



## **SINISTRA FUTURA**

*Costituente per la Nuova Sinistra*

**ESECUTIVO NAZIONALE**

DIPARTIMENTO SANITA' E WELFARE

Tel: 3483057859

## **PROGETTO DI INTERVENTO SUL SSN**

### **LA SANITA' SECONDO SINISTRA FUTURA**

#### **Premessa di contesto.**

Il grido di dolore che quotidianamente si leva alto sul tema della salute delle persone impone a tutte le forze politiche una compiuta riflessione sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale e sulla forte necessità di una sua adeguata riorganizzazione. Questa è, per chi governi o per chi stia all'opposizione, la madre di tutte le battaglie, il terreno sui giocare l'esito del confronto politico futuro e delle prossime sfide elettorali.

Per noi di Sinistra Futura il diritto alla tutela della salute è uno dei fronti politici e sociali di maggiore rilievo, insieme alla battaglia per il lavoro, contro la povertà, per la pace disarmata.

Un nuovo fronte di attenzione ai diritti delle persone, quello sulla salute: si tratterà di riformulare l'esigenza di coniugare i reali bisogni dei cittadini con le specificità dei territori, delle comunità, delle patologie prevalenti, dei soggetti fragili e di età media elevata, riuscendo nel contempo a spendere bene le risorse disponibili e a garantire qualità delle prestazioni erogate. Si tratterà di ricucire il rapporto necessario tra persone e professionisti e tra questi e sistema sanitario, entrambi catastroficamente compromessi negli ultimi 20 anni.

C'è davvero tanto da fare.

Siamo, però, convinti che le strategie dei due tempi, prima mettiamo i conti in ordine poi miglioriamo la salute, non sia l'approccio corretto: riteniamo, infatti, che le due cose debbano procedere di pari passo, mettendo al sicuro la salute e insieme razionalizzare il sistema.

Il Servizio Sanitario pubblico è una conquista di civiltà. I principi di solidarietà, universalità ed equità, cui è stato finora ispirato, lo rendono ancora un bene fondamentale, sicuramente perfezionabile in molti suoi aspetti, purtroppo in gravissima difficoltà da diversi anni a questa parte.

Il senso di responsabilità, che pare essere dimenticato da una politica di governo sempre troppo incentrata sulle scelte di quadratura dei conti anziché su quelle di garanzia dei diritti, deve portare i tecnici della sanità a scelte strutturali coerenti con i modelli di analisi dei fattori di rischio del sistema.

Oggi c'è bisogno di agire con rapidità su alcuni fronti di respiro generale:

1. **ridisegnare il sistema sanitario** secondo gli schemi definiti dalla Legge 833/78, frutto di un ampio confronto tra le forze politiche progressiste e che si orienti alla partecipazione e non al centralismo;
2. rilanciare, per **rimettersi in linea con i moderni principi di solidarietà, di equità e di universalità**, una serie di provvedimenti a breve, medio e lungo periodo, che privilegino la sanità territoriale e distrettuale;

3. **ricostruire il tessuto professionale** del Servizio Sanitario Regionale, creando le condizioni di facilità di accesso alle sue professioni, oggi gravemente compromesso anche nel medio periodo;
4. **adottare nuovi principi di gestione amministrativa** fondati sulla trasparenza, sul confronto con le forze sindacali e sociali e orientati alla gestione del sistema sanità sulla base dell'appropriatezza, del non spreco e del reinvestimento nel sistema medesimo delle risorse non sprecate (deve scomparire dal lessico amministrativo in sanità la parola *risparmio*);
5. **facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie** da parte di tutti i cittadini, abolendo le barriere burocratiche e promuovendo la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, la cui scelta deve ritornare ad essere una prerogativa essenziale del rapporto tra i professionisti ed i cittadini.

Gli interventi dovranno essere molti, ma sicuramente quello più urgente è una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, ovvero una riorganizzazione di tutta quella parte della sanità che non riguarda gli ospedali e i ricoveri ospedalieri.

Probabilmente la recente riorganizzazione della rete ospedaliera ha tenuto conto più dei "contenitori" che dei contenuti. Il 15% delle prestazioni sanitarie richiedono un ospedale, l'85% no.

Quando i cittadini vanno in un ospedale trovano mediamente professionisti di altissima qualità e risposte adeguate, ma è quando fanno la fila in un ambulatorio, o devono aspettare sei mesi per una risonanza necessaria, o sono in lista d'attesa per una radioterapia antitumorale che le cose non vanno.

Per disegnare soluzioni adeguate alla crisi del sistema sanitario, occorre però avere chiarezza sulla situazione esistente e sulle cause di questa crisi. Abbiamo provato a metterli in fila, sapendo che la gravità di ciascuno non è inferiore a quella degli altri ed avendo consapevolezza che non dovunque la situazione è così drammatica, ma anche che le eccellenze regionali di un tempo cominciano pericolosamente ad involvere:

- il sotto-finanziamento **cronico**, che ha determinato una sofferenza strutturale del sistema sanitario e una sua vetustà funzionale;
- il **ruolo della pandemia**, che ha drammaticamente messo a nudo le carenze della sanità territoriale e quelle del sistema di emergenza ospedaliero (le migliaia di morti civili e le centinaia di morti nel personale ne sono la tragica testimonianza);
- la colpevole e drammatica **carezza di medici ospedalieri e territoriali**, legati al pensionamento spesso precoce e alla fuga verso la sanità privata, diventata triste realtà nonostante i decennali avvertimenti da parte dei sindacati di settore e delle associazioni di cittadini;
- la **dissoluzione della medicina di famiglia**, impoverita negli organici e privata oltre che di ruolo vero anche di strumenti professionali adeguati;
- la **contrazione dei servizi specialistici**, per i troppi medici fuggiti verso un privato più comodo, maggiormente remunerativo, certamente più rispettoso delle esigenze professionali e personali;
- l'**allungamento delle liste d'attesa**, diretta conseguenza delle premesse di cui sopra. E i cittadini a pagarsi le prestazioni nel privato (quando possono) o a privarsi di una decente assistenza;
- la **ipertrofia della sanità privata**, come conseguenza delle scelte scellerate di una gran parte della politica (con la sinistra a guardare quando non proprio connivente);
- la **marginalizzazione del sistema territoriale**, che produce inappropriata professionalità e ricaduta delle prestazioni improprie sull'ospedale e sui Pronto Soccorso ospedalieri.
- la **scomparsa dei distretti**, illustri sconosciuti fino ad ora e da oggi del tutto desaparecidos;
- l'**abbandono totale della prevenzione**, secondo una logica di approccio alla malattia e non alla salute delle persone, vera e propria involuzione sociale del sistema sanitario;
- la **caduta degli standard assistenziali**, che rappresenterà la nemesis del sistema sanitario in conseguenza di tutti i fattori di criticità che abbiamo elencato, con un riflesso

diretto sulla salute delle persone e sugli indicatori di processo e di esito.

## **Progetto di governo.**

Un serio progetto di governo della sanità italiana deve partire da alcune considerazioni di fondo e caratterizzarsi per specifici obiettivi strutturali, gestionali e clinico-assistenziali.

La prima considerazione di fondo è che da un sistema solidaristico, equo e universalistico non si torna indietro. A nessuno possiamo consentire di arretrare rispetto a questa conquista preziosa e democratica che il mondo ci ha invidiato e forse ancora ci invidia.

Detto questo, occorre avere idee chiare, obiettivi concreti e soluzioni percorribili per correggere errori del passato e negligenze del presente.

Vediamo dunque quali proposte di governo Sinistra Futura si impegna a percorrere.

## **A - Azioni Strutturali e Gestionali:**

### **1. *L'aziendalizzazione come strumento e non come obiettivo.***

L'attuale organizzazione della sanità deriva da un processo evolutivo del SSN passato da criteri gestionali di competenza degli Enti Locali (i Comitati di Gestione a rappresentanza dei comuni) con gestione finanziaria sostanzialmente *a piè di lista* e che oggettivamente determinava una assoluta incapacità di controllo della spesa sanitaria, alla attuale conformazione (con alcuni aggiustamenti legislativi in itinere) di tipo aziendalistico attraverso il D.L.vo 502/92 e il D.L.vo 229/99.

Sulla questione della *aziendalizzazione* della sanità occorre fare qualche considerazione.

Ripartire il SSN in una condizione di **sostenibilità finanziaria** è stata una necessità vera, considerato che il bilancio delle sanità regionali si avvicina in troppi casi al 45% dell'intero bilancio regionale. Ma oggi assistiamo ad una evoluzione iperaziendalistica della sanità, che antepone le logiche finanziaria ai bisogni di salute. Questa logica ci porterà in breve tempo alla selezione delle prestazioni (ampiamente in atto) e alla selezione dei pazienti, vera nemesi del diritto alla tutela della salute.

Inoltre, la centralizzazione delle funzioni di governance e di guida assistenziale sempre più imperante nella attuali concezioni di SSR risponde ad una logica astratta di controllo dei flussi di sistema ed esclude a priori la funzione di indirizzo e di controllo delle comunità periferiche, Enti locali in testa. Su questo nel passato, e non solo nel passato, anche il Centro-sinistra ha avuto le sue importanti responsabilità.

Noi pensiamo che una mediazione equilibrata tra controllo della spesa, bisogni sanitari, ruolo della politica regionale, ruolo delle comunità locali, possa essere perseguito con sapienza e saggezza, ricostruendo gli argini necessari a contenere il pericolosissimo sbandamento che subisce oggi il Sistema Sanitario Nazionale.

### **2. *Il finanziamento della Sanità.***

Un adeguamento del finanziamento ai crescenti bisogni delle persone e della collettività diventa irrinunciabile, per poter sostenere efficacemente, e anche per non compromettere, la capacità del SSR di garantire la piena tutela della salute delle persone.

La spesa sanitaria è composta essenzialmente da una parte pubblica e da una privata, rispettivamente corrispondente a 2/3 ed 1/3 della spesa complessiva, con un forte trend di crescita della parte privata.

E' perciò impossibile pensare di ridurre il finanziamento pubblico della spesa sanitaria.

Pertanto la spesa sanitaria privata contiene in sé elementi di iniquità, in quanto sostenibile da chi ha capacità economica maggiore e non da chi tale capacità non ha, più accessibile ai giovani che ai vecchi.

In prospettiva, dunque, è necessario orientare le decisioni del governo regionale sui seguenti obiettivi:

Compiere il massimo sforzo per aumentare il finanziamento pubblico del SSN per ridurre l'esigenza dei cittadini a ricorrere alla spesa privata.

Convogliare una parte certa della spesa sanitaria verso specifici settori di assistenza predefiniti (per esempio assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti) definiti nei livelli essenziali, uniformi ed appropriati di assistenza.

E' del tutto ovvio che, non potendo essere disfattisti e pensare che le risorse per la sanità possano essere infinite, sarà necessario ripensare alla distribuzione bilanciata delle risorse tra il sistema ospedaliero e quello territoriale, per evitare sprechi e abusi. Ma il potenziamento delle strutture e delle attività ospedaliere, come nei programmi politici troppe volte annunciati va nella direzione opposta.

Ma diventa inaccettabile che si possa anche solo pensare che decine di miliardi possano essere destinati alla produzione di strumenti di morte (le armi sono solo questo) quando le risorse per la vita sono contate e centellinate.

E infine sarà necessario avventurarsi in modo serio nella questione dei tickets sanitari, il modello di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Diversi studi ne dimostrano la iniquità ed a fronte dello scarso contributo di finanziamento che essi apportano al SSN (meno del 3%) essi costituiscono uno dei motivi principali dell'abbandono delle cure e della rinuncia agli esami da parte dei cittadini. Infine, essi finiscono per gravare, per la loro conformazione attuale, sui cittadini inoccupati o con una occupazione precaria (Vedi tabella 1).

Ripensare seriamente a favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie necessarie, anche con l'adozione di meccanismi di appropriatezza opportuni, ci consentirà di poter proporre l'abolizione di questo tributo (di questo si tratta) assolutamente iniquo e inutile.

Tabella 1.

|   |
|---|
| <p>Le esenzioni per reddito per visite specialistiche, strumentali e di laboratorio sono previste dall'art. 8 della legge 537 del 24 dicembre 1993, che dispone i seguenti limiti di reddito: 1. CODICE E01 - Cittadini di età inferiore a sei anni e superiore a sessantacinque anni, appartenenti a un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro. 2. CODICE E02 – Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. Per ottenere l'esenzione, contraddistinta dal codice E02, i disoccupati devono autocertificare ogni anno presso la ASL di appartenenza il reddito conseguito nell'anno precedente e lo stato di disoccupazione, impegnandosi a comunicare tempestivamente la cessazione di questa condizione. 3. CODICE E03 - Titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico. 4. CODICE E04 - Titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti a un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. A queste categorie ogni Regione ha potuto aggiungere delle misure straordinarie di esenzione valide solo sul territorio regionale. L'esenzione per reddito permette di effettuare, senza alcuna partecipazione al costo (ticket), tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal Servizio sanitario nazionale, necessarie e appropriate alla propria condizione di salute.</p> |
|---|

### **3. Il primato della politica e un nuovo ruolo degli Enti Locali.**

La sanità non è esclusivamente di pertinenza tecnica. Le scelte sulla salute delle singole persone lo è. Ma le scelte sulla salute collettiva e sui livelli di assistenza sono scelte eminentemente politiche e di buona politica hanno bisogno. In quanto tali hanno bisogno di coinvolgere in modo attivo le collettività che rappresenta, siano essi istituzioni o associazioni di persone. Noi vogliamo per ciò nuove funzioni di indirizzo e di condivisione delle scelte programmatiche da parte dei Comuni, delle province, delle associazioni di cittadini sani ed ammalati. Non pensiamo ad un anacronistico ritorno ai Comitati di Gestione, ma ad un ruolo attivo, programmatico e non gestionale, di controllo e non di governo, delle comunità locali.

### **4. Il ruolo attivo e pro-attivo dei cittadini e delle loro associazioni.**

Occorre riconsiderare in modo credibile il ruolo dei cittadini e delle loro forme di aggregazione nel contesto della sanità italiana. Noi pensiamo che debbano essere formalizzate in modo regolamentato da parte delle regioni, le associazioni di cittadinanza sotto forma di Consulte regionali e locali. Promuovere la partecipazione attiva di queste forme organizzate di cittadinanza e disciplinarne il ruolo nella organizzazione sanitaria è nostro obiettivo politicamente qualificante.

## **5. Il personale sanitario: cosa e come fare.**

La grave situazione creatasi con la drammatica carenza di medici e di personale sanitario in generale ha messo davvero in crisi il SSN. Ciò appare tanto più grave ove si pensi che le strutture ospedaliere hanno finora resistito nonostante la cronica carenza di organico solo grazie alla abnegazione dei suoi medici e la medicina generale è ridotta al lumicino dalla scomparsa di innumerevoli medici di medicina generale che hanno lasciato orfani della assistenza numerosissimi centri ed in particolare i piccoli paesi dell'interno. Quei piccoli comuni che il governo intende abbandonare a se stessi con le inique politiche sulle aree interne del Paese.

E allora le soluzioni sono davvero poche:

A. la riapertura dell'accesso alla facoltà di medicina e ai corsi di laurea per le professioni sanitarie, libero per almeno 10 anni al fine di ricostituire un patrimonio di medici e professionisti necessario a ristabilire il corretto rapporto tra domanda e offerta di operatori sanitari. Questa misura peraltro potrà far sentire i propri effetti solo tra qualche anno.

B. L'apertura massimale e proporzionata al fabbisogno delle scuole di specializzazione, a partire da quelle maggiormente necessarie, senza guardare agli interessi dei baronati universitari.

C. Finanziare da subito la totale copertura delle borse di specializzazione per tutti i medici attualmente sprovvisti di specializzazione e in grado da subito di entrare nel mondo del lavoro.

D. Contestualmente operare legislativamente per consentire la partecipazione ai concorsi pubblici per dirigente medico anche ai medici in corso di specializzazione, anche mediante tutoraggio assistito da parte di colleghi anziani.

E. Adottare immediatamente le procedure per la copertura di tutti i posti vacanti alla data del 31 dicembre 2022 nelle piante organiche delle ASL, in particolare se ricoperti con contratti a tempo determinato o di altro tipo precario.

F. Consentire da subito l'accesso alla medicina generale, in via eccezionale ed emergenziale, dei medici laureati ed abilitati, con contestuale accesso al triennio di formazione specifica.

G. Pubblicare le ore di medicina specialistica ambulatoriale necessarie a coprire il fabbisogno storico, senza se e senza ma.

H. Pubblicare ulteriori ore di specialistica ambulatoriale necessarie a garantire la copertura attuale del fabbisogno assistenziale e comunque fino alla messa in quiescenza del corrispondente contingente medico.

I. Adottare per analogia le stesse disposizioni in merito del comparto sanità per il comparto delle professioni sanitarie.

## **B - Obiettivi Clinico-assistenziali:**

### **1. Riquilibratura delle funzioni ospedaliere.**

Del personale sanitario abbiamo già detto.

Di grande importanza appare la razionalizzazione delle funzioni ospedaliere, con finalizzazione primaria delle attività dell'ospedale all'assistenza in acuzie.

Le risorse umane e materiali dell'ospedale devono essere primariamente destinate ai percorsi sanitari intraospedalieri, alla loro umanizzazione e qualità, alla attività interdisciplinare e alla cura della presa in carico della persona all'atto della dimissione ospedaliera, con l'obiettivo primario di raggiungere il massimo di appropriatezza nelle azioni assistenziali (adottare diffusamente linee guida e percorsi diagnostico terapeutici deve essere un vero e proprio mantra).

Le attività di ricovero a ciclo diurno ospedaliero (Day Surgery, Day Hospital, Day Service) devono essere fortemente potenziate e sostenute da una importante integrazione con i presidi e con le funzioni territoriali. Solo così potrà essere universalmente restituita all'ospedale la dignità di eccellenza che merita e che in molti casi ancora detiene.

Noi siamo fortemente contrari all'aziendalizzazione autonoma dell'ospedale come da qualche parte proposto. Questa sarebbe una soluzione sciagurata che porterebbe l'ospedale ad una competizione sfrenata col sistema territoriale (oltre che con gli altri stessi ospedali), facendo-

gli adempiere, in una sorta di perverso cannibalismo, anche alle funzioni di primo livello che devono invece essere svolte, per essere appropriate da tutti i punti di vista, nei presidi distrettuali.

Il concreto e reale raggiungimento degli standard occupazionali di ricovero e della distribuzione nel territorio dei presidi e dei relativi posti letto deve costituire, nel primario interesse delle persone e delle comunità, un obiettivo di efficienza e di buona sanità da perseguire nel medio termine e che prescinda da nocive lotte di campanile, più orientate agli interessi privati che a quelli collettivi.

Umanizzare le corsie ospedaliere adottando codici etici di comportamento in accordo con le associazioni dei cittadini e combattere senza tregua ogni forma di oppressione professionale, di mobbing, di discriminazione dei professionisti sul lavoro deve essere obiettivo primario.

Infine promuovere adeguati Piani Regionali per le strutture ospedaliere, che preveda di sostituire gli Ospedali obsoleti ma necessari con nuove strutture ospedaliere, riconvertire gli ospedali di periferia, non funzionali alla rete ospedaliera, in strutture territoriali residenziali e semi-residenziali pubbliche per la gestione della cronicità o in strutture ospedaliere mono-specialistiche, ridefinire l'ammodernamento tecnologico e adottare un sistema di "stoccaggio cucinetto" dei presidi e degli ausili adeguato a gestire la normalità epidemiologica ma anche le sempre possibili emergenze pandemiche.

## **2. Come riqualificare l'assistenza ai cittadini.**

Impegnarsi a riqualificare l'assistenza ai cittadini significa prima di tutto modificare la filosofia delle cure, in particolare di quelle territoriali e domiciliari: accorciare la distanza tra servizi sanitari e cittadini, avvicinare i servizi alle persone sul territorio, e dunque riconoscere la centralità della persona nel processo di governo della salute, è la vera scommessa da vincere.

Quindi in sintesi:

- A. **La vicinanza**, sociale, morale, geografica.
- B. **L'equità**. Essa è il valore che deve guidare i criteri e i livelli di offerta di servizi sanitari, trattando tutti i cittadini nello stesso modo, dando a tutti le medesime opportunità di accesso alle prestazioni. Cosa oggi molto rara e che implica a cascata molte altre azioni di governo.
- C. Una **nuova formazione umanistica** dei professionisti, orientata all'ascolto ed alla persona nel suo insieme, sanitario, sociale, culturale, etico.
- D. Il **buon uso del sistema** da parte dei cittadini e il **rispetto dei suoi professionisti**.
- E. **La presa in carico delle persone e non semplicemente la loro cura**.
- F. **La continuità dell'assistenza territoriale** nell'arco delle 24 ore;

Se saremo in grado di fare queste semplici cose avremmo restituito al servizio sanitario la qualità che gli compete e che i cittadini meritano.

## **3. Cosa fare della medicina di famiglia.**

Non si può ragionare sul riordino della sanità territoriale senza porre l'accento in modo forte sulla questione delle funzioni strategiche della medicina di famiglia (MdF).

La MdF ha un formidabile ruolo di governo della salute delle persone, ma la profonda crisi che attraversa la rende sempre più marginale, sempre meno amata, spesso contestata. E allora la sua crisi deve essere affrontata con decisione e con molta chiarezza:

1. Garantire la **completezza degli organici** e la copertura totale delle sedi carenti (abbiamo già detto come fare in altro capitolo).
2. Dare una **nuova veste alla medicina di famiglia** affidandole un nuovo modello assistenziale fondato sulla gestione integrale del paziente, e sostenendo il suo ruolo nel governo clinico della sanità territoriale.
3. Chiedere alla medicina di famiglia di **essere all'altezza professionale** dei nuovi ruoli proposti, in termini di disponibilità, di formazione, di presenza e di impegno;
4. Potenziare, e favorire dove non ci sono, **la nascita delle forme associative** di professionisti (forme associative dei medici di famiglia con i medici della continuità

assistenziale e gli specialisti del territorio).

5. **Mettere in rete**, oltre i professionisti, anche i presidi strutturali (Case di Comunità, ambulatori dei singoli professionisti convenzionali o dipendenti, poliambulatori, ecc.);

6. **Completare la informatizzazione** strutturale del Sistema, in modo unitario sul territorio nazionale.

7. Porre riguardo specifico alla **sicurezza degli operatori**, mediante il controllo e l'organizzazione selettiva dell'accesso delle persone ai luoghi sanitari, l'adozione di sistemi di comunicazione personali immediati e da remoto, la videosorveglianza dei luoghi di incontro con i cittadini, ecc.

#### 4. **Riqualificare i servizi specialistici territoriali.**

Uno dei tratti della crisi attuale dei SSR è il crollo della assistenza specialistica di base (quella dei poliambulatori pubblici per intenderci). Il parametro più eclatante di questa crisi è il dato sulle liste d'attesa, ma se si bada al giudizio delle persone, l'accusa più evidente è la scarsa disponibilità dei medici e delle strutture specialistiche ai bisogni delle persone, anche inteso come attenzione ai cittadini e alle loro espressioni di bisogno sanitario. E non basta l'occasione passata della pandemia da corona virus a giustificare l'eccesso di prudenza (!!!!) nell'accoglienza delle persone.

Al di là della veridicità delle critiche espresse, è indubbio che i servizi specialistici dei poliambulatori siano attualmente gravemente inadeguati, motivo per cui occorre proporre rimedi certi e realizzabili.

Noi pensiamo che:

a) bisogna **ricostituire la integrità del monte ore storico** della specialistica ambulatoriale;

b) è necessario **aumentare il monte ore** storico della quota adeguata a coprire il gap creatosi a seguito della pandemia (che ha determinato una contrazione delle prestazioni per diminuito accesso ai servizi);

c) Occorre conseguentemente **pubblicare lo ore necessarie** e ristabilire l'equilibrio tra offerta e domanda;

d) Si deve progettare un profondo **riordino delle strutture ambulatoriali** e della distribuzione della tipologia prestazionale in relazione alla domanda espressa;

e) In caso di mancanza di specialisti di una specifica branca, occorre prevedere, con adeguati strumenti legislativi regionali e nazionali, che i medici specializzandi dell'ultimo anno possano accedere, volontariamente e provvisoriamente, alle strutture poliambulatoriali;

f) **collegare in modo forte lo specialista ambulatoriale** all'ospedale da una parte e alla medicina di famiglia dall'altra;

g) adottare anche per gli specialisti ambulatoriali le direttive di **appropriatezza** valide per tutti gli operatori sanitari;

h) definire i livelli di **responsabilità professionale e di responsabilità gestionale** dalla specialistica ambulatoriale negli obiettivi di governo della ASSL.

#### 5. **La riorganizzazione della sanità territoriale: i Distretti.**

Il concetto di Distretto Forte come perno organizzativo e gestionale della sanità territoriale e della assistenza sociale integrata, pur essendo a parole riconosciuto e caldeggiato da tutti gli studiosi della sanità territoriale, è ormai di fatto in gran parte delle realtà sanitarie regionali abbandonato a sé stesso. Infatti, a fronte di una crescente attenzione alla sanità ospedaliera come perno della risposta ai bisogni di salute delle persone, la sanità territoriale (il Distretto appunto) ha sofferto non solo la scarsa attenzione dei manager aziendali, ma soprattutto la scarsa evidenza in termini di strutture, di dotazioni strumentali, di dotazioni finanziarie, di personale sanitario dedicato, di responsabilizzazione dei medici, di scarsa visione strategica e di appena sufficiente attività formativa.

Bisogna riprendere in modo forte il cammino della loro rinascita.

Il concetto di Distretto Forte trascina con sé un altro importante obiettivo strutturale del sistema: la forte interdipendenza della assistenza sanitaria con quella sociale e la necessità di

recuperare al sistema la vocazione territoriale e, in particolare, quella domiciliare delle cure e dell'assistenza, atteso che in quel contesto può maturare una sanità migliore, più efficiente, più prossima alle persone, più umanizzata e confidente.

## 6. **Integrare i servizi territoriali con quelli ospedalieri.**

Una delle incompiute a livello generale del Sistema Sanitario Nazionale è la integrazione Ospedale-Territorio, sia perché gli strumenti del Territorio sono rimasti gravemente incompiuti, sia perché la capacità di visione lunga dei legislatori si è gravemente ridotta dalla riforma sanitaria ad oggi.

Per questo occorre rivedere l'impianto complessivo della sanità territoriale, a partire da un ruolo nuovo della medicina di famiglia, la strategia dell'H24, il ruolo e le funzioni della specialistica ambulatoriale, il ruolo della rete per l'emergenza, le funzioni della residenzialità.

Accanto a ciò sarà necessario dare un volto nuovo e rendere visibile e riconoscibile dai cittadini il Distretto come luogo strutturale e strumento funzionale della risposta primaria ai bisogni dei cittadini.

Se oggi noi chiediamo ad una persona qualunque, per strada, dove sia il Distretto di appartenenza, nessuno ve lo saprà dire.

Se gli chiediamo dell'Ospedale tutti vi sapranno rispondere.

Il viatico corretto della nuova filosofia del rapporto Ospedale-Territorio passa per:

A. Una **nuova presenza delle comunità locali** e delle **rappresentanze dei cittadini** nella programmazione sanitaria, soprattutto nella necessità di integrare le politiche sociali con quelle sanitarie.

B. La promozione, come alto valore sociale ed economico per il Paese, del **ruolo del volontariato sociale**;

C. il **potenziamento della rete dei Distretti socio sanitari** come strumento gestionale della integrazione socio-sanitaria, anche attraverso la realizzazione dei Piani Locali Unitari dei Servizi (PLUS) o di altre attività di Piano oggi presenti sul territorio nazionale in modo molto variegato.

D. L'adozione di strumenti veri di **comunicazione tra ospedale e territorio** anche attraverso le dimissioni protette, la informatizzazione reciproca con strumenti analoghi, la unitarietà dei servizi sociali delle ASSL e dei comuni, la mediazione attiva delle associazioni dei malati e dei cittadini sani, l'assistenza domiciliare;

E. **L'attenzione alla cronicità e alla disabilità** che, dopo la creazione del Fondo per la non autosufficienza (quello Sardo è stato un esempio di eccellenza nel panorama nazionale), ha bisogno di un potenziamento della rete della domiciliarità, della residenzialità e semiresidenzialità assistenziale (RSA, Case-alloggio, ecc.).

La trasformazione sempre più ragionevole di posti per acuti in posti per la lungodegenza e riabilitazione e la realizzazione di sempre maggiori occasioni di strutture territoriali alternative al ricovero degli anziani riacutizzati rappresentano ulteriori necessari passaggi di tutela sociale.

Infine, la collaborazione stretta tra professionisti dell'ospedale e del Distretto, l'adozione di linee guida comuni, di PDTA, di protocolli assistenziali e di procedure burocratico-amministrative costituisce premessa indispensabile per la evoluzione delle cure e dell'assistenza ai cittadini.

E' un percorso lungo e, ad oggi, accidentato, ma non si può non provarci.

## 7. **Una nuova visione di servizi d'emergenza e continuità assistenziale.**

Se da un lato la risposta all'Emergenza sanitaria deve essere prerogativa di una struttura regionale ad hoc, occorre una nuova organizzazione strutturale e funzionale della continuità dell'assistenza territoriale nell'arco delle 24 ore.

Tale continuità deve essere perfezionata ed intesa come capacità organizzativa dell'assistenza primaria e territoriale di rispondere in modo tempestivo alle richieste dei cittadini nell'arco delle 24 ore, anche nelle ore notturne, soprattutto nell'assistenza domiciliare e residenziale, creando e favorendo le condizioni perché i diversi professionisti del sistema territorio possano

efficacemente coordinarsi.

E' sempre più evidente che la risposta della Continuità Assistenziale (le cosiddette guardie mediche) viene considerata inadeguata da parte di molte persone, anche se è vero che la crisi della medicina di famiglia scarica su questi professionisti una gran mole di prestazioni che ad essi non competono.

La sperimentazione di diversi modelli organizzativi (équipe territoriali, UTAP, Nuclei di cure primarie, AFT, ecc.) dell'assistenza globale deve rappresentare l'occasione di altrettante scommesse su cui investire da subito e per i prossimi lustri, avendo la consapevolezza che la svolta nella erogazione dei servizi sanitari territoriali è rappresentata dalla capacità del sistema di mettere insieme i diversi professionisti che si prendono cura, sul territorio, dei diritti dei cittadini.

I professionisti trovino soluzioni condivise al loro interno, ma chi governa la salute delle persone deve trovare soluzioni nuove:

1. dove localizzare i presidi, utilizzando strutture già protette e integrate (ospedali, poliambulatori, strutture residenziali, ecc.);
2. quali compiti attribuire (non solo urgenza clinica, ma anche burocratica, con funzioni integrative della MdF);
3. Siano facilmente individuabili e riconoscibili;
4. Siano prontamente operativi in tempi relativamente brevi;
5. Condividano percorsi e linee guida operative, gestionali e professionali con gli altri professionisti del territorio;
6. abbiano un medesimo pattern formativo emergenziale in occasione, sempre possibile, di crisi pandemica;

#### 8. **Implementare la Informatizzazione dei servizi e la @assistenza.**

Un servizio sanitario moderno non può avvalersi di una sistema scollegato e che opera a compartimenti stagni e non comunicanti tra loro.

Deve essere compiuta la **rete** dei servizi sanitari, completando in ogni regione il corrispondente sistema informatico regionale e dotando il Sistema della tecnologia di rete necessaria a far comunicare in modo efficiente gli operatori ed i presidi.

La trasmissione della carta deve diventare sempre più residuale e la comunicazione elettronica sempre più diffusa per consentire al cittadino di entrare nella comunità sanitaria in modo sempre più democratico (fruizione equa e diffusa dei servizi) ed efficiente (maggiori prestazioni a costi minori).

Il compimento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) deve rappresentare l'obiettivo di breve-medio termine dei Servizi Sanitari Regionali. Il FSE, che è la sintesi informatica degli eventi sanitari di una determinata persona, dovrà consentire al cittadino di disporre in ogni luogo delle proprie informazioni sanitarie, raccolte in modo elettronico e disponibili mediante le reti telematiche su specifica autorizzazione delle persone interessate. Con questo strumento il cittadino sarà accompagnato in modo semplice dai suoi dati clinici, potrà fruire di servizi a distanza molto più semplicemente e molti teleconsulti potranno essere realizzati richiamando a distanza o trasmettendo le informazioni elettroniche senza bisogno di spostare le persone.

Sarà certamente necessario, con un Piano specifico, che le Regioni siano coordinate e orientate a principi informatici strutturali generali e coerentemente ordinati tra loro, in logica anti-devolutiva, al fine di dotare tutto il Sistema sanitario nazionale di una sanità elettronica in una rete unitaria.

Le tecnologie attuali permettono il controllo a distanza di alcuni parametri clinici di fondamentale importanza per la gestione di alcune patologie come il diabete mellito e lo scompenso cardiaco, la telemetria clinica e diagnostica di molti pazienti allettati a casa, nonché da ultimo la gestione di dispositivi intracardiaci. Questo servizio viene consentito dall'utilizzo di un comunicatore a domicilio del paziente, che rileva periodicamente una serie di parametri e, sfruttando la rete GSM o l'utenza domestica, invia i dati al centro ospedaliero di riferimento.

Questi strumenti hanno dimostrato negli ultimi anni una ricaduta clinica molto favorevole e hanno permesso, dove applicati, la gestione di pazienti complessi in maniera più completa, integrata e con un minimo utilizzo di risorse.

L'applicazione dei sistemi di telemedicina trova particolare indicazione nei contesti in cui la viabilità non permette un facile raggiungimento del presidio medico di riferimento, nelle strutture comunitarie come gli ospizi e le residenze sanitarie assistenziali e nei pazienti di età avanzata o con ridotta mobilità e l'avvio di un programma integrato di telemedicina garantisce un maggior collegamento fra il medico ospedaliero, lo specialista ambulatoriale e il territorio stesso.

Ciò comporta, a fronte di un miglioramento dell'outcome clinico, una gestione ottimizzata del carico orario del personale sanitario con la liberazione di risorse utili all'aumento dell'offerta sanitaria in particolare nella riduzione delle liste d'attesa.

#### 9. **La gestione corretta delle liste d'attesa: diritti e appropriatezza.**

La questione delle liste d'attesa è tra le più scottanti.

La filosofia del sistema sanitario deve essere caratterizzata dal principio della **"appropriatezza"**. Questo criterio deve rappresentare il minimo comune denominatore ispiratore di tutti i professionisti del sistema e degli erogatori delle attività e dei servizi socio-assistenziali, siano essi pubblici o privati.

Deve perciò essere introdotto il concetto di attesa appropriata e non si deve pensare di risolvere l'attuale problema delle lunghe liste di attesa esclusivamente investendo ulteriori risorse nella produzione di prestazioni di secondo livello ed in particolare di quella ospedaliera. Ciò comporterebbe unicamente un aumento dell'offerta con tutti i noti meccanismi di induzione ulteriore, molto spesso impropria, della domanda e con la tendenza a privilegiare, in un sistema non controllato, l'accesso alle prestazioni del privato accreditato.

I tempi di attesa, invece, devono essere adeguati alle reali esigenze cliniche degli assistiti. Una ecocardiografia o una Risonanza magnetica può essere necessaria in pochi giorni o poter attendere mesi a seconda della condizione clinica della persona interessata.

E' quindi opportuno parlare di **"accesso professionale"** alle prestazioni, regolato dai criteri di appropriatezza e di differibilità delle prestazioni, sulla base di linee guida condivise con gli erogatori, secondo modelli di governo clinico che definiscano ambiti di priorità e criteri applicativi condivisi.

La gestione delle liste deve essere trasparente e sottratta a modelli di interesse non collettivo, scollegato da criteri di selezione delle persone che non siano quelli clinici, intangibile rispetto ad interessi professionali singoli o di lobby.

Il recupero dei principi etici in un campo come quello dell'accesso paritario a prestazioni e attività sanitarie deve essere obiettivo di primaria importanza e di breve termine, anche attraverso la promozione di un corretto rapporto tra appropriatezza della domanda e risposta in termini di servizi offerti.

Indifferibile ci appare, da questo punto di vista, un piano generale di formazione dei cittadini e delle comunità che sappia coniugare efficacemente appropriatezza della domanda e efficienza della risposta.

Deve essere corretto l'uso distorto dell'intra-moenia, che oggi è fruito soprattutto dal cittadino abbiente per tagliare a proprie spese le code.

Questo istituto contrattuale deve, invece, essere ricondotto alle disposizioni normative che lo hanno generato, esercitato nelle strutture delle ASL e costituire uno strumento per l'azienda sanitaria per garantire il rispetto di standard dell'offerta di prestazione.

Vanno creati i processi di promozione e misurazione dell'appropriatezza, che non deve essere intesa come uno strumento del controllo economico ma della efficacia e della efficienza del sistema.

Deve essere creata obbligatoriamente in ogni Azienda socio sanitaria locale ed in ogni Regione una adeguata struttura di indirizzo e di monitoraggio delle prestazioni socio-sanitarie, **"l'osservatorio per l'appropriatezza"**, strumento composto da professionisti, da dirigenti del SSR e da cittadini per valutare la qualità e la opportunità delle prestazioni prescritte ed erogate e per consentire che ai cittadini siano garantite le opportunità di fruire in modo adeguato, in ogni azienda sanitaria, delle prestazioni necessarie alla tutela della propria salute.

#### 10. **Una nuova strategia per le Case di Comunità/Case della Salute.**

La realizzazione di interventi mirati alla razionalizzazione della rete ospedaliera deve andare di pari passo con la realizzazione dei presidi sanitari territoriali, strutture che sappiano dare ai cittadini di tutti i territori di periferia le risposte assistenziali necessarie senza lasciare vuoti di sorta.

Le priorità e gli obiettivi della realizzazione di queste tipologie di intervento possono essere sintetizzati nella necessità di creare un polo organizzativo socio-sanitario che accorpi la gran parte delle attività che si svolgono sul territorio.

La realizzazione di strutture sanitarie costituite da un complesso misto poliambulatorio - casa della salute (Case di Comunità), che consenta la erogazione e la piena integrazione delle attività specialistiche, della medicina di primo livello territoriale (MMG, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, ecc.), delle attività consultoriali, di quelle preventive e di quelle correlate alla promozione della salute oltre a quelle riabilitative, costituisce una tappa fondamentale nella costruzione del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione, e rappresenta un momento importante nella implementazione del sistema di appropriatezza della risposta sanitaria.

Tale struttura organizzativa deve caratterizzarsi anche per la elevata integrazione tecnologica e la disponibilità di una rete informatica di collegamento. Questa configurazione organizzativa consente un razionale utilizzo delle risorse umane della ASL oltre che una nuova modalità erogativa di servizi integrati, con una conseguente riduzione degli sprechi organizzativi e economici.

E' l'integrazione tra le funzioni distrettuali, della prevenzione, della salute mentale, che costituisce, come detto, il grande valore aggiunto della presenza delle CdC/CdS nei territori di competenza.

In sintesi si potrebbe dire che con la realizzazione della "Casa di Comunità" si vuole dare un segnale forte di tutela ai cittadini di quel territorio in tema di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di educazione sanitaria e di assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare.

La "Casa di Comunità" sarà, dunque, il luogo comune dove poter effettuare tutti gli accertamenti diagnostico-strumentali di base, dove deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari e dove devono venire attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina necessarie per una diagnosi specialistica di 2° livello.

#### **11. *Riqualificare gli ospedali di periferia.***

Il destino dei piccoli ospedali che, anche a causa degli scarsi volumi di prestazioni, non riescono a raggiungere livelli qualitativi accettabili dell'assistenza erogata, non può essere quello, vagheggiato dai ragionieri della sanità, di una soppressione quasi eutanastica.

Essi, viceversa, devono avere una collocazione socio-sanitaria di riferimento per i territori più svantaggiati, dove essi di fatto sorgono, quali presidi di comunità destinati alla erogazione di prestazioni avanzate, a potenziamento dell'organizzazione della rete dei professionisti e dei servizi territoriali (i cosiddetti Ospedali di comunità rappresentano ancora oggi, in questo senso, un modello perseguibile).

E ciò anche con il preliminare spostamento di parte delle risorse dall'assistenza ospedaliera (a maggior costo) a quella territoriale (a minor costo) per tutte quelle prestazioni sanitarie che trovano nel territorio la scelta di elezione.

In particolare ed in alternativa all'Ospedale di Comunità, noi crediamo possa essere perseguita con successo la "polarizzazione di specialità" per questi presidi periferici, in continuità con molte esperienze analoghe nel Paese, realizzando veri e propri Hub specialistici in grado di rendere centrale da punto di vista assistenziale la periferia geografica (Centri Oculistici, Centri ORL, Centri di Chirurgia d'Urgenza, Centri di neuroriabilitazione, ecc.).

Non sfuggirà che, mentre la fattispecie di Ospedale di Comunità volge il proprio orientamento funzionale al territorio di appartenenza (migliorandone gli outcome assistenziali) questa seconda soluzione rappresenta una vera e propria opportunità di apertura al territorio provinciale e regionale di fattispecie assistenziali qualificate e in grado di attivare processi virtuosi di mobilità intraregionale (con tutti i risvolti positivi intrinseci).

## **12. *La formazione di professionisti e cittadini: scommessa di qualità.***

Occorre ridisegnare la formazione dei professionisti, attraverso un nuovo sistema di riformulazione delle specifiche competenze, che tenga conto delle diverse esigenze che provengono dai contesti socio-sanitari nazionali e regionali, dalle esigenze specifiche delle Aziende Sanitarie Locali e dalle specifiche necessità formative dei medici.

Il progetto formativo deve essere coerente con i bisogni sanitari dei cittadini e dovrà costituire specifico obiettivo di ciascun professionista e della comunità professionale. Nuovo e più responsabile dovrà essere il ruolo degli Ordini professionali, realmente orientati alla tutela delle persone rispetto alla qualità professionale.

I contenuti della formazione debbono essere coerenti con la filosofia e la programmazione della Sanità Pubblica, per cui ai professionisti è richiesto di adeguare la propria formazione ai bisogni del Sistema sanitario, mentre gli strumenti formativi devono essere predisposti e messi in opera direttamente dal sistema pubblico, anche mediante un nuovo ed adeguato sistema di finanziamento delle attività di formazione (compartecipazione del sistema privato accreditato e dell'industria del farmaco) attraverso un Fondo Nazionale e Regionale dedicato.

I professionisti della Sanità dovranno poter far fronte per proprio conto ai bisogni formativi di propria specifica professionalità.

La formazione e l'aggiornamento professionale dovranno poter essere verificati e controllati, anche mediante un sistema di monitoraggio orientato alla qualità delle attività formative, alla appropriatezza rispetto ai relativi bisogni istituzionali e clinico assistenziali, e dovrà realmente messo in opera un vero e proprio Fascicolo Personale della Formazione.

La formazione della popolazione in età scolare ed in ogni altra occasione, passaggio tanto fondamentale quanto fino ad ora trascurato, deve essere orientata ad esprimere una domanda di salute appropriata e responsabile. A tal fine sarà imprescindibile la collaborazione delle associazioni dei cittadini e dei portatori di interesse in materia di tutela ambientale e di salute pubblica, oltre che delle istituzioni scolastiche ai diversi livelli, nazionale, regionale e locale.

## **13. *Passare dalla prevenzione alla Promozione della Salute: i P.O.S. (Percorsi di Orientamento alla Salute).***

Il concetto di tutela della salute ha subito negli ultimi anni una trasformazione culturale fortemente positiva, soprattutto in relazione al forte impulso delle attività di prevenzione e di promozione della stessa. Queste attività vanno potenziate e maggiormente caratterizzate come impatto concreto sugli stili e organizzazione della vita delle persone.

Occorre introdurre nella nostra società un nuovo concetto: la promozione del benessere attraverso l'adozione di specifici Percorsi di Orientamento alla Salute. Questi percorsi corrispondono a tutte le azioni, organizzate ed orientate, che devono essere realizzate su tutti i campi della vita delle persone affinché siano garantite al massimo livello in ogni fase della evoluzione della persona le condizioni di massima salute delle stesse.

Come si può intuire si tratta di un cambio di paradigma essenziale, passando da un ruolo di protezione contro le malattie ad un ruolo di mantenimento e promozione della salute delle persone.

Questo processo di tutela presuppone un cittadino responsabilizzato, informato, formato, soggetto attivo del suo benessere sociale, affiancato da un sistema di tutele sanitarie e sociali mirate e personalizzate in un piano di salute individuale capace di evolvere adattandosi alle esigenze della persona anche quando è ammalata per garantire la migliore qualità di vita.

Ma esso presuppone anche che il Sistema sanitario modifichi esso stesso la propria predisposizione istituzionale. Per ciò sarà necessario passare decisamente dal "curare" al "prender-si cura" delle persone, di quelle fragili per anagrafe, a quelle fragili per condizione. Ma anche di quelle attive e magari anche di quelle sane. Conservare al massimo livello possibile la condizione di salute delle persone dovrà essere obiettivo primario, in un percorso di rallentamento della perdita di salute inevitabile in ogni essere umano.

In ogni momento della vita delle persone sarà necessario porre in essere tutte le misure atte a salvaguardare, il più a lungo possibile, la percentuale di salute residua.

E' un cambio epocale, ma si può fare.

## **Conclusioni.**

Con questo documento abbiamo voluto tracciare un primo approccio di tipo politico-progettuale alla nostra visione di Sistema Sanitario del Paese.

In questo approccio noi partiamo da alcune questioni di fondo che riguardano **questo** Servizio Sanitario e da questo avviare un percorso politico per individuare correttivi e soluzioni. Abbiamo solo accennato alle questioni ideali che stanno alla base del concetto di SSN Universalistico e Solidaristico, per non appesantirne la lettura. Ma su questi temi dovremo tornare, per consolidare le ragioni che da oltre quarant'anni ci vedono impegnati a difendere un modello di sanità nato quando il confronto democratico tra forze politiche, anche molto diverse tra loro, riusciva a trovare la sintesi parlamentare degna e necessaria.

Ci torneremo, prima o poi.

Oggi vogliamo tracciare, stando dentro questa nostra società difficile e complessa, soluzioni percorribili e necessarie a conservare meglio un bene prezioso come il SSN.

Noi siamo consapevoli che, se non riusciremo in questo intento, domani saremo messi di fronte ad una torsione di paradigma sanitario di tipo privatistico e assicurativo. Già oggi questa degenerazione avanza senza freni. Ed io credo che tra non poco raggiungeremo il punto di non ritorno.

Ecco perché la mobilitazione democratica e popolare è urgente e necessaria.

Ecco perché la nostra battaglia di sinistra è indispensabile. Ora!

Oltre questo prevarrà la **nemesi sanitaria** del *si salvi chi può*.

**Bruno Palmas**

Responsabile Nazionale Sanità e Welfare