

MOZIONE N° 39

ASSEMBLEA NAZIONALE LEGA NORD

GENOVA, 15 SETTEMBRE 2013

Tutela della salute: alcune riflessioni

I principi ritenuti fondamentali dalla Lega Nord nell'ambito della Tutela della Salute sono stati chiaramente espressi nel documento del Dipartimento Welfare e Salute del 04-07-2013 (Rizzi-Spinnato). Il testo, completo, esaustivo ed articolato offre molteplici spunti di riflessione. Tra questi ne vengono presi in considerazione alcuni.

FINANZIAMENTO SSN

Il controllo della spesa sanitaria rappresenta un problema cruciale in tutti i Paesi occidentali. Le politiche pubbliche di controllo della spesa sanitaria hanno prodotto in questi anni risultati sostanzialmente deludenti, generando un continuo incremento della spesa a fronte di una qualità del servizio sanitario valutato dagli esperti spesso insoddisfacente rispetto all'assorbimento delle risorse. La crisi economica impone la necessità di eliminare ogni forma di spreco.

Tuttavia una riduzione indiscriminata ed acritica del finanziamento sanitario non produce automaticamente la riduzione di tali sprechi, ma aumenta la probabilità di ridurre i servizi anche là dove sprechi ed inefficienze non esistono o sono trascurabili. Appare quindi intuibile come sia di fondamentale importanza la individuazione di criteri chiari, trasparenti ed equi per la ripartizione del fondo sanitario tra le varie ASL. La mancata esplicitazione dei criteri di ripartizione della "spesa capitaria" può far nascere il dubbio di voler mascherare l'obiettivo vero di ripianare la spesa storica; d'altronde non si capisce come si possa incentivare e perseguire l'economicità e l'efficienza se non vi è in concreto nessuno stimolo a fare meglio

ASSISTENZA OSPEDALIERA

E' molto difficile formulare un Piano di Tutela della Salute dopo che 35 anni di "833" hanno collezionato tutti i possibili difetti di una riforma fatta per realizzare miracoli, e tutti gli errori di una gestione basata sul nepotismo politico e familiare e sul rifiuto categorico della meritocrazia. Durante tutto questo lungo periodo è stato potenziato un solo Polo Sanitario, la Sanità Ospedaliera, con la realizzazione di poche strutture innovative e di avanguardia, ma anche con la conservazione di troppi stabilimenti obsoleti, campanilistici e inadeguati, intoccabili per motivi clientelari politici; addirittura sono stati costruiti alcuni nuovi ospedali che non sono mai entrati in funzione. Nella realtà attuale infatti gran parte dell'assistenza finisce per gravare sugli Ospedali, con personale ridotto e demotivato (in qualche caso anche mal pagato), oberati di attività indebite e di richieste improprie che finiscono per moltiplicare i tempi di attesa per prestazioni sovente incongrue e non giustificate, ma da realizzare comunque per evitare ricorsi alla giustizia spesso cervellotici o speculativi. Su questa Sanità Ospedaliera, gravata di costi superflui e di inutili moltiplicazioni funzionali, si accanisce da anni la scure dei tagli di bilancio che si esercita soltanto sugli aspetti medici e paramedici, dimenticando che altrettanto costose

sono le componenti politiche, burocratiche e amministrative a cui non sono quasi mai state imposte riduzioni e che invece dovrebbero essere limitate in analogia percentuale di risparmio. La messa in RETE degli ospedali consente di aumentare da un lato la qualità delle cure e dall'altro l'efficienza e l'economicità. Tuttavia la riorganizzazione non deve basarsi solo su schemi teorici predeterminati ma considerare anche i fattori socio-economici, geografici, orografici, la viabilità, i trasporti pubblici ed i tempi di percorrenza. Contestualmente un approccio metodologico di benchmarking fra risorse impiegate, costi e produttività dei vari ospedali consentirebbe di operare scelte riorganizzative basate su criteri di razionalità ed equità e non in base a predefiniti e/o autoreferenziali criteri di eccellenza

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

Appare evidente che non è più possibile manovrare soltanto su questo primo Polo Sanitario; è necessario istituire un Secondo Territoriale a cui delegare determinate funzioni che attualmente congestionano gli Ospedali e impongono ritardi diagnostici e terapeutici spesso inaccettabili.

L'integrazione funzionale ospedale-territorio e la continuità assistenziale sono state invocate più volte ma mancano concrete indicazioni su come si vogliono, si possano realizzare e finanziare. L'iperafflusso nei Pronto Soccorsi (codici bianchi) e la gestione delle cronicità sono problematiche tra loro diverse ed in parte contrapposte ed impongono modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria territoriale che prevedano un coordinamento e una più ampia disponibilità diurna degli ambulatori dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) i quali dovranno avere il necessario supporto amministrativo e paramedico con le forniture strumentali e l'integrazione alle strutture ospedaliere di emergenza. Ai MMG devono essere dati gli strumenti per coordinare la gestione del paziente cronico al proprio domicilio oppure in struttura residenziale e di integrarsi efficacemente con le risorse specialistiche dell'ospedale. Molteplici sono le forme di aggregazione funzionale. È fondamentale la creazione di una rete informatica estesa a tutti i MMG e PLS anche nelle realtà più periferiche. Tale rete deve rappresentare lo strumento interattivo di condivisione dei dati tra tutti gli operatori (ambulatori specialistici, reparti ospedalieri, continuità assistenziale (CA), centri di assistenza primaria (CAP), DEA, 118)

In sostanza al polo territoriale dovrà essere demandata una parte notevole dell'assistenza sanitaria: la promozione della salute e la prevenzione di nuove patologie; il primo intervento su malattie acute; la tutela della salute degli anziani, dei disabili mentali e degli affetti da dipendenze; la cura dell'area materno-infantile; la riabilitazione dei pazienti cardio-polmonari e dei traumatizzati e post-operati; il controllo della salute degli immigrati e dei carcerati.

APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELLA CURA

Cosa è necessario per rispondere correttamente ad un bisogno di salute e chi lo decide? *E' necessario ciò che è appropriato.* Valutare l'appropriatezza significa sostanzialmente chiedersi se una prestazione sanitaria funziona, in quali soggetti funziona e se vale la pena di erogarla ad un determinato paziente. In altre parole ancora, fare la cosa giusta per quella persona con quella patologia in quel momento.

Si può ragionevolmente affermare quindi che *l'appropriatezza (professionale ed organizzativa) rappresenta la dimensione della qualità dell'assistenza.*

L'utilizzo di tale strumento, con tutte le limitazioni e le critiche del caso, appare giustificato da diversi fattori:

- le risorse sono limitate a fronte di bisogni di salute in continua crescita
- la vita media della popolazione si sta progressivamente allungando ed i costi per la gestione delle persone anziane sono elevati
- sono disponibili tecnologie sempre più sofisticate ed avanzate
- sono migliorate le condizioni di vita della popolazione, almeno nei paesi industrializzati
- c'è una pressante richiesta alla medicina di farci vivere meglio e più a lungo.

Affidarsi ai principi dell'appropriatezza per erogare e finanziare servizi e prestazioni sanitarie significa prendere coscienza di due aspetti:

- i professionisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari da loro erogati sono francamente inappropriati, non devono inquadrare il principio dell'appropriatezza nella strategia dei "tagli incondizionati", bensì valorizzarlo quale importante risorsa di qualità professionale
- i managers, consapevoli che perseguire l'appropriatezza non serve a ridurre i costi ma solo ad ottimizzare l'impiego delle risorse, devono prendere coscienza che se è vero che ridurre l'inappropriatezza *in eccesso* offre consistenti "boccate d'ossigeno" ai bilanci aziendali è altrettanto vero che focalizzare l'attenzione sulla inappropriatezza *in difetto* è di fondamentale importanza al fine di non rallentare la diffusione di innovazioni di provata efficacia.

CONTESTO REGIONALE

Per quanto riguarda la Liguria ai problemi generali della Sanità italiana si aggiungono quelli derivanti dalla geografia e dalla orografia della regione.

La Liguria è un ventaglio di valli che gravitano su di una stretta striscia di costa con pochi centri abitati sulla riva del mare e diversi borghi arroccati sui monti; ha la forma di una mezzaluna difficile da percorrere per la mancanza di collegamenti fra valle e valle ed ha una economia povera con le alte valli ormai quasi spopolate. Gode di un buon clima, ideale per soggiorni turistici e di vacanza, e rappresenta il porto naturale e la riviera a mare delle regioni del nord-ovest italiano.

I problemi attuali della Sanità ligure sono soprattutto logistici perché sui poli geografici in cui si possono sistemare gli ospedali (quanti e di che livello?) devono confluire pazienti residenti a diverse decine di chilometri in paesini collegati malamente con la costa. La Liguria lotta inoltre da sempre con una ferrovia che a tratti ha un solo binario, un'unica strada statale contorta ed asfittica ed un'autostrada sottodimensionata. Per ridurre il vertiginoso flusso di autoambulanze che quotidianamente traslocano giornalmente centinaia di pazienti, l'unica soluzione potrebbe essere costituita da una flotta di elicotteri (ELISOCCORSO) sempre disponibili su molti eliporti strategicamente piazzati. Ma a quale prezzo? Il futuro sanitario della Liguria potrebbe invece interessare altre componenti della Macro-Regione del nord-Italia se fossero allestite strutture di ricupero e riabilitazione per anziani, invalidi cardio-polmonari, post-operati, convalescenti e traumatizzati. Ciò permetterebbe anche uno sviluppo e un potenziamento turistico che gioverebbero all'economia della regione.

Genova 15 Settembre 2013