



Osservazioni CGIL-CISL-UIL Programma di potenziamento delle cure primarie- Emergenza covid 19

Da tempo CGIL CISL UIL chiedono un potenziamento dei servizi di cure primarie con un programma di riorganizzazione territoriale per la prevenzione e l'assistenza alle persone più fragili.

In queste ultime settimane di emergenza sanitaria abbiamo ribadito come potenziare la rete di servizi sanitari territoriali è fondamentale tanto quanto la risposta efficace delle strutture sanitarie ospedaliere.

La nostra idea di potenziamento delle attività di cure primarie nei distretti sanitari risponde a un modello di integrazione territoriale dei servizi che è, come da sempre sosteniamo, la formula per rilanciare il sistema sanitario regionale e dare la dovuta risposta di cura e assistenza ai cittadini. Un modello che deve essere ora applicato omogeneamente all'intero territorio regionale, per evitare che nella sua attuazione si continuino a creare quelle disparità e quei vuoti d'assistenza che in passato hanno investito la regione tutta ma soprattutto i territori delle province. Servono investimenti strutturali che traggano l'emergenza per rilanciare il ruolo dei servizi pubblici puntando ad una vera integrazione socio sanitaria nel territorio.

Concetti ribaditi nell'incontro svoltosi lo scorso 17 Aprile per iniziare il confronto sul Programma di Potenziamento delle Cure Primarie – Emergenza Covid 19.

Di seguito così come da impegno a conclusione della riunione le prime riflessioni sul testo per l'avvio di un confronto di merito sul tema.

Quadro normativo di riferimento

L'art. 8 del D.L. 14 in data 9 marzo 2020 prevede l'istituzione da parte delle Regioni, presso le sedi di continuità assistenziale esistenti, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le regioni hanno proceduto alla organizzazione dei servizi di continuità assistenziale, passando da una presenza di 5 medici di guardia medica per 100.000 abitanti nella provincia di Bolzano ai 72 medici della Basilicata. Nel 2019, erano impiegati nel servizio di Continuità assistenziale 11.533 medici distribuiti in 2.890

punti di guardia medica. E' stato inoltre evidenziato che la maggioranza delle regioni non rispetta gli standard di presenza dei medici.

Le disposizioni dell'articolo 8 del DL 14 ,in commento, sono limitate alla durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino al 31 luglio 2020, come stabilito dalla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020.

Il Piano nazionale di preparazione e risposta alla pandemia

La Regione Lazio non risulta che abbia recepito il Piano Nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale utilizzando le Linee guida predisposte dal CCM del Ministero della Salute per la stesura del Piano operativo.

Erano previste alcune azioni chiave che prevedevano il miglioramento della sorveglianza epidemiologica, misure di profilassi, la messa a punto di piani di emergenza per mantenere gli altri servizi essenziali, un adeguato piano di formazione e le strategie di comunicazione. Di conseguenza le aziende del Lazio si sono trovate impreparate non avendo fatto alcuno degli adempimenti raccomandati nel Piano.

La proposta della Regione Lazio

La Regione Lazio, al fine di avviare la concreta realizzazione delle USCA regionali ha prodotto un "Programma di potenziamento delle cure primarie – Emergenza Covid-19" e un regolamento di funzionamento USCAR Lazio con l'obiettivo di offrire una adeguata gestione a domicilio dell'assistenza sanitaria e favorire il contenimento della diffusione del contagio.

Una importante inversione di tendenza, dopo una prima fase in cui si pensava di poter fronteggiare l'epidemia con una propria e autonoma Ordinanza in materia di igiene e sanità pubblica, la n. Z00009 del 17 marzo 2020 dove all'ultimo comma del punto 10 l'Ordinanza si prevedeva "di valutare l'eventuale attivazione delle Unità speciali di Continuità Assistenziale per l'assistenza a domicilio nei pazienti COVID positivi".

Reputiamo che la necessità di consentire ai pazienti COVID positivi di essere assistiti al proprio domicilio non può essere garantita dalla sola telesorveglianza e teleassistenza, come contemplato dall'Ordinanza regionale con una eccessiva enfasi e un non ben precisato investimento economico, ma deve essere la giusta coniugazione di tre aspetti specifici: **a)** l'integrazione ospedale-territorio e un coordinamento distrettuale di tutte le attività svolte;

b) la presa in carico e il monitoraggio, anche con ricorso alla telemedicina, dello stato di salute dei pazienti all'interno di una rete assistenziale in cui sia chiaro e definito il ruolo di tutti gli attori coinvolti (medici, infermieri, caregivers e volontari), nel merito dell'implementazione della telemedicina, dell'IA e dell'utilizzo dei big data si evidenzia come ciò non può trascendere dalla previsione di specifici protocolli di sicurezza a tutela della riservatezza nella fase di raccolta e gestione dei dati sensibili e personali degli utenti;

c) la garanzia di un elevato livello di contenimento del contagio e delle più elevate norme di sicurezza per gli operatori che si recano a domicilio di tali pazienti.

Entrando nel dettaglio dei modelli organizzativi regionali per il potenziamento delle cure primarie

Coordinamento Distrettuale COVID-19

Il modello organizzativo prescelto nel programma di potenziamento prevede che ci sia un Coordinamento distrettuale composto dal direttore del distretto e dai referente del Servizio di igiene e sanità pubblica (che non si comprende perché viene inserito dato che non ha compiti attinenti all'assistenza), del Centro assistenza domiciliare, delle Cure primarie (il dipartimento?), dell'Assistenza proattiva infermieristica, dal coordinatore distrettuale dei MMG/PLS, da 3/5 referenti COVID delle UCP e dal referente dei medici della continuità assistenziale.

Come coordinamento appare alquanto pletorico

Reputiamo invece sarebbe sufficiente creare un organismo consultivo snello a latere del Direttore del Distretto anche per snellire procedure e rapporti.

Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR) per COVID-19

Si tratta di unità di personale medico e infermieristico reclutato su base volontaria "dotato di idonea strumentazione e DPI" con il compito di intervenire in situazioni di emergenza e in particolare presso strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali nelle quali si sia manifestato un focolaio di contagio. Viene previsto che siano costituite da 2 medici e 2 infermieri e che ogni team sia composto da un medico e un infermiere.

L'organizzazione descritta per queste Unità nel documento appare diversa da quanto previsto dal decreto legge e da come è stata attuata dalle altre regioni in quanto è previsto che siano attivate dall'Unità di crisi della regione su richiesta delle ASL; si presentano quindi come una sovrastruttura extra-ordinem organizzata e gestita dal Servizio regionale per l'epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie (SERESMI) dell'INMI Spallanzani che è un Istituto di ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Solo perché ci troviamo in una fase emergenziale non contestiamo la scelta della Regione che ha accentrato in un unico coordinamento la gestione delle USCAR, tuttavia questa **deroga** deve essere superata in tempi brevi **e comunque prima del superamento della fase 2**, ridando centralità alle ASL e restituendo all'IRCCS il ruolo prioritario di perseguire finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

A tutto ciò si aggiunge che l'USCAR nasce come una struttura sostanzialmente precaria volta a gestire la fase di convivenza con il COVID 19 e che va assolutamente evitato il rischio che possa creare confusione ed indebolire i servizi territoriali preesistenti.

L'Assistenza Proattiva Infermieristica (API)

Molte regioni da tempo hanno istituzionalizzato la figura dell'infermiere di famiglia e la medicina di iniziativa mentre il Lazio dopo la mancata approvazione delle proposte di legge regionali per l'istituzione della figura dell'infermiere di comunità di recente ha continuato ad affidare, solamente trasformando gli appalti con un sistema di accreditamenti, l'assistenza domiciliare a strutture private.

La Regione con l'API può dare sostanza alla volontà manifestata di aprire, ma solo dopo la fine della fase di disavanzo finanziario, la stagione del rilancio del SSR, del servizio pubblico.

Comunque senza dubbio organizzare l'assistenza proattiva a favore di chi è positivo al coronavirus è una scelta importante in quanto contribuisce da dare ai pazienti un senso di maggiore sicurezza sentendosi seguiti da personale qualificato.

Se si vuole davvero potenziare i servizi sanitari territoriali della regione è indispensabile che venga aumentato il numero delle 580 immaginando di raddoppiarle e di renderle a tempo indeterminato e prevedendo che il personale proveniente da altre strutture sanità venga integralmente e celermente sostituito per evitare di sguarnire altri servizi.

Contestualmente sarebbe da prevedere una progressiva reinternalizzazione del Servizio di Assistenza Domiciliare.

Sarà opportuno una maggiore tutela del personale correlata ai rischi attraverso una assicurazione specifica. Riteniamo inoltre necessario che ogni azienda faccia una comunicazione all'INAIL e alle compagnie assicuratrici per la variazione del rischio. Importante definire bene i distinti compiti del personale addetto onde evitare i problemi che hanno portato ad affossare nel Lazio la proposta di legge per l'infermiere di famiglia.

La scelta operata dalla Regione Lazio tende anche a compensare la difficoltà, durante la fase epidemica di accesso all'assistenza per i pazienti affetti da altre patologie (anche se gravi) come in precedenza, specialmente i pazienti cronici i quali da quando è iniziata l'epidemia vedono rallentate le cure, rinviati i controlli periodici, ecc. con rischio per la loro salute se non per la vita.

All'elenco della popolazione da inserire nell'azione proattiva sarebbero da inserire anche i soggetti affetti da disabilità grave.

Per ciascun assistito sarà riportata anche l'informazione della presenza di almeno una prescrizione di ACE-inibitori nell'anno precedente.



Monitoraggio e interventi su strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali

La scelta di monitorare le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali appare indispensabile benché tardiva.

Le Case di riposo autorizzate dai Comuni sono talora lasciate senza controlli per anni. Con l'incremento delle rette per i ricoveri nelle RSA è accaduto spesso che utenti definiti semiautosufficienti, seppure con limitazioni importanti, venissero indirizzati prioritariamente nelle strutture socioassistenziali prive di personale sanitario strutturato.

Ci si augura che al più presto vengano emanate norme precise prevedendo delle sanzioni nei confronti dei soggetti responsabili che non curano l'adempimento dei controlli inerenti e in particolare visto quanto accaduto nelle RSA anche il rispetto dei requisiti in tema di standard di personale e corretta applicazione dei CCNL . Bisogna inoltre intervenire per definire requisiti stringenti in tema di personale sanitario anche per le case di riposo.

In conclusione servono misure di potenziamento che rendano davvero centrale il distretto sanitario e la presa in carico delle persone fragili, una inversione di tendenza rispetto al passato che da questi primi provvedimenti registriamo troppo timidamente.

Auspichiamo che dal confronto che ci aspettiamo scaturirà dalle nostre osservazioni si riesca a costruire un sistema di misure di potenziamento delle cure primarie che senza accentramento Regionale e dando il giusto ruolo alle ASL metta i servizi territoriali nelle condizioni di sviluppare al meglio la propria attività, per i cittadini. Non è più rinviabile un piano operativo che preveda il rilancio del ruolo pubblico a partire dall'ampliamento delle strutture socio sanitarie assistenziali e riabilitative a gestione diretta.