

CONTRATTO DI GOVERNO

Qualche riflessione sulla sanità futura di Lega e 5 Stelle

Segreteria Nazionale

La sanità pubblica nel programma del nuovo Governo

Governo Lega-5 Stelle: durerà abbastanza per mettere definitivamente a posto (o in liquidazione) il SSN del nostro Paese?

1. L'intesa tra le due forze più che una convergenza politica è una urgenza politica, imposta dai risultati elettorali e dalle regole costituzionali per la formazione del Governo.

2. Sostanzialmente il Governo poggia su un "contratto" che si regge a sua volta sulla genericità di molte clausole.

Occupiamoci di quanto prevede il punto 21 del "contratto"

«21. SANITÀ

È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale». [Sin qui siamo nel solco della continuità].

«Tutelare il servizio sanitario nazionale significa salvaguardare lo stato di salute del Paese [qui si parla di **Prevenzione primaria**], garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza». [...]

«In tale ottica si ritiene che siano e saranno utili diverse azioni di tipo strutturale, partendo da un intervento incisivo sulla dirigenza sanitaria, ovvero sui gestori della sanità, che dovranno essere adeguatamente e preventivamente for-

mati per garantire la sostenibilità e la qualità del sistema salute e scelti secondo la competenza e il merito, non sulla base di logiche politiche o partitiche».

[Qui, invece, siamo già nella pura fantapolitica, i tempi del processo ipotizzato (sempre che decolli) non sono compatibili con un esecutivo di breve durata].

«Bisogna rescindere il rapporto dannoso e arcaico fra politica e sanità prevedendo nuovi e diversi criteri di nomina sia dei medesimi direttori generali, sia dei direttori sanitari e amministrativi, così anche dei dirigenti di strutture complesse.

È necessario garantire anche la trasparenza e la valutazione dell'operato dei direttori generali in termini di raggiungimento degli obiettivi di salute e di bilancio nella gestione delle aziende».

[Come sopra, ma occorre ricordare a Salvini e Di Maio che questo livello è autonomamente gestito dalle Regioni, livelli politici dove nessuno ama vincere le elezioni per poi non determinare le scelte della Sanità].

[...] «La sanità dovrà essere finanziata prevalentemente dal sistema fiscale e, dunque, dovrà essere ridotta al minimo la compartecipazione dei singoli cittadini.

È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso



il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali». [Ottima premessa teorica, ma in concomitanza di una ipotizzata Flat-Tax non è certo che aumenti il gettito fiscale da cui attingere].

«Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica e sanitaria, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza». [È un progetto aulico ma, già enunciato da tutti i Governi precedenti (nazionali e regionali) e, in modo mimetico, anche da tutte le emanazioni delle Consorterie d'affari che hanno governato o parassitato la Sanità pubblica negli ultimi 20 anni].

«È necessario realizzare l'informatizzazione del SSN con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione

dei referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e pagamenti online, così da consentire una reale trasparenza e un efficace controllo in termini di verifica immediata e pubblica dei risultati gestionali». [Se le Regioni utilizzassero un solo modello informatico come già accade nel sistema bancario. Tutti, ormai, possiamo prelevare e fare operazioni con un Bancomat o una Carta di credito, un codice di 5 cifre e un account di Internet banking, ma nessuno può uscire dalla sua Regione senza portarsi dietro fisicamente le fotocopie dei referti e la sua storia clinica].

«È necessario, altresì, dare evidenza del rapporto esistente tra i rimborsi a carico del SSN e il risultato clinico in termini di efficacia e appropriatezza; avviare e implementare la telemedicina grazie a tutte le tecnologie innovative, in modo da ridurre gli spostamenti dei pazienti, abbattere i costi e garantire cure domiciliari di maggiore qualità». [Magari, prima di parlare di risultato clinico, dopo anni di blocco del *turn over*, si potrebbero assumere i medici chirurghi (i clinici) che devono fare le diagnosi e impostare le terapie e gli infermieri

che devono fare l'assistenza domiciliare. Nonché i medici veterinari che devono assicurare il benessere e la sanità animale e la sicurezza alimentare].

«Occorre garantire, implementare e integrare i servizi socio-sanitari, superando il modello "ospedale-centrico". La risposta assistenziale ospedaliera nella fase acuta della malattia deve essere garantita ed è nel contempo necessario sviluppare in maniera diffusa i servizi territoriali, con standard organizzativi e con costi di accesso ai servizi omogenei e predefiniti, assicurando la presa in carico dell'utente, attraverso un suo specifico percorso socio-sanitario e attraverso più idonei servizi di prevenzione. È indispensabile l'implementazione di un coordinamento territoriale a livello di distretto sanitario, così da orientare e indirizzare gli utenti nei servizi territoriali e ospedalieri disponibili, favorendo la scelta appropriata del luogo di cura». [D'accordo, ma non è un percorso a ostacoli contrastato dai sindaci che non vogliono dismettere gli ospedaletti e dalla condizione ormai strutturalmente fatiscente e inefficiente del patrimonio immobiliare ospedaliero?]

[...]«L'integrazione socio-sanitaria comporta, anche in termini economici, il diverso coinvolgimento delle Regioni e dei Comuni, i cui strumenti di programmazione sono fondamentali per realizzare una co-progettazione efficace soddisfare i bisogni di assistenza del territorio e dei cittadini che lo abitano. È necessario garantire adeguate risorse economiche e strutturali ai servizi sociosanitari territoriali di prossimità e domiciliari, proprio potenziando anche il ruolo dei Comuni, in una logica di trasversalità che da un lato si occupa dei bisogni del singolo e dall'altro delle esigenze della comunità locale». [I Comuni sono poi in grado di fare programmazioni appropriate ed efficaci o semplicemente aggregano le domande di assistenza dei loro cittadini? Non sarà meglio che l'Azienda sanitaria territoriale costituisca il livello tecnico che fa sintesi tra le diverse esigenze e decide come soddisfarle in modo efficiente e trasparente?].

«Nell'ottica di garantire un efficace e capillare sostegno ai servizi territoriali dovrebbe essere rivisto anche il ruolo dei medici di medicina generale». [Perché il rapporto del medico di medicina generale e del pediatra sono di tipo libero professionale? Perché non si ipotizza un rapporto di lavoro nuovo con una subordinazione al pagatore (Regione) almeno in termini di copertura oraria del servizio di assistenza in aree predefinite in modo da innovare e trasformare anche il sistema di Guardia medica per riservare ai medici di famiglia la gestione ordinaria dei pazienti h24 e 365 giorni anno e lasciando ai medici del 118 solo le emergenze-urgenze?]

[...] [È improcrastinabile intervenire sui tempi di attesa ai Pronto soccorso, riducendo i tempi di accesso attraverso l'implementazione di strutture a bassa intensità di cura. Bisogna delineare percorsi di assistenza e di cura personalizzati e vicini al cittadino oltre che adeguatamente accessibili, riordinare il sistema di accesso alle prestazioni nell'ottica di ridurre i tempi di attesa, eliminare altresì ogni forma di spreco che derivi da una non appropriata organizzazione dei servizi e dell'assistenza e da una governance sanitaria non adeguata, da un mancato ammodernamento tecnologico e digitale del servizio sanitario nazionale». [Molte parole, ma il concetto è lo stesso: i pazienti ove possibile devono essere curati a casa dal loro medico, i codici bianchi non devono andare al pronto soccorso. Un paziente che entra immotivatamente in pronto soccorso impegna una eccessiva quantità di risorse anche solo per fini difensivi della struttura e dei suoi operatori].

«È necessario garantire che non vi sia alcuno squilibrio tra le prestazioni istituzionali e quelle erogate in regime di libera professione, soprattutto con riguardo ai tempi di attesa.

Il problema dei tempi di attesa è susseguente anche alla diffusa carenza di medici specialisti, infermieri e personale sanitario.

È dunque indispensabile assumere il personale medico e sanitario necessario, anche per dare attuazione all'articolo 14 della legge n. 161/2014». [Finalmente

qualcuno ha intuito che se mancano i medici e i sanitari aumentano le liste d'attesa].

«I posti per la formazione specialistica dei medici dovrebbero essere determinati dalle reali necessità assistenziali e tenendo conto anche dei pensionamenti, assicurando quindi un'armonizzazione tra posti nei corsi di laurea e posti nel corso di specializzazione. La realtà è che quest'armonizzazione non c'è e i posti per la formazione specialistica sono di fatto determinati da due fattori: la capacità delle scuole universitarie di accogliere medici in formazione e il finanziamento delle borse di studio da parte del MIUR. Dunque, se da un lato potrà essere necessario aumentare il numero dei laureati in medicina, anche rivedendo il numero chiuso, dall'altro sarà necessario aumentare le borse di studio per gli specializzandi. Bisogna consentire più diffusamente che il medico neolaureato abbia accesso nella struttura sanitaria per conseguire le abilità teoriche e tecnico-pratiche necessarie allo svolgimento della specializzazione medica prescelta (art. 22 del "Patto della salute" del 2014)». [Se si vogliono coprire i fabbisogni di medici, veterinari e sanitari specialisti bisogna semplicemente finanziare un numero maggiore di contratti di formazione lavoro per i giovani medici in specializzazione, per consentire loro di acquisire il titolo di specialista non solo nelle cliniche universitarie, ma anche potenziando l'offerta universitaria attraverso la formazione clinica negli ospedali accreditati per la didattica].

«Deve essere affrontato il problema dell'invecchiamento della popolazione e dei susseguenti problemi correlati alla cronicità delle patologie e alla comorbidità. In tale ottica è necessario garantire la diffusione capillare di strutture socio-sanitarie e a bassa intensità di cura. Devono altresì essere implementate le strutture di sostegno alle patologie cronico-degenerative ed oncologiche e bisogna garantire risorse adeguate per l'assistenza, diretta e personalizzata, dei soggetti affetti da malattie rare e croniche». [Bisogna quindi finanziare adeguatamente il SSN. Il SSN è gravemente

sottofinanziato rispetto agli altri Paesi UE, ancorché in Italia ci sia una popolazione tra le più anziane e la qualità della sanità pubblica sia ancora capace di esprimere eccellenze]

[...] «Le prime vittime di un sistema sociale imperniato sull'utilitarismo e sul profitto, insieme ai disabili a qualsiasi titolo, diventano inevitabilmente gli anziani. È necessario rendere obbligatorio l'inserimento di una rappresentanza significativa dei pazienti (diretta o dei familiari) ai vertici gestionali delle strutture assistenziali dedicate all'età avanzata direttamente inserite nel SSN o per le strutture convenzionate.

Solo il controllo diretto e capillare degli interessati può garantire il rispetto di quei parametri di civiltà del vivere, troppo spesso disattesi in strutture che frequentemente si configurano come atroci terminali di "esistenze non più funzionali al sistema", piuttosto che ambienti dove avviarsi serenamente e con dignità al naturale concludersi della propria vita». [La partecipazione democratica è sempre positiva e sicuramente è utile per evidenziare scostamenti tra sanità attesa e sanità erogata, ma in sanità pubblica non possono valere criteri referendari per impostare la programmazione e definire obiettivi, standard e valutazioni di merito su materie delicate e complesse che richiedono giudizi imparziali. Qualcuno deve assumere le decisioni e averne la responsabilità attuativa, altrimenti si parcellizza ogni responsabilità in mille commissioni e nessuno è colpevole dei guasti eventuali].

«Pur con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva, garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute, tutelando i bambini in età prescolare e scolare che potrebbero essere a rischio di esclusione sociale». [Il tema dei vaccini contro le malattie infettive e contagiose umane e animali è un ulteriore aspetto della scienza che non può essere demandato alle valutazioni individuali, movimentistiche o referendarie se si vuole preservarne l'efficacia].