

Prot.626/2014/NA.GP

Napoli, 07/03/14

**Ai Responsabili DSB Asl Na2 nord**

**Al Dott. G. Gentile**

**Al Dott. S. Visani**

**e p. c. Ai Sindaci i cui Comuni ricadono nell’ambito dell’Asl Na2 nord**

**SEDI**

**Oggetto**: **Programmazione ed attuazione visite domiciliari**.

Si fa seguito alla precedente comunicazione, indirizzata anche al Direttore Generale della ASL NA 2 Nord, e relativa, in particolare, a contestare l’illegittima ed assolutamente inaccettabile disposizione dello stesso Direttore Generale del 12.2.2014 prot. N. 0006918/2014 per rappresentare quanto segue in relazione alla specifica tematica delle visite domiciliari.

Sono giunte alla scrivente Organizzazione Sindacale segnalazioni, lamentele, talvolta vere e proprie proteste da parte di singoli residenti nell’ambito del territorio della Asl Na2 nord, circa la mancata immediatezza nell'effettuazione delle visite domiciliari o, addirittura, (ma la fattispecie è talmente grave da ritenerla sicuramente non vera!) che alcuni dirigenti PUA respingerebbero le visite domiciliari o le trasformerebbero in ambulatoriali “costringendo” soggetti in condizioni fisiche precarie, anche per motivi di età, a recarsi presso le strutture.

Appare necessario, allora, evidenziare come un eventuale – e, si ripete assolutamente da escludersi – comportamento nei termini sopra riportati risulti assolutamente in contrasto con le vigenti disposizioni di Legge, con le specifiche indicazioni in tema di politica sanitaria e, comunque, con gli Accordi Collettivi Nazionali.

Non sembri superfluo, a tale proposito, ricordare come la tematica delle visite domiciliari abbia trovato, a partire da Piano Sanitario Nazionale 1994-96, una specifica disciplina ANCHE codificato con il termine di "*Assistenza Domiciliare Integrata*".

L'ADI, infatti, nasce come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. E' deputata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo sociosanitario.

Successivamente, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha messo in rilievo il principio secondo cui curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare "*dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici*" alle "***strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni****".*

Suquesti aspetti il Piano ha stabilito la sua azione su principi di ordine organizzativo e professionale, richiedendo la complementarietà tra i diversi moduli assistenziali.

Gli Accordi Collettivi Nazionali dell'anno 2000 con i Medici di medicina generale, con i Pediatri di libera scelta (DPR 270 e DPR 272), nonché con i Medici Specialisti Ambulatoriali (DPR 271) hanno quindi assunto un particolare rilievo per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare (cfr.particolare, gli artt. 32, 39 e 45; l'Allegato G "*Assistenza programmata domiciliare nei confronti dei soggetti non ambulabili*"; l'allegato H "*Assistenza domiciliare integrata*").

Per particolari categorie, inoltre, quali ad esempio i malati oncologici vanno richiamate le "*Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia*", approvate con apposito accordo sottoscritto tra Stato e Regioni 1'8 marzo 2001 (in sostituzione di quelle del 1996) che contengono anche specifiche indicazioni sulle cure palliative rivolte ai malati terminali per cancro, **in ambito domiciliare**, ambulatoriale e presso le strutture residenziali per le cure palliative – hospice; così come, analogamente, in materia di AIDS l'attivazione dell'assistenza sanitaria domiciliare è già prevista dalla Legge 5 giugno 1990 n. 135 all’art. l, capo 2, nonché dal D.P.R. 14 settembre 1991.

Ulteriori indicazioni, a tale proposito, sono contenute nel Progetto Obiettivo AIDS, approvato con DPR 8.3.2000, che dedica un capitolo agli interventi di tipo domiciliare, ambulatoriale e presso le comunità alloggio e residenze collettive.

Le più recenti indicazioni in materia sono contenute nel Paino sanitario Nazionale 2003-2005 che inserisce, tra gli obiettivi strategici, la *"realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili".*

E’ lecito affermare, insomma, che l’intera politica Sanitaria Nazionale miri a costruire una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari, **favorendo gli interventi di tipo domiciliare**, oltre che semiresidenziale e residenziale, al fine di garantire una maggiore tutela dei bisogni delle persone ed in primo luogo di quelle che necessitano una maggiore assistenza (anziani, malati oncologici ecc.).

La stessa Regione Campania ha provveduto a emanare Linee di Indirizzo, Profili e Standard in Materia di Servizi Domiciliari attraverso la D.G.R.C. n. 41/2011 ed il Decreto 84/2013; **addirittura il Sub Commissario ad Acta emanava la Direttiva n. 3794 del 09/11/2010 per il potenziamento delle attività territoriali, in particolare il sistema delle cure domiciliari**.

Fatta questa lunga ma doverosa premessa, deve sottolinearsi come, alla luce delle vigenti disposizioni, **la responsabilità assistenziale sia attribuita al Medico di medicina generale che è** **l'unico ordinatore delle visite ambulatoriali e domiciliari**.

Dunque, sulla base di tale imprescindibile presupposto, pena una inammissibile violazione delle vigenti disposizioni di Legge e dei citati AACCNN, **le visite domiciliari non necessitano di alcuna autorizzazione ma, viceversa, devono esclusivamente essere programmate con lo Specialista della branca richiesta** (e solo con lui) per offrire all'utenza un *offering* che renda trasparente le procedure di offerta ai cittadini delle prestazioni sanitarie, con riferimento agli orari sia degli ambulatori che delle attività esterne.

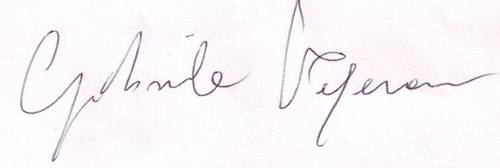
Ogni diverso atto, comportamento, indicazione, semplice *modus operandi* risulterebbe pertanto illegittimo e, comunque, non solo e non tanto lesivo della professionalità del singolo Medico ma, soprattutto, estremamente dannoso per i diritti degli assistiti.

Se tanto non bastasse, inoltre, deve ricordarsi come la scrivente Organizzazione Sindacale, proprio sullo specifico tema delle visite domiciliari, ha sottoscritto con la stessa ASL NA 2 Nord un “*Accordo”* (che per maggior comodità si rimette in allegato) circa la programmazione e l'attuazione delle visite domiciliari.

Detto Accordo non risulta mai formalmente disdetto e, comunque, mai nessuna comunicazione in tale senso è pervenuta, con la conseguenza che, trattandosi di materia disciplinata dall’ACN (cfr. art. 35 ) deve ritenersi assolutamente in vigore e pienamente efficace.

Alla luce di quanto sopra, pertanto, si invitano i destinatari della presente ad astenersi dall’adottare eventuali provvedimenti, porre in essere comportamenti o, comunque, assumere decisioni che, risultando in palese contrasto con le richiamate normative, possano comportare un danno ai diritti dei cittadini e, al contempo, ledere la professionalità degli Specialisti Ambulatoriali, avvertendo sin d’ora che, in caso contrario, la scrivente Organizzazione Sindacale agirà in tutte le opportune sedi anche ai fini di individuare responsabilità personali connesse alle funzioni esercitate.

Distinti saluti

 IL SEGRETARIO PROVINCIALE

(Dott. Gabriele Peperoni)