



TESTO COSTITUTIVO BASE E PIATTAFORMA PROGRAMMATICA DEL COORDINAMENTO ITALIANO SANITÀ AREE DISAGIATE E PERIFERICHE.

Dichiarazione comune dei Comitati dei cittadini per la tutela della salute nelle aree disagiate, periferiche, insulari, a rischio sismico, di calamità naturale, ad alto rischio ambientale, del Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Marche, Abruzzo/Molise, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

1. Premessa generale

La presente Piattaforma è un **documento polivalente assimilabile ad una petizione** che racchiude:

- a) i motivi ideali e programmatici generali del C.I.S.A.D.e P.;
- b) la richiesta di revisione, precisazione ed approfondimento dei punti oscuri e non chiariti, in merito unicamente alle Aree Disagiate, del Regolamento sugli Standard Ospedalieri approvato con il DM 70/2015, fornendo proposte tecniche integrative di miglioramento della normativa e base della prima azione concreta ed urgente del coordinamento;
- c) gli obiettivi futuri sulle Aree Periferiche e generali che ci si prefigge di raggiungere nel futuro in ambito di tutela della Sanità Pubblica dopo la Costituzione ufficiale del movimento stesso.

2. Motivi ideali e programmatici.

Noi, sottoscritti rappresentanti dei Comitati dei cittadini per la tutela della salute nelle aree periferiche, insulari e disagiate del Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Marche, Abruzzo/Molise, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, a conclusione della prima fase del nostro percorso comune, iniziato nell'Assemblea di Roma del 22 luglio 2016, e proseguito con l'Assemblea di Bologna del 10 settembre 2016, con l'obiettivo di arrivare al più presto alla costituzione del Coordinamento Italiano Sanità Aree Disagiate e Periferiche,

premessi che

1. La nostra azione è integralmente dedicata alla difesa della Sanità Pubblica e del Sistema Sanitario Nazionale Pubblico contro ogni logica di privatizzazione e di affidamento a dinamiche economiche di mercato dell'offerta sanitaria, contro ogni logica di tutela della salute affidata ad assicurazioni private, anche se inserite nei contratti nazionali di lavoro;
2. Riteniamo che Il Sistema Sanitario Pubblico sia l'unico sistema in grado di assicurare eguaglianza ed identiche condizioni di accesso, di sicurezza sociale e di alta qualità dell'assistenza a tutti i cittadini e che debba garantire i servizi indipendentemente dal reddito e dalla logica dei ticket, secondo bisogni sanitari reali e concreti delle popolazioni viventi in ogni territorio della Repubblica.
3. Rifuggiamo da ogni logica di delega al privato dell'assistenza sanitaria dovuta dal servizio pubblico;

4. Riteniamo che il privato convenzionato debba necessariamente essere in misura minoritaria e complementare a ciò che il pubblico deve garantire sul territorio nazionale. Appoggeremo ogni rivendicazione intrapresa da chiunque in difesa della sanità pubblica,

APPROVIAMO LA PRESENTE PIATTAFORMA

come nostra base programmatica, ispiratrice ed ideale, e la rivolgiamo in maniera ufficiale al Governo, alle Commissioni Sanità e Bilancio di Camera e Senato, alla Conferenza Stato/Regioni, ai Parlamentari delle nostre Regioni, ai Ministeri della Salute e dell'Economia, ai Presidenti e agli Assessori Regionali alla Sanità, nonché ai Consigli Regionali e a tutti gli attori istituzionali, nel rispetto della legislazione vigente e delle prerogative sancite dalla carta costituzionale, nonché dalla legislazione relativa inerente le Regioni a Statuto Speciale della Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano

PER CHIEDERE UFFICIALMENTE

1. La vigilanza, da parte del Parlamento e il controllo, o l'eventuale intervento di garanzia con atto sostitutivo nelle Regioni a Statuto Ordinario, da parte del Governo, sul riconoscimento, l'organizzazione, la programmazione, la gestione economica della sanità da parte delle Regioni in merito alle Aree Particolarmente Disagiate, per assicurare pienamente, in questi territori svantaggiati in tutta la Repubblica, il Diritto alla Salute sancito dall'art. 32 della Costituzione, con pari condizioni di accesso e con uguaglianza, equità ed universalità.
2. La stesura e l'approvazione di uno specifico Regolamento esplicativo sugli Standard Ospedalieri e sui Servizi Territoriali delle Aree Particolarmente Disagiate relativo al Decreto Ministero della Sanità n. 70 del 2 aprile 2015, che preveda servizi adeguati ed in linea con lo standard normativo e qualitativo assegnato. Riteniamo pericolose, con palese violazione dell'art. 32 della Costituzione, le continue sperimentazioni in atto in questi territori, tese per la maggiore a tagliare ulteriormente e dare servizi largamente inferiori a quelli previsti in difformità con l'attuale quadro normativo, determinando di fatto una frattura ed una disuguaglianza tra le Aree Particolarmente Disagiate ed il restante territorio del Paese.
3. Che il Decreto, già firmato dal Ministro della Salute Lorenzin, dell'11 novembre 2015, che tutela i punti nascita sotto i 500 parti annui, sia al più presto pubblicato in Gazzetta Ufficiale, per garantire un diritto disatteso e/o ignorato da molte Regioni.
4. Per tutte le altre Aree Periferiche d'Italia non assimilabili ad Aree Disagiate, per quello che concerne l'organizzazione sanitaria secondo lo standard ospedaliero Ospedale di Base, che tale tipologia, in area periferica non urbana, laddove il bacino di utenza o l'Area di riferimento superi i 60.000 abitanti vada sempre concessa a prescindere, non considerando il parametro del numero di abitanti in maniera rigida, bensì con flessibilità a seconda della conformazione geografica, socio economica, strutturale, dell'adeguatezza delle comunicazioni centrali e periferiche, ovvero se il presidio si trovi in Area Metropolitana, Area Urbana, Area Periferica o Area Ultraperiferica, e comunque con la possibilità di prevedere in base a tali caratteristiche servizi intermedi di passaggio o servizi potenziati, come ad esempio previsto dalla Regione Abruzzo nell'allegato al DCA n. 79 del 21 luglio 2016.
5. Che nel quadro della Strategia Nazionale per le Aree Periferiche vadano sempre verificate: le condizioni socio-economiche, geografiche, di presenza o assenza dei servizi, delle reti infrastrutturali, delle difficoltà logistiche per la progettazione, l'organizzazione e la presenza strategica di adeguati servizi socio-sanitari ospedalieri e territoriali, che non possono essere

modulati sui parametri di riferimento adottati per le aree urbane e metropolitane o su un puro e semplice criterio basato sul numero di abitanti. Il mantenimento dei servizi socio-sanitari è strategico per non accrescere il disagio sociale dell'Area in zone ad alto rischio sismico, ad alta incidenza di popolazione anziana, ad alta incidenza di patologie cronico/degenerative, ad alta concentrazione di attività produttive ed industriali, ad alto rischio per patologie professionali ed inquinamento diffusi e gravi per la popolazione, ad alto tasso di disoccupazione e depressione economica .

3. Proposte per le Aree Particolarmente Disagiate.

In modo particolare e puntuale, fatta salva la legislazione relativa particolare delle Regioni a Statuto Speciale della Valle d'Aosta, del Friuli Venezia Giulia, della Sicilia e della Sardegna, e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, chiediamo che nella proposta di adozione del Regolamento Esplicativo per le Aree Particolarmente Disagiate sia espressamente previsto, che:

- a) La chiarificazione per il Riconoscimento di Area Particolarmente Disagiata della distanza media dei comuni dell'area dal centro Hub o Spoke di riferimento di 60 minuti, l'essere Comuni con altitudine media superiore a 700 metri o situati in piccole isole, la presenza di condizioni di viabilità disagiata, l'avversità di condizioni metereologiche, la bassa densità abitativa con dispersione territoriale, nel rispetto delle linee guida vigenti per l'emergenza urgenza.
- b) La chiarificazione che il Pronto Soccorso di un Presidio Ospedaliero di Area Particolarmente Disagiata è un vero Pronto Soccorso di base con posti di OBI di almeno 24/48 ore, con personale medico dedicato di specialità previsto dal DM 30/01/1998 (Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza), con supporto di Chirurgia Generale, Ortopedia e Anestesiologia H24, assicurato con personale dedicato in rotazione collegato all'HUB/SPOKE di riferimento, e con reparto di Medicina Generale, assicurato dal personale del reparto previsto di almeno 20 posti letto, con possibilità di appoggio fino al 70% dei posti letto per i pazienti chirurgici trattati in emergenza/urgenza non dimissibili in giornata, con possibilità di chirurgia di elezione in Day e Week surgery, con presenza H24 di laboratorio analisi di base, Radiologia tradizionale e TAC con lettura degli esami anche a distanza, Emoteca ed endoscopia digestiva.
- c) Qualora nell'Area Disagiata, così individuata, vi sia la presenza di un Punto Nascite di primo livello con un numero inferiore a 500 parti annui, data la particolare condizione di disagio dell'Area così individuata, si sancisce la permanenza dello stesso, collocato nell'Ospedale di Area Particolarmente Disagiata, con personale ostetrico, medico ginecologico e pediatrico in rotazione collegato all'HUB/SPOKE di riferimento, per il necessario aggiornamento professionale e il mantenimento della qualità, onde assicurare tutte le garanzie, gli standard di qualità e sicurezza previsti per un punto nascite di 500 parti annui.

Inoltre va previsto in aggiunta il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) presso il Pronto Soccorso di Area Particolarmente Disagiata, in modo da garantire quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute dell' 11 novembre 2015, il quale, in deroga a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, consente di mantenere in attività i punti nascita delle aree montane e disagiate che non raggiungono il tetto dei 500 parti annui, purché vengano mantenuti standard di qualità e sicurezza, garantiti con la formazione continua del personale sul lavoro. Va inoltre chiarito in merito allo stesso DMS dell'11 novembre 2015 la normatività al posto della facoltà per le Regioni in materia di applicazione di esso per le Aree Particolarmente Disagiate. Il Decreto attualmente stabilisce che siano le Regioni ad avanzare al Ministero della Salute la richiesta sul mantenimento

dei punti nascita, ed affida al Comitato percorso nascita nazionale il compito di esprimere, entro 90 giorni, un parere motivato.

- d) In tutti gli altri Ospedali di Area Disagiata dove non esiste il Punto Nascite, per la tutela materno infantile del percorso nascita, è opportuno prevedere presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Area Disagiata in collaborazione con il 118, il servizio di emergenza STAM (Servizio di Trasposto Assistito Materno con bimbo in utero) con ambulanza attrezzata per l'occorrenza e pronta disponibilità ostetrico/ginecologica h24 assicurata dal centro HUB o SPOKE di riferimento.
- e) Prevedere, verificata in modo particolare la situazione epidemiologica della popolazione e la sua anzianità media, la presenza aggiuntiva in tali presidi di posti ospedalieri di post acuzie, di Lungodegenza Ospedaliera, (cod. 60) e di Recupero e Rieducazione Funzionale di primo livello (cod. 56). Le due tipologie sono auspicabili negli Ospedali di Area Particolarmente Disagiata in considerazione della disgregazione dell'area stessa, che comporta per le famiglie dover assistere i propri cari in località distanti dai comuni di residenza e in quanto il ruolo del reparto di lungodegenza è quello di trattare pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, clinicamente instabili, che necessitano di ulteriori cure e trattamenti, stabilizzazione, e/o miglioramento clinico-funzionale: tratta infatti solo pazienti, che necessitano di assistenza infermieristica 24 ore su 24, trasferiti dai reparti per acuzie dell'area ospedaliera di riferimento con la quale si opera in stretto collegamento funzionale/operativo (multidisciplinarietà del trattamento), bassa complessità che ne consente la cura presso la struttura periferica di Area Disagiata così strutturata. Tali posti letto possono essere collegati al reparto previsto di Medicina Generale anche attraverso l'organizzazione interna del presidio ospedaliero. La responsabilità di settore, infatti, è in capo ad un Medico con specialità di area medica. Ugualmente, gli eventuali posti di Recupero e Rieducazione Funzionale di primo livello sono finalizzati a pazienti con disabilità di entità rilevante, nell'immediata post-acuzie, cronica o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo, nonché pazienti con disabilità croniche stabilizzate di entità contenuta per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi, di mantenimento o di prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito, non realizzabili in modo appropriato all'interno del setting complessivo. Il trasferimento dal setting ospedaliero a quello territoriale spesso trova ostacoli in quanto alcuni pazienti presentano costi particolarmente rilevanti ad esempio per terapia oncologica o antibiotici di ultima generazione. È necessario che queste terapie rimangano a carico del SSN indipendentemente dal livello assistenziale assegnato al paziente (ospedaliero / territoriale); anche in questo caso è possibile garantire tali posti con il collegamento al reparto di Medicina Generale previsto dall'organizzazione interna del Presidio di Area Particolarmente Disagiata.
- f) A livello di ambulatori ospedalieri, per rendere più sicura anche la Medicina Territoriale di tali aree, e per impedire il sovraccarico degli ambulatori degli ospedali maggiori, presso l'Ospedale di Area Particolarmente Disagiata devono essere assicurati quelli di Chirurgia, Endoscopia digestiva, Ecografia, Cardiologia con Ecg, Ecocardiografia ed Ecodoppler, Medicina Interna, Nefrologia, Diabetologia, Ortopedia con Sala Gessi, Ginecologia, Radiologia Tradizionale e TAC, Laboratorio Analisi di Base, ed almeno quello di Oculistica, Otorinolaringoiatria, Pediatria con la disponibilità ad effettuare, se richieste, consulenze presso il Pronto Soccorso. Tutti gli ambulatori vanno garantiti dal personale ospedaliero presente nella struttura e/o in rotazione dal centro Hub/Spoke di riferimento. In modo particolare, data la possibilità di interventi elettivi in Day Surgery, si assicura oltre al Day Surgery Chirurgico, già previsto, quello Ortopedico, Ginecologico, Oculistico ed Otorinolaringoiatrico, garantito dal personale già presente per le prestazioni ambulatoriali e con il

supporto della Sala Operatoria operativa H24 come anche i Day Hospital delle specialità mediche presenti.

- g) Presso ogni Ospedale di Area Disagiata viene assicurato il Servizio di Emodialisi, collegato funzionalmente al reparto di Medicina Generale.

A livello di organizzazione territoriale, si ravvisa la necessità di un regolamento esplicativo, che preveda esplicitamente:

- a) Relativamente alla Rete dell’Emergenza/urgenza, la possibilità di deroga ai punti 118 con Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) e medico a bordo per le aree disagiate che assicuri l’integrale copertura del territorio;
- b) Per la migliore attuazione del “Progetto pilota, per l’ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle isole minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso, (Aree disagiate)” recepito in Allegato 2 dalla Conferenza Stato Regioni con atto n. 146 del 30.07.2015, dove esplicitamente per le Aree Disagiate ed Insulari, sono previsti “per l’Assistenza Territoriale e l’Emergenza/Urgenza” modelli flessibili adeguati a fornire in quelle particolari condizioni logistiche un’assistenza sanitaria potenziata e più adeguata.

La presenza dei Medici di Continuità Assistenziale va garantita in queste Aree non in base al numero di abitanti ma in quei Comuni in cui il tempo dalla partenza dalla postazione all’arrivo del 118 è superiore a 20 minuti, in particolari situazioni orografiche del territorio e condizioni sanitarie del paziente, di modo che il MCA giunga al domicilio del paziente entro lo stesso tempo, così da effettuare il primo intervento diagnostico e di stabilizzazione del paziente in tempi ottimali per l’emergenza/urgenza. Il coordinamento tra Servizio di Continuità Assistenziale e Servizio 118 è componente essenziale per la difesa della salute nelle aree disagiate in quanto la preziosa opera del MCA non si limita alle prestazioni indifferibili, ma può risultare determinante e prezioso anche nell’intervento sui codici di pertinenza del 118, ogni qualvolta gli equipaggi dell’Emergenza tardano ad arrivare nelle località disagiate per motivi legati all’orografia del territorio o perché impegnati in altri interventi.

Tale coordinamento si rende necessario, perché, la bozza del nuovo Accordo Collettivo nazionale per la Medicina Generale che prevede la soppressione del Servizio di CA dalle ore 24 alle 8, in favore di un ipotetico potenziamento delle attività diurne della medicina generale non convince affatto e non dà le stesse garanzie del modello attuale, oltre a ritenere che il modello proposto dell’H24 dei Medici di Medicina Generale (MMG) teoricamente possibile, è de facto inapplicabile nelle aree disagiate per la bassa densità abitativa, la dispersione territoriale e l’esiguo numero relativo di professionisti del settore operanti in tali territori; inoltre si rivela pericoloso per la salute dei pazienti se messo in atto, in quanto il rischio reale e concreto è che tutto venga demandato al solo 118, con drastico aumento di ricoveri e accessi ai Pronto Soccorso.

Per la tutela della salute delle popolazioni delle zone disagiate, spesso con alto indice di anzianità, si rende necessaria la modifica della bozza di accordo Collettivo Nazionale tra i Ministeri di Economia e Salute e le associazioni dei MMG, in cui si sancisca il mantenimento di una reale continuità dell’assistenza che veda il MCA presente in maniera organica e sistematica negli attuali Presidi Territoriali di CA.

- c) La presenza, presso i Presidi di Assistenza Territoriale (PTA)/Case della Salute/Ospedali di Area Disagiata anche del Pediatra di Libera Scelta (PLS) anche con copertura in pronta disponibilità H24, in raccordo con i Pronto Soccorso di Area Disagiata, i Punti di Primo Intervento e i Servizi 118 ivi presenti, per una puntuale risposta all’emergenza/urgenza pediatrica, oppure di ripensare in senso di prossimità l’Area e i servizi pediatrici nelle aree disagiate collegandoli ai centri Hub o Spoke per la

rotazione del personale. In modo particolare presso gli Ospedali di Area disagiata, ove non possibile la copertura con il PLS in pronta disponibilità H24, si garantisca come per l'ambulatorio pediatrico ospedaliero, la consulenza notturna e festiva al Pronto Soccorso di Area Disagiata con personale in rotazione dal centro Hub/Spoke di riferimento. È essenziale in queste Aree, come validamente proposto in alcune zone disagiate dell'Emilia Romagna, la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo che preveda un impegno coordinato dei pediatri ospedalieri, territoriali e dei PLS, operanti sul territorio montano. L'integrazione PLS, pediatri territoriali e pediatri del reparto ospedaliero è l'unica strada da percorrere per garantire l'assistenza pediatrica H24 nelle Aree Montane e adottato come progetto pilota riconosciuto dalla Regioni e dallo Stato attraverso la Conferenza Stato Regioni.

- a) A chiarimento del Punto 9.2.5 dell'Allegato 1 del D.M. 70/2015, la previsione esplicita che i Punti di Primo Intervento (PPI), nelle strutture in riconversione o riconvertite dove sono previsti posti di Lungodegenza Ospedaliera, Recupero e Riabilitazione funzionale di 1° livello e posti letto territoriali attivi H24, sono affidati ad un organico medico dedicato nelle 12 ore diurne (afferente al DEA di riferimento se con più di 6000 accessi annui) e al Servizio 118 nelle restanti 12 ore notturne per la gestione dei codici bianchi e verdi. È necessario che nella struttura ci sia un organico che assicuri una "prima emergenza-urgenza" diurna e che in quelle realtà assicuri il trattamento delle urgenze minori e una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato, nonché garantire, d'intesa con il 118, l'immediato trasferimento presso i Pronto Soccorsi Ospedalieri di riferimento dei pazienti ivi ricoverati in caso di riacutizzazione. Pertanto, finché nella struttura in riconversione o riconvertita in questione rimangono degenze ospedaliere o territoriali, è impossibile attuare il modello del servizio con la sola presenza del servizio 118, tenendo presenti le motivazioni della previsione di tale funzione in strutture di tale tipologia. Infatti, affidando il PPI al solo 118 non si originano risparmi, poiché o è comunque necessario garantire il personale per il funzionamento della struttura stessa oppure si corre il rischio di lasciare scoperto integralmente il servizio, quando l'equipe 118 è impegnata in un intervento sul territorio.

Va quindi chiaramente esplicitato che negli Ospedali di Area Disagiata è impossibile prevedere il Punto di Primo Intervento al posto del Pronto Soccorso, in quanto non è tecnicamente possibile con la funzione assegnata alla struttura, nonché si creerebbero problemi normativi nel caso di accessi inferiori a 6000 annui, che impedirebbero la gestione dello stesso da parte del DEA di riferimento, situazione comune a molte realtà di tale tipologia.

- b) L'estensione del servizio Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADI) H12, compresi i festivi, con copertura di tutto il territorio di riferimento dell'Area Disagiata;
- c) La possibilità di una rete di punti di prelievo dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)/Case della Salute/Strutture in riconversione collegata con il Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Area Disagiata di riferimento, raggiungibile entro i 60 minuti.
- d) La possibilità degli esterni di avvalersi del laboratorio analisi di Base dell'Ospedale di Area Disagiata.
- e) La previsione del mantenimento dei Servizi territoriali necessari a garantire la prossimità delle cure, quali Oncologia, Radioterapia, Nefrologia e Dialisi.

A livello di Regolamento generale per le Aree Disagiate ed Insulari d'Italia, si chiede:

- a) L'istituzione della Conferenza dei Sindaci Territoriale di Area Disagiata/Insulare/Periferica, di più piccola dimensione rispetto alla Conferenza dei Sindaci ASL, per consentire il controllo effettivo delle comunità locali sulla programmazione sanitaria, dove i sindaci sono tenuti a sottoporre al Consiglio comunale gli orientamenti che intendono rappresentare presso la Conferenza territoriale

nelle materie di organizzazione del servizio socio-sanitario e di programmazione sanitaria, con l'obbligo di consultazione della stessa Conferenza da parte della Regione e dell'ASL competente per territorio per le problematiche di organizzazione dei servizi socio-sanitari e in materia di programmazione sanitaria relativa all'area, con parere obbligatorio da assumere prima dell'approvazione definitiva di ogni Decreto, Legge o decisione aziendale in materia.

- b) Di prevedere la non possibilità di riconversione degli Ospedali oltre lo standard minimo di Ospedale di Area Particolarmente Disagiata così come delineato nel presente documento nelle aree sismiche del paese e che hanno subito terremoti nell'ultimo secolo.
- c) Precisare chiaramente la non applicabilità alle strutture sanitarie in Area Particolarmente Disagiata, in quanto già garantite dall'eccezione normativa del Decreto del Ministero della Sanità n. 70 del 2 aprile 2015, dei commi 524 e 525 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 e di conseguenza degli effetti relativi del Decreto del Ministero della Sanità del 21 giugno 2016.

4. Obiettivi futuri generali e sulle Aree Periferiche.

A livello di Aree Periferiche:

- a) Il riconoscimento integrale nella legislazione sanitaria, non contemplata dal DM 70/2015, della specificità delle Aree Periferiche non Urbane come evidenziato nei punti 4 e 5 dei motivi ideali e programmatici oggetto della presente piattaforma, elaborando una strategia complessiva compiuta.
- b) L'impossibilità del ridimensionamento dei servizi sanitari, a partire da quelli di emergenza/urgenza, nelle Aree Periferiche e nelle aree a forte vocazione turistica del paese, per impedire anche il crollo di questa risorsa vitale per tanti piccoli borghi d'Italia.

A livello di Riforma Sanitaria Nazionale e di Piano Nazionale Sanitario:

- a) Come linea di indirizzo, le Regioni non devono delegare funzioni HUB o SPOKE alle strutture private, e comunque solo dopo aver coinvolto nelle emergenze/urgenze di settore di Alta Specializzazione le Università e i presidi pubblici.
- b) Le Regioni sono invitate ad abolire la prassi consolidata a chiudere Servizi a bassa frequenza di pazienti, che non raggiungono gli standard di attività previsti dalle norme attuali, a causa di aspetti legati alla scarsa "fiducia" per cattiva organizzazione e/o inadeguata professionalità, pur in presenza di bisogni sanitari statisticamente ed epidemiologicamente rilevanti che costringono i cittadini "all'emigrazione sanitaria forzata", prevedendo, in alternativa, provvedimenti, sia relativi alle responsabilità gestionali/organizzative, che sul piano formativo/professionale.
- c) Dare indicazioni stringenti sull'elaborazione di piani sanitari a livello Nazionale e Regionali basati prevalentemente sulle indagini epidemiologiche e spalmati nell'arco di verifiche puntuali ventennali per verificarne la reale incidenza.
- d) Ripristinare l'opzione esclusiva del rapporto di lavoro del personale medico con il Servizio Sanitario Pubblico senza eccezioni e abolire l'istituto dell'intramoenia, che non ha portato all'abbattimento delle liste di attesa, precisando per decreto gli standard minimi obbligatori di ogni prestazione sanitaria mensile da garantire nei presidi pubblici, con l'obbligo di motivare e verificarne l'eventuale mancato raggiungimento, e assicurare remunerazione aggiuntiva e premiale come incentivazione nel caso di superamento dello standard.

- e) Per la sicurezza dell’Emergenza/Urgenza prevedere obbligatoriamente che ogni postazione 118 abbia il medico a bordo, superando la prassi sempre più in voga per meri motivi economici di equipaggi su Mezzo di Soccorso senza tale figura professionale decisiva, adeguatamente formato e preparato a gestire l’emergenza, e che non vi siano deroghe in materia che mettono in pericolo la salute del cittadino.

Alle Amministrazioni Regionali e delle ASL si chiede:

- a) Di ripensare le convenzioni in essere con strutture private, sia di assistenza ospedaliera generalista che specialistica, spesso non comportanti alcun vantaggio economico, che determinano la chiusura degli stessi servizi nelle strutture pubbliche che li erogano con adeguatezza, e comunque prevedere un piano di riduzione del budget per le strutture private generaliste e di servizi ambulatoriali non di alta specializzazione, non inferiore al 25% rispetto a quelli attuali.
- b) Di indirizzare la politica economica di riduzione degli sprechi in sanità alla de-burocrazia del sistema, con lo snellimento delle strutture amministrative di supporto, al pieno utilizzo di strutture e attrezzature, con la verifica dei costi per l’acquisto di beni e servizi, sul controllo del finanziamento del sistema basato sulla fiscalità generale proporzionata al reddito, che renda sostenibile il sistema senza ricorso al ticket.

Crediamo che queste nostre considerazioni, estremamente concrete e di un’evidenza chiara, siano perfettamente in linea con le linee guida del Piano Sanitario Nazionale 2015 – 2018 e contribuiscano esplicitamente ad assicurare il benchmark dell’Assistenza Sanitaria nelle Aree Disagiate, Periferiche ed insulari d’Italia, migliorando notevolmente la qualità della salute dei cittadini.

Firenze, 5 novembre 2016.

I COMITATI FONDATORI E ADERENTI AL CISADeP