che abbiano nel proprio organico operatori con capacità e competenze specialistiche.

Si rende necessario, quindi, ripensare al **sistema degli accreditamenti** per la gestione del privato di dette strutture, introducendo criteri di qualità che valutino la proposta di progetti sociali rivolti agli assistiti. Strutture che devono aprirsi ai contesti territoriali, accogliendo la presenza arricchente delle associazioni di volontariato e del terzo settore.

A tal proposito diventano cruciali la presenza ed il ruolo delle OO.SS. nella fase della codificazione di regole e criteri per la concessione dell'accREDITamento, in particolare nella definizione degli standard di qualità e nella verifica del rispetto dei contratti di lavoro così come nella fondamentale fase di controllo e di monitoraggio delle attività e della qualità degli interventi per non rischiare, come già accaduto, che queste si trasformino in lager per gli ospiti, senza che né le famiglie né le OO.SS. ne sappiano nulla e possano intervenire, se non quando è troppo tardi. Si potrebbe ipotizzare l'istituzione di un **organismo ad hoc** in capo a ogni **ASL capofila** o attraverso il **distretto sociosanitario** di ciascun Ambito territoriale.

La valutazione delle RSA andrebbe fatta non solo sulla base dell'osservanza di procedure regolamentari, ma anche utilizzando degli indicatori che misurino la qualità della vita degli anziani ed il rispetto dei contratti degli operatori, la soddisfazione dei familiari e le garanzie di sicurezza per gli ospiti ed il personale.

## **Presenza in carico e cronicità**

In Puglia le malattie croniche sono in progressiva crescita e riguardano il 40% della popolazione. Dopo i 75 anni, circa il 40% degli anziani convive con più di una patologia cronica. Emerge anche una differenza di genere nella cronicità, legata anche alla diversità degli stili di vita tra uomo e donna, le donne over 65 si ammalano in percentuale inferiore rispetto agli uomini.

**Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, con il quale si è voluto dare avvio a un sistema assistenziale rivolto alle persone con problemi di cronicità, è stato recepito in Puglia, dando vita ad una sperimentazione affidata all'A.Re.S.S. per il programma **CARE PUGLIA**. Un progetto del quale, a più di due anni dall'inizio della sperimentazione che fa affidamento sull'adesione volontaria dei medici di medicina generale, con priorità agli studi associati, poco o niente è stato realizzato, nonostante la dotazione di un fondo di 1 milione e mezzo di euro (DGR n.2243/2017).

Le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale multidimensionale e multisettoriale, con interventi di lunga durata e con una forte integrazione tra il sistema sanitario ospedaliero, territoriale e dei servizi sociali. Per questo è necessario riorganizzare e potenziare la medicina territoriale, la cui presenza è ancora insufficiente e diffusa a macchia di leopardo sul territorio regionale, assolutamente inadeguata per rispondere organicamente alla sfida che la cronicità, i casi di parziale o totale non autosufficienza e, per ultima, la crescita della speranza di vita, portano con esse.

Rafforzare la medicina territoriale comporta anche completare il programma di realizzazione di strutture fondamentali quali i **PTA/PPA**, (DGR 2025/2018), **Presidi Territoriali di Assistenza** deputati a "organizzare in modo appropriato i percorsi dei pazienti in relazione ai loro fabbisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche", integrati dagli Ospedali di comunità, recentemente rilanciati dalla Conferenza Stato Regioni, quali anello di congiunzione tra l'ospedale per acuti e il territorio, con un'attenzione rivolta alle cronicità. Diventa quindi indilazionabile definire, da parte della Regione Puglia, le risorse necessarie ed un cronoprogramma che impegni le ASL all'attivazione dei PTA/PPA già individuati territorialmente nella programmazione regionale, potenziandoli con gli Ospedali di Comunità all'interno dei quali, è centrale la responsabilità assistenziale e gestionale dell'infermiere che garantisce assistenza e sorveglianza sanitaria H24. Occorre, inoltre, attivare interventi urgenti atti a superare i gravi e inaccettabili ritardi legati alle riscontrate carenze amministrative e progettuali nell'utilizzo dei Fondi Fesr 2014/2020 assegnati alle stesse Asl, per realizzare rapidamente gli investimenti finalizzati agli interventi di edilizia sanitaria e scongiurare il rischio di definanziamento da parte dell'U.E. Infine, impegnare risorse aggiuntive, provenienti dal "Decreto ripartenza" o da altri finanziamenti europei per completare finalmente il piano di riordino che finora ha comportato solo tagli, chiusure di ospedali e rinvii degli interventi sul territorio.

Affrontare il problema della cronicità vuol dire progettare il sistema delle cure primarie e della medicina di famiglia che riavvicini i cittadini ai servizi, migliorando la cooperazione tra gli operatori sanitari ai diversi livelli. Molti interventi da questo punto di vista si sovrappongono o si integrano con quelli assunti per l'assistenza domiciliare.

Al riguardo si ritiene indispensabile:

1. creare team multidisciplinari (medici di famiglia, infermieri, specialisti, operatori sociali), con lo scopo di individuare precocemente i problemi di salute dei cittadini;
2. attivare rapidamente i **PDTA** (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), per la presa in carico a lungo termine della persona bisognosa di cure, garantendone la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari all'interno dei PTA dove, come previsto dal regolamento della Regione Puglia saranno attivati gli ambulatori della cronicità e saranno definiti per ciascuna patologia gli accertamenti e i controlli necessari per il monitoraggio della patologia cronica;
3. dare centralità al ruolo (anche attraverso il riconoscimento contrattuale) dell'infermiere di comunità o di quartiere, nel rispondere ai bisogni dei cittadini affetti da malattie croniche, che diventa Care Manager nella gestione del percorso assistenziale individuale;
4. rafforzare il sistema di servizi sociosanitari territoriali: specialisti ambulatoriali, telemedicina e tele monitoraggio, somministrazione delle terapie a domicilio prevedendo la consegna dei farmaci a domicilio nei casi più gravi; accelerando il programma di transizione digitale del sistema socioassistenziale e utilizzando appieno l'enorme potenziale delle nuove tecnologie digitali;
5. rafforzare i dipartimenti territoriali di prevenzione, ed i presidi della medicina di genere;

6. proiettare l'operatività delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** nella fase post emergenza COVID 19, da intervento legato all'emergenza a un servizio continuativo e costante.

## **Non autosufficienza**

La non autosufficienza coinvolge 3.1 milioni di persone, oltre il 5% della popolazione, il 20% degli ultra 65enni. Si rende quindi necessario un netto e decisivo cambiamento del sistema di interventi per la non autosufficienza, che parta da alcuni capisaldi:

- la centralità della persona e della sua famiglia destinando attenzione alla persona che riceve cura ad a chi la presta;
- il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente che deve partire dal bisogno di cura e non dalla singola prestazione, realizzato attraverso una reale integrazione delle prestazioni e degli interventi sociosanitari;
- il sostegno ai nuclei familiari, formali ed informali, nelle responsabilità di cura domiciliare, attraverso servizi di supporto psicologico e servizi complementari, non continuativi, come i ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie con assunzione dell'onere della quota sociale.

Il nostro sistema di presa in carico della persona non autosufficiente è caratterizzato, invece, da una scarsa integrazione degli interventi e delle misure di sostegno economico, dalla frammentazione delle competenze tra livelli istituzionali (Stato, Regioni, Comuni) che fanno emergere l'incapacità di una presa in carico globale della persona, lasciando che il peso e l'onere del lavoro di cura ricada quasi esclusivamente sul nucleo familiare di appartenenza.

In particolare sulle donne, molte delle quali anziane, che sono costrette ad individuare soluzioni fai da te come assistenti familiari informali con difficoltà che si dipanano in particolare sulla condizione di salute per il sovraccarico di compiti e sulla conciliazione vita/lavoro.

Il **Piano Nazionale della non autosufficienza**, in attesa di una legge specifica che garantisca linee guida uniformi a livello nazionale, tenta di mettere ordine negli interventi delle Regioni, rendendoli omogenei e garantendo almeno l'equità nell'accesso alle prestazioni per i disabili gravissimi con alcune caratteristiche uniformi a livello nazionale, che ne dovrebbero garantire l'inserimento nel sistema dei servizi integrati socio-sanitari (es. Punti unici di accesso, valutazione multidimensionale, progetto personalizzato, ecc.). In sostanza però, l'intervento più importante, anche questa volta, consiste essenzialmente in una erogazione monetaria che conferma la situazione nazionale di fortissimo sbilanciamento a favore di questa modalità di azione. Le prestazioni sociali a favore dei disabili, infatti, sono costituite per il 93% (e quindi quasi esclusivamente) da erogazioni monetarie. I servizi rimangono marginali, le famiglie percepiscono di essere sostenute perché arriva una erogazione monetaria ma nella sostanza vengono lasciate sole a risolvere i loro problemi.

Anche in Puglia il **Piano Regionale per la Non Autosufficienza** si esaurisce in un assegno di cura integrato da fondi del bilancio regionale, che non soddisfa comunque la domanda di tutti i disabili gravissimi. Peraltro, un piano mai sottoposto all'esame ed al confronto delle organizzazioni sindacali confederali, nonostante reiterati reclami; con scelte di cui si deve far carico completamente l'Assessorato.

In attesa di un auspicabile chiarimento con il vertice regionale, si ritiene di dover formulare una serie di proposte di intervento per un diverso modello di presa in carico della non autosufficienza, a partire dalla valorizzazione dell'assistenza territoriale. A tal proposito, occorre ammodernare il welfare locale, evitando duplicazioni di interventi, spreco di risorse economiche e disomogeneità nella copertura dei servizi a livello territoriale, per:

1. supportare i nuclei familiari di origine, poiché il lavoro di cura delle persone non autosufficienti, che molto spesso diventa h24, non può gravare solo ed esclusivamente sul nucleo familiare. Prendersi cura di un anziano comporta un impegno che non sempre diventa conciliabile con la vita lavorativa. Non

si può scaricare la responsabilità di cura solo ed esclusivamente sui *caregivers* familiari, molto spesso costretti a scegliere tra lavoro e assistenza del familiare, che non è una scelta volontaria, ma dettata dall'inadeguatezza dei servizi pubblici.

2. tutelare il **caregiver** attraverso il riconoscimento almeno dei contributi previdenziali figurativi per i periodi nei quali si è svolto il lavoro di cura, con interventi di formazione di base per le necessità dell'assistenza, di orientamento sui servizi accessibili nonché di informazione sui diritti. Occorre, però, sempre tener presente che il ruolo del *caregiver* non può e non deve mai essere sostitutivo dell'intervento domiciliare dell'operatore sanitario che deve essere garantito dal sistema di interventi sociosanitari;
3. definire interventi di sostegno per i "**giovani caregivers**" che si prendono cura regolarmente di un familiare, spesso anziano non-autosufficiente, ed individuare per quest'ultimo adeguate reti di sostegno nei casi di perdita dell'assistente familiare, similmente a quanto previsto per i progetti sperimentali **Provi- Dopo di Noi** (A.D. 671/2016);
4. riprogettare la misura dell'**assegno di cura** in favore delle persone affette da gravissima disabilità e non autosufficienza, in un'ottica di integrazione tra contributo economico e offerta di una rete solida di servizi di assistenza e di cura sociosanitaria, parametrata sul livello di gravità della disabilità.

## CONSIDERAZIONI

La proposta di piattaforma unitaria dei pensionati, sostanzia temi le cui caratteristiche, contemplano interventi di carattere generale e confederale che devono costituire rivendicazione complessiva sui temi sanitari, sociosanitari e assistenziali, da rivedere e riorganizzare in conseguenza di ciò che la pandemia ha determinato.

L'emergenza sanitaria dalla quale stiamo provando ad uscire, ha necessità di rilanciare i presidi sul territorio e rafforzare le nuove forme di assistenza che lo sviluppo tecnologico mette a disposizione, come la telemedicina che deve rappresentare, ove possibile, una modalità da utilizzare anche nel post-pandemia.

L'assistenza distrettuale, tipica del rafforzamento della medicina territoriale, peraltro, nella griglia LEA relativa ai dati 2017 - pur risultando la regione Puglia adempiente – si colloca con 64,6 di punteggio in una zona limite rispetto alle altre regioni adempienti. Stessa cosa dicasi per il dato relativo all'assistenza ospedaliera e alla prevenzione. Ecco la necessità di dover comunque intervenire con scelte di potenziamento sia della prevenzione che dell'assistenza distrettuale.

I principi fondamentali che caratterizzano il nostro SSN peraltro – universalità, uguaglianza, equità – insieme alla governance multilivello e all'integrazione sociosanitaria devono rappresentare gli elementi per questa riorganizzazione e rafforzamento della rete dei servizi territoriali che si è confermata il punto debole e sottoutilizzato dell'emergenza. Per questo è necessario - in attesa di un piano strutturale per il potenziamento delle reti di assistenza socio sanitaria territoriale, con requisiti e standard vincolanti come per gli ospedali, con investimenti e assunzione di personale e con i MMG più inseriti nel SSN - che Regione:

- garantisca la funzionalità dell'intera rete dei servizi territoriali, attraverso veri e propri Piani regionali di potenziamento dell'assistenza territoriale-domiciliari, rivolti principalmente alle persone più fragili. E' un impegno questo, di carattere etico e di rinnovamento culturale, oltre che organizzativo e rappresenta una responsabilità di sanità pubblica, ancora più importante vista l'emergenza sanitaria.
- Quindi:
  - 1) Presa in carico globale delle persone - in particolare anziani, disabili, con patologie croniche e con multimorbilità – e di tutto il nucleo familiare. Prevedere interventi multidisciplinari e multiprofessionali - integrando tutta la gamma di strumenti e reti sociosanitarie disponibili, anche riferendosi al Piano nazionale cronicità – possibilmente nella fase prepatologica attraverso la sorveglianza e l'individuazione di segnali che portano allo sviluppo della cronicità;
  - 2) Continuità dei piani terapeutici e assicurazione della consegna periodica presso il domicilio del paziente;
  - 3) Programmare il fabbisogno di DPI per tutto il personale distrettuale e il fabbisogno della strumentazione e attrezzature diagnostiche necessarie;
  - 4) Promuovere integrazione socio-sanitaria attraverso l'ampliamento delle Case della salute e/o i modelli organizzativi regionali come i PTA; assicurare continuità assistenziale h24
  - 5) Attivare centrali operative regionali territoriali con funzione di raccordo con tutti i servizi ;
  - 6) Implementare gli strumenti di telemedicina soprattutto per le persone fragili;
  - 7) Garantire la sorveglianza attiva e quindi accertare le condizioni economiche, relazionali ecc. dell'area salute mentale rafforzando l'assistenza domiciliare e sostenendo le famiglie multiproblematiche;

- 8) Sorvegliare con programmi specifici la condizione degli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie per prevenire focolai di infezione e per tutelare la salute e la dignità delle persone;
- 9) Sorvegliare le comunità ristrette (penitenziari, istituti minorili e ogni struttura che ospita persone sottoposte a limitazioni della libertà);
- 10) Monitorare i soggetti stranieri (extracomunitari, migranti privi di permesso di soggiorno), persone senza fissa dimora per assicurare eventuale presa in carico;

- E' il primo grande investimento finanziario sull'assistenza territoriale e deve rappresentare un'occasione per una riorganizzazione strutturale seria;
- Dobbiamo avere una visione strategica e non interventi singoli;
- Il Piano regionale deve guardare alle persone fragili e non solo a chi è colpito dal virus;
- Investimento sul personale;
- Confronto e Monitoraggio con le OO.SS.;
- Sostenere il riconoscimento delle differenze di genere nella programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi socio-sanitari;

## TEMA CRONICITA' E NUOVA FIGURA INFERMIERE DI FAMIGLIA

La scommessa per far fronte all'emergenza cronicità che attanaglia l'Italia, secondo Paese più anziano al mondo come l'Ocse certifica, è quella di attivare microteam di cura sul territorio gestiti dal medico e dalla nuovissima figura dell'infermiere di famiglia. Saranno loro ad assistere da vicino i pazienti alleggerendo il carico per gli ospedali;

inserita nel nuovo Patto per la salute siglato con le Regioni a dicembre scorso, ma che fino a oggi si è tradotta in realtà solo a sprazzi nel Paese.

L'invecchiamento della popolazione con l'inversione della piramide demografica è il dato da cui partire per costruire il servizio sanitario di domani e il territorio è la chiave per affrontare e assistere le cronicità.

Fino a oggi una riforma organica è mancata, così come una dotazione di personale adeguata. Mentre alla partita cronicità e non autosufficienza andrebbe dedicato un piccolo esercito di professionisti esperti: nei prossimi dieci anni ben otto milioni di anziani saranno cronici gravi e di questi la metà vivranno da soli.

L'infermiere di famiglia dovrebbe intervenire a domicilio ma anche nelle case della salute, negli ospedali di comunità e nei distretti per gestire le persone con problemi di fragilità in collaborazione con i medici di famiglia, registi del micro team.

