CARTA DELLA SANITA

L'ITALIA DEL MERIDIONE

L’Italia del Meridione per la sanità pubblica:

- **Monitoraggio** delle carenze dei servizi sociosanitari, investimenti straordinari che consentano di parificare l’offerta delle Regioni del Nord e le regioni del Sud.
  I finanziamenti per gli investimenti straordinari non dovranno essere conteggiati nel riparto del fondo sanitario. Semplificazione amministrativa e tempi certi nell’esecuzione delle opere.

  Per quanto riguarda la Calabria, la mancata erogazione, in sede di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, delle provviste finanziarie destinate alla cura delle patologie croniche, stimata in 150 milioni di euro/anno ha determinato, a decorrere dal 1999, un mancato introito nelle casse regionali di oltre tre miliardi di euro, che la Regione ha dovuto reperire tra le pieghe del bilancio regionale, al fine di consentire la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie croniche, in special modo di quelle ad andamento evolutivo. Tale circostanza ha contribuito a determinare un notevole squilibrio nei bilanci delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Eppure sarebbe bastato applicare, in sede di riparto del FSN, il parametro basato sul criterio statistico ed epidemiologico della morbilità, della comorbilità, della vulnerabilità sanitaria e sociale, il quale, unito al criterio di adozione dei costi e fabbisogni standard e della perequazione infrastrutturale, mediante l'utilizzo dell'apposito fondo perequativo, avrebbe garantito, su tutto il territorio nazionale, criteri standardizzati ed uniformi di erogazione prestazionale in abito sanitario e socio/sanitario. Si sarebbero così evitate le sciagure dei piani di rientro dai disavanzi sanitari e dei commissari, la cui azione è dettata dall'obbligo di sostenibilità del debito pubblico, del pareggio di bilancio e del fiscal compact imposto dalle istituzioni comunitarie.

- **Programmazione** dei bisogni sociosanitari dei cittadini nei prossimi 10 / 15 anni.

  Nella logica aziendalistica ed econometrica che ha ispirato il modello assistenziale nazionale e regionale, si è potuta constatare l'assenza di una programmazione concreta ed uniforme dei fabbisogni sanitari e sociosanitari. Il deficit programmatorio ha riguardato, in special modo, le regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi sanitari regionali ed al commissariamento, con accentuazione del deficit assistenziale nei confronti delle regioni del nord Italia, in ragione di una spesa storica pro capite rilevante in materia sanitaria e sociosanitaria. Il divario assistenziale si è rivelato consistente, soprattutto dopo la riforma del Titolo V del 2001. La mancata adozione del principio dei costi e fabbisogni standard e della perequazione infrastrutturale, unita al parametro capitario pesato, in sede riparto del Fondo Sanitario Nazionale, ha accentuato il divario nella fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari. Bisogna ripartire da una programmazione uniforme e conferente dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini che, in senso solidaristico, recuperi il notevole gap storico tra regioni meridionali e quelle del nord. In tale logica occorre riqualificare l'assistenza sociosanitaria territoriale integrando e valorizzando concretamente le competenze dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali, degli infermieri, degli assistenti sociali, degli operatori sociosanitari, in sede di espletamento dei compiti di assistenza sanitaria e sociosanitaria in favore pazienti con patologie acute di primo livello e con patologie croniche, attraverso l'implementazione del sistema delle cure primarie (UOCCP) e delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Si rende opportuna e necessaria l'attivazione del principio della continuità ospedale /territorio, coinvolgendo nella rete assistenziale gli ospedali di base, intesi quali strutture di rete ospedaliera di prossimità.

- **Trasparenza**: nei concorsi pubblici e nella scelta degli amministratori che permetta realmente la scelta dei migliori professionisti in ambito nazionale e con criteri oggettivi. Gli obiettivi

restano della politica, ma sicuramente fuori la politica, dal condizionare la scelta dei professionisti. Scegliere i migliori con criteri di trasparenza ridurrebbe la fuga all'estero o al nord di moltissimi giovani medici e amministratori che non possono oggettivamente emergere in una condizione di strisciante clientelismo.

L'adozione del principio meritocratico è volta a qualificare il ruolo professionale degli operatori sanitari e sociosanitari, garantendo una maggiore compliance in campo scientifico e sotto il profilo diagnostico/terapeutico/ riabilitativo. Per quanto concerne la selezione delle figure di vertice delle aziende del servizio sanitario nazionale occorre applicare, con criteri di uniformità e trasparenza, gli articoli 1 e 2 del Decreto Legislativo N°171/2016 (Albo Nazionale dei candidati all'incarico di Direttore Generale), sottraendo tale ambito al potere clientelare della politica.

- **Riorganizzare**: il sistema dell'urgenza/ emergenza. Pronto Soccorso integrato con i reparti e specifici percorsi divisi per patologie. Unità Operative anche queste riorganizzate in settore di cura ordinaria ed emergenza. con personale dedicato.

  Occorre prevedere, scorporando la rete degli ospedali non costituiti in azienda ospedaliera dalle aziende sanitarie territoriali, una rete dell'emergenza/urgenza su modello dipartimentale, affidata esclusivamente alla competenza di rete ospedaliera secondo il principio di uniformità, omogeneità, intensità e complessità delle cure. Le articolazioni di pronto soccorso vanno concepite non più sul principio del bacino di utenza, ma su quello dell'omogeneità diagnostica, dell'uniformità, dell'intensità e della complessità diagnostico/terapeutica.

- **Controllo della qualità**: dei servizi erogati indipendente.

  Ai fini dell'ottimizzazione degli aspetti diagnostico/terapeutico/riabilitativi, propri dell'offerta prestazionale, posti in essere dalla rete assistenziale pubblica e privata accreditata, è necessario ripristinare, in termini oggettivi, indipendenti e qualificati, un sistema di tracciamento, in termini di qualità dei servizi sanitari e sociosanitari, che non risenta di influssi econometrici, aziendalistici e di ragioneria. Tutto ciò potrà essere attivato solo marcando una chiara autonomia scientifica e decisionale dei soggetti preposti alla finalità specifica attraverso la condivisione di protocolli operativi basati sull'evidenza scientifica e diagnostico/terapeutica.

- **Aree Periferiche, montane o disagiate:** fondi specifici per la tutela dei piccoli centri e delle aree disagiate. Continuando con un miope sistema ragionieristico, imposto dal commissariamento, si corre il rischio di privare le aree disagiate della nostra regione, di qualsiasi sistema di tutela sociosanitaria. Riqualificazione di piccoli ospedali dismessi per attività di diagnostica territoriale e brevi ricoveri per patologie di bassa intensità che necessitano comunque di sorveglianza attiva.

  A tutela delle aree periferiche, montane o disagiate occorre implementare e capillarizzare una rete sanitaria territoriale, basata sul sistema delle cure primarie e delle aggregazioni funzionali territoriali. Occorre implementare una rete ospedaliera cosiddetta di prossimità che sappia agire in funzione della continuità "ospedale/ territorio", nonché di filtro diagnostico/terapeutico nei confronti della rete ospedaliera di maggiore articolazione e complessità.

- **Ridurre la burocrazia**: adottando tecnologie informatiche "trasparenti" nell'accesso ai servizi sanitari.

In un'era di digitalizzazione dei servizi delle Pubbliche Amministrazioni ed in una logica di risposta appropriata alle necessità sempre maggiori dell'utenza, occorre deburocratizzare le procedure di accesso al sistema delle cure. Vanno completati e/o ulteriormente implementati i servizi di rete, al fine di ridurre al minimo l'impatto degli utenti con l'apparato burocratico dei vari ambiti assistenziali.

- **Funzione integrata della rete assistenziale privata:** pur nel principio di rappresentanza e di condivisione degli obiettivi del servizio sanitario nazionale, la rete assistenziale privata accreditata deve svolgere una funzione integrativa e complementare al servizio sanitario pubblico nella consapevolezza che alla base degli accordi contrattuali sopra menzionati debba sussistere un'offerta prestazionale complessa, non erogabile adeguatamente e/o tempestivamente dal Servizio Sanitario Pubblico.

- **Sistema Premiante nei contratti** su merito, competenze e obiettivi, per tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, personale ausiliario).

  È opportuno ripristinare il principio di osservanza e di perseguimento degli obiettivi di competenza, assegnati in sede di stipula dei contratti individuali di lavoro, fornendo ai dirigenti i mezzi utili al raggiungimento degli obiettivi di performance predefiniti e garantendo, in via contestuale, il principio di autonomia d'azione. È da ritenersi ineludibile, in capo agli enti del servizio sanitario nazionale, la realizzazione concreta e congrua di un sistema che premi il merito e la realizzazione degli obiettivi assegnati.

- **Sterilizzazione del disavanzo sanitario storico politiche d'investimento**

  Con riferimento alle norme di contenimento della spesa sanitaria che, in ossequio al principio di sostenibilità del debito pubblico e del pareggio di bilancio, hanno condotto alla sostanziale cancellazione degli investimenti in ambito infrastrutturale, tecnologico, farmaceutico, della ricerca clinica, nonché al blocco del turnover del personale, con particolare riferimento alle Regioni come la Calabria, assoggettata, da oltre un decennio, al Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari ed al Commissariamento, è opportuno procedere, in sede legislativa alla sterilizzazione del disavanzo storico delle Aziende dei Servizi Sanitari Regionali ed alla revoca dell'istituto del commissariamento. Contestualmente, è indispensabile rimuovere le disposizioni normative di ostacolo alle spese d'investimento in materia sanitaria e sociosanitaria.

ITALIE

DALLA NAZIONE ALL'UNIONE AUTONOMIE E NUOVI SOGGETTI SOCIALI

Le Ragioni del bene comune e il Sentimento dell'unione sociale