



Centro Democratico
Dipartimento Sanità
Vincenzo D'Ottavio
dipartimenti@ilcentrodemocratico.it

Il tema della salute è la priorità e sarà la grande sfida che attenderà il Paese.

Ci si appresta ad effettuare un vero e proprio salto culturale, una rivoluzione, che da una concezione della sanità solo ospedalocentrica e distinta dagli aspetti sociali, dovrà passare ad un sistema integrato ospedale-territorio, guardando ad una visione unitaria dei bisogni del cittadino.

È necessario per noi essere tra i protagonisti di questa sfida e della elaborazione di nuove strategie.

Tra i punti focali dai quali bisogna partire, prendo in considerazione:

- 1) la nuova definizione che dal 2020 l'OMS dà della salute: “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”;
- 2) la pandemia da Covid-19, che ha rilanciato completamente la consapevolezza della centralità della salute nella vita di ciascuno di noi, del valore inestimabile di un sistema sanitario nazionale universale e pubblico, della necessità di portare l'offerta di salute nel territorio, partendo da esso;
- 3) i profondi cambiamenti avvenuti nel campo della medicina, sia in termini diagnostici che terapeutici, nonché negli aspetti delle nuove conoscenze nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce;
- 4) la nuova Sanità delineata – con investimenti pari a 15,63 miliardi di euro – nel PNRR. Un Piano di investimenti per realizzare le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale, innovazione e digitalizzazione del SSN, rinnovata edilizia sanitaria.
- 5) l'invecchiamento della popolazione, caratterizzata spesso dalla presenza di più patologie croniche a partire dagli over 65.

Partendo da questi 5 punti sarà necessario elaborare una strategia: soprattutto considerando che la grande novità rappresentata dalle Case di Comunità richiederà una elaborazione articolata rispetto alle caratteristiche territoriali e demografiche di ciascuna porzione dei nostri territori.

SANITÀ DI PROSSIMITÀ

Sono anni che si parla di potenziare e rendere più efficiente la sanità sul territorio ma fino ad oggi invero molto poco è stato fatto. E pensare che tutti dicono quanto sia utile questo approccio, sia per risparmiare soldi, sia per garantire a tutti un livello di salute pubblica decente, sia per decongestionare gli ospedali, sia per ridurre le liste di attesa, ecc. ecc.

Le “Case di Comunità” possono essere davvero un primo grande passo verso una più efficiente Sanità di prossimità. L'obiettivo è quello di agire su più fronti, da una parte diminuendo la pressione dei soccorsi rapidi, dall'altra di aumentare il controllo sanitario locale e garantire un più facile accesso a diagnosi e cure preventive. È una visione della sanità del territorio che viene descritta molto bene nel PNRR. Si tratta quindi di applicarla veramente.

I primi investimenti in tal senso saranno garantiti proprio dal Piano di rilancio europeo attraverso il Next Generation EU, con l'utilizzo di circa 2 miliardi di euro. Si tratta in sostanza di costruire o rivalutare circa 1.350 strutture sanitarie. Queste “Case di Comunità” saranno gestite in presenza e/o in versione telematica con il lavoro di almeno 30/35 operatori sanitari, da medici specialisti, medici di medicina generale, infermieri. Nella struttura sarà disponibile anche uno sportello sociale e diversi uffici amministrativi per prenotazioni di visite oltre che hubs vaccinali.

Sostanzialmente è una riforma del S.S.N. che punta a rafforzare la presenza sul territorio in aree più o meno omogenee di circa 40/50 mila abitanti. Le strutture saranno aperte 24 ore su 24, 7 giorni su 7, compresi festività e domeniche. In particolare dal medico di medicina generale (MMG) saranno richieste 18 ore in struttura e 20

ore nel proprio ambulatorio. È una scommessa che vale la pena di iniziare. Grazie al PNRR i soldi ci sono. È un nuovo corso che va intrapreso, altrimenti rimarranno solo le chiacchiere e si perderà altro tempo prezioso. Penso che attraverso questa riforma, il nostro Paese si appresti ad avere un modello di sanità che punta ad un vero diritto alla salute, punto di partenza del diritto alla vita.

LISTE DI ATTESA

L'annoso problema della riduzione delle Liste di attesa ha subito un colpo micidiale durante l'emergenza sanitaria da Covid 19. Una situazione che ha fatto saltare milioni di prestazioni, di esami diagnostici, di analisi cliniche, sempre a danno delle fasce di popolazione più fragile. Eppure abbiamo una legge e tantissime circolari che regolano le liste di attesa. Il S.S.N. deve garantire una prestazione in 72 ore, se urgente; in 10 giorni, se si tratta di un paziente in codice B (breve); entro 60 giorni se l'esame è differibile (D); entro 120 giorni, se è programmato.

Le liste di attesa, così come funzionano oggi, sono davvero uno spreco enorme che colpisce la salute dei cittadini. Detto spreco nasce da uno squilibrio tra domanda e offerta di prestazioni sanitarie. Dunque è il risultato di una cattiva organizzazione e di un funzionamento non corretto degli ospedali e delle Asl.

Una situazione del genere, non è affatto riconducibile ad un problema di risorse finanziarie, visto che la spesa pubblica per la protezione sociale in Italia, è uguale a quella della Germania e della Svezia, dove al contrario il problema delle lunghe liste di attesa non esiste. Il problema invece in Italia sono gli sprechi e le inefficienze nella Sanità pubblica:

- troppi ospedali inutili, piccoli e non attrezzati;
- troppi reparti in attività solo di mattina con primari impegnati in studi privati;
- troppo caos nei Pronto Soccorsi, senza il filtro dei medici di Medicina Generale (MMG);
- troppi soldi concessi a cliniche private e case di cura convenzionate con regole d'ingaggio totalmente squilibrate a favore del privato.

Ed è in questo pozzo nero che dovrebbe lavorare un Ministro della Sanità, non limitandosi ad un lavoro di semplice ragioneria a difesa dei fondi e poi alla ripartizione di essi nelle varie regioni italiane.

SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO NEL MONDO SANITARIO

L'assassinio della Dr.ssa Barbara Capovani, psichiatra e madre di 3 figli, è l'ultimo episodio di una serie di eventi negativi perpetrati ai danni di operatrici e operatori del mondo sanitario sia che essi lavorino nei P.S. o in corsia degli ospedali, sia nei punti di accesso alle guardie mediche, sia in altri locali purtroppo lasciati senza custodia da parte delle direzioni sanitarie.

E guarda caso i punti più pericolosi per l'incolumità fisica dei sanitari, sono proprio i Pronto Soccorso e i reparti o ambulatori di psichiatria, dove si registrano i casi più clamorosi e a volte più efferati di aggressione al personale che vi lavora. Dopo l'episodio della psichiatra uccisa da un suo ex paziente, la domanda che ci dovremmo porre per questo episodio, e per tutti gli episodi tragici accaduti ai danni di medici e infermieri e familiari di malati psichiatrici, è sempre la stessa: come si può aiutare chi soffre e allo stesso tempo evitare simili tragedie?

Per iniziare ad agire c'è una strada che richiederebbe poco tempo e pochi soldi: riconsiderare le norme vigenti.

Si può fare lasciando al centro della cura psichiatrica il bene primario del paziente, ma riconoscendo la pericolosità per sé e per gli altri come elemento clinico/diagnostico che possa portare ad un trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Questo per quanto riguarda il mondo della psichiatria.

Ma bisogna proteggere anche i P.S. degli ospedali e i locali delle guardie mediche, dove tutti i giorni avvengono episodi di aggressioni verbali e fisiche. Bisogna dotare queste strutture di mezzi (più telecamere) e uomini e donne a difesa (Forze dell'ordine pubblico, Protezione Civile, C.R.I. ed altri).

La sicurezza sul posto di lavoro è una questione seria e una priorità, una ferita aperta nel cuore del Paese, in tutti i campi lavorativi compresa la sanità.

Roma, 27/01/2024