

---

**PIATTAFORMA SANITÀ CGIL ABRUZZO**

Il 26 aprile scorso stati resi pubblici i dati di una ricerca condotta dall'Osservatorio sulla Salute delle regioni che confermano per la prima volta in Italia una diminuzione dell'attesa di vita degli italiani.

La notizia è arrivata dopo una indagine dell'Istat che certificava nel 2015 ben 54.000 decessi in più del 2014, dopo i dati Ocse che mostravano un grave e veloce calo della qualità della vita degli ultra sessantacinquenni dovuto al peggioramento delle condizioni di salute e dopo che una recente ricerca ha evidenziato che nell'ultimo anno circa il 40% delle famiglie italiane ha rinunciato ad almeno una delle cure necessarie per tutelare la salute dei propri componenti. Le ragioni di tale situazione non sono particolarmente difficili da identificare.

Innanzitutto i tagli delle risorse destinate alla sanità: il mancato rispetto da parte del Governo Nazionale del patto per la salute 2014-2016 che ha fortemente defanziato il sistema sanitario, il blocco del turnover del personale, se si considera che nel 2013 per ogni 100 dipendenti andati in pensione i nuovi assunti sono stati 85,6 e nel 2012 il numero è stato ancora più basso raggiungendo solo 68,9, sono esempi della politica sanitaria adottata oramai da troppi anni.

L'Italia, tra l'altro, si colloca negli ultimi posti tra i Paesi Ocse per la spesa sanitaria destinata alla prevenzione. Il recente decreto cosiddetto sull'appropriatezza degli esami diagnostici, rischia di trasformarsi in un ulteriore ritardo nella diagnosi di varie patologie. Il pagamento dei ticket

e le liste di attesa costituiscono ulteriori barriere alla cura dei cittadini. La tutela della nostra salute si scontra quindi con i continui tagli dei finanziamenti destinati alla sanità, ma anche con politiche tese a privilegiare i forti interessi privati presenti nel campo della salute e certamente più interessati a dispensare cure a caro prezzo a chi può permetterselo piuttosto che a garantire una vita sana.

Per la CGIL Il welfare rappresenta una scelta strategica di ripresa economica e sociale: un grande investimento capace, per un verso di garantire diritti e per l'altro di rovesciare le fallimentari politiche di austerità alimentando anche la crescita economica e la creazione di posti di lavoro. E' proprio da questa idea che è nata la campagna di mobilitazione promossa dalla CGIL nazionale "Salviamo la Salute" che ha attraversato tutte le regioni italiane.

Nel quadro generale desolante sopra descritto e ad oltre un anno dal lancio della campagna nazionale "Salviamo la Salute", quale situazione vive l'Abruzzo? Quale welfare si sta definendo, quali sono le rivendicazioni e quali azioni la CGIL ABRUZZO deve compiere per spronare la politica regionale ad agire?

Rete ospedaliera, prevenzione, non autosufficienza, liste d'attesa, case della salute, rete residenziale e semiresidenziale, ticket, servizi sociali, integrazione socio sanitaria, assunzione del personale e rinnovo dei contratti, regole sugli appalti di servizi, integrazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri con il Servizio Sanitario Regionale, sono

questi, e non solo, i temi di welfare e sanità su cui la CGIL Abruzzo chiede un intervento deciso della Regione, delle ASL e degli enti locali.

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n.70, (c.d. *Decreto Lorenzin*) definisce gli standard per il riordino, la razionalizzazione e l'appropriatezza della rete ospedaliera pubblica e privata in funzione della densità della popolazione, dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, dei volumi di prestazioni necessari alla popolazione e dell'integrazione con i servizi del territorio.

Il numero di posti letto ospedalieri pubblici e privati accreditati presenti in Abruzzo per l'anno 2013 è pari a 4.883, di cui 4.301 pari al 3,1 per 1.000 abitanti per gli acuti e 582 posti letto pari allo 0,6 per mille abitanti per i post acuti.

I dati di attività pubblicati dall'Agenzia Sanitaria regionale mostrano nel 2014 la riduzione dei posti letto a 4.503 di cui 3.818 per acuti (2,9 per 1.000 abitanti) e 685 per i post acuti (0,5 per 1.000 abitanti). Di questi, 1.085 sono gestiti dal privato accreditato (24,1%).

Relativamente al settore post acuti si rappresenta che l'attuale dotazione di posti letto è sottodimensionata (0,5 per 1.000 abitanti) e pertanto risulta necessario un incremento per arrivare allo standard previsto dello 0,7 per 1.000 abitanti.

Il piano di riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo non presenta una equa distribuzione assistenziale sul territorio evidenziando

una maggiore presenza di posti letto in rapporto alla popolazione nell'area metropolitana Chieti-Pescara, anche alla luce della forte concentrazione della sanità privata in tale perimetro.

L'assistenza ospedaliera delle case di cura private non viene considerata nel piano e andrà ad incrementare l'offerta sanitaria nelle ASL dove presente.

La rete ospedaliera dovrà essere ridisegnata per dare adeguate risposte di cura alle patologie più importanti, ma deve anche integrarsi con la rete territoriale e sociale. In mancanza di ciò e senza che vi siano precisi investimenti sulla sanità territoriale, la riorganizzazione della rete ospedaliera si trasformerà in un taglio dei servizi ai cittadini abruzzesi.

La CGIL ABRUZZO non ha condiviso la scelta operata dalla politica regionale in un primo momento, di non prevedere in Abruzzo nessun presidio ospedaliero di secondo livello poiché ciò non avrebbe consentito alla nostra Regione di dotarsi di funzioni e reparti a più alta qualificazione e specializzazione. Ad oggi la Regione Abruzzo starebbe rivedendo la propria scelta prevedendo la connessione funzionale dei presidi di Chieti e di Pescara per le funzioni previste per un DEA di II Livello. La CGIL chiede al Governo regionale di dotare la nostra regione di due DEA di II livello operando anche scelte coraggiose che guardino alla salute dei cittadini e non a ragioni campanilistiche.

AL contrario, è un fatto positivo, frutto anche delle nostre battaglie, il riconoscimento degli ospedali di Penne e Castel Di Sangro quali presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate.

Ad oggi la rete ospedaliera ha per alcune specialità ed in varie realtà tassi di occupazione dei posti letto superiore al 100%; è il caso ad esempio delle medicine, delle geriatrie, ecc... Non è difficile immaginare che la carenza di strutture e servizi territoriali porta ad un non corretto utilizzo delle strutture ospedaliere le quali, sovraffollate, non riescono a svolgere correttamente i loro compiti.

Tra l'altro negli ospedali le dimissioni del paziente spesso avvengono quando questo ha ancora necessità di cure infermieristiche qualificate e continue (che molte famiglie non sono in grado di gestire). Così se il servizio domiciliare è carente e i posti letto promessi per le cure intermedie non sono stati attivati, al cittadino non rimane che provvedere privatamente, se può permetterselo. Chi non può, come dimostrano recenti indagini, è costretto a rinunciare a curarsi.

Il territorio della Regione Abruzzo e' prevalentemente montano, con viabilità difficoltosa, soprattutto in inverno, e con un sistema di trasporto pubblico poco efficace. Ciò crea difficoltà agli spostamenti, prevalentemente nella popolazione anziana e dunque il potenziamento delle strutture territoriali nelle aree interne ed in quelle montane è quanto mai necessaria.

La rete ospedaliera, oltre ciò, non può continuare a sostenere il peso di prestazioni ambulatoriali che interferiscono negativamente sull'assistenza ai ricoverati, in particolare durata dei ricoveri e dimissioni precoci che potrebbero trovare soluzione nelle **Case della Salute**, luoghi che potranno anche consentire l'integrazione delle attività sanitarie, sociali e socio sanitarie.

Per la Casa della salute si potranno utilizzare strutture sanitarie o amministrative dismesse, da ristrutturare, edifici messi a disposizione dei Comuni, ambienti acquisiti dal mercato edilizio, sedi specificamente progettate ed edificate.

Va ricordato, infatti, che con DGR 334 del 6 Maggio 2013 la Regione approvò e finanziò una serie di progetti territoriali per l'implementazione delle Case della Salute che, con quel provvedimento, avrebbero dovuto raggiungere le 90 unità, per arrivare a 120 secondo quanto affermato dalla Regione stessa. Dopo oltre due anni, nonostante la DGR 117 del 16 Febbraio 2015 che approva le linee di indirizzo per le aziende sanitarie, in molti territori quegli impegni non hanno prodotto risultati apprezzabili. Per queste ragioni, condividendo i contenuti del vigente "Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR)" e considerando le risorse che la Regione ha, da tempo, destinato alla messa a regime di questi servizi, la CGIL ABRUZZO e le CdLT dovranno verificare lo stato attuazione degli impegni presi e, laddove si sono verificati ritardi o ripensamenti, rivendicarne la piena attuazione.

Sul versante della rete territoriale socio sanitaria, dobbiamo dire che essa non è ancora ben definita ed allo stato attuale tante sono le carenze.

Eppure il primo Decreto Commissariale in materia, il n. 52/2012 intitolato “Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e dipendenze patologiche” è stato emanato da oltre tre anni.

In tale ambito si registra una maggiore presenza di posti letto privati rispetto al pubblico. Il privato inoltre detiene prevalentemente strutture ad alta intensità assistenziale, con una presenza più marcata nelle ASL di Lanciano, Vasto, Chieti e di Pescara.

Stante la carenza di posti letto per la riabilitazione e per la lungodegenza, la Regione Abruzzo dovrà procedere ad un **un incremento dei posti letto per post-acuti esclusivamente in strutture pubbliche.**

I dati messi a disposizione dalla ASR registrano in Abruzzo un indice di vecchiaia/invecchiamento (n. di anziani / n. di soggetti di età <= 14 anni) pari a 163, valore questo nettamente superiore sia alla media nazionale che alla media delle Regioni del Sud e Centro Italia.

Il tasso di occupazione di RSA ed RA operanti nella Regione Abruzzo è molto elevato, con valori prossimi al 100%, in quanto le malattie cronico degenerative ed invalidanti correlate all’aumento costante della popolazione anziana nella Regione Abruzzo, ha progressivamente aumentato la domanda di salute verso questi setting assistenziali.

In tale contesto non può essere condivisa la linea seguita dal Commissario ad acta per la Sanità e dall’Assessore al ramo di mantenere

sostanzialmente invariata per i prossimi anni la spesa storica sulla residenzialità e semiresidenzialità.

Al contrario, la CGIL ABRUZZO chiede la rapida attuazione della riconversione della rete residenziale e semiresidenziale con una attenta ridefinizione degli standards qualitativi e l'apertura di un tavolo con le parti sociali che ridefinisca, in base ai bisogni di cura dei cittadini abruzzesi, la spesa necessaria ed i fabbisogni di personale richiesti per ogni setting assistenziale, prevedendo la riqualificazione ed il riconoscimento delle professionalità acquisite dal personale attualmente in servizio presso le strutture sanitarie per scongiurare licenziamenti di personale.

Le lunghe **liste di attesa** nella nostra regione rischiano di negare ai cittadini abruzzesi e prevalentemente alle classi più disagiate, il diritto alla prevenzione ed alla cura.

Le liste di attesa, inoltre, sono tra i motivi che maggiormente spingono i pazienti ad uscire dal sistema pubblico di salute per gli accertamenti e per le visite specialistiche. In Italia il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come il 49% delle prestazioni di riabilitazione e il 23% degli accertamenti diagnostici. In ogni caso rimane ancora alta la soddisfazione espressa dai cittadini sulle prestazioni ricevute dal SSN.

La CGIL dovrà verificare dettagliatamente lo stato dell'arte ed attivare iniziative utili alla riduzione delle liste di attesa. In particolare dovranno essere verificate le risorse già stanziare per tali interventi e chiedere risorse aggiuntive finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa. La Regione



Abruzzo ha già attivato, da oltre un anno, un Piano operativo regionale per la riduzione delle liste di attesa ma ad oggi non si registrano miglioramenti degni di nota.

La normativa regionale oggi prevede che le Aziende Sanitarie possono prevedere specifici Percorsi di Tutela della priorità clinica, ovvero percorsi che vengono attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa regionale vigente in materia.

Sarà utile verificare, allo stato attuale, quali percorsi di tutela sono stati attivati, se vi è stato un sostanziale incremento delle prestazioni erogate dagli operatori privati accreditati ed in caso affermativo analizzarne le cause per ristabilire il giusto rapporto pubblico-privato.

Il sindacato chiederà un attento esame rispetto alla destinazione delle risorse e l'attivazione immediata di iniziative per dare risposte concrete.

La CGIL Abruzzo ha sempre sostenuto la sua **contrarietà alla cd. "Politica dei due tempi"** per la quale, a fronte di una riorganizzazione della rete ospedaliera non corrisponde un potenziamento della rete territoriale dei servizi sociosanitari e della prevenzione.

Per tali motivi la CGIL Abruzzo deve aprire immediatamente un **confronto/vertenza con il Governo Regionale per discutere su quali risorse economiche verranno realmente messe in campo per l'estensione della rete residenziale e per la prevenzione** e su come intende intervenire per potenziare, in tali ambiti, **l'intervento diretto pubblico** in relazione ai

fabbisogni territoriali e riequilibrare la predetta anomala distribuzione delle strutture riabilitative oggi presenti sul territorio.

Nella **prevenzione** la Regione si trova in forte ritardo e spende ancora troppe poche risorse. Gravi sono i ritardi sugli screening oncologici, cervicali, mammografici e coloretali, sulla salute e sicurezza negli ambienti di lavoro il personale addetto è carente.

Così come è pure scarsa la prevenzione primaria intesa come educazione sanitaria e sociale, vaccinazioni e stili di vita che incrementano le difese dell'organismo, eliminano i fattori causali delle malattie e selezionano e trattano gli stati di rischio.

I Dipartimenti di Prevenzione dovranno essere la cabina di regia dei programmi e delle azioni e dovranno rafforzare il loro collegamento con la rete dei Medici di Medicina Generale.

I piani per la prevenzione dovranno partire da una programmazione partecipata che preveda l'ascolto della collettività, per capire il suo stato ed i suoi bisogni. Dovrà essere rafforzato il ruolo del CRCP (Comitato Regionale Coordinamento Prevenzione).

La CGIL chiede un maggiore investimento di risorse sulla prevenzione.

Nella riorganizzazione della sanità regionale il **Medico di Medicina Generale** riveste un ruolo fondamentale e centrale nella gestione del percorso di cura dei pazienti, il progetto di riorganizzazione del territorio in UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) e Aft ( Aggregazioni

Funzionali Territoriali) va sostenuto. La CGIL ribadisce il ruolo di *alternativa* delle cure territoriali rispetto all'ospedale, si deve lavorare con i MMG per una sempre maggiore qualificazione del loro intervento nel processo di cura.

Per rilanciare la sanità pubblica è necessario procedere alla stabilizzazione del **personale che opera nella sanità** ed a nuove assunzioni.

Infatti, se il blocco del turn over causato dalle leggi nazionali causa gravi problemi di carenza di personale, numerose sono le responsabilità del Governo regionale in tale ambito. Basti pensare che tra i parametri indicati nel piano di rientro per il contenimento della spesa sanitaria, quello relativo alla spesa del personale non solo è stato sempre rispettato ma addirittura il risparmio ottenuto è stato notevolmente superiore a quello previsto. Bisogna ancora considerare che, tenendo a riferimento le norme nazionali in base alle quali le ASL devono mantenere il parametro della spesa sotto il tetto di quella prevista nell'anno 2004 meno un 1,4%, la Regione potrebbe spendere da subito almeno 37 mln €. per il personale. La verità è che negli anni passati, il grosso risparmio della spesa per il personale sanitario è stata utilizzata per consentire il rispetto dei parametri del piano di rientro laddove su altre voci, dove si annidava un grosso spreco di risorse (spesa per beni e servizi, spesa farmaceutica, ecc...) si è sistematicamente sforato rispetto alle indicazioni del piano.

Le ASL Abruzzesi hanno esternalizzato negli ultimi anni un notevole numero di attività. La CGIL è impegnata a combattere le esternalizzazioni di servizi e laddove si ricorre al sistema degli appalti dovrà pretendere dal committente pubblico condizioni per i lavoratori di rispetto dei contratti nazionali sottoscritti dalle organizzazioni più rappresentative.

La CGIL Abruzzo è impegnata nella **battaglia contro i ticket sanitari** e ribadisce la necessità di ripensare il meccanismo della compartecipazione ridefinendo tetti di reddito e inserendo criteri di progressività sull'esonazione. Tra l'altro, ad oggi, molte prestazioni soggette a ticket vengono effettuate dal privato a tariffe inferiori producendo un dirottamento dalle strutture pubbliche a quelle private.

## **La Salute Mentale**

Relativamente a tale problematica dobbiamo rilevare che l'Abruzzo fornisce una risposta quasi esclusivamente di tipo sanitario con eccessivo ricorso ad una residenzialità psichiatrica, produttiva di nuove criticità, al punto di ritenere che non sia stato ancora superato il modello custodialistico rappresentato dagli ex ospedali psichiatrici. A ciò deve

aggiungersi una mancata attuazione del processo di riorganizzazione dei servizi secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale (CSM) in costante e forte interazione con il Distretto di Base e l'Ambito Territoriale Sociale. Infine si rileva una separazione operativa per cui i Centri di Salute Mentale, i Centri Diurni Psichiatrici, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le strutture Residenziali, le Comunità Terapeutiche, le Case di Cura sono spesso "isole" di un lavoro privo di continuità e di obiettivi condivisi.

Le politiche regionali dovranno essere improntate alla rimodulazione dei servizi riabilitativi, finalizzata alla progettualità individuale con l'assunzione della piena responsabilità da parte del Centro di salute mentale territoriale competente. Si dovranno potenziare strutture residenziali e semi-residenziali, non totalizzanti, finalizzate alla piena integrazione sociale.

La salute mentale necessita di una vera integrazione socio sanitaria da realizzare attraverso apposito accordo di programma, che ricomprenda al suo interno tutti gli interventi sociali e sanitari da attivare sul territorio per la definizione dei progetti riabilitativi sociosanitari individualizzati, centrati sulla persona e sui suoi bisogni.

Sulla base di tali criticità la Regione dovrà intervenire seguendo le priorità di seguito indicate:

- Potenziamento dei CSM e dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete
- Riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero
- Sviluppo delle attività della Neuropsichiatria Infantile
- Potenziamento delle attività per l'Autismo Infantile

- Approvazione di protocolli di collaborazione con la Magistratura per il pieno rispetto della Legge 81.
- Potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale
- Inserimento socio-lavorativo
- Prevenzione: diagnosi ed intervento precoce
- Lotta allo stigma sociale

Altra questione da considerare nel confronto con la Regione riguarda la **Sanità integrativa e le risorse regionali**. Il proliferare di fondi di sanità integrativa “contrattuali” dai quali, oggettivamente, sono esclusi i cittadini in condizioni di maggiore fragilità, anziani, precari, disoccupati, richiede una riflessione che, come sta avvenendo in altre regioni, partendo dalle organizzazioni sindacali chiami in causa l’istituzione Regionale. La CGIL chiede di aprire un confronto che potrebbe, ad esempio, pensare ad un “fondo territoriale Regionale” per la sanità integrativa per l’erogazione di prestazioni extra LEA, attraverso un intervento pubblico che favorisca la partecipazione, la mutualità, e il sostegno verso i soggetti più svantaggiati.