

RIFORMA STRUTTURALE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.):

MOTIVAZIONI E PROPOSTE

CAPITOLO PRIMO

Paragrafo 1: Recidere il rapporto tra politica e gestione delle ASL

Paragrafo 2: Modificare la legislazione concorrente Stato-Regioni

Paragrafo 3: Aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), adeguandoli alle attuali modificate richieste di salute

Paragrafo 4: Rimodulare la ripartizione delle risorse economiche che lo Stato destina al Sistema sanitario Nazionale (SSN.)

Paragrafo 5: Introdurre e pubblicare listini nazionali dei costi di tutti i presidi medico-chirurgici.

Paragrafo 6: Centralizzare a livello regionale o interregionale le gare per l'acquisto di presidi medico-chirurgici

Paragrafo 7: Predisporre un sistema di controllo innovativo sugli atti deliberativi delle AS

Paragrafo 8: Limitare le prestazioni di riabilitazione e fisioterapia

Paragrafo 9 : Riconsiderare i rimborsi a DRG

Paragrafo 10: Riorganizzare gli Ospedali

Paragrafo 11: Modificare le modalità di attribuzione dei Moduli ai Dirigenti ospedalieri

Paragrafo 12: Abolire l'intramoenia

Paragrafo 13: Ripristinare la centralità del medico ed il rapporto fiduciario medico-paziente

Paragrafo 14: Restituire alla classe medica la Centralità alla informazione in materia di salute

Paragrafo 15: Creare una controinformazione scientifica dei medici sui farmaci

Paragrafo 16: Intervenire sulle confezioni dei farmaci

CAPITOLO SECONDO

Paragrafo 1: Istituzione dei Distretti Sanitari di Base (D.S.B.) per 50.000 abitanti

Paragrafo 2: Le altre strutture del territorio: Case della Salute, Residenze Sanitarie Assistite (R.S.A.), Case Protette, Dipartimenti di igiene mentale, Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

Paragrafo 3: Attività di emergenza sanitaria territoriale

Paragrafo 4: Assistenza Farmaceutica

Paragrafo 5: Personale sanitario

Paragrafo 6: Le Spese

Paragrafo 7: La Spending-review

PREMESSA

Il SSN, considerato per anni come uno dei migliori al mondo, sta subdolamente slittando verso un sistema assistenziale di tipo misto a causa del forte incremento della partecipazione dei cittadini alla spesa complessiva. E ciò, in particolare, da quando la politica ha assunto un ruolo di ingerenza sostanziale nella GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI nel loro complesso. A tal riguardo è opportuno ricordare i dati della Corte dei Conti (Roma : rapporto del 5 aprile 2017) sulla spesa sanitaria nel 2015 che, su un ammontare totale di 147,295 MD, 112,408 MD erano di spesa pubblica (76,3%) e 34,887 MD, invece, di spesa privata (23,6%). Di questi ultimi 4,476 MD erano di spesa intermediata (fondi sanitari integrativi o polizze assicurative) e 30,411 MD di spesa cosiddetta *out-of-pocket*: un vero e proprio **SECONDO PILASTRO** !

Alcuni, addirittura, considerano il SSN <<... retaggio di vecchie e superate ideologie...>> e vorrebbero un <<...servizio pubblico-privato affidato alle assicurazioni, capace di organizzare la domanda di sanità...>> : Corriere della Sera del 17 e 25 ottobre 2015 (Da G. Remuzzi: la salute (non) è in vendita. Editori Laterza).

" L' interferenza distruttiva della mala politica" nella gestione della ASL ha creato uno sperpero spaventoso di pubblico denaro che alcune brevi esemplificazioni del passato e del presente possono ben stigmatizzare, soprattutto nella loro continuità temporale:

Il 22 gennaio del 2008 il giornalista Ferrera, sul Corriere della sera scriveva :<<nel 1978 l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) introdusse le USL poi divenute Aziende (ASL). Le 650 USL d'Italia crearono in un sol colpo oltre 11.000 poltrone per i nuovi e vecchi partiti. Fu la più grande ABBUFFATA SPARTITORIA che condusse ad un disavanzo annuo per il debito sanitario che raggiungeva il 20% alla fine del decennio....>>.

Il 2 ottobre 2019 , il giornalista Mario Giordano presentando la sua settimanale trasmissione televisiva "FUORI DAL CORO" ha mostrato e documentato che :

- *In Abruzzo presso l' ospedale civile di Pescara :*
 - *è stato realizzato un eliporto che non può essere utilizzato perché l'elicottero non vi può atterrare date le sue dimensioni;*
 - *è stata da anni acquistata una palazzina, semifatiscente che non è mai stata utilizzata, pur se contemporaneamente esisteva un'area del nuovo ospedale, forse più grande, rimasta sempre chiusa;*
 - *è stato noleggiato per anni un "camion tecnico" per eseguire l'esame denominato PET, paragonabile ad una TAC, parcheggiato davanti ad uno degli ingressi dell'ospedale, e che tutti i cittadini avranno certo avuto modo di vedere negli anni, con un esborso complessivo di 15 milioni di euro, mentre il suo acquisto sarebbe costato appena un decimo o meno.*
- *In Calabria, a Vibo Valentia, è stata posta nel 2004 la prima pietra per la costruzione del nuovo ospedale per un importo di 140 milioni di euro, ma ciò che oggi esiste è solo "quella prima pietra".*
- *Nel Lazio, presso l'Università Tor Vergata di Roma esiste un grosso ospedale che accoglie e cura i malati sulle barelle, dove dormono anche, e ciò per eccesso di affluenza, mentre alcuni vasti e nuovi edifici attigui sono completamente vuoti e inutilizzati.*

Potremmo continuare all'infinito senza, forse, suscitare più nessuno stupore per fatti che in Italia fanno parte del quotidiano.

Il persistere della pessima e deleteria consuetudine da parte della politica di voler continuare a risolvere i problemi sempre e solo con incrementi di spesa (che finirebbero con lasciare i nostri

figli e nipoti senza sanità e senza pensione), senza mai soffermarsi a considerare eventuali altre possibilità più efficaci e strutturali, secondo il principio della cosiddetta “SPENDING-REVIEW”. Possibilità basate, cioè, sulla riduzione degli sperperi che ci sono e che sono tantissimi come in parte abbiamo visto ed ancora avremo modo di vedere.

Il 3° Rapporto GIMBE del 2017, sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, dichiara che sul consuntivo di spesa sanitaria pubblica pari a 113,599 MD di euro, gli sprechi e le inefficienze vengono valutati in 21,59 MD di euro con un margine di variabilità (±20%).

Nonostante i numerosi tentativi di riassetto che si sono succeduti negli anni, anche con l'introduzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che centrava gli otto punti strategici per una riforma organica, in pratica, non è mai stata realizzata “LA NUOVA SANITA” Ciò a causa delle riforme settoriali, minime, parcellizzate e quindi inefficaci a raggiungere l'obiettivo di UN RIASSETTO COMPLESSIVO ED ORGANICO dell'intero Sistema Sanitario Nazionale.

Le risorse economiche, dunque, servono e vanno assolutamente ricercate: Come?

A) Quale primo atto, è necessario separare la politica dalla gestione delle ASL. Ciò eviterà che le scelte vadano a soddisfare più le finalità politico-elettoralistiche, come oggi molto spesso accade, che non quelle tese a risolvere i reali bisogni di salute della gente.

B) Quale SECONDO ATTO è necessario ridurre le risorse destinate all'assistenza in regime di ricovero ospedaliero o in case di cura accreditate, per incrementare le risorse destinate alla medicina del territorio : Distretti Sanitari (DS), Residenze Sanitarie Assistite (RSA), Case della Salute, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI9, Dipartimenti di Igiene Mentale, ed anche alla Prevenzione.

Capitolo PRIMO :

ADEGUAMENTI LEGISLATIVI TESI AD EFFICIENTARE LE MODALITA' GESTIONALI ED ECONOMICHE DELLE ASL

Paragrafo 1: *Recidere il rapporto tra politica e gestione delle ASL*

Motivazioni

Oggi esiste un elenco nazionale, aggiornato annualmente, al quale può iscriversi chiunque che, in possesso dei requisiti minimi richiesti, aspiri alla nomina di Direttore Generale di un'ASL. Allo stato attuale la scelta di uno di quei signori inseriti nella lista viene fatta da parte degli Assessori Regionali alla sanità che propongono il nominativo alla Giunta Regionale la quale delibera l'incarico. Una volta che la Giunta approva, il Direttore entra in carica a tutti gli effetti, assumendo, come noto, poteri decisionali incontrastabili nella gestione della ASL di destinazione. **Tale sistema di fatto, stabilisce una dipendenza non "scritta" ma molto forte, tra Politica che nomina e Direttore Generale delle singole ASL, che dalla politica viene nominato.** Ciò ha portato negli anni al Disastro cui assistiamo ancora oggi.

Nelle regioni del Nord Italia le cose funzionano ed hanno funzionato sempre meglio. E i sostenitori dell'attuale modalità di nomina dei Direttori fanno appello proprio a questa considerazione per cercare di non cambiare. Ma la risposta è che nel Nord la politica è stata più intelligente perché pur nominando i Direttori ha evitato di selezionare personalità improponibili come spesso è avvenuto nel centro sud d'Italia. Inoltre va ricordato che anche in molti ospedali del nord vi sono stati scandali legati a sprechi e ad abusi. Basta ricordare lo scandalo delle valvole cardiache o gli interventi inutili che venivano praticati per maturare DRG ad elevato costo e via dicendo. Quindi la separazione tra politica e gestione delle ASL porterà un benefico anche nelle Regioni più virtuose.

Proposta :

- *Ciascuna ASL nomini, mediante votazione all'interno di ciascuna delle categorie più rappresentative di lavoratori: medici, infermieri, tecnici, biomedici, un massimo complessivo di 5-7 rappresentanti che andranno a costituire una Commissione interna a ciascuna ASL. Detta Commissione avrà una durata in carica di quattro anni. A tale Commissione verrà assegnato un unico specifico compito: quello di nominare il Direttore Generale della ASL alla quale i suddetti membri appartengono.*
- *La Commissione preposta nominerà il Direttore Generale della ASL selezionandolo, previa accurata valutazione dei curricula, ed eventualmente anche di un colloquio preliminare, tra gli iscritti negli elenchi nazionali previsti dalle attuali normative. Il Direttore Generale avrà un contratto di durata quinquennale che potrà essere rinnovato al massimo una sola volta.*

Grazie allo sfasamento della durata in carica tra la Commissione (4 anni), rispetto a quella del Direttore Generale (5 anni) questi non avrebbe possibilità né vantaggio dal mostrarsi accondiscendente verso coloro che l'hanno nominato perché l'eventuale rinnovo verrà valutato e stabilito da una commissione di nuova nomina, che, in caso di valutazione negativa, lo rimanderebbe a casa.

La nomina da parte di una Commissione democraticamente eletta, come proposto, darebbe, a nostro giudizio,, maggiori garanzie rispetto ad una nomina per concorso che, per quanto si voglia sostenere il contrario, potrebbe essere più facilmente manipolata.

Il Direttore Amministrativo, il Personale amministrativo, il Direttore Sanitario così come tutti i medici, verranno, in caso di bisogno, assunti mediante pubblico concorso nazionale

per titoli ed esame. Eventualmente, per il personale tecnico ed infermieristico si potrà valutare anche l'opportunità di procedere con concorsi regionali.

Paragrafo 2: Intervenire sulla legislazione concorrente Stato-Regioni

Motivazioni

Dal 1978 ad oggi, molte leggi si sono succedute per soddisfare al meglio i bisogni di salute provenienti dalla gente. Nel 2001 è avvenuta la riforma Costituzionale del titolo V. Questa riforma, assegnava allo Stato, in campo sanitario, di determinare i livelli delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Ma ha anche introdotto una legislazione concorrente, mettendo le Regioni nella condizione di poter assumere decisioni tecnico-organizzative autonome. Ciò ha portato, di fatto, a scelte differenti in ogni regione, come la realtà dei fatti sta a confermare, oltre che a sperperi di pubblico denaro: il Rapporto GIMBE 2017 valuta, su una spesa corrente complessiva di 149 MD di euro, 21,59 MD di sprechi e inefficienze.

Tutto ciò assieme, alla nomina dei Direttori Generali della ASL da parte delle regioni, spiega come e perché le scelte e le decisioni Regionali siano state subordinate più a fini politico-elettoralistiche che non ai reali bisogni di salute.

La domanda che desideriamo porre è la seguente : c'è un cittadino che pensi che tutto ciò non sia una cosa scandalosa e che, in conseguenza, meriti una strutturale correzione?

Non diamo una risposta perché riteniamo sia scontata.

LA POLITICA DEVE DUNQUE TROVARE, PER UNA VOLTA ALMENO, **IL CORAGGIO DI ELEVARSI**, ABBANDONANDO LA MIOPE VISIONE CHE HA GENERATO SEMPRE SCELTE DI BREVE PERIODO PERCHÉ SUBORDINATE AL MANTENIMENTO O AL PERSEGUIMENTO DI UN CONSENSO IMMEDIATO ED EFFIMERO. E NON ALLA SOLUZIONE DEI PROBLEMI LEGATI ALLA TUTELA DELLA SALUTE. CHE LA GENTE OGGI RECLAMA CON GRANDE FORZA!

Proposta:

- *Occorre assolutamente e rapidamente rivedere La Legislazione Concorrente Stato-Regioni, prevedendo una legge nazionale che avochi a sé tutta la riprogrammazione del SSN, lasciando alle Regioni la competenza per l'organizzazione e la gestione della cosiddetta Medicina del Territorio, pur se nel rigoroso rispetto di principi generali uguali per tutte le regioni che la legge nazionale dovrà preveder.*
- *La medicina del Territorio, dovrà garantire tutte le prestazioni ambulatoriali, domiciliari, o in assistenza protetta al di fuori della rete ospedaliera e delle Case di cura private accreditate per i ricoveri. Affinché tutto ciò possa essere organizzato e fatto funzionare al meglio, è indispensabile poter disporre di una dettagliata conoscenza delle peculiarità orografiche, climatiche e di viabilità di ogni singolo territorio. Appare pertanto evidente che una "Regia Centralizzata" non sarebbe in grado di svolgere al meglio tale programmazione.*
- ***I Distretti Sanitari di Base (DSB), pur appartenendo alla rete dell'assistenza Territoriale, dovranno essere sottratti alla legislazione regionale, e mantenuti all'interno della legge Nazioanle.** Ciò per la loro omogeneità in termini di complessità tecnico-assistenziale ed organizzativa, e per la omogeneità di rapporto con il numero di abitanti (come descriveremo dettagliatamente nel Cap. Secondo).*

Paragrafo 3 : Aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), adeguandoli agli attuali bisogni di salute.

Motivazioni

Crediamo che appaia a tutti evidente come, con il passare degli anni, i bisogni di salute, cioè i LEA, si siano sensibilmente modificati. Ciò perché la durata della vita si è allungata con conseguente incremento della popolazione anziana. E tale popolazione ha ridotto il ricorso all'assistenza con ricovero ospedaliero o Case di cura accreditate, mentre ha fortemente incrementato le richieste di prestazioni per malattie croniche, a bassa intensità clinica, alle prestazioni per i disabili oltre che all'assistenza domiciliare integrata (ADI). La prevenzione ha consentito di ridurre sensibilmente l'insorgenza di patologie gravi, come il diabete, il tumore della prostata o del seno nelle donne, delle malattie aterosclerotiche, incluso l'infarto del miocardio e dell'ictus cerebrale, che possono portare a morte o dare invalidità permanenti. Le nascite sono diminuite e quindi si è ridotta la necessità di disporre di molti posti letto di pediatria o di ginecologia. E si potrebbe continuare a lungo. Se la prevenzione verrà incrementata, la sua benefica incidenza sulla riduzione delle malattie più gravi e costose sarà di certo incrementata e di ciò bisognerà tener conto. Tali cambiamenti debbono quindi portare a considerare come impiegare più efficacemente le risorse economiche disponibili spostandole dagli ospedali e Case di cura accreditate verso il Territorio. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), potrà fornire utili dati sull'**Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR)**.

Proposta:

- *Attivare e rendere operative in tutte le Regioni le strutture che hanno il compito di raccogliere ed elaborare dati al fine di poter conoscere lo stato attuale della salute della popolazione (Osservatori Epidemiologici Regionali-OER), e lo stato di efficienza dei sistemi e servizi erogatori di prestazioni sanitarie (Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali-ASSR) che le attuali leggi già prevedono.*
- *Rielaborare ed aggiornare l'elenco delle prestazioni sanitarie che lo Stato si impegna a garantire a tutti gratuitamente mediante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in base alle modificate richieste di salute che con il passar del tempo sono avvenute. (Vedi Motivazioni al Paragrafo 3).*

Paragrafo 4: Rimodulare la ripartizione delle risorse economiche che lo Stato destina al Sistema sanitario Nazionale (SSN)

Motivazioni

Il Report Istat del 2016 ci dice che la spesa sanitaria corrente è stata di 149 miliardi e mezzo di euro e ha inciso sul Pil nella misura dell'8,9%, ed è sostenuta per il 75% dal settore pubblico e per la restante parte dal settore privato. La prima componente di spesa, secondo l'Istat, è da imputare all'assistenza per cura e riabilitazione che incide per oltre 82 miliardi sul totale e grava sul Pil per il 5%. La seconda è quella per i prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici per un importo di 31 miliardi pari ad una quota del 21% del totale. Gli ospedali sono i principali erogatori di assistenza nel sistema sanitario italiano e incidono per il 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente.

E' necessario dunque spostare risorse per ampliare la rete assistenziale **Territoriale** che soddisfa in maniera più utile ed economica, oltre che più efficace, i nuovi bisogni di salute di seguito elencati in raggruppamenti :

- 1. L'assistenza sanitaria di base
- 2. L'attività di emergenza sanitaria territoriale
- 3. L'assistenza farmaceutica

- 4. L'assistenza integrativa
- 5. L'assistenza specialistica ambulatoriale
- 6. L'assistenza protesica
- 7. L'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- 8. L'assistenza territoriale residenziale

Proposta

- ***Rendere operativa la ripartizione dei fondi per la spesa sanitaria come previsto dal PSN 2006-2008:*** il 51% all'assistenza territoriale, il 44% all'assistenza ospedaliera e il 5% alla prevenzione, rispetto alla precedente che prevedeva rispettivamente il 35%, il 63% e il 2%.

Paragrafo. 5: *Introdurre e pubblicare listini nazionali dei costi di tutti i presidi medico-chirurgici.*

Paragrafo. 6 : *Centralizzare a livello regionale o interregionale le gare per l'acquisto di presidi medico-chirurgici e di Servizi.*

Motivazioni

Oggi capita spessissimo che ogni Unità operativa, Servizio o Distretto di Medicina Territoriale, se non addirittura singoli medici delle ASL - grazie alla dichiarazione più o meno diffusa di "infungibilità", il più delle volte legata a giustificazioni in pratica inutili perché di scarsa o nulla utilità o applicabilità clinica - chiedano l'acquisto di *devices* medico-chirurgici attraverso gare singole che comportano notevoli aumenti dei costi, come è facilmente intuibile. E' anche diffusa la procedura di esternalizzazione dei Servizi, spesso con costi di gran lunga più elevati. Tale sistema, finora tollerato in molte aree d'Italia va assolutamente abbandonato e sostituito.

Proposta:

- ***Prevedere gare di tipo regionale o interregionali per l'acquisto di devices medico chirurgici con previsione di eventuali depositi dai quali ciascuna Asl potrà, di volta in volta, consentire alle singole Unità operative o Servizi , o Distretti Territoriali di rifornirsi.***
- ***Ridurre l'esternalizzazione dei Servizi, limitandola solo a casi giustificabili sul piano dell'efficienza e dell'economicità, fermo restando l'obbligo di prevedere rigide sanzioni in caso di falsità.***

Paragrafo: 7: *Predisporre un sistema di controllo innovativo sugli atti deliberativi delle ASL*

Motivazioni

Oggi giorno i Direttori Generali delle ASL decidono tutto ciò che vogliono in piena e totale autonomia essendo stati aboliti tutti i sistemi di controllo a partire dai Co.Re.Co. (Comitati di

Controllo Regionali). Da tale spaventosa autonomia deriva il loro eccessivo e pericoloso potere decisionale, e la non infrequente collusione con la politica. A tal riguardo condividiamo ciò che propone a riguardo Giuseppe Remuzzi, nel suo saggio.

<<... per limitare il potere del Direttore Generale (che oggi molti giudicano eccessivo) non c'è bisogno di tornare al Consiglio d'Amministrazione, basta valorizzare il Collegio di Direzione (che c'è già per legge) e la Direzione Sanitaria. Vuol dire, per il Direttore Generale , progettare le attività e verificare i risultati insieme al Direttore Sanitario, ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di Unità Operativa, e cioè a chi in definitiva ha la responsabilità della cura degli ammalati>>. “La salute (non) è in vendita” pag 7 :Editori LATERZA 2018:

Paragrafo. 8 : Limitare le prestazioni di riabilitazione e fisioterapia.

Motivazioni

Il D.L.502 del 30 dicembre 1992 e (SSMI) ha previsto la gratuità dell'assistenza sanitaria per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Cioè a dire per quelle prestazioni e attività **che lo Stato ha ritenuto così importanti da non poter essere negate ai cittadini. Decisione certamente condivisibile, almeno per quanto agli obiettivi.** Purtroppo nel momento in cui il legislatore ha trasferito alle Regioni i poteri legislativi ed amministrativi in materia di Sanità, non ha provveduto con una normativa chiara e inequivocabile alla regolamentazione di alcuni principi “essenziali” che riguardavano le prestazioni di RIABILITAZIONE. Cosa che sarebbe stata, più che opportuna, necessaria. Si è infatti avvertito nella materia un vuoto di un riferimento normativo statale che subordinasse il riconoscimento delle cure riabilitative alla loro comprovata efficacia, grazie a criteri di valutazione scientificamente validati, ed al rispetto dei tempi e dei modi di presa in carico dei malati in coerenza con le singole patologie da trattare. Si è lasciato, in pratica che si creassero i presupposti perché accadesse ciò che poi è accaduto. E cioè che ogni erogatore di prestazioni di riabilitazione ritenesse, in tantissime e diverse realtà, specie nel centro e sud dell'Italia, di poter organizzarsi e poi operare in base a criteri e **modalità ispirati a principi totalmente o prevalentemente autoreferenziali.**

Proposta:

- ***Nomina da parte del Consiglio Superiore di Sanità di tre professori universitari, rispettivamente esperti in ortopedia, cardiologia e reumatologia perché, con maggior probabilità rispetto ad altri professionisti di degli stessi settori, potranno garantire di non essere in qualche modo coinvolti o interessati alla gestione delle terapie riabilitative e fisioterapiche. A loro verrà demandato il compito di redigere un protocollo universale nel quale vengano elencate tutte le patologie che, non più in base all' autoreferenzialità, ma in base ad evidenze scientificamente comprovate, possono trarre reali e consistenti benefici dalla terapia riabilitativa, al punto da poterle dichiarare a carico del SSN. Il protocollo dovrà altresì illustrare per ogni singola patologia ammessa, la tipologia, la modalità di accesso e la modalità di applicazione delle cure che dovranno essere uniformi sull'intero territorio nazionale. Il recupero di risorse economiche sarà molto consistente.***

Paragrafo 9 : Riconsiderare i rimborsi a DRG.

Motivazioni

L'introduzione in Italia del sistema di remunerazione a D.R.G. (costo medio omnicomprendivo di ogni singola prestazione) venne fatta copiando quella degli USA, con la differenza che la decodificazione, in Italia, avveniva su 4 cifre e non su 5 come negli USA, con conseguenti rilevanti distorsioni fin dalla partenza. La sua ratio poggiava sulla volontà di fornire alle amministrazioni un' adeguata conoscenza anticipata dei dati necessari per formulare il bilancio annuale.

Alla fine però accadde, da bravi italiani, che i privati accreditati cominciarono a ridurre la durata dei ricoveri incrementando il loro numero, soprattutto di quelli a più alta remunerazione.

G. Remuzzi nel suo saggio <la Salute (non) è in vendita> Editori Laterza, 2018 p.79, alla luce anche di altre citazioni bibliografiche, afferma: <<... l'ansia di ricorrere ai DRG remunerativi porta certe volte a diagnosi di dimissione poco verosimili, quando addirittura non se ne fanno di false per avere DRG più alti>>. Ed ancora, citando una recente inchiesta di Milena Gabanelli, pubblicata sul Corriere della Sera il 12 febbraio 2018, ci dice che <<...l'intervento di artrodesi vertebrale, consistente in una saldatura delle vertebre con viti e placche, alla quale si dovrebbe ricorrere in casi molto particolari, nel nostro Paese esso risulta in costante aumento. Nel 2016 è stato eseguito 29.000 volte e più della metà in cliniche private convenzionate nelle quali il numero aumenta del 10% ogni anno. In Emilia Romagna il numero degli interventi è passato da 2.147 del 2009 a 4.030 del 2015. Mentre il numero degli stessi interventi eseguiti nelle strutture pubbliche è rimasto più o meno costante...>>; << ...il rimborso del DRG arriva fino a 19.000 euro>>.

Pur ritenendo che si debba abbandonare l'ideologica posizione di scelta tra pubblico- privato, pensiamo che sia comunque indispensabile rivedere il sistema degli accreditamenti in maniera tale che essi rispettino al massimo i criteri di trasparenza, di massima efficacia e sostenibilità, secondo quelle che erano le intenzioni della legge istitutiva.

Nel 2017 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di **1.000 istituti di cura, di cui il 51,80% pubblici ed il rimanente 48,20% privati accreditati** (Web. Editing Cristina Giordani). Le case di cura accreditate effettuano i ricoveri quasi sempre in assenza di pronto soccorso e servizi accessori. Le Case di cura hanno, nei fatti, prevalente o esclusiva competenza sui ricoveri che definiremmo "programmati". Cioè ricoveri a bassa o bassissima intensità clinica, con pazienti in attesa di essere chiamati. Il ricovero viene pertanto utilizzato molto spesso o quasi sempre, non per fronteggiare una oggettiva necessità clinica legata ad un bisogno di salute importante, quanto piuttosto per eseguire, con maggior comodità per il cliente, una serie di accertamenti chiarificatori per la formulazione di una diagnosi.

Cosa diversa sono gli ospedali privati accreditati, come ad esempio il San Raffaele di Milano che, al contrario, rappresentano, nella stragrande maggioranza, vere eccellenze di cui l'Italia non può privarsi.

Le Case di cura accreditate, con la strutturazione che oggi hanno, e le prestazioni che esse erogano, potrebbero quindi essere sostituite, in una percentuale elevata di casi, da attività ambulatoriali extraospedaliere, quali quelle assegnate già dalle leggi in vigore ai Distretti Sanitari Territoriali, che sono però numericamente insufficienti e fortemente carenti nei dispositivi tecnico-diagnostici sull'intero territorio nazionale.

Con la riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, assolutamente non rinviabile e di cui si parlerà al Capitolo secondo, moltissimi malati che oggi sono in attesa di essere chiamati per il ricovero in case di cura accreditate, troverebbero risposte adeguate ed immediate sul territorio con sensibile risparmio di risorse economiche. Si creerebbe, in altre parole, un ciclo virtuoso che consentirebbe di abolire un gran numero di DRG e, nel contempo, di rendere più efficiente e rapida la risposta ai bisogni di salute.

Proposta:

- ***Concedere l'accreditamento, cioè l'autorizzare a fornire prestazioni di ricovero per conto del SSN, in base all'accertamento preliminare di nuove condizioni, come di seguito elencate:***

- a. *Ricognizione preliminare della tipologia, del numero e distribuzione territoriale delle singole prestazioni da erogare nelle diverse branche specialistiche, utilizzando i dati forniti dagli OER e ASSR (Vedi paragrafo 2)*
- b. *Legiferare affinché le strutture private, una volta accreditate, si dotino di tutti i Servizi complementari che oggi vengono invece caricati solo sulle strutture pubbliche: accettazione in urgenza-emergenza, pronto soccorso, centro trasfusionale, reparto per osservazione ecc...*
- c. *Verificare mediante personale esperto e specificamente a ciò preposto, la veridicità dei DRG, specie nella case di cura;*
- d. *Prevedere severe sanzioni economiche ed anche penali in caso di diagnosi non veritiere ma finalizzate a realizzare DRG di più alto costo.*
- e. *Verificare l'appropriatezza dei ricoveri, affinché non si utilizzino posti letto accreditati per una certa branca per finalità differenti.*
- f. *Evitare al massimo di accreditare, per una stessa disciplina più strutture. Ciò consentirà di ridurre al minimo indispensabile la concorrenza che genera, per sua natura aumento di richieste spesso inutili e, nel contempo, aumento della spesa.*

Paragrafo 10 : Riorganizzare gli Ospedali

Motivazioni

Esistono ancora oggi molte regioni in cui operano ospedali che non sono più in grado di offrire prestazioni sicure e supportate da apparecchiature moderne e sofisticate. Sono per la gran parte ubicati in piccoli paesi, dove una volta potevano avere un senso, giacché l'organizzazione verteva sostanzialmente su due pilastri: la medicina generale e la chirurgia generale con annessi i Servizi di analisi cliniche e di radiologia "semplice". I cosiddetti Piccoli Ospedali.

In contrapposizione a questa situazione esistono Unità Operative Complesse (che stanno in pratica ad indicare con nome moderno quelli che una volta erano chiamati Reparti ospedalieri) di altissima specializzazione, come ad esempio la neurochirurgia, la cardiocirurgia ecc... che hanno ormai una richiesta fortemente diminuita in termini di prestazioni, tanto da essere diventati, in termini economici, una vera "palla al piede". Per rendere ciò comprensibile riteniamo di fare un esempio pratico. Oggigiorno la quasi totalità delle malattie delle arterie del cuore, le coronarie, non vengono più inviate al cardiocirurgo per eseguire quelli che venivano detti "bypass" che richiedevano l'anestesia extracorporea, ore di sala operatoria e poi tantissime giornate di degenza e riabilitazione. Oggi, come è certo noto a tutti, quelle malattie vengono risolte dal cardiologo , che per questo viene detto "interventista" attraverso l'impiego di cateteri e dilatatori, con le cosiddette procedure di angioplastica e *stent*. In circa mezz' ora l'arteria viene dilatata, il malato resta sveglio e torna a letto per essere poi dimesso il giorno successivo o, al massimo dopo due giorni.

La stessa cosa sta succedendo per le malattie delle valvole cardiache grazie ad un ricorso esponenziale a sostituire le valvole non più da parte del cardiocirurgo ma dal cardiologo, e sempre con l'utilizzo di cateteri. Quanto ora detto non è da riferire solo alla disciplina cardiologica ma anche ad altre discipline specialistiche quali quelle destinate alla cura delle arterie periferiche, e, a volte perfino dell'aorta. Un' occlusione di un'arteria renale può beneficiare della sua riapertura mediante catetere da parte del radiologo interventista, evitando l'asportazione del rene. Ma possono giovare di tali tecniche anche alcune malattie del cervello. Tutto ciò per far comprendere come sia oggi assolutamente necessario procedere, nell'ambito di una riforma STRUTTURALE, ad una riclassificazione per competenze degli ospedali e Case di cura accreditate-

Si potrebbe pertanto prevedere una gerarchia intesa in due categorie di ospedali: di primo e di secondo livello.

Proposte:

- **Ospedali di Primo Livello** destinati a servire bacini di utenza compresi almeno tra 800.000- 1.000.000 di abitanti (quindi anche interregionali in alcuni casi) dotati di reparti di alta specialità: *Cardiochirurgia, anche pediatrica, neurochirurgia, chirurgia pediatrica, chirurgia toracica, chirurgia plastica , robotica , trapianti d'organo ecc... , con interconnessione funzionale tra le stesse in modo da poter fronteggiare anche situazioni che richiedono interventi pluriorgano e qualsiasi altra eventualità. Tali strutture dovranno necessariamente servire anche vaste aree territoriali e un'ampia popolazione. Naturalmente per la loro realizzazione occorrerà sopprimere alcune delle alte specializzazioni oggi esistenti, su alcuni territori, ma isolate e quindi a bassissimo tasso di utilizzo e ad altissimo costo gestionale. Il personale sanitario e quello tecnico, superando i campanilismi, dovranno accettare di essere dislocati nelle sedi dove dovranno sorgere le nuove Strutture di Primo Livello.*
- **Ospedali di Secondo Livello** destinati a servire bacini di utenza compresi tra 250.000 e 350.000 abitanti, dotati di tutte le branche specialistiche intermedie: *medicina, malattie infettive, urologia, nefrologia, cardiologia, UTIC e cardiologia interventistica, chirurgia, anestesiologia con letti di osservazione e rianimazione, pediatria, ostetricia e ginecologia, chirurgia vascolare, dermatologia, oculistica, stroke-unit, ecc...*
Tali Ospedali dovranno essere dotati, al loro interno o in aera vicina, di una base di atterraggio per elicotteri onde rendere possibile l'elisoccorso e l'interconnessione rapida, in caso di necessità con gli ospedali di Primo Livello.
- **Prevedere la strutturazione interna degli ospedali in:**
 - *Unità operative Semplici: dotati di un numero di posti letto fino a 10;*
 - *Unità operative Complesse: dotate di multipli di 10 posti letto*
 - *Servizi : preposti alle attività di diagnostica chimica, citologica, strumentale in genere*
 - *Dipartimenti : accorpamenti di più Unità Operative o Servizi.*

Paragrafo 11: Modificare le modalità di attribuzione dei Moduli ai Dirigenti Ospedalieri

Motivazioni

All'interno di ciascuna unità operativa o Servizio i medici hanno l'appellativo di DIRIGENTI. Quello che una volta veniva chiamato Primario oggi è detto Dirigente di 2° livello ed ha anche l'appellativo di Direttore (dell'Unità operativa semplice o complessa, o del Servizio), mentre tutti gli altri sono Dirigenti di 1° livello, detti più semplicemente: "Dirigente". La normativa attuale prevede che a ciascun Dirigente venga assegnato un cosiddetto Modulo, sub unità di posti letto o ambulatori di diagnostica.

Questa microframmentazione ha fatto sì che in nome di un non meglio precisato concetto di "Democrazia" i medici siano diventati tutti parigrado, ossia DIRIGENTI, per dirigere molto spesso "IL NULLA". Tale sistema ha infatti ristretto e immiserito il campo di interesse di ciascuno, eliminando il dialogo e lo scambio di punti di vista su una possibile ampia platea di pazienti. così come avveniva quando i medici erano suddivisi in tre categorie: Primario, Aiuto e Assistente. Tutti, ogni giorno o più volte al giorno, dovevano partecipare al tanto deprecatto "CODAZZO", in verità "CENTRO" di dialogo e scambio di opinioni su larga scala, indispensabile per consentire la necessaria ed omogenea formazione del personale medico ed anche infermieristico. Cosa che oggi si è persa.

Proposta :

- *L'affidamento dei Moduli ai Dirigenti prevista per Legge richiede una nuova norma che possa superarla. Dovrà essere compito del Direttore quello di assegnare il Modulo qualora ne ravveda l'opportunità in termini di maggior efficienza e/o economicità. Ma ciò solo e dopo che sia stato possibile individuare il Dirigente che abbia acquisito le necessarie e specifiche competenze, seguendo il criterio meritocratico (e non più quello politico). Tuttavia al Direttore verrà ovviamente mantenuta la possibilità di intervenire e correggere qualora lo ritenesse. La proposta dovrà essere vagliata e poi approvata ed autorizzata da parte della Direzione Sanitaria del presidio ospedaliero e della ASL di appartenenza.*

Paragrafo 12: Abolizione dell'intramoenia

Motivazioni

L'attività intramoenia concessa ai medici che operano negli ospedali pubblici ha comportato l'esplosione delle FILE DI ATTESA per quei cittadini che, non avendo le adeguate risorse economiche per pagare le visite private intramoenia, devono attendere settimane, mesi, ma anche anni, per ottenere le prestazioni di cui necessitano, anche in urgenza, attraverso i CUP.

Poniamo la domanda :<< E' o non è una cosa scandalosa?>>.

Non ci permettiamo neppure di dare una risposta in quanto la consideriamo scontata.

Allora cosa fare? Questa è l'altra domanda alla quale, invece bisogna dare una risposta.

Proposte:

- *Abolire l'attività intramoenia;*
- *Prevedere un adeguato incremento stipendiale per il personale sanitario degli ospedali tenendo conto del fatto che tale personale deve rispondere a bisogni essenziali e prioritari della popolazione. E ciò deve farlo in maniera continuativa, di giorno e di notte, dando sempre il meglio ed il massimo delle loro capacità. E' difficile pensare che vi siano altre categorie che abbiano in partenza obblighi tanto gravosi. La scelta di lavorare in ospedale non è un obbligo. Noi pensiamo che sia "un onore", ma chi fosse di parere differente potrà decidere di lavorare fuori dell'ospedale ed essere così più libero di svolgere attività privata.*

I nuovi livelli remunerativi verranno stabiliti attraverso una contrattazione tra tutte le parti coinvolte. Tale operazione consentirà, in particolare, ai medici degli ospedali di avere il compito unico di garantire l'efficienza massima dei singoli reparti a loro affidati, curando anche la parte dell'accoglienza e quella alberghiera, oggi molto deludenti.

In questo modo sarà consentito anche agli ospedali pubblici di avviare un ciclo virtuoso. Infatti gli ospedali dovendosi dedicare solo alle urgenze ed emergenze ed alle patologie di alta complessità clinica, verrebbero sgravati delle incombenze inappropriate. I benefici sarebbero molteplici:

- *Il personale, medico e infermieristico, potrebbe dedicare l'intero tempo all'assistenza dei malati ricoverati e quindi divenire adeguato numericamente alle nuove incombenze.*
- *Le apparecchiature, destinate alla sola assistenza dei ricoverati, tornerebbero ad un utilizzo appropriato che comporterebbe uno sgravio rimarchevole sui costi di ammortamento.*

- *I tempi di degenza, a seguito dei miglioramenti di efficienza, diverrebbero in media più brevi e ciò ridurrebbe ulteriormente i costi di gestione e la necessità di avere posti letto accreditati nelle Case di cura private.*
- *L'attività assistenziale, travasata sui Distretti Sanitari renderebbe rapido l'accesso dei pazienti alle cure e, conseguentemente, eliminerebbe l'attuale intollerabile lungaggine delle liste d'attesa, ma, soprattutto, consentirebbe la eliminazione o la sensibile riduzione della spesa sanitaria oggi caricata sui cittadini mediante i TICKET, SuperTICKET ECC... (L'argomento verrà sviluppato e dettagliatamente illustrato nel Capitolo Secondo).*

Paragrafo 13: Ripristinare la centralità del medico ed il rapporto fiduciario medico-paziente

Proposte:

- *Riaffidare la formazione postlaurea dei Medici di Medicina Generale agli Ospedali di primo e secondo livello, mediante un tirocinio pratico ospedaliero di due anni almeno. Oggi la stragrande maggioranza delle università non riesce a fare formazione pratica per carenza di posti letto. La formazione dei Medici di Medicina Generale da quando le Università si sono riappropriate di tale diritto, continua ad essere di natura teorico-nozionistica, con tutti i danni conseguenti.*
- *Consentire agli ospedali di primo e secondo livello di condividere al 50% con le Università la formazione pratica dei medici specializzandi, dopo il terzo anno.*
- *Creare la figura del "Docente ospedaliero" da attribuire ai Direttori delle Unità Operative Semplici o Complesse e dei Servizi.*
- *Possibilità di introdurre negli ospedali che fanno didattica, la figura del "Tutor". Tale figura dovrebbe essere rappresentata dai vecchi Primari o Direttori andati in pensione qualora accettassero, cosa estremamente probabile, di dedicare parte del loro tempo ed esperienza alla formazione gratuita delle giovani leve.*

Paragrafo 14: Restituire alla classe medica la Centralità all'informazione in materia di salute

Motivazioni

Ogni notizia che riguarda problemi inerenti alla gestione della salute della gente, o all'acquisto e utilizzo di sostanze che sullo stato di salute possono interferire, fa grande ascolto. I giornali, le televisioni riportano di continuo notizie su argomenti che riguardano problemi di salute. Spessissimo vediamo "personalità" mediche più o meno sconosciute" non si comprende bene con quale modalità prescelte, che spiegano, danno consigli, e più spesso certezze, su argomenti o patologie gravi o complesse sulle quali il "vero mondo scientifico" continua a riferire dubbi e incertezze. Questo sconcertante modo di trattare i problemi di medicina ha comportato, finora, solo il proliferare di una pseudo cultura medica frammentata, distorta, confusa, spesso esattamente contraria alla verità scientifica che opportunamente può essere definita "LA MEDICINA FAI DA TE".

<<E' un argomento molto serio questo, che sta causando molti,troppi danni sia economici che biologici a milioni di persone.

Nessuno vuol negare che l'informazione tout court sia utile e anzi doverosa. E' certamente il seme della democrazia, perché attraverso la diversificazione dei modi e delle fonti con cui l'informazione si realizza e si diffonde viene offerta a chiunque l'opportunità di formarsi una propria opinione sui problemi che riguardano la convivenza tra gli uomini.

Essere informati vuol dire poter dare una propria interpretazione alle tante questioni che la vita ci pone. E che non sono rispondenti a una lettura o soluzione necessariamente univoca.

Al contrario l'informazione perde tutta la sua valenza, e la sua ratio diviene incomprensibile, quando si pone il fine di fornire conoscenze soggettivamente interpretabili, e quindi opinabili, su concetti che hanno e debbono avere un'unica ed univoca interpretazione, come è il caso delle tematiche che attengono ai problemi di medicina intesa come scienza e non come etica. L'informazione medica, in tal caso, perde dunque il suo valore nel momento stesso in cui diviene soggettivamente interpretabile. L'informazione, a quel punto, si trasforma in DISINFORMAZIONE. A cosa serve tutto ciò?>>. (Da "Sanità malata" Erminio D'Annunzio-Castelvecchi editore. Roma 2010).

Tutti abbiamo ascoltato tante e tante volte ancora la pubblicità televisiva su farmaci, rivolta ad un pubblico immenso, al quale ci si raccomandava in fine di leggere attentamente il foglietto illustrativo prima dell'uso: Ma è possibile che questo accada in una nazione civile?

Proposte:

- ***Legiferare in modo da abolire l'informazione in materia di salute con qualunque mezzo essa sia possibile. Principalmente giornali e televisione, con introduzione di pene severe per chi non rispettasse le regole;***
- ***Istituire apposite Commissioni, nazionali, regionali e provinciali, costituite da medici di riconosciuta competenza nelle varie branche, preposte a vigilare sul rispetto delle regole e, nel contempo, a valutare l'opportunità o meno di consentire deroghe, purchè siano sempre rispettose di scientificità, utilità e anonimato.***
La deroga, ad esempio, potrebbe essere concessa nel caso in cui l'informazione riguardasse Potrebbe essere, ad esempio, il caso in cui la richiesta venisse avanzata al fine di diffondere le modalità di accesso alla PREVENZIONE.

Paragrafo 15: Creare una controinformazione scientifica dei medici sui farmaci.

Motivazioni

L'aggiornamento dei medici sui farmaci vecchi e nuovi viene fatta dai cosiddetti "informatori scientifici" che sono, in parole povere, dipendenti delle varie ditte che producono o vendono farmaci. Senza voler fare alcuna allusione alla buona fede delle ditte o a quella degli informatori, non c'è da stupirsi certamente se, alla fine, questa modalità persegua, di fatto, l'obiettivo di promuovere la massima prescrizione e quindi la massima vendita dei farmaci della ditta alla quale gli stessi informatori appartengono.

Proposta:

- ***Affidare agli assessorati regionali alla sanità l'obbligo di organizzare, grazie alla partecipazione di farmacologi ed altri esperti, corsi periodici che chiameremo di "Controinformazione" perché tesi a dare, sui farmaci, tutti i chiarimenti derivanti dalle conoscenze scientifiche comprovate.***

Paragrafo 16: *Intervenire sulle confezioni dei farmaci.*

Motivazioni

Molti farmaci sono confezionati in maniera da non corrispondere alla quantità di compresse o fiale necessarie per un ciclo terapeutico che lo stesso bugiardino spesso indica in numero di giorni. Ciò comporta l'acquisto di una nuova confezione per permettere di completare il ciclo terapeutico. Ma di quella confezione rimarrà una certa quantità di farmaco che non verrà utilizzata. Con conseguente sperpero di denaro.

Proposta:

- *Legiferare nei limiti in cui ciò sia possibile affinché le aziende produttrici di farmaci prevedano confezioni di compresse o fiale tali da essere sufficienti a coprire l'intero ciclo terapeutico previsto.*

Capitolo SECONDO :

**LA MEDICINA DEL TERRITORIO:
ORGANIZZAZIONE E VANTAGGI ECONOMICO-FUNZIONALI**

A) PREMESSA:

1. La spesa sanitaria oggi :

Il cardine di un sistema assistenziale basato sul ricovero in ospedale come soluzione di tutti i problemi, ha caratterizzato e ancora oggi caratterizza l'ossatura del Servizio Sanitario Nazionale , ma non può più essere tollerato. Deve infatti essere privilegiata la medicina del Territorio per una serie di motivazioni già ampiamente illustrate: (Vedi Capitolo primo- paragrafo 3- in Motivazioni).

Per rendere operativo il progetto è necessario recuperare risorse attraverso una *spending.review* allargata a vari settori.

Già il **Piano Sanitario Nazionale (PSN) del 2006-2008 indicava quali nuovi parametri tendenziali di ripartizione della spesa complessiva: il 51% all'assistenza territoriale, il 44% all'assistenza ospedaliera e il 5% alla prevenzione**, rispetto alla precedente ripartizione che prevedeva rispettivamente il 35%, il 63% e il 2%.

Il **PSN 2006-2008** prevedeva anche il rafforzamento e l'integrazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Famiglia (PDF) nel sistema promuovendo lo sviluppo delle forme di aggregazione innovative della medicina generale, quali le *équipe* territoriali e i nuclei o unità di cure primarie. Il Piano sottolineava la necessità di completare l'offerta dei servizi nel raccordo ospedale-territorio e lo sviluppo, là dove se ne fosse ravveduta l'opportunità, dell'ospedale di comunità.

Il **3° Rapporto GIMBE del 2017**, sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, dichiara che sul consuntivo di spesa sanitaria pubblica pari a 113,599 MD di euro, **gli sprechi e le inefficienze vengono valutati in 21,59 MD di euro con un margine di variabilità (±20%)**.

I dati ISTAT del 2016, e quindi molto recenti, indicano, su 146,5 MD di spesa corrente, 82 MD destinati a ospedali e riabilitazione con percentuali rispettive del 45,5% e 9,3% ed una spesa farmaceutica complessiva, inclusiva anche di alcuni modelli di apparecchiature, di 31 MD di euro, pari al 20,7% della spesa complessiva.

2. Compiti assegnati all'assistenza Territoriale :

- 1. L'assistenza sanitaria di base
- 2. L'attività di emergenza sanitaria territoriale
- 3. L'assistenza farmaceutica
- 4. L'assistenza integrativa
- 5. L'assistenza specialistica ambulatoriale
- 6. L'assistenza protesica
- 7. L'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- 8. L'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.

B) PROPOSTE

Paragrafo 1: Modalità istitutiva e strutturale dei Distretti Sanitari di Base (DSB) per 50.000 abitanti

- **Per ogni bacino di utenza di 50.000 abitanti, verrà allestito un Distretto Sanitario di Base (DSB), per un totale di 1,200 DSB sull'intero territorio nazionale.** Tutti dovranno possedere requisiti minimi, perfettamente uguali ed omogenei sull'intero territorio

nazionale, così come di seguito verrà meglio specificato. Tale struttura avrà un'alta complessità assistenziale, con attività continuativa di h24 sul territorio, in modo tale da garantire risposte efficaci, immediate, ed a costi molto più contenuti rispetto a quelli delle strutture ospedaliere. Ogni distretto avrà al vertice sanitario il Direttore di Distretto, assunto mediante concorso pubblico per titoli ed esami, che provvederà a stabilire stretti rapporti di interconnessione con tutte le altre strutture assistenziali territoriali : dagli ospedali di terzo livello, alle Case della Salute (ove queste ci siano), alle RSA, alle Case Protette, agli ambulatori più periferici e all'ADI.

• **L'ORGANIZZAZIONE DEI DSB SARA' DI COMPETENZA DELLA LEGISLAZIONE NAZIONALE.**

- APPARECCHIATURE MEDICHE ED ARREDI
 - TAC
 - RX TRADIZIONALE
 - RMN
 - PET
 - SCINTIGRAFIA
 - ECOGRAFIA
 - ECG BASALE E DA SFORZO
 - GASTROENTEROSCOPIA
 - APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA ORL
 - APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA OCULARE
 - LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE E SALA PRELIEVI
 - AREA INFORMATICA INTERCONNESSA.
 - AREA AMBULATORI
 - AREA PER L'ATTESA
- ATTIVITA' CLINICA :
 - MEDICINA GENERALE
 - PEDIATRIA
 - VACCINAZIONI
 - OCULISTICA
 - ORL
 - GERIATRIA
 - GINECOLOGIA
 - DERMATOLOGIA
 - ENDOCRINOLOGIA
 - CARDIOLOGIA
 - CHIRURGIA
 - UROLOGIA
 - NEFROLOGIA
 - PNEUMOLOGIA
 - GASTROENTEROLOGIA
 - ORTOPEDIA
 - NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
- PERSONALE SDANITARIO MEDICO
 - MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI FAMIGLIA E SPECIALISTI CONVENZIONATI ESTERNI, CHE LAVORERANNO IN EQUIPE PRESSO I VARI DSB, O IN AMBULATORI TERRITORIALI, QUALI SEDI PIU' PERIFERICHE DELLA RETE DISTRETTUALE.
 - MEDICI SPECIALIZZANDI, DOPO IL TERZO ANNO, IN CONDIVISIONE CON LE UNIVERSITA' E GLI OSPEDALI DI PRIMO E SECONDO LIVELLO DI RIFERIMENTO; (Paragrafo 14, punto secondo del Capitolo Primo).MEDICI OSPEDALIERI, DELLE VARIE BRANCHE SPECIALISTICHE, QUANDO CHIAMATI IN CONSULENZA DAI SANITARI DEI DISTRETTI
- SUPERFICIE MINIMA PREVISTA M2 2.500 COSI' RIPARTITI:

▪ STUDI MEDICI E AMBULATORI	800 m2
▪ RADIOLOGIA	800 m2
▪ LABORATORIO DI ANALISI	450 m2
▪ SALA D' ATTESA	250 m2
▪ ARCHIVIO	200 m2

Paragrafo 2: Le altre strutture del Territorio: Piccoli Ospedali, Case della Salute, Residenze Sanitarie Assistite (RSA), Case Protette, Dipartimenti di igiene Mentale, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

- I DSB sono gravati dal limite di non essere in grado di avvicinare le prestazioni ai bisogni. Per questa ragione sono state previste già dalle normative vigenti la istituzione di altre tipologie di strutture molto meno complesse, molto meno bisognevoli di dotazioni tecnico-diagnostiche ad alto costo, ed anche di personale medico. Tali strutture sono in grado di essere dislocate nelle

aree più periferiche e quindi garantire il complesso integrato di interventi, procedure e attività socio-sanitarie a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Esse sono:

- I cosiddetti Piccoli ospedali (Vedi Cap. 1° parag. 10, in proposte: Punto 3) alcuni dei quali già chiusi ed altri ancora operativi, pur se a livelli bassissimi, a volte forse anche pericolosi, cesseranno di svolgere attività ospedaliera e verranno adibiti alla integrazione delle tante strutture necessarie sul territorio. Potranno così essere utilizzati, in base alle necessità come Case della Salute, come RSA, come Case Protette o Distretti di Igiene Mentale, ma anche in maniera mista, attesa le dimensioni che restano pur sempre notevoli. In aggiunta, ove se ne ravvedesse la opportunità, potrebbero accogliere gli ambulatori medici distaccati dai vari distretti.
- Le Case della Salute che dovrebbero erogare prestazioni di competenza differenziata ma di livello meno complesso a quello dei DSB. Tali strutture alle quali peraltro il paziente deve recarsi possono assumere una ragionevole giustificazione in quelle regioni nelle quali, per la conformazione orografica, o per una inadeguata viabilità, l'accesso ai DSB può essere seriamente compromessa, specie in alcuni mesi dell'anno. In assenza di tali presupposti noi non ne vedremmo la reale utilità
- Le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Case Protette, che si diversificano per il livello assistenziale che è modesto rispetto alle Case della Salute, ed ancor più nelle seconde rispetto alle prime (RSA). La loro dotazione in posti letto potrebbe essere complessivamente di 1 ogni 100 anziani ultrasessantacinquenni (Vedi Piano sanitario Calabria).
- I Dipartimenti per la salute mentale (DSM) destinati alla cura, all'assistenza ed alla tutela della salute mentale, sia in strutture idonee al ricovero, che in strutture ambulatoriali.
- La dislocazione di tutte le strutture territoriali elencate in questo paragrafo potrà fruire, oltre che delle aree dei Piccoli ospedali come sopra detto, anche delle aree rimaste vuote nelle case di cura private. dopo la riduzione della rete ospedaliera, se saranno disposte ad una nuova tipologia di accreditamento. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e il Sistema Informativo per il Monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR) consentiranno di razionalizzare, integrare ed orientare al meglio le risorse impiegate nell'offerta Sanitaria Nazionale sul Territorio.
- Per quanto attiene all'Assistenza Domiciliare Integrata, (ADI), ossia a domicilio dei pazienti, si provvederà alla loro determinazione attraverso la interconnessione dei sistemi informatizzati delle diverse strutture delle ASL.
- **L'ORGANIZZAZIONE DI QUESTE STRUTTURE TERRITORIALI RIMARRA' DI COMPETENZA DELLE REGIONI. (Vedi Capitolo Primo- Paragrafo 2).**

Paragrafo 3 ; Attività di emergenza sanitaria territoriale

- Riteniamo che vada rivisto il Decreto Ministeriale n.70/2015 al fine di prevedere bacini più ristretti specie nelle aree dove la viabilità è difficoltosa e dove esistono piccoli paesi montuosi.
- COMUNQUE sarà necessario il potenziamento della rete di Elisoccorso che dovrà assolutamente essere attivo non solo nelle ore diurne, ma ancor più nelle ore notturne, atteso il fatto che ogni ospedale di primo e secondo livello dovranno dotarsi in sede o in area vicina di un

‘area idonea a consentire l’atterraggio di un elicottero (Vedi Capitolo Primo- Paragrafo 10: punto secondo).

Paragrafo 4: Assistenza farmaceutica

- Per quanto attiene all’assistenza farmaceutica prendiamo atto che oggi giorno le Farmacie si sono trasformati in lussuosi centri di “bellezza”, di prelievi per esami ematochimici ecc... Non comprendiamo quindi perché non si consenta alle Parafarmacie di poter vendere farmaci con la ricetta rossa. Ampliare la platea si stimolerebbe la concorrenza e la riduzione dei costi.

Paragrafo 5 : Personale sanitario e tecnico

Il personale sanitario sarà costituito dai medici di medicina Generale (MMG), dai pediatri di Famiglia (PDF) a cui aggiungere i Medici Specialisti Esterni Convenzionati ed, eventualmente, i Medici Specializzandi, dopo il terzo anno e previo accordi con le strutture cui è demandata la loro formazione professionale: Università e Ospedali di primo e secondo livello. (Vedi Capitolo Primo Paragrafo 10). Il personale Medico verrà destinato a svolgere l’attività presso un DSB. Le ASL provvederanno ad assegnare a ciascun DSB un ugual numero di medici, con competenze differenziate, in modo omogeneo sull’intero territorio nazionale

Il personale infermieristico, che diventerebbe centrale nella erogazione di prestazioni all’interno di quelle strutture che prevedono modeste cure sanitarie, o nell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) , ed il personale tecnico sarà costituito dagli eventuali esuberanti che si creeranno negli ospedali e case di cura accreditate a seguito del grande travaso dell’assistenza dalle strutture di ricovero a quelle territoriali. o da nuove assunzioni mediante pubblici concorsi .

.C) BILANCIO ECONOMICO

Paragrafo 6 : Le spese:

- **Acquisto apparecchiature mediche e arredi per 1.200 DSB**

1. Apparecchiature mediche ed arredi x singolo DSB
4.000.000,00 ml euro
2. Apparecchiature mediche ed arredi x 1.200 DSB
4.800.000.000 ,00 MD euro.
3. Apparecchiature mediche ed arredi già esistenti 25% **per un importo a detrarre pari a 1,200 MD euro.**

TOTALE: 3.600.000.000,00 MD euro

- **Ristrutturazione, edificazione e/o acquisto**

In a base all’attuale costo di mercato, ricavato da aziende che operano nel settore risulta che il costo per opere di ristrutturazione è valutabile in euro 900,00 al m2, mentre il costo per edificare e/acquistare è valutabile in 1.600,00 euro al m2

- **Calcolo spese per opere murarie:**

1. 360 DSB, pari al 30% sono da ritenere utilizzabili ed hanno quindi un costo pari a 0,00 euro.
2. 420 DSB, pari al 35% sono da ristrutturare ed ognuno avrà un costo (900,00 euro/m2 x 2.500 m2) pari a 2.250.000,00 euro La spesa per 420 DSB sarà (2.250.000,00 x 420), par a 945.000.000,00 ml di euro
3. 420 DSB, pari al 35% sono da edificare e/o acquistare ed ognuno avrà un costo (1.600,00 euro/m2 x 2.500 m2) pari a 4.000.000,00 euro Pertanto la spesa per 420 DSB sarà paria :a (4.000.000,00 x 420).. 1.680.000.000,00 MD di euro.

TOTALE: 2.625.000.000,00 MD euro.

- **La Prevenzione**

L'attività di Prevenzione dal il 2% della spesa totale che le era assegnato con la precedente ripartizione passerà al 5%, con una disponibilità finanziaria che passerà da 2,92 MD a 7,5MD, con

INCREMENTO SPESA di 4,5 MD.

Anche in tale settore si attiverà, come già illustrato per gli ospedali e la sanità del Territorio, un Ciclo virtuoso, che permetterà di evitare l'insorgere di molte patologie gravi o ad ampia diffusione, o di prevenirne l'evoluzione. Sul lungo tempo tutto ciò ridurrà il ricorso alle cure sanitarie e ridurrà ulteriormente i costi della spesa sanitaria .

ENTITA' COMPLESSIVA DELLE SPESE MD 10,725

Paragrafo 7 : La Spending-review

- **La spesa ospedaliera**

La spesa ospedaliera passa dall'attuale 45,5% al 44%, con recupero 1,5 punti percentuali, pari a **2,1 MD. di euro.**

- **La spesa per la riabilitazione e fisioterapia**

La spesa per la riabilitazione e cure fisioterapiche passa dall'attuale 9,3% al 6,0%, con recupero di 3,3 punti percentuali, (verosimilmente incrementabile) pari a **8,8 MD euro**

- **Le altre spese**

L' introduzione di pubblici listini, la centralizzazione delle gare per l' acquisto di servizi e *devices* medico-chirurgici, la controinformazione dei medici sui farmaci e la revisione delle confezioni dei farmaci (vedi Capitolo primo- Paragrafi: 4,5,14 e 15) consentirebbero un ulteriore recupero tendenziale di 1,5 MD di euro.

ENTITA COMPLESSIVA DELLA SPENDING-REVIEW = 12,4 MD

RESIDUO DISPONIBILE

MD 1,675

DA NON TRASCURARE :

1) LA COSTRUZIONE E LA RISTRUTTURAZIONE = VOLANO NELL'EDILIZIA E NEL SUO INDOTTO, CHE SONO FERMI,

2) L'ADEGUAMENTO TECNOLOGICO = FORTE SPINTA RIPRESA ALL'INDUSTRIA CHE PRODUCE APPARECCHIATURE PER LA SANITA'.

3) L'INCREMENTO DELLA PREVENZIONE = GRANDE RISPARMIO PER IL FUTURO