

LA SANITÀ CHE VOGLIAMO, LA SALUTE PUBBLICA BENE COMUNE: IDEE E PROPOSTE PER LA NUOVA LEGGE SANITARIA REGIONALE

Il dibattito, spesso aspro, che si è sviluppato a Pordenone attorno al tema del nuovo Ospedale, si colloca all'interno di un quadro più generale, di uno sfondo in cui si confrontano due concezioni: della malattia e della salute, del mal-essere e del ben-essere.

Il primo tipo di sanità, perdendo di vista il concetto di Risorsa Collettiva, ha come perno la malattia e favorisce l'idea che le prestazioni sanitarie siano una merce che va trattata come una qualsiasi altra merce, soggetta alla "legge" della domanda e dell'offerta e quindi sottoposta alle regole dell'economia; questa nozione è indispensabile per favorire il passaggio successivo, cioè quello dell'espropriazione del Bene Comune (sistema sanitario pubblico) e la "recinzione" e privatizzazione delle prestazioni.

La seconda concezione ha come perno la salute e si fonda sull'idea che lo star bene sia un "**valore**" sociale e che la malattia possa essere prevenuta e curata riducendo per quanto possibile i fattori e le cause che la determinano.

Con la gestione privata dei beni comuni, ad esempio, la collettività paga un forte prezzo anche dal punto di vista del benessere ambientale, in quanto numerosi beni quali il clima, l'atmosfera, l'acqua e tutto l'ecosistema nel suo insieme, vengono sottoposti a varie tipologie d'inquinamento che li trasforma in fattori negativi che causano molteplici malattie, con ricadute pesanti specialmente nella porzione di popolazione più disagiata economicamente.

Optare per la **medicina della malattia** (riparativa) significa privilegiare le lobby ad essa connesse e la crescita del PIL in quanto il degrado ambientale fa da moltiplicatore al business della "sanità"; optare invece per una medicina della salute (preventiva) significa curare la salute dell'ambiente e del sistema ambiente/persona.

Questa seconda opzione comporta, rispetto alla prima, un radicale cambio di direzione che richiede di compiere i seguenti passi:

Il primo: mantenere il sistema sanitario nel dominio pubblico, impedendo che in esso vengano introdotti vari cavalli di Troia. Il primo di questi cavalli è ovviamente il trinomio debito pubblico-finanza di progetto-concessioni a privati di servizi più o meno sanitari.

Il secondo: impedire che i servizi sanitari pubblici, ospedalieri e territoriali esistenti subiscano un progressivo deterioramento finalizzato a favorire processi di concentrazione: grandi ospedali e chiusura/impovertimento di quelli di rete, riduzione dei distretti e dei servizi territoriali, ecc.

Il terzo: promuovere un grande coinvolgimento dei cittadini nella discussione del tipo di sanità che vogliamo, attraverso l'utilizzo di pratiche partecipative.

Per la pubblica amministrazione l'adozione di queste pratiche può essere un modo efficace non solo per fornire la più ampia e corretta informazione sullo stato dell'arte, sui criteri con i quali vengono nominati i dirigenti, su qual è il loro mandato, sui costi dei vari servizi e comparti, ma anche e soprattutto per individuare le vere inefficienze, le rendite di posizione, il motivo del mantenimento dei doppioni di reparti e servizi, lo scorretto uso delle risorse (strutture, attrezzature, personale). Insomma, una grande operazione di trasparenza politica.

Per il territorio del Friuli Occidentale, ad esempio, non si tratta solo di discutere dell'edificazione a Pordenone di nuovi padiglioni per avere un "nuovo" ospedale nella sede dell'attuale, ma anche e soprattutto di pensare ad una nuova organizzazione e programmazione sanitaria che garantisca la continuità delle cure (già penalizzata dall'annullamento degli ospedali di rete) attraverso una migliore integrazione tra Ospedale, Servizi Sanitari territoriali¹ e Servizi Sociali dei Comuni, e il potenziamento degli stessi con nuovi servizi e la possibilità di un reale coinvolgimento dei cittadini/utenti.

È necessario pensare ad un'Azienda Sanitaria come erogatrice di servizi qualificati, una Azienda cioè che propone professionalità attraverso processi di formazione e aggiornamento, e non che **compra** prestazioni dagli ospedali pubblici e privati per **rivenderle** ai cittadini.

Tenendo poi in considerazione la classificazione (decreto Balduzzi) delle strutture ospedaliere in tre diverse tipologie, possiamo dedurre che:

- Il risparmio sulla spesa sanitaria si può attuare anche con l'eliminazione dei doppioni di alte specialità, di cliniche universitarie, assegnando all'ospedale di primo e secondo livello e a quelli territoriali funzioni specifiche e non sovrapposte. Il risparmio ottenuto - che in questo caso specifico non risulterebbe da una mera riduzione delle risorse umane attraverso "tagli lineari" - potrebbe essere utilizzato per una ricollocazione delle stesse risorse a livello territoriale per incrementarne la potenzialità.
- Un'area con un numero di abitanti inferiore a 350.000 come il Friuli Occidentale, dovrebbe avere un ospedale di 1° livello sostenuto da "presidi di base" a Sacile, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo-Maniago, collegati in una rete organizzata per intensità di cure. Razionalizzare l'operato degli ospedali consente di risparmiare risorse che - attraverso una corretta programmazione e integrazione dei servizi aziendali - possono essere utilizzate per dare risposte alla riabilitazione, alla cronicità e alla medicina di territorio.

¹ RSA (residenze sanitarie assistite), Hospice, ADI (assistenza domiciliare integrata); Consultori Familiari; MMG (Medici di Medicina Generale) e PLS (Pediatri di Libera Scelta); CSM (Centri di Salute Mentale), Servizio Dipendenze; Neuropsichiatria

- Andranno così sottoposti a seria valutazione i risultati dell'attuale organizzazione "sperimentale" dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone (impropriamente nominata "Ospedali Riuniti") per verificare se è utile mantenerla distinta da quella territoriale. Si osserva infatti che per la programmazione 2014 le due aziende hanno dovuto costruire frequenti momenti di scambio di consulenze. Inoltre, nell'ottica del contenimento della spesa, vi è la necessità di non ripetere servizi e strutture strettamente sanitarie, ma soprattutto amministrative, tecniche e dirigenziali (se si pensa che il solo vertice aziendale costa non meno di 350 mila euro l'anno). A Pordenone e all'interno della provincia esiste uno squilibrio storico tra la grande spesa ospedaliera da una parte e una sempre più carente spesa per le attività territoriali dall'altra; tale squilibrio costituisce un circolo vizioso che, in assenza di un'adeguata politica sanitaria realizzata attraverso l'articolazione di interventi preventivi, riabilitativi e di mantenimento della salute, necessariamente favorisce una politica sanitaria che si basa invece su interventi di tipo "riparativo ospedaliero".
- Anche nell'ottica della riunione di tutte le strutture sanitarie in un'unica Azienda, sarebbe auspicabile il mantenimento della separazione dei bilanci, per vigilare sulla reale allocazione delle risorse, perché l'esperienza delle chiusure immediatamente successive alla riforma Fasola (non ancora pienamente attuata) ci insegna che la percentuale di spesa a favore degli ospedali non è scesa, anzi, è da allora, lievemente aumentata.

Abbiamo perciò bisogno di una **riorganizzazione** profonda delle cure ospedaliere, tale da consentire un passaggio di risorse umane e finanziarie ai distretti, alle cure riabilitative e domiciliari, considerando anche la sempre maggiore presenza di cronicità dovuta all'invecchiamento costante della popolazione.

I finanziamenti pro-capite delle aziende sanitarie non possono essere quantificati sulla base di pochi criteri particolari (es. età dei cittadini), ma è necessario fare riferimento a costi standard, calati in realtà sanitarie confrontabili tra loro in base ad appropriati ed equi criteri di accreditamento istituzionale², in grado di garantire a tutti i cittadini della Regione identiche possibilità di cura. I finanziamenti devono sostenere una riforma per il perseguimento della salute basata sulla evidenza epidemiologica e sull'individuazione di obiettivi salute, piuttosto che per quantità di prestazioni.

Dalla legge regionale di fine ottobre su "Finalità e Principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale" alla delibera regionale di fine dicembre "Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2014": si passa da buoni principi e finalità, alla gestione ragionieristica del taglio di circa 90 milioni per il 2014,

²Accreditamento istituzionale: procedure e requisiti che le strutture di ricovero e di specialistica ambulatoriale (sia pubbliche sia private) devono garantire per essere accreditate a svolgere attività sanitaria per conto del Sistema Sanitario Regionale.

nonostante il forte freno alla spesa sanitaria ottenuto con i provvedimenti adottati negli anni precedenti. All'interno della delibera regionale di fine anno, ci sono anche valide indicazioni con alcuni buoni propositi, ma prive di riferimenti operativi.

Tutto ciò rischia di produrre, nella nostra area vasta, degli effetti negativi dal punto di vista territoriale: in primo luogo, verrebbe promossa una politica dei tagli senza alternative, una politica cioè che, attraverso i piani attuativi locali basati sui sacrifici, realizzerebbe una sanità pubblica "snella".

Occorrerebbe avere il coraggio di fare scelte in controtendenza in più direzioni:

1. Limitare i servizi in convenzione con la sanità privata, mantenere invece efficienti le strutture pubbliche invertendo il trend di privatizzare in seguito alla riduzione del personale e di altre risorse nei servizi esistenti. Vanno fermate le crescenti e diffuse pratiche di esternalizzazione dei servizi, che spesso dequalificano il lavoro e mortificano le retribuzioni, rendendo la Pubblica Amministrazione complice di situazioni di "sfruttamento" dei lavoratori da parte delle imprese appaltatrici.
2. Completare i criteri di accreditamento istituzionale per garantire che le prestazioni erogate siano adeguate, (qualità al minor costo), appropriate e universali. Criteri che tengano veramente conto dei bisogni dei cittadini, ma anche di quelli dei lavoratori di tutto il settore della sanità (sicurezza, salute).
3. Riorganizzare la sanità regionale con un collegamento delle varie strutture presenti nel territorio che rappresenti la base di **percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali** che, partendo dai bisogni del cittadino/utente, lo accompagnino nei tratti di vita che si intersecano con il SSR, nei luoghi e modalità di cura più appropriati (PDTA, PDA, ospedali Hub and Spoke, ecc.).

Le proposte alternative che facciamo alla Regione perché le valuti, le perfezioni, le integri in vista di specifiche iniziative legislative sono le seguenti:

- A. **Abolizione della tassa di 10 euro (legge 111 del 15/7/2011)** su diagnostica e assistenza specialistica, (come promesso anche nel programma elettorale e nel discorso d'insediamento della governatrice Serracchiani). Tale odioso balzello diventa ostacolo serio ad indagini mediche (anche per la sua moltiplicazione su più ricette della stessa indagine diagnostica) per la parte di popolazione già provata economicamente dalla crisi, e rappresenta un grave attacco al **concetto di universalità del diritto alla salute** sancito costituzionalmente. Inoltre è una forma subdola di incentivazione dei cittadini a far ricorso alle strutture private, che sono in grado di offrire le prestazioni meno costose (esami di routine ematochimici e di diagnostica per immagini) ad un prezzo inferiore e con tempi più rapidi, rispetto al servizio pubblico, ma non sempre di pari qualità.
- B. **Salvaguardia della risorsa di professionalità rappresentata dal personale della Sanità Pubblica.** L'erogazione di servizi è basata in larga parte sull'attività delle risorse umane, la cui assenza o carenza

determina il mancato soddisfacimento di principi riconosciuti da tutti ma, purtroppo, solo a parole: occorre quindi, invertire la tendenza applicata anche per il 2014 di una secca riduzione del personale. Per questo proponiamo che, vista la priorità di salva-guardare ed anzi implementare i servizi territoriali nei Distretti, non si applichi il taglio della spesa per il personale riducendo ulteriormente questa risorsa, ma si valutino correttamente (in base al monte ore a disposizione e alle competenze e non genericamente per numero di dipendenti) le effettive necessità degli operatori: tutto questo per garantire i servizi da erogare nel rispetto dei LEA e dei bisogni specifici espressi dal territorio. Chiediamo altresì un **piano triennale** per l'aumento del personale in servizi carenti come quello dell'assistenza domiciliare integrata (con attività multi-professionale e multi-disciplinare); un piano che programmi un **rientro nella gestione diretta** di tutte le RSA esternalizzate (con costi notevoli e spesso disservizi per l'utenza), utilizzando anche le risorse provenienti dal ridimensionamento dei servizi ospedalieri, senza peraltro penalizzare con mobilità improponibili il personale, considerando la prevalenza femminile tra gli operatori della sanità, già in difficoltà per il problema della conciliazione. In coerenza con la necessità di contenere i costi, è **eticamente indispensabile** che, sugli obiettivi di riduzione della spesa sanitaria (tagli del personale in primis), i **Direttori Generali non ricevano alcun compenso aggiuntivo**.

- C. Ridare valore centrale ai Distretti come luogo d'incontro tra territorio e ospedale facendo in modo che i cittadini abbiano un peso nelle scelte e nelle proposte dei servizi e non siano considerati solo utenti.** Prevedere in ogni Distretto la creazione di un comitato/assemblea dei cittadini residenti sul territorio che possono "isciversi" a questo organismo, ricevere periodicamente informazioni circa le proposte di linee programmatiche generali e dei singoli servizi del Distretto, presentare proposte secondo modalità regolamentate che devono ricevere risposta in tempi definiti, partecipare almeno annualmente ad un incontro generale che faccia un bilancio consuntivo dell'attività del Distretto e valuti le proposte programmatiche future.
- D. Organizzare in ogni Distretto servizi adeguati**, con personale stabile e in luoghi adatti, per Consultori, Neuropsichiatria infantile, Servizi per le dipendenze patologiche, Servizi odontoiatrici per prevenzione e cura carie, oculistica, Hospice, Riabilitazione e Prevenzione. Garantire la presenza in TUTTI I DISTRETTI di servizi di base anche ambulatoriali definendo bene i percorsi diagnostico terapeutici per intensità di cura (esempio diabete, cardiologia, ecc).

Mantenere negli ospedali periferici servizi e posti letto per primi interventi e ricoveri medici di base, attivando strutture di ospedale di Comunità (country hospital), esistente attualmente solo a Maniago. Rilanciare il ruolo dei CSM (e della Neuropsichiatria), nella prevenzione e trattamento del disagio mentale, fornendo specialmente risorse umane: educatori, psicologi, riabilitatori, in alternativa alle risorse investite in convenzioni con i "manicomi privati" e farmaci costosissimi; progettare e realizzare strutture di accoglimento per i pazienti dimessi dagli O.P.G., che non

riproducano in piccolo il modello carcerario, come quello realizzato a Maniago.

E. Realizzare Centri di assistenza primaria/prime cure H24 in ogni Distretto. Elaborare un piano per aprire alcuni servizi di medici territoriali associati in gruppo o in rete, aperti nelle 24 h, in col-laborazione con infermieri e altri professionisti sanitari, con la possibilità di espletare semplici attività di laboratorio clinico, dotati di alcuni posti letto di astanteria per l'osservazione e primo intervento su eventi acuti non gravi. È necessario raggiungere un accordo per l'integrazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (per ora disponibili solo per l'associa-zionismo, coprendo a malapena 10-12 ore giornaliere), con la guardia medica e primo servizio di soccorso territoriale.

Tali servizi H24 possono diventare luoghi di incontro tra cittadini (riqualificando tra l'altro edifici pubblici vuoti), nei quali sia possibile: approfondire la conoscenza di specifiche patologie; responsabilizzare gli utenti sulla promozione della salute e sulle ricadute individuali e collettive derivanti dall'adozione di nuovi stili di vita salutari; scambiarsi informazioni su rimedi diversi e/o integrabili a quelli della medicina "ufficiale" (come ad esempio la fitoterapia); programmare e svolgere o attività fisica di base o semplici esercizi riabilitativi per le patologie comuni o per specifiche fasce di popolazione.

E' evidente che l'apertura e l'attivazione di tali servizi medici H24 (che devono diventare Centri di salute pubblica e di promozione della salute) comportano un certo impegno iniziale di risorse umane e finanziarie, ma nel tempo, attraverso il taglio di spesa farma-ceutica, diagnostica e di ricovero, si produrrebbe un considerevole risparmio - come peraltro è stato dimostrato dallo studio realizzato nel 2013 per conto dell'Osservatorio Cure Primarie (utilizzo in misura inferiore del 50% del pronto soccorso e della guardia medica, e inferiore del 75% di medici privati a pagamento).

F. È necessario attuare una razionalizzazione degli acquisti, non solo con oculatezza amministrativa, ma anche contrastando le politiche del mercato farmaceutico. Va valorizzato il ruolo delle farmacie aziendali e ospedaliere per la produzione di farmaci galenici per contrastare l'aumento dei listini sui farmaci low cost.