

<https://www.politicainsieme.com/manifesto-di-insieme-per-una-politica-sanitaria-rinnovata/>

Il Dipartimento Sanità di INSIEME ha elaborato e diffuso il seguente documento

LA REPUBBLICA TUTELA LA SALUTE COME FONDAMENTALE DIRITTO DELL'INDIVIDUO E INTERESSE DELLA COLLETTIVITÀ.

Il bisogno di Salute è un diritto fondamentale dell'Individuo: le norme dell'ordinamento devono operare, ciascuna secondo il proprio ordine, per mettere in condizione tutti i cittadini di poter perseguire in maniera attiva e responsabile il proprio bisogno di salute.

La salute di ogni persona è condizionata da

- fattori biologici intrinseci che agiscono fin dal concepimento;
- da condizioni ambientali che accompagnano ineludibilmente e influenzano la vita di ciascuno fin dallo sviluppo embrionale;
- da condizioni relazionali e sociali che agiscono da fattori favorenti o da ostacolo;
- da scelte personali di vita e da eventi esterni naturali o causati dall'essere umano che possono compromettere la condizione di Salute.

INSIEME propone come indirizzo fondante generale per tutelare la salute l'approccio "One Health": nella evoluzione normativa e nella conseguente applicazione devono essere tenute in considerazione le evidenze scientifiche consolidate sui determinanti esterni che influenzano le condizioni di salute, sempre nel rispetto delle libertà di scelta di ogni cittadino che è il primo responsabile della propria salute:

- I luoghi di lavoro devono essere sicuri, così da non creare nocumeto alla salute dei lavoratori, ma è altrettanto necessario promuovere condizioni di lavoro dignitose, la valorizzazione delle competenze di ciascuno, anche se disabili, la partecipazione responsabile alla attività lavorativa, ciascuno secondo il proprio ordine e ruolo: lo stress da lavoro correlato è uno dei fattori di maggior impatto negativo sulle condizioni di salute
- L' "ambiente naturale" va preservato al fine di escludere quelle condizioni antropiche di accertato nocumeto alle determinanti biologiche che possono influenzare negativamente lo stato di salute

- L'alimentazione deve rispondere a criteri oggettivi di sicurezza alimentare e di semplice e chiara riconoscibilità dei costituenti i prodotti messi in commercio e del loro impatto su alcune determinanti biologiche di salute, per facilitare una scelta consapevole dei cittadini.

Le attività di Prevenzione sono un servizio essenziale per la Salute del cittadino nel rispetto imprescindibile della libertà di scelta, distinguendo tra ciò che è dovuto per la tutela oggettiva della collettività da ciò che è personale e sottoposto al giudizio e alla scelta individuale consapevole.

Le attività relative a

- Sicurezza e coinvolgimento partecipativo dei lavoratori, quale determinante di Salute
- Sicurezza alimentare e sanità veterinaria
- Ambiente naturale, clima e salute
- Malattie infettive prioritarie
- Incidenti domestici e stradali

sono definite nei loro obiettivi generali e finanziari a livello nazionale e sono attuate a livello regionale.

Le attività di prevenzione mirata riferite a

- malattie croniche non trasmissibili,
- forme di dipendenza patologica
- promozione del benessere nelle fasi dello sviluppo e dell'invecchiamento
- screening di patologie specifici e per fascia di età

definite nei loro obiettivi generali e finanziari a livello nazionale, sono attuate a livello regionale anche con il coinvolgimento e per il tramite delle attività della medicina territoriale con una programmazione e risorse specifiche dedicate, all'interno della relazione di cura medico-paziente.

Il Servizio Sanitario Nazionale, con le sue articolazioni regionali, costituisce un insieme di attività, servizi e strutture sia di diritto pubblico che del privato accreditato che la Repubblica mette **a disposizione del cittadino**, senza discriminazioni, per aiutarlo nel perseguimento della migliore condizione di salute possibile: **il cittadino al centro**.

Le attività e i servizi quando riguardano processi di cura in cui la relazione di cura è altrettanto imprescindibile rispetto alla tecnicità prestazionale sono preferibilmente sviluppate in co-programmazione e co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore e i Territori, superando le logiche di mercato.

La implementazione della IA nei processi di diagnosi e cura non può mai costituire un obbligo per il cittadino: la sua libertà di scelta rimane diritto invalicabile; né può definire un criterio di vincolo obbligato per il professionista sanitario né per le aziende di appartenenza in grado di condizionare e subordinare la relazione di cura professionista-paziente e le scelte conseguenti.

Il SSN, anche se pubblico, non può prescindere dall'essere parte integrante dell'insieme di attività, strumenti, presidi, farmaci, integratori e proposte di stili di vita che compongono il complesso mondo del "mercato della salute" che è pienamente integrato nelle logiche della "economia di mercato" che influenza le scelte dei cittadini e condiziona gli indirizzi di politica economica dei servizi sanitari, sottoposti ai naturali vincoli finanziari nazionali e internazionali.

Consapevoli che la logica di mercato per sua natura è escludente e non ispirata a principi di equità, per poter sostenere nel tempo il mandato Costituzionale e garantire almeno le fasce più fragili e necessitanti cure complesse non limitabili alle sole "prestazioni", **INSIEME ritiene urgente e necessario definire priorità di azioni di cura che consentano al Servizio Sanitario Nazionale di agire a tutela dei cittadini anche in un sistema di mercato finanziario sfavorevole, attraverso una adeguato Piano Sanitario Nazionale periodicamente aggiornato che definisca la cornice al cui interno declinare i LEA distinguendoli dai LEP che sono le mere prestazioni organizzative, semplici strumenti e non il fine dei servizi di cura** **INSIEME sostiene con vigore che il primo luogo di cura coincide con la casa e il proprio contesto sociale di vita.**

La Medicina Territoriale, incardinata all'interno di un rapporto di cura fiduciario e libero tra professionisti sanitari e cittadini, **è il primo pilastro di un SSN rinnovato.**

L'organizzazione dei servizi e delle attività territoriali ha nel medico di medicina generale o pediatra di libera scelta in forma associata – AFT – a tendere in evoluzione verso UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), l'attore portante del rinnovato servizio sanitario, in grado di dare copertura ai bisogni prioritari di salute dei cittadini.

Le azioni di assistenza territoriale vanno rivolte prioritariamente a coloro che si trovano in specifiche condizioni di rischio, malattia o fragilità, secondo quanto stabilito dalla pianificazione sanitaria nazionale

- **Età evolutiva e età anziana**

- **Persone affette da malattie croniche con priorità alle forme evolutive/involutive e alle pluri-patologie**
- **Disabilità con priorità alle forme ad insorgenza in età infantile e alle forme degenerative o successive a eventi traumatici.**

Le Case di Comunità sono il luogo privilegiato dove far convergere le attività e i servizi, previa analisi delle condizioni logistiche e di densità di popolazione che devono essere compatibili con la mobilità possibile dei cittadini: strutture di servizio e non baricentro della organizzazione dei servizi.

Le Case della Comunità sono a disposizione sia delle attività erogate direttamente dai servizi pubblici sia di quelle erogate dai servizi accreditati e contrattualizzati di diritto privato all'interno di una modalità collaborativa e valorizzante i territori attraverso la applicazione sistematica di co-progettazione e co-programmazione , privilegiando tutte quelle forme di attività che vedono il coinvolgimento attivo di più attori e strutture in una logica di medicina partecipata e proattiva di territorio

I distretti sono ambiti di pianificazione/verifica di servizi e attività a servizio dei bisogni di salute, non "centrali erogative" di attività costruite attorno a strutture fisiche pre-definite cui i professionisti sanitario e i cittadini devono conformarsi.

Le AFT e le UCCP devono essere messe in condizione di poter accedere alla strumentazione di primo livello, tecnologicamente sempre più adeguata, per gestire territorialmente la presa in carico:le strumentazioni necessarie per le attività di sorveglianza attiva e di cura della popolazione individuata come prioritaria devono essere messe **a disposizione in comodato d'uso**, previa analisi HTA a livello ASL e distrettuale coinvolgendo le aggregazioni dei medici territoriali. È compito delle Asl provvedere attraverso un piano strategico di investimenti, coerente con la programmazione territoriale e con il coinvolgimento dei comuni interessati, all'interno di una specifica programmazione regionale, che implementi le scelte di prioritarizzazione di cura stabilite dalla pianificazione nazionale.

La presa in carico territoriale per le condizioni di patologia prioritarie deve essere collocata all'interno delle **"reti di patologia"** che ogni SSR deve sviluppare nel proprio territorio, di concerto e in interazione con le attività svolte dalle Aziende Ospedaliere integrate con la continuità di cura territoriale anche tramite consulenze e consulti, utilizzando "tools" tecnologici validati e la telemedicina, che va sviluppata bottom-up tenendo conto delle diversità territoriali e specialistiche presenti.

Le Linee-guida costituiscono un orientamento imprescindibile, così come i PDTA da intendersi come schema e guida di indirizzo organizzativo, e non vincolo burocratico amministrativo o assicurativo che obbliga in maniera totalizzante le scelte all'interno della relazione di cura medico-paziente

Infermieri e i professionisti sanitari coinvolti nella attività di cura territoriale per le categorie a rischio e di patologia prioritarizzate svolgono la loro attività con autonomia di indirizzo, coordinandosi con le

aggregazioni funzionali territoriali, secondo le modalità di presa in carico definite nelle reti di patologia o nei programmi concordati a livello distrettuale per le fasce di età con condizioni di fragilità attive, secondo la pianificazione regionale.

Le Farmacie dei Servizi sono un importante riferimento territoriale, specie nei territori non urbani, da valorizzare e integrare nella pianificazione della Medicina Territoriale all'interno della attività distrettuale, anche a garanzia di una sempre miglior "compliance" nell'aderenza e sorveglianza terapeutica, specie nelle terapie croniche e nei distretti geograficamente più complessi.

Le azioni di prevenzione mirata, definite dal Piano Nazionale Prevenzione, ampliate a livello di programmazione regionale, vanno implementate a livello territoriale all'interno della relazione di cura medico-paziente, quale obiettivo specifico degli AFT – UCCP: costituiscono una attività fondamentale del costante lavoro pro-attivo di educazione sanitaria distrettuale a servizio dei cittadini.

Le AFT e le UCCP garantiscono la sorveglianza medica nelle 24 ore per i cittadini rientranti nelle categorie di priorità assistenziale.

Al fine di ridurre il carico burocratico gravante sui medici della Medicina territoriale e liberare così energie e risorse per le attività di cura e di relazione di cura, INSIEME propone una significativo snellimento degli oneri formali, sia nella stesura di prescrizioni o di certificazioni, sia riducendo progressivamente gli oneri certificatori impropri che gravano sul sistema sanitario, superando progressivamente la funzione di "gate keeper" assegnata al medico di medicina territoriale, anacronistica in un SSN moderno, che ha trasformato progressivamente il ruolo dei medici.

È urgente lo sviluppo di un set indicatori di "outcome" di salute almeno per le patologie croniche e fasce di età fragili, da monitorare e utilizzare per la programmazione pluriennale nazionale, regionale e territoriale, e quale indicatore di qualità reale da utilizzare per la valorizzazione economica della parte integrativa contrattuale di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella medicina territoriale.

Un sistema di gestione capillare e uniforme e diffuso sul territorio nazionale delle **emergenze sanitarie è il secondo pilastro** di un rinnovato Sistema Sanitario: la gestione delle emergenze inizia con il **primo intervento sul territorio** fino all'approdo nei **Pronto Soccorso ospedalieri**, riorganizzati a livello regionale o di area vasta in **"hub&spoke"** per complessità di capacità di intervento urgente delle rispettive aziende ospedaliere cui afferiscono.

INSIEME propone una riorganizzazione in tutte le regioni di una Rete di emergenza-urgenza sanitaria territoriale pienamente integrata con l'attività delle Associazioni di Volontariato del Soccorso coinvolgendo pro-attivamente le realtà locali nell'implementare una rete efficiente di

soccorso. **Obiettivo imprescindibile per ogni Regione: adeguare i tempi di “pronto intervento” a standard medi di efficienza nazionale** distinti per ambiti territoriali e complessità viabilistiche

I PS ospedalieri sono terminali operativi dei Dipartimenti di Emergenza- Urgenza delle aziende ospedaliere che devono assumere la caratteristica di **snodo principale organizzativo** attorno al quale sviluppare le attività caratteristiche di ogni azienda ospedaliera, all'interno di una coordinata programmazione regionale.

Obiettivo irrinunciabile: risposta tempestiva per tutti i cittadini al bisogno di salute in situazione di urgenza/emergenza con adeguate risposte di cura. La programmazione dei posti-letto ospedalieri va ridefinita partendo dagli standard normativi adattati a livello di programmazione regionale in relazione ai bisogni di risposta alla emergenza/urgenza territoriale che possono variare anche in relazione alla conformazione geografica e viabilistica.

Il cittadino è il primo responsabile e attore del proprio stato di salute, ma è anche corresponsabile di un congruo utilizzo dei servizi sanitari messi a disposizione, specie quelli più critici e complessi come la rete della urgenza e emergenza: per **le attività sanitarie derivanti da incongruo accesso ai PS** che non esitano in interventi sanitari di cura urgenti, individuati e definiti da apposita indicazione nazionale, **INSIEME propone il passaggio alla assistenza indiretta delle prestazioni erogate ai cittadini durante l'accesso in PS.**

Il terzo pilastro è costituito dal sistema ospedaliero e dalla attività di ricerca clinica e sperimentazione

Una moderna organizzazione ospedaliera si fonda non solo su un dimensionamento adeguato di posti-letto in relazione alla analisi epidemiologica e territoriale, ma anche sul sostegno alla attività di ricerca clinica e traslazionale.

Il modello italiano degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico è un unicum europeo: **INSIEME propone di**

- **rafforzare il sistema degli IRCCS**, privilegiando gli ambiti di ricerca clinica dei settori di patologia maggiormente ai margini degli interessi di mercato, ma che costituiscono ambiti significativi di interesse di sviluppo qualitativo e organizzativo per il SSN.
- **valorizzare come strutture di eccellenza nazionale** con una vocazione specifica per le reti formative sanitarie e di ricerca clinica, **le realtà ospedaliere con bacino di utenza nazionale** o sovranazionale, siano esse **aziende ospedaliero-universitarie** o meno, anche appartenenti a enti o fondazioni di diritto privato o religiose, **con dimostrata capacità e esperienza in ambito di ricerca clinica e traslazionale** in possesso di **elevati standard di qualità e di documentata positiva valutazione rispetto agli esiti** e con una ampia gamma e numerosità assoluta di patologie trattate e peso medio assistenziale elevato.

La programmazione regionale, oltre alle realtà ospedaliere di eccellenza, deve organizzare la dotazione di posti-letto in strutture ospedaliere di secondo livello dotate di DEA di secondo livello, in rete con

strutture ospedaliere con o senza dotazione di Pronto Soccorso, così da definire una adeguata copertura dei bisogni di posti-letto di acuzie in base agli standard vigenti dimensionati anche in relazione alla copertura emergenziale del territorio di riferimento

Tutte le strutture ospedaliere vanno interconnesse all'interno delle reti di patologia regionali, tempo-dipendenti e/o specialistiche, sempre includenti la continuità assistenziale territoriale.

Governance

Il SSN necessita di un significativo rinnovamento della Governance per poter far fronte ai bisogni di salute profondamente mutati nelle aspettative e nella composizione della popolazione.

È inderogabile un aumento delle risorse complessive a disposizione, accompagnato dal superamento della ormai anacronistica distinzione tra attività sanitarie e socio-sanitarie: i servizi di cura forniti dal SSN nel suo insieme, in coerenza con la logica One Health, sono solo di tipo socio-sanitario e includono tutte le attività e i servizi territoriali, al cui interno trovano collocazione gli Ospedali di comunità, le RSA e le comunità terapeutiche o per i disabili, e ospedalieri.

La prioritarizzazione delle azioni e dei servizi del SSN definisce ciò che va garantito in un sistema di welfare pubblico che sarà tanto più sostenibile quanto più partecipato: con la esplosione della IA a cui ogni cittadino può ricorrere anche senza tutte le conoscenze necessarie per saper decodificare le informazioni acquisite, appare urgente sviluppare e rafforzare i processi educativi alla salute all'interno della relazione di cura e con programmi di "screening" mirati nelle varie fasce della vita messi a disposizione secondo criteri di evidenza e al di fuori di logiche di mercato.

Il livello nazionale ha la responsabilità della pianificazione, delle risorse complessive coerenti con la pianificazione e delle regole generali a garanzia di tutti i cittadini. La programmazione regionale ha come compito prioritario di sviluppare e implementare gli obiettivi di salute previsti, tenendo conto delle peculiarità, dei punti di forza e di debolezza del proprio territorio: innovazioni e servizi aggiuntivi a ciò che deve essere garantito sono espressione della partecipazione e della vitalità dei territori di competenza che mettono a disposizione risorse, economiche e di partecipazione, aggiuntive.

La governance delle aziende ospedaliere di terzo livello e degli Irccs è autonoma, ma deve comunque prevedere un modello di partecipazione e controllo della società civile su cui insiste la struttura.

Le ASL hanno la responsabilità di attuazione e di governo degli indirizzi regionali ricevuti sia della medicina territoriale che dei presidi ospedalieri non rientranti nella classificazione prima descritta: la loro

governance è stabilita dalla regione: è **vincolante la approvazione delle linee di programmazione triennale** declinate nei territori di competenza delle singole ASL da parte degli organismi partecipativi degli enti locali e **del bilancio annuale** che può prevedere anche compartecipazione dei territori di competenza.

Gli obiettivi di valutazione delle dirigenze ASL e ospedaliere devono obbligatoriamente prevedere anche "outcome" di salute raggiunti coerenti con la programmazione nazionale