

Elio Dellantonio

La sanità pubblica in Alto Adige – una sfida da vincere

Garantire lo sviluppo della Sanità pubblica significa garantire a pazienti e familiari le migliori cure disponibili al di là delle diseguaglianze sociali ed economiche.

Cosa succede a livello nazionale nella sanità? Per il 2024 vengono stanziati due miliardi in meno rispetto al livello minimo previsto. Già oggi 1/3 delle prestazioni diagnostiche e visite mediche avvengono a livello privato. E non basta un piccolo, propagandistico taglio del cuneo fiscale per i lavoratori se poi non ci sono i soldi per finanziare il Sistema sanitario pubblico che garantisce la salute in caso di malattie gravi, ed in qualche caso la vita.

La Presidente Meloni dice che la Sanità è una priorità ma le risorse sono limitate e non basta spendere di più per risolvere i problemi. **Parole e propaganda!** Perché tace sulla qualità e sulla bontà di come vengono effettivamente gestiti i Servizi sanitari e sull'assenza di verifiche e controlli. Se la qualità non è di livello alto bisogna assumersi la responsabilità, intervenire nel rispetto della legge e cambiare. Non alludere a colpe di altri, a deficienze dovute ai livelli dirigenziali senza fare nulla. Chi governa ha la piena responsabilità. E con l'assunzione di responsabilità di governo la Presidente Meloni se ne deve assumere pienamente anche l'eredità.

È evidente che se ci sono pochi soldi e la gestione della sanità non è all'altezza le conseguenze non possono che essere NEGATIVE:

- Da due decenni stiamo progressivamente impoverendo, con una fortissima ulteriore accelerazione dagli effetti potenzialmente distruttivi in questo primo anno di governo Meloni, il nostro sistema sanitario nazionale che era secondo solo alla Francia in termini di qualità a livello mondiale. Un vanto per la nazione ed una garanzia per i cittadini
- La privatizzazione che forzatamente ne consegue causa condizioni di assistenza sanitaria che sono ingiuste e non proteggono più la stragrande maggioranza dei cittadini per i quali la sanità non sarà più un diritto ma solo un'opzione possibile a caro prezzo. Che garantisce una buona qualità delle cure solamente a chi ha molto denaro da spendere.

Un paio di dati: la spesa sanitaria in Italia è di circa 160 miliardi di € di cui 128 per il servizio pubblico e 32 per la medicina privata-privata che equivale al 20%. Se poi consideriamo che dei 128 miliardi che ci costa il servizio pubblico oltre 30 vengono

usati per pagare convenzioni con i privati (=il 24%) abbiamo un rapporto di quasi il 40% della spesa sanitaria complessiva che finisce ai privati.

Venendo alla nostra realtà ed al tema di questa sera possiamo affermare che per tanti anni il nostro Servizio sanitario pubblico ci ha protetto. Abbiamo ancora oggi ospedali e tecnologie modernissime, personale sanitario preparato e motivato, finanziamenti superiori del 20% alla media nazionale.

Negli ultimi anni però la situazione ha iniziato a cambiare, anche da noi, sempre più velocemente. In negativo. E i rischi per la nostra salute aumentano. Nella prima parte di quest'ultima legislatura c'è stata con l'ex- Assessore Widmann, poi sfiduciato, per la prima volta una improvvisa e fortissima spinta verso la medicina privata con una proliferazione dell'offerta mai vista. E l'Azienda sanitaria ricorre sempre di più a convenzioni con società finanziarie che gestiscono cliniche e servizi senza controlli sulle prestazioni. Anche pagando non ci sono sempre le garanzie di qualità e sicurezza del servizio pubblico. È notizia di questi giorni che il 70% dei fondi stanziati dal Governo per l'abbattimento delle liste d'attesa (più di 4 milioni e 350.000 euro) sono finiti/finiranno nella nostra Provincia ai privati convenzionati.

A differenza del resto d'Italia la causa della deriva verso la sanità privata non è data dal sottofinanziamento del Sistema sanitario pubblico (che dal 7,2% sul PIL del 2021 passerà con il Governo Meloni al 6,2% nel 2024 e 6,1% nel 2025 - mediamente in Europa è del 10%) ma è causata dall'incapacità della Direzione aziendale di gestire le criticità ed i problemi organizzativi in un buon clima di collaborazione coinvolgendo medici e personale sanitario. Se il Sistema sanitario pubblico non funziona bene, non è all'altezza delle aspettative (molto alte) dei cittadini, per forza ne traggono grande vantaggio i privati. Anche da noi. Basti pensare al bilancio provinciale per la sanità che nella nostra Provincia ammonta a 1.700 milioni, con i quali si possono fare grandi affari se non c'è un controllo pubblico efficace, se la politica privilegia le lobby e se non c'è una gestione organizzativa e clinico-sanitaria pubblica competente, scientificamente all'altezza e responsabile. Con la salute e la paura delle malattie si possono fare grandi affari.

Parlando questa sera a Laives non posso non citare il capolista della Lega alle prossime elezioni provinciali che anche recentemente ha dichiarato, nella sua qualità di Sindaco, come di fatto già realizzata, qui a Laives, la riforma della medicina del territorio con la creazione della nuova struttura della CdC. **Parole e pura**

propaganda elettorale! In particolare, la prevista CdC di Laives sarebbe già definita a livello di progetto e di finanziamento - ma questo a noi non risulta ancora essere

stato deciso in termini vincolanti - e sarebbe già chiaro cosa dovrà contenere, come dovrà funzionare, quali servizi dovrà offrire - e questo è chiaro, per ora, solo sulla carta. Non vorremmo che con la CdC a Laives succeda quello che è successo con il Distretto sociosanitario di Oltrisarco che versa in condizioni pietose di inaccessibilità e per il quale si stanno progettando soluzioni da oltre 25 anni e dal 2018 si dispone di progetti esecutivi molto dettagliati. Sulla carta. **Parole e pura propaganda.**

Con la pandemia Covid si è evidenziata anche da noi la necessità di rivedere e rinforzare decisamente la medicina sul territorio per poter dare in una prospettiva di sostenibilità economica risposte articolate, multiprofessionali, con la necessaria continuità assistenziale, in tempi rapidi, coerenti con i bisogni di cura dei cittadini a livello domiciliare/territoriale, senza intasare i Pronto soccorsi e gli ospedali, con disagio e lunghe attese dei pazienti.

Il DM 77 del maggio 2022 ha definito nuovi modelli e standard per lo sviluppo della medicina territoriale che sono stati recepiti anche a livello provinciale e che prevedono le CdC come fulcro organizzativo ed operativo per la gestione dei bisogni di salute.

L'assistenza sanitaria deve avvenire su due livelli:

- Quello ospedaliero, per le emergenze, la medicina intensiva, le chirurgie programmate, gli accertamenti diagnostici complessi
- Quello territoriale per la medicina di base di primo livello che è una medicina di vicinanza e prossimità al paziente ed ai suoi familiari. La CdC è un nuovo modello di medicina primaria di base con un forte radicamento territoriale in grado di gestire i problemi ed i bisogni di salute dei cittadini che non presentano situazioni di emergenza e non prevedono trattamenti intensivi ospedalieri. Principalmente questo modello organizzativo tratta al meglio e con modalità sostenibili i pazienti con patologie croniche e bisogni di lungo-assistenza.

L'Ospedale deve essere riservato alla **MEDICINA di EMERGENZA** ed agli interventi/trattamenti ad **ALTA COMPLESSITÀ ED INTENSITÀ DI CURA**. Come i Pronto

soccorsi. Ma per realizzare ciò bisogna garantire ai pazienti con patologie croniche ed acute, che hanno improvvisi problemi di salute, alternative reali ed efficienti ai Pronto soccorsi degli ospedali dove oggi come oggi sono inquadrati con il codice verde di non urgenza ca il 65% degli accessi. È fondamentale creare una funzione di filtro rispetto agli ospedali, dove i pazienti, preoccupati per il loro stato di salute

anche se non corrono reali pericoli di vita, si rivolgono per mancanza di alternative. Spesso si sentono a disagio per l'inadeguatezza della richiesta rispetto al contesto ma non hanno alternative e vanno incontro a tempi di attesa biblici che determinano stress e frustrazione ulteriore. Ciò crea problemi organizzativi importanti per il personale ospedaliero sottoposto a carichi di lavoro pesantissimi, stress organizzativo e situazioni talvolta conflittuali e a rischio. Basti pensare, per fare un esempio concreto, che su 1000 visite in Pronto soccorso per urgenze dermatologiche che avvengono senza alcun filtro medico, ben 700 sono del tutto ingiustificate ed avrebbero potuto essere gestite rapidamente, in modo efficace, con notevole risparmio di costi e risorse a livello territoriale.

IL TERRITORIO deve tornare ad essere il luogo di primo accesso anche per gli eventi patologici acuti, urgenti, che non determinano pericoli per la vita ma che necessitano di interventi medici di basso livello di complessità in tempi rapidi: es. punture di insetti, colpi di sole, ferite, medicazioni, dolori acuti dell'apparato muscolo-scheletrico, accessi febbrili ecc...

Nella nostra Provincia ca 135.000 persone, pari al 24% della popolazione, presenta patologie croniche. L'80% delle risorse investite nel Servizio pubblico viene utilizzato dal 20% dei pazienti, nella stragrande maggioranza con patologie croniche, spesso inabilitanti. E qui si apre la discussione all'integrazione con la parte sociale che nella CdC dovrebbe finalmente, dopo decenni di fiumi di parole, realizzarsi.

Per Laives si possono ipotizzare ca 4.000 persone con problemi cronici di salute. Nella prima fase di realizzazione del nuovo modello di medicina territoriale si sperimenterà la continuità dei trattamenti dei pazienti con problematiche di cronicità e fragilità rispetto a quattro aree importanti su cui da anni si sta lavorando e per le quali sono prodotte procedure codificate: 1° visita, accertamenti diagnostici, procedure trattamentali, visite di controllo nel tempo a seconda dei bisogni.

Si tratta delle seguenti patologie: diabete, BPCO, patologie reumatiche ed insufficienza cardiaca/cardiocircolatoria che riguardano in Provincia ca 35.000 pazienti. Per Laives, in proiezione, più di mille pazienti e già questo dato fa intuire la complessità organizzativa e le difficoltà che dovranno essere superate. E non si potrà

improvvisare.

Se poi pensiamo che un ambito di grandissima importanza è rappresentato dalle patologie cognitive dell'anziano, demenze, perdita di autonomia, bisogni assistenziali, ci rendiamo conto dell'impegno collettivo che dovrà essere messo in campo. Una vera rivoluzione copernicana dell'assistenza sanitaria sul territorio. Una sfida che possiamo vincere a patto che il nuovo governo provinciale agisca nell'interesse dei cittadini a sostegno del Servizio sanitario provinciale e che la

Direzione generale dell'Azienda sanitaria rimetta al centro dell'attenzione i bisogni dei cittadini. Deve riuscire a promuovere una decisa inversione di rotta rispetto al clima lavorativo e di sfiducia esistenti ed alla qualità dei rapporti professionali e di cooperazione interprofessionale che da anni si deteriorano con modalità apparentemente irreversibili. L'Azienda pare bloccata da una burocrazia fine a sé stessa e non orientata ai bisogni di salute dei cittadini ed a quelli di tutti i professionisti che lavorano con i pazienti e le loro famiglie. Decisivo sarà il ruolo che assumerà la Direzione sanitaria nel garantire da un punto di vista scientifico i percorsi di cura e la necessaria assunzione di responsabilità medica nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie. Essa dovrà dedicare particolare attenzione al personale infermieristico e tecnico che assume un ruolo fondamentale nell'assistenza e nella cura, che deve essere riconosciuto e valorizzato e che necessita di una nuova strategia di formazione specialistica. Importantissimo sarà il supporto amministrativo che deve operare a sostegno delle attività cliniche con i loro bisogni e che deve finalmente realizzare il sistema informativo sanitario provinciale da cui siamo ancora troppo lontani e che significa per noi cittadini e pazienti una doppia sottrazione del diritto alla cura per l'indisponibilità dei dati sanitari a disposizione di chi ci cura e per il deficit di sicurezza che il Garante per la privacy ha più volte denunciato.

Per realizzare il nuovo modello di MEDICINA TERRITORIALE è necessaria la realizzazione di alcune condizioni:

LA STRUTTURA FISICA – l'edificio. Al momento attuale abbiamo concretamente un progetto, un'idea, che recentemente viene messa in dubbio a livello nazionale, per un ventilato possibile ridimensionato del PNRR. Per noi questo è il minore dei problemi perché attiene a questioni logistiche di per sé realizzabili (lo abbiamo già dimostrato). I problemi che si pongono seriamente attengono all'esistenza, per la

parte strutturale, di un progetto complessivo ed articolato che concretamente deve prevedere:

- a. Quale tipo di strumentazione medico-diagnostica verrà messa a disposizione: ecografo, elettrocardiogramma, Rx
- b. Quale tipologia di strumentazione di laboratorio verrà realizzata
- c. Quali strumenti medico-chirurgici e terapeutici saranno messi a disposizione: per medicazioni, piccola chirurgia, fisioterapia e mobilizzazione dei pazienti
- d. Quali strumenti informatici verranno attivati per garantire appieno le possibilità di cura, per un utilizzo in rete di tutte le informazioni sanitarie e

l'accesso a tutte le informazioni cliniche, per coordinare, concordare, guidare e documentare gli interventi e la presa in carico, per effettuare le prenotazioni ed i previsti interventi in telemedicina.

CHI LAVORERÀ SUL TERRITORIO: Su questo punto decisivo sussistono moltissime incertezze. Non sappiamo quanto personale concretamente ci lavorerà, se avremo personale a sufficienza, quanto personale verrà assunto e come opererà. Importantissime sono le figure delle infermiere di famiglia e comunità (in parte già assunte a livello sperimentale in Bassa Atesina) e la loro decisiva partecipazione negli ambiti dell'Assistenza domiciliare, delle Unità di continuità assistenziale, della Rete delle cure Palliative. Serviranno iniziative formative specialistiche con valorizzazione delle competenze, utilizzo di OSS e OSA per i quali è necessario un upgrading professionale. Sappiamo che in questa fase la Direzione Tecnico-assistenziale sta cercando di spostare risorse infermieristiche dall'ospedale al territorio e che ciò determina a livello ospedaliero rischi inaccettabili di chiusura di posti letto, riduzione di attività programmate, allungamenti delle liste di attesa. Su questo punto è necessaria una parola di verità: **PER IL TERRITORIO È NECESSARIA L'ASSUNZIONE DI NUOVO PERSONALE infermieristico e tecnico.**

Per quanto riguarda i MMG ed i PLS sarà necessario ridefinire il quadro normativo e la cornice contrattuale. All'interno della CdC essi dovranno garantire nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali - formalmente istituite già da qualche anno - un certo numero di ore di servizio attivo a livello ambulatoriale per coprire h24/h12 il presidio sanitario. Oltre alla avvenuta sottoscrizione dei nuovi contratti nazionali collettivi, che devono trovare piena applicazione, sarà necessario entrare nel dettaglio e nello specifico della nostra realtà provinciale/regionale concretizzando gli

accordi ed i piani di collaborazione con un ulteriore contratto integrativo locale. È questo un ambito di grande importanza che va preliminarmente definito nella sua cornice normativa e che dovrebbe rappresentare contestualmente un terreno di proficuo e costruttivo confronto. A tutt'oggi la Dirigente medica territoriale del Comprensorio di Bolzano si occupa prevalentemente di questioni riguardanti le strutture da realizzare con i finanziamenti del PNRR e non entra in modo mirato, sistematico e concreto nella progettazione partecipata e nella definizione di accordi e procedure a livello organizzativo e clinico con i medici ed il personale sanitario.

Il modello territoriale è stato pensato con la prospettiva molto ambiziosa della creazione di team multiprofessionali che comprendono psicologi, professionisti della riabilitazione e la presenza a livello territoriale di ambulatori specialistici per patologie specifiche, ad alta diffusione con limitato utilizzo di tecnologia medica

complessa. Anche in questo ambito serviranno modelli di collaborazione e protocolli clinici scientificamente validati.

COME SARÀ ORGANIZZATA L'ASSISTENZA TERRITORIALE. Garantiti gli interventi attinenti alle cure primarie ed alla necessaria collaborazione con i team territoriali e risolto il problema dell'eccesso del carico burocratico con l'assunzione di personale di segreteria specificatamente formato, è fondamentale programmare l'integrazione della Medicina territoriale con la specialistica ambulatoriale che in larga misura rimarrà fruibile a livello ospedaliero. Il concetto è: o si portano gli specialisti sul territorio (fisicamente laddove possibile, o in collegamento da remoto) oppure i pazienti intaseranno irrimediabilmente i Pronto soccorsi degli ospedali per andare dagli specialisti.

Per evitare questo devono essere individuati modelli di collaborazione basati su precisi accordi definiti con i medici del territorio e gli specialisti/medici ospedalieri, scientificamente validati ed approvati dalla Direzione sanitaria. Sarà necessario attivare durante l'orario di servizio canali privilegiati con la possibilità di invio diretto dei pazienti allo specialista e di comunicazione tra i medici di base e gli specialisti con utilizzo della telemedicina, del teleconsulto, la condivisione di referti e di immagini e video.

In questo modo si realizza una collaborazione professionale che garantisce al paziente il migliore livello di cure possibili: il MMG/il PLS è il suo riferimento primario e torna ad essere medico di fiducia. Lo specialista si assume la responsabilità a livello specialistico garantendo continuità nel tempo ed accessibilità in situazioni critiche.

Così si realizza la medicina proattiva e di iniziativa che cerca di dare risposte a problematiche che pazienti e familiari vivono come urgenti, che anticipa in una prospettiva di prevenzione secondaria e terziaria le conseguenze del decorso delle malattie croniche, che evita ricoveri ospedalieri in condizioni drammatiche, e migliora le condizioni di salute e qualità della vita dei pazienti.

La realizzazione di questo nuovo modello di assistenza medica territoriale non può prescindere dal fatto che ai medici del territorio debba essere restituita la dignità e responsabilità professionale che sono state erose negli ultimi decenni.

La Responsabilità medica: è quello che i pazienti ed i loro familiari richiedono ed è quello che ai medici delle cure primarie deve essere restituito attraverso la valorizzazione della loro funzione. Devono ritornare ad assumere un ruolo centrale, devono poter tornare a fare i medici ed a curare i pazienti a tempo pieno senza lo strabordante carico burocratico che li opprime e che sottrae loro tempo prezioso alla cura. Sono i medici di fiducia che accompagnano i pazienti lungo i loro percorsi terapeutici, che si interfacciano, collaborano con gli specialisti, che hanno il quadro

clinico complessivo del paziente, che lo orientano sulla base delle sue risorse e quelle dei familiari. L'assunzione di responsabilità medica deve essere anche di supporto per il personale infermieristico e tecnico coinvolto nella cura e nell'assistenza. Questi professionisti devono poter operare in condizioni di sicurezza e tranquillità professionale sulla base di un rapporto di piena collaborazione, fiducia e rispetto reciproco con il medico

La Dignità medica: significa restituire ai medici della medicina di base la loro **FUNZIONE** primaria che è quella di fare il medico e non il burocrate. E qui sarà importantissimo garantire la necessaria collaborazione con personale amministrativo e di segreteria, l'effettuazione di procedure diagnostico-terapeutiche che valorizzano il loro ruolo, la possibilità di attivare canali di confronto professionale con gli specialisti e di effettuare prenotazioni per prime visite e controlli.

Laives, 4 ottobre 2023

Le **Casa della Comunità**, aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7 (oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale) sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.

Centrale Operativa Territoriale – La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una

funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Nelle CdC sono presenti le AFT Aggregazioni funzionali territoriali che sono ambulatori medici accessibili sulle 12 – 24 ore e presidiati da medici della medicina di base, MMG e PLS e che garantiscono il primo livello di cura ed assistenza e svolgono un importantissimo e decisivo ruolo di filtro rispetto agli accessi ospedalieri.

Infermiere di Famiglia e Comunità – È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali. **Unità di continuità assistenziale** – È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. **Assistenza domiciliare** – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di

interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. **Rete delle cure Palliative:** é costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie:** il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza. **Telemedicina** – Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire

prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

