

*Ai rappresentanti di Governo e ai partiti politici*

LORO SEDI

Roma, 21/05/2018 – SN/182

Oggetto: ELEMENTI URGENTI PER INTERVENTI DI GOVERNO NEL SETTORE SANITARIO

Illustrissimi,

In relazione al capitolo Sanità del “contratto di governo” Lega-M5S, CIMO individua i seguenti punti su cui esprime la validità e le possibili azioni di efficacia, invitando decisori politici e istituzioni del nuovo governo a tenerne conto con urgenza. In particolare:

1. **BENE** riaffermare il principio universalistico delle cure e, di conseguenza, i principi contenuti nella Legge 833/78 (equità, uniformità e accesso alle cure).

**MA** su uniformità e accesso alle cure occorre sciogliere il nodo regioni, vera causa delle disuguaglianze attuali. Essendo improbabile un intervento sul Titolo V della Costituzione e possibile un orientamento politico volto a dare maggiore attuazione alle autonomie regionali, in ambito sanitario occorre potenziare i Livelli Essenziali di Assistenza per renderli esigibili su tutto il territorio e rivedere l’attuale iniquo sistema di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

2. **CORRETTO** il principio del finanziamento basato sul sistema fiscale con riduzione al minimo dei ticket attraverso il recupero integrale di tutte le risorse economiche sottratte in questi anni dalla finanza pubblica.

**MA** il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale deve, preliminarmente, recuperare l’attuale rapporto tra spesa sanitaria e PIL, previsto al 6,4% dal Def contro una media del 7,1% a livello europeo e che, di fatto non garantisce la sostenibilità del nostro SSN. Sulla lotta agli sprechi, inefficienze e corruzione è solo un problema di “azioni finalmente incisive”. Non occorre dunque dichiararlo, occorre farlo.

3. **BENE** l’intervento incisivo sulla dirigenza sanitaria relativamente alle competenze ed alla meritocrazia non condizionata dalla politica, specie per i dirigenti di strutture complesse.

**MA** sia ben presente che competenze e meritocrazia si giocano esclusivamente sul campo professionale in termini di autonomia decisionale e di valutazione degli esiti. Dunque, l’attuale ingerenza della politica, attraverso i Direttori Generali, necessita di un’assoluta rivisitazione del ruolo di questi ultimi in termini di risposta ai bisogni di salute con netta separazione tra indirizzo politico e competenze professionali.

4. **BENE** il principio di integrazione tra medicina del territorio e servizi socio-sanitari con superamento del modello ospedale-centrico.

**MA** occorre standardizzare tutte le attività del territorio (dall’assistenza a domicilio, ai posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali, ecc.) per evitare dispersione di risorse a fronte di una mancata risposta in termini di offerta sanitaria che, a valle, si riflettono sull’assistenza ospedaliera.

Infatti, i 40 anni dalla Legge 833/78 e i 26 anni dall'aziendalizzazione con progressivo e massiccio spostamento di risorse pubbliche dagli ospedali alle strutture territoriali attraverso i LEA sono stati fallimentari. In questi anni gli ospedali hanno subito una forte cura dimagrante, hanno il più basso indice di posti letto per 1.000 abitanti in Europa, sono superaffollati, presentano lunghi tempi di attesa con difficoltà nelle dimissioni per carente accoglienza dei pazienti post acuti nel territorio. Di contro, le strutture territoriali hanno drenato risorse ma senza un effettivo controllo sulle loro attività.

5. **CORRETTO** l'obiettivo di ridurre tempi di attesa per i pazienti, e il principio di garantire l'assenza di squilibri tra le prestazioni istituzionali e quelle erogate in libera professione.

**MA** in una dinamica che vede i tempi di attesa quale reale espressione del rapporto tra offerta e domanda sanitaria gli attuali squilibri sono superabili solo attraverso una maggiore offerta sanitaria (l'attuale defianziamento del SSN ha ridotto i servizi sanitari) che è strettamente legata alla grave carenza di risorse umane, medici in particolare, al mancato rinnovo del parco tecnologico ed alla eccessiva burocratizzazione delle aziende. La soluzione è anche parzialmente legata alla implementazione di strutture a bassa intensità di cura ma soprattutto alla effettiva capacità di dimissione dei pazienti post acuti dalle strutture ospedaliere ed alla capacità di "filtro" territoriale finalizzata ad impedire i ricoveri inappropriati.

6. **GIUSTO** riconoscimento della necessità di assumere personale medico e sanitario.

**MA** occorre farlo davvero ed in fretta prima di assistere ad una desertificazione delle professionalità nelle strutture sanitarie. Le politiche di risparmio delle regioni hanno impedito l'assunzione dei medici al di là dei vari blocchi del turnover.

7. **CORRETTO** l'approccio al problema specializzandi.

**MA** con due priorità:

- a. Ridurre l'ingerenza del MIUR relativamente alla formazione sul campo che dovrà essere finalmente svolta all'interno delle aziende ospedaliere con certificazione certa della casistica individuale dello specializzando.
- b. Definire un nuovo sistema di accesso al SSN per eliminare il doppio "imbuto", quello dei laureati che senza specializzazione non possono avere accesso alla dirigenza e quello degli specialisti che ugualmente non accedono al SSN a causa del lungo blocco del turnover.

8. **BENE** aver riconosciuto che le cronicità e l'invecchiamento della popolazione italiana rappresentano il vero problema della sanità del futuro.

**MA** tale scenario ha bisogno di un'organizzazione territoriale efficiente nella consapevolezza che nell'ultimo decennio la popolazione over 75 è aumentata del 25% e, contestualmente, sono aumentati del 45,7% i soggetti in cattiva salute.

## 9. CONDIVISIBILE l'attenzione al tema della profilassi vaccinale e della prevenzione

**MA** la questione vaccini non può essere vissuta come un problema politico. Deve essere affrontata secondo le evidenze scientifiche e deontologiche. Più che un equilibrio tra diritto all'istruzione e diritto alla salute, esiste un dovere del Paese di garantire un adeguato sistema di protezione che tuteli la salute di tutti i cittadini attraverso strumenti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. In questo senso, occorre sviluppare anche politiche di prevenzione su tematiche quali l'infortunistica nei luoghi di lavoro e la sicurezza delle cure e degli operatori sanitari.

Guido Quici  
Presidente Nazionale CIMO

