



Sanità

Bozza documento per Assemblea nazionale di Napoli

28-29 Gennaio 2011

Premessa

La tutela della salute, la cura della persona, l'assistenza agli anziani e ai non autosufficienti, la presa in carico delle persone più deboli e disagiate, sono compiti ai quali è il "sistema paese" nel suo insieme a dover rispondere. Attraverso scelte precise di politica sociale, economica e fiscale e nella piena responsabilità di agire per il "bene comune".

E questo nel quadro di una visione internazionale del bene salute, ben individuata nello slogan "La salute in tutte le politiche" adottato formalmente da tutti i governi dell'Unione Europea nel dicembre 2007 per iniziativa del Governo italiano, che sta ad indicare come la salute sia la più grande delle ricchezze sia per gli individui che per la società, senza contare che una popolazione sana è prerequisito per la produttività economica e la prosperità del Paese.

La Salute in tutte le politiche significa anche responsabilizzare il sistema Paese, dal governo al complesso dei settori sociali ed economici, sugli impatti sulla salute sul complesso delle politiche industriali, ambientali ed economiche.

La politica sanitaria deve, pertanto, mirare a migliorare i servizi sanitari pubblici e allo stesso tempo ad interagire con le strategie e i processi decisionali in tutti gli altri settori.

Ciò vuol dire assumere una responsabilità fortemente politica, prima ancora che tecnica, perché significa affrontare i problemi delle disuguaglianze nelle condizioni e opportunità di salute, far emergere le priorità di intervento, considerare tutti i determinanti della salute e stimolare la consapevolezza dei cittadini rispetto alla propria salute.

In questo scenario, la nostra iniziativa politica sulla salute, dovrà puntare quindi non solo al benessere delle persone ma anche all'interesse della collettività attraverso efficaci interventi di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro.

Il diritto alla salute, non a caso dalla nostra Costituzione definito "fondamentale", unisce il Paese nella necessità di risposte condivise ai grandi problemi ancora oggi insoluti.

Problemi che gravano tuttora sul sistema sanitario italiano e per i quali non basta l'impegno solitario e generoso delle Regioni, che hanno comunque saputo tenere la barra dritta del diritto alla salute, contrastando i tentativi ripetuti del governo Berlusconi di impoverire la sanità pubblica tagliando risorse e servizi.

Occorre ritrovare un impegno comune, unitario, solidale, convinto.

Dal Nord al Sud d'Italia, per riaffermare gli obiettivi e i valori "forti" che costituiscono la base di un sistema sanitario equo, universale e solidale ma anche efficiente e di qualità.



La salute e il benessere delle persone sono tema trasversale e primario della nostra iniziativa politica



Occorre ritrovare un impegno comune, unitario, solidale, convinto. Dal Nord al Sud d'Italia, per riaffermare gli obiettivi e i valori "forti" che costituiscono la base di un sistema sanitario equo, universale e solidale ma anche efficiente e di qualità

La sanità deve restare pubblica

Il servizio sanitario nazionale italiano è un caposaldo della nostra democrazia. Ed è la risposta più coerente e più economicamente sostenibile alla crescita costante della domanda di salute e assistenza da parte dei cittadini.

Per questo il Pd ribadisce la necessità di mantenerne il carattere universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, quale garanzia dell'uniformità nella quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari in tutto il Paese. Per questo il Pd dice un convinto NO al tentativo strisciante del Governo di privatizzare intere fette del servizio sanitario scaricando ulteriori oneri sui suoi cittadini.

In proposito un recente studio di una autorevole rivista scientifica internazionale ha mostrato come negli ultimi anni in Italia sia accaduto che il 60 % dei cittadini si sia dovuto rivolgere almeno una volta alla sanità privata per esigenze essenziali di assistenza, a fronte del 10 % dei cittadini britannici. Proprio in una fase di gravi difficoltà economico-finanziarie e sociali come quelle che stiamo vivendo, la tutela delle esigenze fondamentali della persona (e tra queste la tutela della salute è al primo posto) deve essere sostenuta e incrementata perché costituisce un vera diga al disagio sociale, soprattutto nei confronti delle fasce più deboli della popolazione.

Il sistema welfare italiano deve essere sviluppato in quei campi in cui è inadeguato (e gli esempi non mancano a partire dalla carenza di una vera rete di servizi sociali) e non invece addirittura ridimensionato in quei pochi settori, come la sanità, in cui è soddisfacente per l'universalità dei soggetti destinatari (tutti i cittadini), la quantità e la qualità delle prestazioni.

Tuttavia la garanzia di uniformità dei servizi e delle prestazioni si può realizzare solo assicurando una erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e rispondente alle esigenze dei cittadini. E invece i nuovi Lea, in barba alle promesse del Ministro Fazio, sono ancora bloccati presso la Ragioneria dello Stato, nonostante che a fine luglio 2010 la Camera dei Deputati abbia approvato un Ordine del giorno che impegnava il Governo ad emanare il provvedimento entro il 30 settembre 2010.

L'aggiornamento dei Lea è indispensabile. I vecchi Lea devono essere adeguati includendo prestazioni fondamentali come quelle proposte nell'aprile 2008 dal Governo Prodi per volontà del Ministro Turco: ampliare le possibilità di trattamento per i portatori di malattie rare, offrire l'analgesia al parto a tutte le donne che la richiedono, assicurare importanti ausili come i comunicatori ver-

“

Il Pd ribadisce la necessità di mantenere il carattere universalistico, basato sulla fiscalità generale, del sistema di assistenza sanitaria, quale garanzia dell'uniformità nella quantità e qualità delle prestazioni e dei servizi sanitari in tutto il Paese

“

Sviluppare la collaborazione con il privato e con il “Terzo settore” nei diversi ambiti di intervento della sanità, valorizzando energie, risorse e competenze del mondo imprenditoriale e della società civile

bali ai pazienti affetti da malattie neurodegenerative, garantire il miglior trattamento ai soggetti con gravissime malattie degli occhi come la degenerazione maculare della retina, sono solo alcuni degli interventi necessari per rafforzare la tutela sanitaria della popolazione.

Ed è in questo quadro e con queste premesse che pensiamo possa svilupparsi anche una opportuna collaborazione con il privato e con il “Terzo settore” nei diversi ambiti di intervento della sanità, valorizzando energie, risorse e competenze del mondo imprenditoriale e della società civile.

La “Questione sanitaria nel Mezzogiorno”: una priorità per l’Unità del Paese

Quest’anno si celebrano i 150 anni dell’Unità nazionale e con essi le conquiste, i traguardi raggiunti ma anche i problemi irrisolti. Tra i traguardi superati – come ha ben sottolineato il presidente emerito della Corte Costituzionale Giovanni Maria Flick in un recente intervento in occasione del centenario della costituzione degli Ordini dei Medici italiani – vi è certamente il livello ottimale raggiunto dall’assistenza sanitaria in molte realtà del Paese.

Ma tra i problemi irrisolti e potenzialmente devastanti dell’Unità nazionale non c’è dubbio vi sia il divario significativo in termini di qualità ed efficienza del settore sanitario nel Sud Italia. Un divario che testimonia – sono sempre parole del professor Flick – quanto pesi e sia irrisolta la questione sanitaria meridionale nel processo di unificazione nazionale.

Siamo anche noi convinti che tale divario, soprattutto oggi in presenza di una forte connotazione federalista nella gestione della sanità, rappresenti la “sfida nelle sfide” per celebrare i 150 anni dell’Unità d’Italia, in ossequio alla nostra Costituzione e agli obiettivi che essa si è data e ci ha tramandato di uguaglianza, solidarietà ed equità per tutti i cittadini di fronte alla tutela della salute.

La situazione della sanità nelle regioni meridionali non è più accettabile. La sfida di una sanità di qualità anche in queste regioni deve diventare una “grande questione nazionale”. Le politiche avviate negli ultimi anni dal Governo Berlusconi hanno invece posto la questione su un piano esclusivamente economico, senza alcuna attenzione al vincolo del rispetto dei Lea. Puntando tutte le carte sulla sola logica di rientro dal deficit, senza accompagnarla con una robusta iniezione di investimenti, capace di affrontare le ragioni storiche e quasi permanenti del “gap” qualitativo, funzionale, gestionale e organizzativo, si condanna di fatto il Mezzogiorno a tagli indiscriminati ai già insuffi-

“

La situazione della sanità nelle regioni meridionali non è più accettabile. La sfida di una sanità di qualità anche in queste regioni deve diventare una “grande questione nazionale”

I VIAGGI DELLA SPERANZA

Fonte: Ceis e Ministero della Salute

280 mila

Il numero dei ricoveri ospedalieri di cittadini del sud in strutture del centro-nord pari al 10% del totale dei ricoveri meridionali

1 mld di euro

La spesa annua per la migrazione sanitaria dal sud al centro-nord

cienti livelli prestazionali, senza alcuna reale politica di inversione di tendenza, nelle logiche strutturali dei servizi sanitari locali e senza intaccare il sistema sempre più marcato di connessione tra sanità e criminalità organizzata. La sanità meridionale è infatti entrata da tempo nel mirino degli interessi criminali e mafiosi, con il risultato di moltiplicare in negativo i vecchi problemi fatti di ritardi, di arretratezze gestionali, di insufficiente capacità di aggiornamento e ammodernamento. Per questo è il momento di una svolta. Vera, concreta, reale nei modi e nelle strategie per affrontare questa grande questione la cui soluzione è interesse e dovere di tutto il Paese e che deve vedere per prime coinvolte e responsabilizzate le classi dirigenti del Meridione. Una svolta che non può prescindere da una forte presa di posizione sulla trasparenza, la professionalità e l'onestà di chi detiene la responsabilità della sanità, nelle sue diverse funzioni e articolazioni. In questo obiettivo dobbiamo avere la capacità di muovere e coinvolgere gli enti locali, le amministrazioni regionali, gli operatori del settore, le forze economiche e sociali del territorio e soprattutto l'intera cittadinanza, per sostenere una grande iniziativa che non sia solo di rilancio dei piani di ammodernamento e ristrutturazione dei servizi sanitari, ma una vera operazione di "risveglio" dei valori e delle capacità del Sud, promuovendo innovazione e ricerca nel campo biomedico, favorendo lo sviluppo delle biotecnologie e delle grandi reti telematiche per la salute. A fronte di questa esigenza, la legge di stabilità taglia i finanziamenti per gli investimenti e nel piano per lo sviluppo del Mezzogiorno non vi è nessun riferimento, ne tantomeno risorse dedicate, al rinnovo urgente e innovativo della rete ospedaliera, con le più moderne tecnologie diagnostiche, per avvicinare le realtà sanitarie del paese e non condannare i cittadini del Sud a migrare per farsi curare al Nord.

Il federalismo che vogliamo

Il complesso dei servizi e delle risorse umane e finanziarie della sanità è un patrimonio della comunità. In questo senso il federalismo sanitario è coerente con il dettato costituzionale che delega alle Regioni la responsabilità primaria nella gestione e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie per plasmare i servizi locali alle effettive e diverse esigenze di salute territoriali.

Ma i provvedimenti attuativi del federalismo fiscale, e in particolare i cosiddetti "costi standard sanitari", devono essere profondamente modificati.

Così come individuati i costi standard sanitari rappresentano un modo perverso per congelare lo status quo della sanità, abbandonando definitivamente il Meridione al suo destino di arretratezza



Il federalismo sanitario del Governo Bossi-Berlusconi ha avuto un solo fine: quello di congelare la spaccatura esistente tra Nord e Sud del Paese, abbandonando quest'ultimo al suo destino e rinunciando al dovere costituzionale di garantire pari livelli di assistenza in tutto il Paese

nella dimensione strutturale e qualitativa della sanità. Indicare come riferimento per il finanziamento della sanità la spesa storica pesata delle regioni in pareggio, che è quanto previsto dal decreto sui costi standard, senza riformare alla radice i criteri di individuazione del fabbisogno reale di salute, lascia le cose come stanno senza alcuna possibilità di rinascita della sanità nelle regioni più disagiate. Il calcolo del fabbisogno finanziario delle Regioni non può infatti essere ancorato ai soli indicatori di consumi sanitari per classi di età, come è stato sino ad oggi e come resta invariato anche con questo decreto, ma deve contemplare altri indicatori fondamentali come il livello sociale, lo stato di salute, il livello di ammodernamento tecnologico e strutturale, la presenza di strutture e servizi sul territorio. La allocazione delle risorse finanziarie non può, insomma, prescindere, da una mappa reale dei bisogni anche in chiave di sviluppo del sistema. Per dare ad ogni regione la giusta quantità di finanziamenti, non solo per offrire prestazioni standard, ma anche per raggiungere i livelli sanitari delle Regioni guida più avanzate.

Il cosiddetto benchmark regionale, che il decreto utilizza in chiave puramente contabile, deve invece essere usato quale riferimento per programmi concreti di sviluppo della sanità per portare tutte le regioni allo stesso livello potenziale.

Questo è il processo che intendiamo proporre per la realizzazione di un federalismo sanitario realmente efficace e responsabile. In grado di offrire a tutti una base di partenza omogenea dalla quale misurare le specifiche capacità di gestione e di organizzazione locali. E infine dobbiamo pretendere che siano diramati i nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) da mesi bloccati al Ministero dell'Economia a riprova dell'incapacità di questo Governo di offrire risposte adeguate ai nuovi bisogni sanitari. A partire dalle cure domiciliari, dalle terapie del dolore, fino a quegli interventi indispensabili di assistenza sociosanitaria per gli anziani non autosufficienti o affetti da patologie degenerative. Per dare vita a un Federalismo equo e solidale poniamo quindi questi principali obiettivi:

- costi standard adeguati e basati su criteri che non penalizzino le realtà più disagiate;
- approvazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza per rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni e alle nuove emergenze sanitarie;
- accelerazione del processo di riorganizzazione della medicina di famiglia in forma aggregata, per dare risposte assistenziali appropriate, facilitare il governo della domanda e consentire agli ospedali di fare meglio il loro lavoro evitando ricoveri inutili e dispendiosi;



Prevedere un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le Regioni, affidato a un organismo indipendente garante dell'equità e dell'uguaglianza del diritto alla salute dal Nord al Sud del Paese

- prevedere un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza in tutte le Regioni, affidato a un organismo indipendente garante dell'equità e dell'uguaglianza nel diritto alla salute dal Nord al Sud del Paese.

La salute deve stare fuori dagli “affari” e i partiti fuori dalle nomine

La sanità deve essere specchiata. Trasparente e vigilata più di ogni altro settore di interesse pubblico.

Trasparenza, controlli e verifiche negli appalti, nei contratti di fornitura, negli accordi e nelle convenzioni con i privati e i professionisti, nella gestione ordinaria, nel modo di fare le nomine e indire i concorsi.

Onestà e trasparenza: due valori ma soprattutto un metodo e uno stile che il Pd si impegna a rappresentare ed esercitare in tutte le sedi. Dalla giunta e dall'assessorato fino alla più piccola Asl e al più piccolo ambulatorio medico. E questo non solo dove abbiamo già dimostrato di saper fare in molte regioni da noi amministrate. Dobbiamo e ci impegniamo a farlo ovunque.

Prima di tutto in quelle realtà dove le spinte affaristiche di un'impresoria senza regole e le pressioni della criminalità hanno fatto più danni che altrove, minando la stessa possibilità di governare il territorio, incuneandosi negli ospedali, nei contratti con il privato e negli stessi rapporti con gli operatori.

Affermare la legalità e la trasparenza in sanità non è solo una questione morale. Senza legalità e trasparenza non ci può essere efficienza, qualità, vera attenzione ai bisogni. Senza legalità e trasparenza i soldi non basteranno mai perché prevarranno gli sprechi, i favori, le regalie. Senza legalità e trasparenza i medici, gli infermieri, gli stessi direttori generali di Asl e ospedali avranno le mani legate da accordi sottobanco e da interessi che con la tutela della salute dei cittadini non hanno nulla a che fare.

Ma di legalità e trasparenza si deve parlare anche quando si parla di nomine. Sia dei manager che dei Dirigenti medici apicali, troppo spesso oggetto di feroci logiche di lottizzazione.

I partiti devono restare fuori da questa partita.

Per rimediare alla invadenza pervasiva della politica nella Sanità occorre prima di tutto cancellare le storture introdotte da alcune norme recenti (a partire da quelle contenute nella cosiddetta “Legge Brunetta”) che, contrariamente alle finalità dichiarate, danno ancora più potere alla politica nella pubblica amministrazione. Ma serve anche definire i requisiti professionali, i criteri e



Affermare la legalità e la trasparenza in sanità non è solo una questione morale. Senza legalità e trasparenza non ci può essere efficienza, qualità, vera attenzione ai bisogni. Senza legalità e trasparenza i soldi non basteranno mai perché prevarranno gli sprechi, i favori, le regalie

le procedure delle scelte dei direttori generali di Asl e ospedali e dei Direttori di struttura assistenziale, per garantire che chi sarà scelto lo sarà solo per i suoi meriti, le sue esperienze e le sue capacità professionali. Per i direttori generali dobbiamo avere come primo obiettivo quello di elevare l'asticella della qualità professionale, tenendo conto della specificità della loro funzione, richiedendo curricula verificabili e coinvolgendo nelle scelte le rappresentanze elette dei territori interessati. E questo, insieme a sistemi di valutazione in itinere e al termine dell'incarico, su obiettivi comprensibili, raggiungibili e misurabili, e non solo di natura economica. Per quanto riguarda invece i Direttori di Unità Operative Assistenziali (i vecchi Primari), sia Ospedalieri che Universitari, occorrono meccanismi selettivi più attenti ai valori professionali limitando e circoscrivendo i poteri discrezionali delle amministrazioni.

In altre parole vogliamo che chi è chiamato a gestire la sanità stia lì solo perché è il più bravo e non perché appartiene a questa o a quella cordata di potere e di interessi.

La sanità è fattore di sviluppo per il paese non una palla al piede.

Investire in sanità vuol dire muovere risorse, uomini, know how, con tanto "made in Italy" che il mondo ci invidia per capacità ideative e realizzative.

Già oggi a fronte di un carico in termini di spesa pubblica del 7,2%

sul Pil, la sanità rappresenta il 12,8% dello stesso Pil in termini di "ricchezza" prodotta. Nella filiera della salute, direttamente o indirettamente lavorano più di 1,5 milioni di italiani, corrispondenti al 6,1% del totale dell'economia nazionale. Per ogni mille euro di produzione, l'industria della salute spende per la ricerca più di 30 euro, contro i 6 euro della media dell'industria manifatturiera. Ogni 100 euro investiti in Sanità ne attivano 183 nel sistema economico del paese.

A fronte di questi dati, che dovrebbero porre la sanità tra gli assi portanti del Paese in termini di rilancio degli investimenti delle occasioni di nuova occupazione e produzione di ricchezza, le politiche nei confronti della filiera della salute, restano vecchie e ancorate ad una visione della sanità come mero fattore di spesa e non come fattore di sviluppo per l'intera economia nazionale.

E così, i nostri ospedali sono ormai in maggioranza troppo vecchi, insicuri, non rispondenti ai nuovi canoni della medicina.

E lo stesso vale per la creazione di una vera rete di assistenza extraospedaliera in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute

“

Vogliamo che chi è chiamato a gestire la sanità stia lì solo perché è il più bravo e non perché appartiene a questa o a quella cordata di potere e di interessi

IL COSTO-BENEFICIO DELLA FILIERA SANITÀ

Fonte: RGE 2009 e Confindustria

7,2 % PIL

Il peso della spesa sanitaria pubblica

12,8 % PIL

la ricchezza prodotta dalla filiera sanità

derivanti dall'invecchiamento e dalla cronicità. E, lo stesso, infine, si può rilevare per le politiche poco incentivanti se non del tutto disincentivanti, nei confronti della ricerca e dello sviluppo scientifico e tecnologico.

E invece cosa fa questo governo? Continua a promettere le opere dell'immaginario, l ponte di Messina!

Ammodernare gli ospedali e le strutture sanitarie non serve solo a migliorare la loro qualità e la loro efficienza, serve a risparmiare in ristrutturazioni che si rivelano impotenti e costose, serve ad abbattere costi energetici ingenti, serve a ricostruire in sicurezza. Serve anche a salvare vite. Forse l'abbiamo dimenticato ma il 6 aprile di due anni fa L'Aquila è crollato anche l'ospedale!

Oggi sappiamo (come documenta una relazione della Protezione Civile) che almeno 500 ospedali italiani sono a rischio di tenuta in caso di terremoti e che quanto accaduto a L'Aquila potrebbe riaccadere ovunque, vista la nota fragilità sismica della penisola. In risposta a tutto questo il Governo, con la legge di stabilità, non ha fatto altro che bloccare 9 miliardi di investimento in sanità per l'ammodernamento strutturale e tecnologico, già stanziati e che ora non possono essere utilizzati dalle Regioni, paralizzando così ogni attività nell'edilizia sanitaria comprese quelle per la messa in sicurezza degli ospedali e per la loro stessa manutenzione ordinaria.

Per questo vogliamo riaprire il cantiere della sanità, per la messa in sicurezza delle strutture e per una capillare opera di riammodernamento della rete e delle infrastrutture sanitarie del Paese, insieme a una nuova politica di promozione della ricerca italiana capace di attirare contestualmente gli investimenti esteri. Incentivare la ricerca biomedica vuol dire assicurarsi una medicina al passo con i tempi e produrre opportunità di lavoro, specie per i giovani, contrastando l'allarmante fenomeno della "fuga dei cervelli" all'estero.

Il confronto con gli operatori della sanità

Nel Servizio sanitario nazionale lavorano ogni giorno più di 650 mila operatori qualificati dai quali dipende la vita stessa del sistema sanitario. Sono loro che devono far fronte alla domanda di salute e sono sempre loro che devono far quadrare i conti all'interno di ogni singolo ospedale e ambulatorio medico.

Questo Governo, fin da quando si è insediato, non ha fatto altro che mortificare la loro professionalità, congelando i loro contratti, definendoli a volte "spie", a volte "macellai" e in generale "fannulloni".

Noi diciamo basta a questa politica di insulti e violenza verbale e legislativa e ci poniamo decisamente al fianco dei medici, degli

“

Vogliamo riaprire il cantiere della sanità, per la messa in sicurezza delle strutture e per una capillare opera di riammodernamento della rete e delle infrastrutture sanitarie del Paese, insieme a una nuova politica di promozione della ricerca che sappia valorizzare il made in Italy e attirare contestualmente gli investimenti esteri

“

Siamo decisamente al fianco dei medici, degli infermieri e di tutti gli altri sanitari che dedicano la loro vita alla salute dei cittadini

infermieri e di tutti gli altri sanitari che dedicano la loro vita alla salute dei cittadini.

E lanciamo anche un forte allarme per la carenza di medici e altri operatori sanitari, che tutti gli osservatori istituzionali hanno denunciato a partire dai prossimi anni, frutto di una insufficienza qualitativa e quantitativa di un sistema formativo troppo ancorato alle logiche universitarie ma anche per le politiche di indiscriminato blocco del turn over che stanno uccidendo la sanità pubblica. L'affermarsi di nuovi bisogni sanitari e il continuo sviluppo tecnologico e della ricerca, richiede anche una diversa concezione del ruolo di tutte le figure professionali che cooperano con il medico ed un nuovo modello organizzativo che delineando i confini dell'atto medico e le sue prerogative assegni nuove competenze alle professioni, con il fine di allargare il ventaglio delle cure e dell'assistenza di primo livello.

Per questi motivi abbiamo deciso di aprire immediatamente un confronto permanente con gli operatori. Un vero e proprio "laboratorio sanità", per affrontare tutti i temi legati allo sviluppo della professionalità di questi operatori a partire dalla formazione, dalla ricerca, dalla autonomia professionale, dal loro coinvolgimento diretto nella governance delle aziende sanitarie.

Garantendo a questi professionisti che le loro carriere, comprese le nomine dei manager e dei primari, non dipenderanno dall'appartenenza a questa o quella consorteria politica, professionale o familiare, ma esclusivamente dal loro merito.

E per fare tutto ciò vogliamo discutere insieme per ridare dignità e ruolo a chi nella sanità lavora ogni giorno al servizio dei cittadini.

Un servizio su misura e "misurato" dai cittadini

Il Ssn presenta ancora molte aree di inefficienza. Alcune limitate a specifiche situazioni locali (in particolare nel Sud del Paese per le ragioni già descritte), altre estese a tutto il territorio nazionale.

Tra queste ultime, solo per fare alcuni esempi, figurano le liste d'attesa inaccettabili per molte prestazioni, la carente umanizzazione delle cure, la persistenza di episodi di inefficienza, imperizia e disorganizzazione che danno luogo ai cosiddetti casi di "malasanità".

I lunghi tempi di attesa sono la piaga di un sistema che non è stato in grado di apportare i necessari correttivi alla propria organizzazione attraverso eliminando le prestazioni inutili, gestendo la domanda di assistenza in modo equilibrato tra ospedale e strutture territoriali, utilizzando in modo efficiente e a pieno regime

“

Dobbiamo imparare ad ascoltare i cittadini, utenti ma anche i veri azionisti di riferimento della sanità pubblica, a fidarci dei loro giudizi e delle loro valutazioni su come sono stati assistiti e curati.

le tecnologie e gestendo il rapporto tra le prestazioni istituzionali e quelle a pagamento.

Per dare risposte concrete a tutte queste cose non è vero che non si può fare niente, come ci si lamenta spesso.

Noi l'avevamo fatto. Con una legge dedicata proprio allo snellimento delle liste d'attesa, alla garanzia delle urgenze e alla regolamentazione dell'attività professionale pubblica e privata nelle Asl e negli ospedali.

Stiamo parlando della legge 120 del 2007 che garantisce risposte assistenziali in tempi certi (max 72 ore per le urgenze) e fissa precisi paletti per l'esercizio della cosiddetta "intramoenia" e cioè dell'attività privata dei medici all'interno degli ospedali pubblici.

Ebbene, per precisa volontà del Governo Berlusconi, quella legge è rimasta inapplicata, con ripetute proroghe (l'ultima è inserita nel decreto Milleproroghe in discussione in Parlamento).

Noi le liste d'attesa le abbiamo affrontate sul serio.

Questo Governo NO.

Ma non basta. Dobbiamo imparare ad ascoltare i cittadini, utenti ma anche i veri azionisti di riferimento della sanità pubblica, a fidarci dei loro giudizi e delle loro valutazioni su come sono stati assistiti e curati.

Per questo vogliamo che, insieme agli interventi di monitoraggio dell'efficienza già avviati, siano messi a regime strumenti reali di valutazione delle cure, all'interno dei quali il giudizio del cittadino dovrà avere un peso determinante.

Giudizi che devono contemplare qualità, umanizzazione delle cure, efficienza dei servizi, tempi di attesa, facilità di accesso e così via. E questi giudizi e queste valutazioni devono essere resi pubblici perché la sanità che vogliamo è per e dei cittadini e di nessun altro. E i cittadini devono essere informati sulla capacità e la professionalità di chi li assiste e poter scegliere dove andare anche in base a queste valutazioni. Perché nelle parole e nei giudizi degli utenti del Ssn stanno tutti i mali e tutti i rimedi per la sanità italiana.

Perché vogliamo investire sulla salute delle donne

“La salute delle donne è il paradigma dello stato di salute dell'intera popolazione”. Con questa dichiarazione l'Oms ha lanciato la sua sfida per una rivalutazione complessiva delle politiche sanitarie e sociali in tutte le aree del Pianeta.

La salute delle donne, quindi, quale vero e proprio indice per misurare il livello di civiltà, democrazia e sviluppo di un Paese. In

“

La salute delle donne è il paradigma dello stato di salute dell'intera popolazione

altri termini, le donne, il loro mondo, la loro vita e la loro salute sono veri e propri “indicatori del benessere” di una società nel suo complesso. La disuguaglianza tra uomini e donne specchia infatti ancora oggi tutte le altre disuguaglianze, discriminazioni e oppressioni. Nel mondo le donne sono ancora le più povere, le meno istruite, quelle con minor reddito e con minori diritti civili. E anche nel nostro paese, nonostante la straordinaria crescita di soggettività e di protagonismo, la maggioranza delle donne resta esiliata dai luoghi decisionali delle istituzioni, della politica, del lavoro.

Ma parlare di salute della donna ha un senso anche perché le donne si ammalano di più, anche se vivono più a lungo degli uomini. Secondo i dati Istat, l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Un divario che assume proporzioni gigantesche per alcune patologie come la cataratta (+ 80%), l'ipertensione arteriosa (+30%), la tiroide (+500%), l'artrosi e l'artrite (+49%), l'osteoporosi (+736%), la cefalea e l'emicrania (+123%), la depressione e l'ansietà (+138%), l'alzheimer (+100%). E inoltre, secondo le statistiche internazionali, la malattia cardiovascolare, ancora oggi considerata una patologia “maschile” è il killer numero uno per le donne tra i 44 e i 59 anni.

Anche per questo occorre sviluppare la ricerca e la medicina di genere, considerando che le donne consumano più farmaci degli uomini, sono anche più soggette degli uomini alle reazioni avverse e sono da sempre paradossalmente sottorappresentate nei trials clinici. La ricerca di genere permetterebbe invece di segnalare le differenze di assimilazione e di risposta dell'organismo femminile rispetto a quello maschile.

E infine bisogna dare sviluppo ai servizi socio sanitari delle donne. A partire dai consultori e dalla rete materno infantile, per cui bisogna implementare servizi, strutture e accessibilità per una maternità realmente consapevole e sicura. Dalla fase gestazionale a quella del parto occorre garantire un appropriato “percorso nascita” che valorizzi la fisiologia dell'evento riducendo la epidemia di tagli cesarei. Ed insieme tutti quei servizi fondamentali per consentire la gestione e l'educazione dei figli senza rinunciare agli impegni professionali e lavorativi della donna.

Garantire una vecchiaia serena e dignitosa a tutti

Oggi si vive più a lungo e purtroppo questa nuova longevità non è sempre accompagnata da una buona salute. Con l'età crescono le malattie croniche e invalidanti che per molte persone diventano una realtà con la quale convivere anche per molti anni. Tutte queste persone, quasi sempre non autosufficienti, e parliamo di

LE DONNE SI AMMALANO DI PIÙ

Fonte: Istat

8,3% **donne**

in cattivo stato di salute

5,3% **uomini**

in cattivo stato di salute

almeno 3 milioni di cittadini, hanno diritto a una vita il più normale possibile.

A casa loro, assistiti adeguatamente e supportati nei momenti più difficili dell'evoluzione della loro malattia, con sostegni adeguati e il più possibile personalizzati rispetto ai loro specifici bisogni. Un'utopia? Assolutamente no. Si può fare. Ma serve la volontà politica di farlo, superando steccati di competenze e prerogative tra regione, asl, comune, volontariato. Unendo le risorse e le capacità straordinarie che già abbiamo ma che anziché essere valorizzate e incoraggiate sono state pesantemente mortificate dai tagli al settore sociale. Ma non basta. Oggi la tecnologia e le possibilità di razionalizzazione delle reti assistenziali a distanza, consentono di creare veri e propri ambienti abitativi a misura della non autosufficienza, come già avviene in molti Paesi europei con ampie garanzie di presa in carico da parte del sistema senza interventi di istituzionalizzazione dei pazienti. Accanto a questo è il momento di avviare, anche in Italia, una reale personalizzazione dell'assistenza per le persone anziane e non autosufficienti, anche attraverso forme di assistenza complementari da parte dei Fondi sanitari integrativi con tariffe e costi controllati, che consenta di mettere in campo nuove risorse dando ampia possibilità alle persone di gestire con ampia autonomia i propri bisogni di assistenza. Riorientare i fondi sanitari integrativi di origine contrattuale, la mutualità volontaria tra cittadini ai più rilevanti bisogni sociosanitari della popolazione anziana, quali la non autosufficienza o le cure odontoiatriche è una modalità solidaristica tra lavoratori e cittadini di condividere i rischi futuri. Convogliare parte della somma privata, molto elevata, che rappresenta circa 25 miliardi di euro oltre quella pubblica, che nel nostro paese si spende per la salute, verso modalità collettive per far fronte a grandi bisogni sociali in un paese che invecchia, con un enorme debito pubblico che pesa sulle generazioni future, significa non sprecare fondi e mutualità verso ciò che il Ssn già eroga, ma tragaruardarli verso ciò di cui vi è più bisogno. Solo così può essere giustificato il beneficio fiscale che il nostro ordinamento prevede per queste forme di solidarietà contrattuale o tra cittadini.

Attenzione e cura a chi soffre

Il dolore, la sofferenza, il fine vita sono entrati a far parte del dibattito pubblico. Alleviare le sofferenze, ridurre il dolore, accompagnare il fine vita sono diventate parte integrante della domanda di cura e del diritto alla salute.

“

Vogliamo che le persone non autosufficienti siano assistite a casa loro e supportate nei momenti più difficili dell'evoluzione della loro malattia, con sostegni adeguati e il più possibile personalizzati rispetto ai loro specifici bisogni

“

Riorientare i fondi sanitari integrativi ai più rilevanti bisogni sociosanitari della popolazione anziana, per una nuova solidarietà tra lavoratori e cittadini

L'invecchiamento della popolazione e una aspettativa di vita crescente ci hanno messo di fronte ad un incremento significativo della incidenza di patologie croniche.

Curare le persone non significa solo guarire il corpo malato, ma promuovere la qualità della vita sia quando si è costretti a convivere a lungo con una patologia cronica che quando restano pochi mesi e giorni di vita. Il diritto alla salute deve saper prendere in carico le persone e le famiglie che convivono a lungo con la sofferenza e le malattie. Per combattere il dolore, alleviare le sofferenze e non lasciare nessuno solo di fronte alla malattia.

Grazie al determinante contributo del Pd, il Parlamento ha approvato alcuni mesi fa la legge per garantire le terapie del dolore e le cure palliative. Ma il Governo Berlusconi non ha mai stanziato i fondi per l'applicazione della legge e così l'Italia resta ancora tra gli ultimi posti in Europa nella diffusione delle terapie contro il dolore.



Promuovere la relazione di fiducia fra medico, paziente e familiari per rispettare la volontà del paziente e non lasciarlo mai solo di fronte alla malattia