

## **Interventi necessari nel breve e medio termine sul sistema sanitario**

### **1. Riallocazione della spesa, ora legata a vecchie esigenze di salute**

La spesa sanitaria è concentrata ancora troppo sulle strutture ospedaliere per acuti (una percentuale che a livello nazionale è di circa il 45-46%).

Le nuove esigenze di salute, derivanti principalmente dall'evoluzione demografica, impongono una diversa allocazione.

Attualmente l'assistenza territoriale e le cure per cronicità e disabilità sono le parenti povere del sistema. La soluzione per il settore assistenza per gli anziani si basa sulle badanti (il cui numero è maggiore dei dipendenti del SSN) con onere a carico delle famiglie.

Va riprogrammata l'allocazione delle risorse in favore di territorio e prevenzione: portare progressivamente in 4/5 anni la spesa per acuti a livello del 40% (come nei principali paesi industrializzati), riversando il 5/6% sulla medicina di base, sulla cronicità e sui servizi extraospedalieri (centri diurni, assistenza domiciliare, domiciliare integrata,...).

A questo fine **predisporre** immediatamente il **nuovo Piano Sanitario Nazionale** (l'ultimo è del 2006-2008, scaduto da 12 anni!) ove formalizzare le percentuali di spesa per i settori ospedaliero, distrettuale e di prevenzione.

### **2. Interventi immediati sulla medicina di base e assistenza domiciliare**

La rete dei **Medici di Medicina Generale** attualmente ha nei fatti un ruolo marginale e subalterno alle strutture ospedaliere ed è scarsamente finanziata.

Immediatamente intervenire nella direzione di estendere ruolo e servizi dei MMG tramite:

- maggiori orari di ambulatorio e visite
- totale informatizzazione con servizi di teleassistenza (prevedendone la tariffazione)
- finanziamento di apparecchiature, dotazioni di ufficio e servizio di segreteria
- particolari agevolazioni e finanziamenti per favorire studi associati (di 2-3 MMG)

La Germania ha approvato una riforma per l'informatizzazione nel 2019, entrata in vigore a gennaio 2020 con uno stanziamento di 200 milioni di euro l'anno.

Nel caso italiano andrebbe previsto il finanziamento di: a) estensione delle convenzioni con i MMG, b) informatizzazione, c) ammodernamento degli studi (sia fisico che organizzativo).

La voce a) è certamente la più costosa e potrebbe essere valutata 400-600 milioni l'anno (aumento del 10-15% circa rispetto alla spesa attuale); la voce b) circa 150 milioni (prendendo a riferimento la Germania); la c) tra i 150 e i 200 milioni. La prima sarebbe stabile nel tempo, le altre potrebbero anche ridursi nel tempo.

700-900 milioni di euro (sui circa 120 miliardi totali del SSN) è quindi la necessità del primo intervento per il potenziamento della medicina di base, nell'ambito della progressiva riallocazione delle risorse di cui al punto 1.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Domiciliare** e l'Assistenza Domiciliare Integrata è necessaria una politica che progressivamente nel tempo punti ad un fortissimo incremento (raddoppio?) degli attuali interventi, spostando parte della spesa per acuti. Questo tipo di intervento, oltre ad essere più appropriato nel caso di anziani e cronici, comporta una naturale diminuzione della spesa ospedaliera, oggi impropriamente impiegata in questo settore.

L'Italia potrebbe prendere a riferimento le politiche e l'organizzazione delle cure di lungo termine messe in atto in Germania e Giappone da più di vent'anni.

### **3. Misure contro la disomogeneità territoriale relativa a qualità e disponibilità di servizi.**

I valori medi caratteristici del SSN sono buoni ma presentano forti differenze fra regioni e a volte anche all'interno della stessa regione. Ciò è misurabile tramite la semplice osservazione delle principali grandezze sanitarie, tramite i sistemi di valutazione disponibili (LEA, sistema Bersaglio, Meridiano Sanità Index, modello Crea, studi Cerm, ecc.) e tramite la misura della mobilità sanitaria (cittadini che si fanno curare in una regione diversa dalla propria, oltre 800mila l'anno).

Al fine di non assistere passivamente a queste disuguaglianze ma per tutelare la salute di tutti i cittadini è necessario considerare i **LEA un forte strumento di governo**:

- ricondurre a decenza il metodo di valutazione dei LEA (attraverso il quale il Ministero dovrebbe controllare la reale presenza dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle regioni) abolendo immediatamente il **conflitto di interesse** all'interno del Comitato LEA, cioè eliminando la presenza (7 su 14) dei rappresentanti delle Regioni (controllati) nel Comitato (controllore). Definire scientificamente i **valori di soglia** di adempienza, ora scelti arbitrariamente bassi.
- considerare la verifica LEA come determinante del processo di Commissariamento, ora legato esclusivamente a presenza di forte deficit sanitario.

#### **4. Dimensionamento del personale in funzione delle esigenze di cura**

Una serie di interventi normativi “rozzi”, ipertutele sindacali, vecchie rigidità nella gestione delle professionalità necessarie e errate politiche pensionistiche (quota 100 e altro) hanno prodotto situazioni di carenza nella distribuzione del personale.

La programmazione del personale, come numero e distribuzione professionale, è stata svolta più dall'INPS che dal ministero della Salute.

Complessivamente il numero dei medici è superiore alla media europea e dei paesi Oecd ma non sempre è ben distribuito per settore o sul territorio (ad esempio i Medici di Medicina Generale), il numero degli infermieri è numericamente molto carente, è scarsa la presenza di figure in settori tecnologicamente avanzati.

Il rapporto infermieri/medici, circa 3-4 nei principali paesi, vale in Italia appena 1,4 (dati OECD per il 2015: media paesi Oecd 2,8 , Giappone 4,6 , Finlandia 4,6 , Svizzera 4,3 , Germania 3,2 , Francia 3 , Svezia 2,7) ; ciò provoca carenze nell'assistenza, specialmente in quei settori dove la continuità assistenziale è particolarmente importante (cronicità, disabilità assistenza domiciliare, anziani).

Per governare il dimensionamento del personale in base alle esigenze di salute e di organizzazione sanitaria è necessario:

- abolire quota 100
- programmare una forte assunzione di infermieri ( a regime andrebbero raddoppiati)
- abolire rigidità di ingresso, di collocazione e distribuzione all'interno delle strutture sanitarie.

#### **5. Rendere obbligatori metodi di valutazione dei sistemi sanitari, dei centri di cura e di assistenza. Renderne pubblici e pubblicizzati gli esiti**

Attualmente sono praticamente assenti centri indipendenti di valutazione quantitativa dei servizi, dei luoghi di cura e dell'attività degli operatori. Il sistema è fortemente autoreferenziale. I risultati dei pochi metodi e modelli di valutazione ufficiali sono a disposizione di pochi esperti e tenuti clandestini per gli utenti e per i cittadini in genere.

L'informazione per gli utenti è nei fatti legata principalmente al passa parola e non a dati veri, certificati, ufficiali e facilmente accessibili.

Per far uscire la sanità dalla sua tradizionale cultura autoreferenziale è necessario:

- estendere a tutte le Regioni le valutazioni del Sistema Bersaglio (Università S. Anna di Pisa) e/o di altri sistemi di valutazione
- estendere le valutazioni anche alle strutture RSA e simili

- rendere pubblici e pubblicizzati gli esiti, coinvolgendo tutti gli operatori e informando in modo semplice e accessibile utenti e **cittadini** .

## **6. Politica attiva nella gestione del rischio clinico e lotta alle infezioni ospedaliere**

Il numero di eventi avversi (errori con danni per gli utenti) nei luoghi di cura e i loro effetti sono ancora tenuti in ombra e sottovalutati. Da decenni secondo i principali studi internazionali e da pochi anni anche da uno studio italiano (finalmente!) gli eventi avversi sono stimabili nel 5,2% dei ricoveri; di essi il 9,5% è mortale. Le infezioni ospedaliere (cioè quelle assunte durante il ricovero) sono molto diffuse (la stima ufficiale è di circa 7.000 morti l'anno).

Il paradosso è che tutti gli studi indicano che oltre la metà degli eventi avversi sarebbe facilmente prevenibile con strumenti preventivi di organizzazione e di cura. Il lavaggio programmato delle mani da parte degli operatori e un uso più responsabile degli antibiotici sono gli strumenti (a bassissimo costo) ritenuti più idonei a livello internazionale.

Il sistema nel suo complesso sottovaluta questo fenomeno, malgrado dimensioni e conseguenze sugli utenti, e non investe adeguate energie culturali, di formazione, tecnologiche e di prevenzione. Non investe neanche in regole e obblighi reali per strutture e operatori.

Approvare subito la norma che per l'accesso di chiunque alle strutture sanitarie sia obbligatorio lavarsi le mani, realizzando per tutte le strutture ospedaliere accessi controllati, come per gli aeroporti, palazzi di giustizia ecc. nel caso del controllo con i metal detector.

Programmare inoltre che i nuovi ospedali non siano "rigidi" dal punto di vista degli spazi interni e dell'organizzazione ma flessibili per potersi adeguare senza troppe difficoltà ad esigenze improvvise di salute (vedi epidemia odierna o altro).

## **7. Nomine dei responsabili aziendali di ASL e AO (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Dirigenti medici ecc).**

I Direttori Generali sono gli amministratori unici delle aziende sanitarie e sono responsabili della spesa, delle nomine e assunzioni, degli appalti, ecc.

Attualmente in tutte le regioni vengono scelti per contiguità politica e per fedeltà, così che la gestione della sanità è ormai diventata un canale di consenso elettorale e di potere dei partiti e dei loro sottogruppi interni. In cascata avvengono tutte le nomine di responsabilità (medica, amministrativa, organizzativa). Ciò provoca l'assenza di criteri di merito su gestione e organizzazione clinico-sanitaria.

Modificare l'attuale normativa in materia di nomina dei Direttori Generali, togliendo ai partiti la possibilità di nominare persone "contigue e ubbidienti" ma lasciando alla politica il dovere di effettuare scelte generali di sviluppo in materia di salute e di programmazione sanitaria.

Rendere quantitativi e pubblici gli obiettivi dei DG e dei maggiori dirigenti sanitari e utilizzarli per la loro conferma o meno e per la definizione del compenso

## **8. Liste e tempi di attesa**

In molte strutture diverse prestazioni presentano tempi di attesa anomali che causano il ricorso a prestazioni a pagamento e aumentano le disuguaglianze di accesso ai servizi.

Quasi sempre ciò è dovuto a scarsa organizzazione e a interessi interni concorrenti.

Programmare azioni di formazione, gestione e studio di nuove metodiche organizzative (ad esempio Open Access) già sperimentate con successo in alcune regioni e aziende.

Modificare la normativa in materia di attività intramoenia, prevedendo quanto meno che essa sia possibile solo nel caso in cui liste e tempi di attesa siano inferiori a valori numerici dichiarati, pubblicizzati e accessibili a tutti.

Legare i criteri di valutazione dei dirigenti di aziende sanitarie e servizi al rispetto dei tempi di attesa.