Alla C.A.

**Commissario ASP Cosenza**

**Dott. Vincenzo La Regina**

e p.c.

**Commissario Ad Acta**

**Dott. Guido Longo**

**Oggetto: ATTO AZIENDALE ASP COSENZA. RICHIESTA MODIFICA**

CGIL CISL UIL della Provincia di Cosenza:

* ritenuta necessaria la revisione dell’ultimo Piano Triennale di Assunzione del Personale 2020 trasmesso da ASP Cosenza;
* in considerazione della Legge 24 aprile 2020, n. 27 (in S.O. n. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110), cosiddetta “Cura Italia”;
* tenuto conto della Legge 181 del 30 dicembre 2020 art 4-bis, che recita “Al fine di garantire l'esigibilità dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nella regione Calabria, anche in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19, in deroga ai limiti previsti dalla legislazione vigente con riferimento agli oneri per il personale del Servizio sanitario nazionale, il Ministro della Salute, al verificarsi delle condizioni di cui all'articolo 6, comma 2, sulla base del fabbisogno rilevato dalle aziende del servizio sanitario regionale, sentito il Commissario ad acta, autorizza il medesimo Commissario ad attuare un piano straordinario per l'assunzione di personale medico, sanitario e socio-sanitario, anche per il settore dell'emergenza-urgenza, facendo ricorso innanzitutto agli idonei delle graduatorie in vigore, nei limiti dell'autorizzazione di spesa di cui al primo periodo del comma 4-ter…”;
* sulla base della Legge 181del 30 dicembre 2020 art 4-ter, che recita: “Per l'attuazione del comma 4-bis è autorizzata la spesa di 12 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021. A tal fine è autorizzata la spesa di 12 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021 ai cui oneri si provvede, per l'anno 2021, mediante utilizzo di una quota del 20 per cento delle risorse di cui all'articolo 6, comma 1, e, a decorrere dall'anno 2022, mediante corrispondente riduzione delle proiezioni dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio…”;
* atteso che con deliberazione n. 271 del 8 aprile e successiva deliberazione n.309 del 12 aprile (errata corrige), il Commissario dell’Asp di Cosenza, Dott. Vincenzo Carlo La Regina, nominato con DCA n.5 del 08.01.2020 del Commissario ad ACTA per il Piano di Rientro della Regione Calabria, ai sensi del D.L. del 10.11.2020 convertito nella legge 181 del 30.12.2020, ha adottato il nuovo Atto aziendale dell’ASP di Cosenza, tramettendolo al Commissario ad ACTA per l’approvazione;

Richiedono la modifica del predetto Atto aziendale sulla scorta delle osservazioni di seguito formulate.

**PREMESSA**

CGIL CISL UIL della Provincia di Cosenza hanno pubblicamente espresso forti critiche, in quanto l’atto aziendale è stato approvato senza un confronto di merito, mentre lo stesso Commissario La Regina aveva espresso, per come riportato nel verbale di incontro sindacale del 6 aprile, “la volontà del management dell’azienda di avviare un confronto approfondito e partecipato per la redazione dell’Atto aziendale, con la partecipazione alle organizzazioni sindacali, le quali, entro breve tempo, potranno trasmettere eventuali osservazioni/suggerimenti”.

Il successivo 8 aprile, invece, il Commissario procedeva all’approvazione dell’Atto aziendale e pur avendo proceduto a tale adozione, lo stesso Dott. La Regina invitata le OO.SS nell’incontro svoltosi in data 20 aprile a presentare eventuali osservazioni e integrazioni all’atto aziendale.

Per le scriventi, il confronto, pur se non previsto da obblighi di legge, è necessario per la redazione di uno strumento fondamentale per definire il presente ed il futuro dell’ASP.

Nello stesso tempo, pur nella consapevolezza dell’insediamento recente del Commissario, della gravità del contesto pandemico e della complessa gestione della campagna di vaccinazione, delle tempistiche per l’approvazione dell’atto aziendale fissate dai decreti di nomina del Commissario, per le scriventi, la rapidità che ha caratterizzato la stesura dell’Atto aziendale non giustifica la sua genericità e le sue carenze, quasi che l’adozione dell’Atto sia il tentativo di assolvere un obbligo formale, più che definire un preciso progetto, realmente adeguato ai bisogni e alle necessità di cittadini e comunità. Tanto più alla luce del contesto pandemico, della caduta verticale sui LEA e della drastica riduzione delle prestazioni erogate.

Le scriventi OO.SS., alla luce delle considerazioni più sopra esposte ed in ragione di un ampio ed approfondito confronto sia al proprio interno che con altri soggetti ed associazioni, espongono di seguito osservazioni e integrazioni all’Atto aziendale dell’ASP di Cosenza.

L’Atto aziendale è il documento programmatico fondamentale per la organizzazione dell’offerta sanitaria e per la garanzia dei LEA, per la riorganizzazione della rete ospedaliera, dell’emergenza-urgenza, della rete della medicina territoriale. La sua redazione riveste, pertanto, una importanza centrale, tanto più alla luce dell’emergenza Covid 19, tutt’ora in corso, che ha indebolito ulteriormente il sistema sanitario territoriale.

L’Atto aziendale si colloca a valle del DCA n. 52 del 6 febbraio “Programma Operativo 2019-2021” e del DCA n. 31 e DCA n. 33 del Commissario ad ACTAper il Piano di Rientro della Regione Calabria, aventi come oggetto **“**Linee guida Regionali per l’adozione degli atti aziendali”.

Tali linee guida e i citati DCA si caratterizzano per la presenza di carenze e criticità, riproponendo sostanzialmente modelli organizzativi del passato, evidenziando l’assoluta assenza di una visione e la mancanza di un nuovo assetto organizzativo, capace di superare le criticità che la gestione del Covid- 19 ha evidenziato in maniera drammatica.

Le stesse DCA sono in parte sovrapponibili con le linee guida del 2015, che, come pare ovvio, sono ampiamente superate dalla eccezionalità pandemica e pertanto non funzionali a riorganizzare la sanità provinciale.

L’allegato A al DCA n.31 – Linee guida per l’adozione degli atti aziendali delle aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria – definisce gli standard per l’individuazione del numero totale delle strutture complesse e semplici delle Aziende del SSR. Sulla base dei predetti standard, iI provvedimento assegna all’area non ospedaliera 34 strutture in meno, di cui 15 complesse e 19 semplici, numero inferiore a quelle che dovrebbe essere individuato in relazione al numero di abitanti della Provincia di Cosenza.

L’Atto aziendale dell’ASP di Cosenza, depaupera ulteriormente l’assistenza territoriale, assegnando 15 strutture complesse in meno a quest’area, rispetto a quanto previsto dallo stesso DCA 31/2021, ed in concomitanza, peraltro, della riduzione di un Distretto Sanitario rispetto a quanto previsto dall’Atto aziendale approvato con DCA 117/2017.

Le scriventi OO.S.S, ritengono che le stesse linee guida siano da rivedere, anche alla luce della approvazione da parte del Parlamento del PNRR che con la missione n.6 **“**mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l’efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell’emergenza pandemica.

La missione del PNRR si articola in due componenti:

1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le 289 prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari; 7 miliardi

2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Nel complesso si destinano alla missione 15,63 miliardi.”

Appare evidente, quindi, che, alla luce dell’approvazione del PNRR e dei successivi provvedimenti attuativi, si dovranno rideterminare a monte le linee guida e a valle gli atti aziendali.

Non si riescano a comprendere quali siano le sinergie messe in campo da ASP e AO nella stesura dei rispettivi Atti aziendali, rispetto ai quali, invece, sarebbe auspicabile una maggiore e reale integrazione capace di rafforzare l’offerta di servizi sanitari. Viceversa, non si riscontrano riferimenti puntuali e scelte conseguenti all’integrazione dell’organizzazione sanitaria che, per le scriventi, è invece priorità strategica.

L’emergenza pandemica ha messo a nudo i limiti e le criticità dell’organizzazione sanitaria provinciale, oggetto di tagli su posti letto e prestazioni, segnata dalla contrazione della spesa per il personale e, soprattutto, da una gestione scellerata che ha portato ad una situazione finanziaria disastrosa, alla crescita esponenziale e non ancora quantificata del debito, alla mancata approvazione dei bilanci delle ultime annualità, al Commissariamento e all’avvicendarsi di più Commissari.

Non è, pertanto, ulteriormente rinviabile una riorganizzazione ispirata a criteri di efficienza, merito e trasparenza e, soprattutto, riveste assoluta urgenza un piano straordinario di assunzioni, in considerazione dei tanti collocamenti in quiescenza nell’ambito dell’ASP; con sostituzioni parziali, per cui il contrasto al Covid nonché l’ordinarietà sono stati garantiti attraverso lo sforzo straordinario del personale sanitario, che ha operato e continua ad operare in condizioni proibitive.

Per CGIL CISL UIL **senza personale non c’è sanità.**

Per queste ragioni e per i rilievi che seguono, le scriventi OO.SS ritengono che l’Atto aziendale dell’ASP di Cosenza debba essere modificato attraverso una fase di confronto costruttivo.

**OSSERVAZIONI GENERALI**

Nell’Atto aziendale si afferma “se con il D.M. n.70/2015 il legislatore ha cercato di riorganizzare il sistema ospedaliero, che ha portato una rivisitazione, anche con riduzione dei posti letto, di contro non è mai stato attuato un contestuale rafforzamento compensativo delle cure territoriali, con la diretta conseguenza di una non adeguata offerta sanitaria”

CGIL CISL UIL ritengono che le previsioni dell’Atto aziendale non consentano di risolvere adeguatamente le problematiche evidenziate e che gli obiettivi di de-ospedalizzazione, continuità assistenziale e potenziamento della sanità territoriale, anche alla luce della fase emergenziale pandemica, non possano essere efficacemente perseguiti.

Nello specifico, nell’Atto aziendale, la mancanza di dati sul personale e la dotazione organica dei servizi e presidi non consente di individuare la capacità di funzionamento degli stessi e lascia senza risposta una domanda fondamentale, ovvero come realmente resi operativi i posti letto per acuti e sub acuti di cui al decreto 70/2015. In base ai nostri calcoli mancano, fra acuti e sub acuti centinaia di posti letto e tanti altri, per carenza di personale, resteranno virtuali.

Nello stesso tempo non riscontriamo scelte organizzative utili ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, con alcune aree della provincia, nelle quali la continuità assistenziale era a rischio e lo è ancor di più per l’emergenza Covid.

L’Atto aziendale dell’ASP avrebbe dovuto dare priorità, nella pianificazione, alle criticità riscontrate sui LEA, il cui mancato raggiungimento, non solo nega il diritto alla salute, ma pone problematiche significative sul versante finanziario, dal blocco del 3% del Fondo alle addizionali IRPEF e alimenta il fenomeno dell’emigrazione sanitaria extra territoriale.

Sul versante dei LEA, le maggiori criticità sono ascrivibili all’ Emergenza-Urgenza, e non si comprende come possano essere superate.

A cominciare dal rispetto dei 18 minuti tempo, nei quali deve arrivare una ambulanza, soprattutto se si fa riferimento ad alcuni territori: esempio emblematico è San Giovanni In Fiore, il cui Ospedale Spoke di riferimento è Paola-Cetraro.

Sul versante Emergenza Urgenza l’Atto aziendale, come il precedente, non fornisce informazioni di dettaglio e non ci consente di capire come, per esempio, possano funzionare i Punti di Pronto Intervento, che dovrebbero essere dotati di servizi specialistici di supporto per la stabilizzazione dei pazienti e dovrebbero funzionare H 24.

Insufficienti le indicazioni dell’Atto in relazione all’organizzazione del sistema del 118, delle Usca e della Cot (Centrale operativa territoriale).

Si ritiene, invece, necessario valorizzare le USCA che non vanno assolutamente smantellate, ma gestite dal territorio per il territorio, così come inizialmente previsto, senza utilizzarle erroneamente per altre attività.

Non viene specificato come superare la cronica mancanza di mezzi e personale, con la presenza di tanti medici a tempo determinato che lavorano sulle autoambulanze da dieci anni in regime di convenzione e ai quali occorre garantire la assunzione a tempo indeterminato.

Si condivide l’obiettivo del potenziamento dell’ADI per anziani e disabili, per migliorare i livelli quantitativi e qualitativi della presa in carico e dell’assistenza domiciliare e il miglioramento sui LEA specifici, per come individuati dall’art 22 del Dpc 12 gennaio 2017, e si richiedono chiarimenti specifici in relazione alle modalità organizzative con le quali perseguire l’obiettivo di incremento dei target di assistenza per anziani over 65 dal 4% al 6,7% e per gli under 65 dallo 0,5 al 1,5%.

Si rileva, tuttavia, la necessità di un innalzamento e di un monitoraggio sui livelli qualitativi, evidenziando che, al riguardo ed ai bisogni assistenziali da soddisfare senza ricovero ospedaliero, incida in maniera negativa la mancata attivazione delle Case della Salute.

Sulla chirurgia senologica - il cui valore soglia è pari a 135 interventi all’anno - i presidi ASP faticano a raggiungere gli standard previsti. Non individuiamo previsioni organizzative utili a superare tali evidenti criticità.

Altro caso riguarda i tempi di intervento per ridurre la frattura al collo femore nei pazienti over 65, rispetto al quale il valore da prendere in considerazione è quello delle 48 ore per operare la riduzione della frattura nel 60% dei casi. In Provincia di Cosenza i numeri sono assai lontani dalla soglia minima richiesta.

Si auspica, dunque, che la scelta dell’Atto aziendale di procedere ad una specializzazione dei reparti di ortopedia a Castrovillari, Paola e Rossano possa incidere positivamente.

Risulta, inoltre, di fondamentale mettere a sistema i dati sanitari ed epidemiologici, procedendo con decisione verso un processo di digitalizzazione ed innovazione.

In questa direzione, per come previsto anche dal PNRR, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è fondamentale, perché svolge tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l’intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASP che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

**OSSERVAZIONI SU ORGANIZZAZIONE**

L’Atto aziendale presenta un modello organizzativo strutturato su 3 livelli:

* Livello strategico coincidente con Direzione Generale;
* Livello Intermedio coincidente con Unità Organizzative Distretti e Dipartimenti;
* Livello Operativo costituito dalle UU.OO cui compete l’erogazione delle prestazioni ed il raggiungimento degli obiettivi previsti nelle schede budget.

**IL DISTRETTO SANITARIO**

La scarsa attenzione all’area di assistenza territoriale è confermata dalla contraddizione di quanto previsto al par.26 – Integrazione ospedale/territorio – circa l’organizzazione delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) fra medici di assistenza primaria, di continuità assistenziale e le USCA e quanto fino ad ora deliberato, anche da questa Direzione aziendale, rispetto alle forme complesse di cure primarie che hanno visto privilegiare le forme autonome, cioè private, di aggregazione rispetto alle pubbliche. A conferma di ciò, al par.38 – Distretto Sanitario – manca qualsiasi riferimento alla collocazione delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) all’interno delle Case della Salute.

Peraltro, si fa riferimento alla “sperimentazione” fatta con i “Nuclei di Cure Primarie” che ha creato nel passato disparità di trattamento fra i medici di Assistenza Primaria ed i pazienti da loro assistiti, al punto di essere stati censurati dall’Autorità garante per la Concorrenza ed il Mercato.

In relazione alla guardia medica nelle AFT, è necessario prevedere una presenza H24, così come quella di un infermiere in ogni AFT, evitando gli errori del recente passato.

In via generale, occorre prevedere delle AFT pubbliche, per valorizzare il ruolo del pubblico nelle cure primarie e contestualmente anche la qualità dell’occupazione.

Nell’individuazione dei Distretti Sanitari si crea una forte disomogeneità rispetto ai numeri di popolazione assistita. Ulteriore disomogeneità si segnala rispetto all’abbinamento fra i presidi ospedalieri Spoke (Castrovillari, Corigliano-Rossano e Paola-Cetraro), gli ospedali di zona disagiata (Acri e San Giovanni in Fiore) e gli ospedali di Trebisacce e Praia a Mare, anche rispetto all’assistenza territoriale affidata ai Distretti Sanitari.

In relazione ai distretti si rileva la riduzione a 5 distretti per effetto della nuova città di Corigliano Rossano.

Si segnala, inoltre, la scelta di prevedere 5 SOC di Cure Primarie per ogni distretto al posto di una SOC che potrebbe coordinare altre SOS. Tale scelta, inoltre, individua un distretto Area Jonica di 166.691 abitanti, la cui ampiezza, in assenza di un rafforzamento dei servizi che non si coglie, potrà portare conseguenze negative sull’efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

Inoltre, al fine del perseguimento dell’obiettivo di integrare rete ospedaliera e rete del territorio, la previsione di inserire il previsto presidio ospedaliero di Trebisacce nello Spoke Castrovillari è in contraddizione con la scelta di un unico distretto dell’area ionica.

Nella tabella di riepilogo delle strutture non viene riportata la Casa della Salute di Amantea, contrariamente a quanto previsto invece, nel Piano di Riorganizzazione della Rete del Territorio di cui alla Deliberazione n.646 del 03/08/2020 e manca il cronoprogramma di attivazione delle due Case della Salute già finanziate dalla Regione Calabria, cioè San Marco Argentano per 8 mln di euro e Cariati per 9 mnl di euro, nonché qualsiasi riferimento agli Ospedali di Comunità, di cui all’Intesa Stato-Regioni del febbraio 2020.

Si rileva come, nell’area delle cure primarie, sia centrale il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), rispetto al quale, registriamo pesanti criticità, soprattutto, sul versante delle sostituzioni dei MMG, che procedono fra lentezze ed incertezze, scoprendo “la prima linea” delle cure primarie, con particolare riferimento ad alcune aree interne e di montagna.

Investire sull’organizzazione dei servizi di assistenza primaria e quindi, in primis, dell’organizzazione dei medici di medicina generale, per costruire una rete sanitaria territoriale in grado di gestire la grande prevalenza dei problemi sanitari, comporta un cambio di paradigma.

La SOC Gestione Integrata Assistenza Socio-Sanitaria garantisce le funzioni su tutti i Distretti ad eccezione di quello del Tirreno.

Stessa scelta viene operata per la SOS Riabilitazione Funzionale.

Si rileva, inoltre, la previsione nel Distretto Cosenza-Savuto di una SOSD di Neurologia e centro sclerosi multipla e si segnala, come, per definizione una SOSD, in quanto dipartimentale, dovrebbe essere legato appunto ad un Dipartimento di Medicina.

Nell’individuazione della Rete Terapia del dolore e Cure Palliative si fa riferimento ad incarichi professionali in assenza di un regolamento aziendale che ne identifichi il numero, la distribuzione e la pesatura.

**DIPARTIMENTI**

In relazione al livello intermedio e ai Dipartimenti, si rileva la previsione di Dipartimenti con un numero ridotto di UU.OO.

Si rileva, inoltre, come, alla volontà manifestata di rafforzare la rete territoriale, non corrispondano sempre determinazioni conseguenti in merito alla previsione delle UU.OO. e alla loro assegnazione fra area ospedaliera e area territoriale.

Sono state istituite UU.OO non previste nelle linee guida e sono state declassate alcune Unità Operative Complesse a Unità Operative Semplici e/o Unità Operative Dipartimentali senza chiare motivazioni.

Si ribadisce che l’unico criterio per l’assegnazione di una struttura complessa debba essere il livello delle attività svolte, criterio che non può essere, come avviene, derogato.

**DIPARTIMENTO PREVENZIONE**

Non si comprende il criterio scelto per identificare le SOC. Se fosse stato scelto, come doveroso, il riferimento al D.Lgs.502/92 e smi, allora non si capisce l’identificazione della Epidemiologia sorveglianza e prevenzione come SOC (non presente nello stesso Decreto), peraltro senza SOS assegnate.

Manca qualsiasi criterio di omogeneità nella attribuzione delle SOS fra le SOC. L’Igiene e Sanità Pubblica vede assegnarsi 4 SOS, una per ogni ambito ex ASL ed una sola SOC per una area estesa come quella della provincia di Cosenza.

I Servizi Veterinari delle 3 aree (A-B-C) si vedono assegnare ciascuna 4 SOS sui Distretti Sanitari non sede di SOC; per il SIAN e lo SPISAL, invece, si prevedono 2 SOS ciascuna per ambiti territoriali accorpati (1 Distretti Sanitari Pollino-Esaro e area jonica), (2 Distretti Sanitari Cosenza/Savuto-Valle Crati-Tirreno).

Si conferma rispetto all’atto Aziendale dell’agosto 2017 una SOSD di tossicologia preventiva che non trova alcun riferimento normativo e legislativo come collocazione all’interno del dipartimento di Prevenzione.

Anche in questo caso, si fa riferimento ad incarichi professionali in assenza di un regolamento aziendale che ne identifichi il numero, la distribuzione e la pesatura.

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**

Nel dipartimento Salute Mentale sono state istituite 5 strutture complesse denominate UU.OO.CC Centro Salute Mentale, una per ogni distretto. Le linee guida, invece, prevedono l’istituzione di Strutture Denominate Assistenza Territoriale Specialistica con bacino d’utenza coincidente con il Distretto e comprendenti i seguenti servizi: Centri Salute Mentale, SerT, Day Hospitale Territoriale.

Non è stata istituita, per come previsto dalle linee guida, la Struttura Residenzialità e semi residenzialità psichiatrica comprendente i seguenti servizi: assistenza domiciliare, assistenza semiresidenziale, diurni, case protette, ecc.

Si evidenzia inoltre la scelta errata di declassare a semplici strutture semplici i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) degli Ospedali Spoke, quando invece, il DCA 64/2016 prevede espressamente l’SPDC come struttura complessa.

La indicata SOSD Psicologia Clinica è un errore formale e sostanziale da modificare in SOSD PSICOLOGIA in quanto i compiti istituzionali previsti nella normativa vigente, sia in ambito della Salute Mentale che nelle Dipendenze Patologiche, nei Piani di Prevenzione e nei Piani delle Cronicità e nei LEA non riguarda solo la cura e, quindi, la clinica, ma anche la prevenzione, il monitoraggio, la progettazione e ricerca (per es. ambito scolastico, nei luoghi di lavoro etc.)

**NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Nell’atto aziendale si fa riferimento a una Struttura Operativa Complessa individuata nel Distretto Cosenza Savuto pensata per garantire l’integrazione della continuità assistenziale “territorio-ospedale” in riferimento a disturbi comportamentali acuti in collegamento con un reparto protetto con 4 posti letto. È evidente che questo è un elemento positivo soprattutto nella fase pandemica. Viene totalmente ignorata la necessità di collegare i reparti di neonatologia, i punti nascita, i pediatri di libera scelta per le patologie congenite o acquisite in età evolutiva che sono appena menzionati nella parte dedicata alle Strutture Operative Semplici in cui si attribuiscono attività sanitaria, sociosanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione di minori anche con riferimento alla legge 104/92 in ambito scolastico. A questa popolazione va assicurato non solo l’intervento (in quali strutture? Neuropsichiatria? Ex art. 26? riabilitazione funzionale distrettuale?) ma anche la stesura del profilo di funzionamento su base ICF da parte di un’equipe multidisciplinare in cui siano presenti anche figure di riabilitazione con la partecipazione ai GLO per I Piani Educativi Individualizzati (dm 66/2017/DM96/2019; DM 182/2020). Nella provincia di Cosenza gli alunni con disabilità che frequentano le scuole dai dati ISTAT sono il 3,5 % dei soggetti in età scolare circa 3. 388. Questo dato merita quindi una particolare attenzione.

Nel complesso il Dipartimento Salute Mentale appare sbilanciato su alcuni settori, con sovrapposizioni, carenze in alcune aree, senza una visione legate alle conseguenze del contesto pandemico e socio economico che imporrebbero scelte conseguenti.

**IL DIPARTIMENTO INTER-AZIENDALE MATERNO INFANTILE**

CONSULTORI FAMILIARI

Il Consultorio familiare è previsto da Leggi nazionali (L: 405/75; L. 34/96; L.194/78), regionali (L.26/77), progetti obiettivo (POMI- Progetto Obiettivo Materno Infantile), (Decreto del Presidente della Giunta Regionale 28/2012);

L’accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 stabilisce la presenza di un Consultorio F. h 12 laddove è stato soppresso un Punto nascita, come, purtroppo, si è verificato in molti territori della nostra Regione. Il Consultorio Familiare è dotato di equipe multidisciplinare in cui operano varie figure professionali. (Assistente sociale/ Ginecologo/Infermiere professionale/Ostetrica/Pediatra e Psicologo etc.).

Tenuto conto che nell’Atto Aziendale si prevede una unica SOS Tutela Famiglia donne e infanzia per distretto, eliminando di fatto 17 Consultori/Servizi sul territorio provinciale e privando vaste aree di popolazione dall’assistenza sociosanitaria, chiediamo che l’Atto Aziendale ripristini la presenza, accessibile e gratuita, dei 17 Consultori Familiari sul territorio provinciale e quindi l’adeguamento alla legge 34/96.

Riportiamo a questo proposito i requisiti e standard di fabbisogno indicativi per i consultori familiari, pubblicati da “Epicentro” dell’Istituto Superiore della Sanità:

La legge n. 34/96 prevede un consultorio familiare ogni 20.000 abitanti. Sarebbe opportuno distinguere tra zone rurali e semi-urbane (1 ogni 10.000 abitanti) e zone urbane-metropolitane (1 ogni 20.000-25.000 abitanti). Per lo svolgimento delle sue funzioni il consultorio si avvale, di norma, delle seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, dei quali si può prevedere un impiego corrispondente al carico di lavoro determinato dalle strategie di interventi di prevenzione e dalla attività svolta per l’utenza spontanea, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitario, infermiere pediatrico (vigilatrice di infanzia), infermiere (infermiere professionale), in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sociologo, il legale, il mediatore linguistico-culturale, il neuropsichiatra infantile, l’andrologo e il genetista presenti nella Asl a disposizione dei singoli consultori.

Se a livello di distretto (o per un insieme di distretti) si prevede, come è auspicabile, la presenza di servizi specialistici ambulatoriali ginecologici, pediatrici, di psicologia clinica e di psicoterapia, gli stessi operatori consultoriali potrebbero essere impegnati anche in questi servizi, per il completamento dell’orario, al fine di una migliore continuità assistenziale.

Nella rete degli ambulatori ginecologici afferenti all’organizzazione dipartimentale aziendale, sia a livello distrettuale, sia a quello ospedaliero, dovrebbero essere previsti i servizi di colposcopia e di ecografia, disponibili alle segnalazioni provenienti dal consultorio. Il consultorio familiare deve essere facilmente raggiungibile e possibilmente in sede limitrofa ai servizi sanitari e socio assistenziali del distretto, preferibilmente a pianoterra e senza barriere architettoniche, in ambienti accoglienti, nel rispetto della normativa per l’edilizia sanitaria e delle diverse esigenze della popolazione di ogni età maschile e femminile, in particolare dei bambini e degli adolescenti. Considerate le varie afferenze e le tipologie di intervento il Distretto dovrà predisporre dei set di attrezzature adeguati per le attività specifiche e generali del consultorio e dovrà altresì identificare, ai fini della rendicontazione correlata all’attribuzione del budget di finanziamento, il centro di costo competente.

**PROFESSIONI SANITARIE**

In relazione all’area delle Professioni Sanitarie, registriamo un passo indietro rispetto al precedente atto aziendale sulla dirigenza delle professioni sanitarie.

Registriamo, pertanto, il mancato recepimento di quanto previsto dalla L. 251/2000, della delibera ASP n.438 del 13 maggio 2020 e delle L.R. 11/2016 che recependo la normativa nazionale istituisce il Servizio delle Professioni Sanitarie in tutte le aziende sanitarie. Al contrario riteniamo necessario prevedere una unità dirigenziale per ciascuna delle aree delle professioni sanitarie.

**LA RETE FARMACEUTICA**

Il PO Spoke di Cetraro-Paola, contrariamente agli altri (Castrovillari e Corigliano-Rossano) è l’unico assegnatario di una SOC di Farmacia Ospedaliera e di una SOS di Farmacia Clinica.

**LA RETE EMERGENZA-URGENZA**

Fra la normativa di riferimento non viene citato il DCA 64/2016 “Documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell’emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti”.

**INCARICHI DIRIGENZIALI**

Si fa riferimento ad un Regolamento aziendale non ancora formalizzato.

**RETE OSPEDALIERA**

Ci interessano certamente le previsioni organizzative ma soprattutto ci interessano i tempi e le modalità, il personale con il quale si darò corso alle previsioni relative alle Case della Salute, ai P.O. di Praia e Trebisacce.

In assenza di indicazioni chiare sul personale assegnato e di informazioni altrettanto chiare sui tempi di realizzazione degli interventi infrastrutturali previsti dai finanziamenti per le Case della Salute affidate ad Invitalia, non sono possibili valutazioni di merito e permangono forti perplessità rispetto alla “messa a terra” delle previsioni.

Sugli Ospedali di Zona disagiata di Acri e San Giovanni in Fiore non vediamo novità utili a rafforzare l’offerta sanitaria e a garantire i LEA, l’equità e l’uniformità delle prestazioni sanitarie alle comunità locali.

L’Ospedale di Acri passa da uno Spoke all’altro più per dinamiche numeriche che per un disegno organizzativo preciso. L’assegnazione dell’Ospedale di San Giovanni allo Spoke Paolo-Cetraro non è funzionale e si ribadisce l’urgenza, in questa direzione, di una integrazione con l’Azienda Ospedaliera.

CGIL CISL CISL considerano l’offerta sanitaria privata di integrazione all’offerta pubblica e non sostituiva, in un quadro trasparente di acquisto necessario delle prestazioni e di puntuale verifica dei requisiti di accreditamento.

CGIL CISL UIL nel ribadire, in conclusione, che le previsioni dell’Atto aziendale, resterebbero in gran parte non attuate senza un contestuale piano straordinario di assunzioni di personale sanitario, chiedono, in forza delle osservazioni sopra formulate, la rettifica dell’Atto aziendale dell’ASP di Cosenza.

CGIL Cosenza Umberto Calabrone

CGIL Pollino Sibaritide Tirreno Giuseppe Guido

CISL Cosenza Giuseppe Lavia

UIL Cosenza Roberto Castagna