

PER UN SERVIZIO SANITARIO APPROPRIATO

di Vincenzo Caporale

1. Perché del fallimento nella tutela della salute pubblica
2. Pianificazione delle Risorse nel rispetto della teoria delle tre U
3. Gestione Unica dei LEA nella Struttura Territoriale
4. La Salute come benessere fisico mentale e sociale
5. DeIstituzionalizzazione, DeSettorializzazione e Integrazione sociosanitaria
6. L'ALPI e la quota non erogata dai servizi a gestione pubblica diretta, il doppio tranello del tetto di spesa sul costo del personale dipendente del servizio sanitario
7. Obiettivo perequativo nelle diseguaglianze sia nelle strutture che nei risultati di salute (Sopravvivenza totale, Sopravvivenza libera da disabilità, Mortalità evitabile e PASSI)
8. Riconferma e Aggiornamento dei Principi e Obiettivi della L.833/1978

1. Perché del fallimento nella tutela della salute pubblica

La finalità dell'art.32 della Costituzione della Repubblica Italiana è chiara, la Salute è uno dei diritti fondamentali garantiti: “La Repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”.

Dopo 10/12 anni dall'attivazione del Servizio Sanitario Nazionale, a fronte di uscite economiche (*i costi*), sempre in aumento, invece di puntare sull'appropriatezza clinica ed organizzativa si imboccò la via mercantile anche in sanità.

Si copiò il modello Statunitense delle tariffe ospedaliere, i cosiddetti DRGs, introducendo la concorrenza in quello che diventò il mercato delle prestazioni sanitarie di diagnosi e cura.

La partecipazione di privati convenzionati con il SSN aumentò progressivamente, le strutture sanitarie divennero aziende, con la logica del pareggio in bilancio, la perequazione delle diseguaglianze in salute venne abbandonata tralasciando quanto dettava l'art.2 della L.833/78: “Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”.

La logica del profitto passava anche nelle organizzazioni che fornivano prestazioni sanitarie per la diagnosi e la cura delle persone.

L'investimento sulla Prevenzione pianificato nell'istituzione del SSN venne a mancare, privilegiando la copertura dei costi storici (... ospedalieri ...) e l'aumento della spesa derivata dai convenzionati/accreditati.

L'introduzione dei tetti di spesa, nell'illusione di tenere sotto controllo le uscite, ha favorito la chiusura progressiva dei servizi sanitari grazie all'introduzione di quello sulla spesa del personale dipendente (dalla finanziaria 2006 blocco o rallentamento del turn over dei pensionamenti), senza porre freno all'incremento della spesa convenzionata/accreditata.

Il tetto di spesa sul costo del personale dipendente, costo del 2004 aumentato dell'1,4%, ha progressivamente aumentato lo squilibrio territoriale e quindi le diseguaglianze di salute fra le diverse regioni. Infatti il rapporto unità di personale e popolazione era già disomogeneo nel 2006 e ogni passaggio d'anno ha aumentato la forbice.

Anche l'investimento sull'assistenza primaria nel territorio fu rinviato per “uscite più urgenti”, fino ad arrivare alla carenza di medici di famiglia e alla mancata attivazione dell'infermiere di comunità.

2. Pianificazione delle Risorse nel rispetto della teoria delle tre U

I principi guida nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con l'approvazione della Legge n.833/78 sono: Universale, Unificato e Uniforme, vale a dire un sistema che riguarda la totalità della popolazione presente, un solo contributo copre l'insieme di rischi e danni alla Salute senza creare discriminazioni fra gli assistibili e infine assicura a tutti le stesse prestazioni.

Questi tre piedi reggono il Piano Sanitario Nazionale e quelli regionali.

E' del tutto evidente come dopo gli anni '80, quando si iniziò a tutelare la salute con delle strutture sanitarie uniche e territoriali, sono stati abbattuti due dei pilastri indicati.

Unificato: non era più solo la fiscalità generale che finanziava il SSN, ma iniziarono a entrare in scena i fondi integrativi (presenti anche nei contratti nazionali di lavoro) e le assicurazioni private. Sono subentrate progressivamente le discriminazioni fra le persone nell'accesso alle cure, come lo era prima della istituzione del SSN con le cosiddette casse mutue.

Uniforme: i livelli di assistenza che inizialmente erano definiti LUEA, livelli uniformi ed essenziali di assistenza, presero la dizione di LEA, cioè erano indicati solo i livelli minimi che ogni regione avrebbe dovuto assicurare ed erogare alle persone presenti sul proprio territorio.

Il primo strumento del sistema sanitario, il Piano Sanitario Nazionale e quelli Regionali, subiva un grande ridimensionamento.

Infatti l'allocazione delle risorse, cioè la Pianificazione, perdeva la capacità di farsi rispettare, quanto veniva pianificato a livello centrale nella conferenza stato regioni e province autonome non è stato rispettato, continuando sostanzialmente a ripetere la spesa storica e quindi ad allontanare la riduzione degli squilibri territoriali, che era ed è il mandato normativo fondamentale sia in Costituzione che nelle Leggi.

Le quote percentuali del Fondo Sanitario, che vengono assegnate alla Prevenzione, all'Assistenza Distrettuale e all'Assistenza Ospedaliera e le ripartizioni interne a queste

3 aree, non sono mai rispettate negli anni dalle voci di costi dei bilanci delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Oltre a non perseguire la riduzione degli squilibri territoriali, il mancato rispetto nell'allocazione dei fondi fra Prevenzione Territorio e Ospedale contribuiva pesantemente ad aumentare i costi della Sanità e il suo inserimento nella logica di mercato, con la progressiva privatizzazione delle prestazioni sanitarie (convenzionamento, accreditamento, ALPI, etc.), quadro realizzatosi in quasi tutte le Regioni.

Si confondevano ancor di più i limiti fra sanità pubblica e sanità privata, fra le strutture accreditate quelle non a gestione diretta ma amministrata da società o gruppi privati dovrebbero essere parte interna del SSN, quindi far parte della stessa famiglia.

Perché non ci sono agende uniche nella prenotazione di prestazioni sanitarie fra strutture accreditate a gestione pubblica diretta e strutture accreditate a gestione privata?

Il sottofinanziamento della Prevenzione, che da un prescritto 5% del Fondo, si è attestato negli anni fra il 2 e il 3 % (superando solo in qualche regione più finanziata il 3) ha prodotto negli anni l'aumento dei Malati, quindi dei costi in sanità, invece che dei Sani, vero obiettivo della Prevenzione primaria.

Il sottofinanziamento dell'Assistenza Distrettuale/Territoriale, praticato in quasi tutte le Regioni, ha prodotto la riduzione nell'individuare precocemente le patologie e nella presa in carico assistenziale a livello ambulatoriale e domiciliare.

La poca efficacia degli screening e delle cure sul territorio ha tenuto sempre alto l'afflusso di pazienti ai pronto soccorso e nei reparti ospedalieri, conseguentemente incrementando i costi nella struttura ospedaliera.

Parimenti i servizi di Salute mentale sono stati sottofinanziati rispetto a quanto prescriveva la pianificazione, le minori risorse hanno contribuito a ridurre l'assistenza sociosanitaria basata sulla inclusione dei sofferenti psichici negli ambienti di vita, per assicurare una deistituzionalizzazione costante.

Gli ospedali hanno subito l'afflusso di pazienti che attestavano una scarsa appropriatezza organizzativa, trattando malati che più correttamente dovevano essere curati in servizi a minore intensità assistenziale e con impegno di risorse molto più contenuto.

Gli stessi Ospedali hanno subito la sconsiderata progressiva separazione dalla struttura sanitaria territoriale, inficiando il principio della continuità della presa in carico assistenziale delle persone e aumentando la spesa complessiva, anche per l'afflusso di persone affette da malattie cronico degenerative che non erano state curate in ambulatorio e al domicilio prevenendo gli scompensi e le complicanze.

Liberare gli ospedali da interventi impropri permette una loro più efficace specializzazione e il miglioramento della ricerca applicata.

Può risultare semplice comprendere che un'allocazione di risorse maggiori sulla Prevenzione e sull'Assistenza Territoriale comporta un numero maggiore di persone sane e con stili di vita a tutela della salute individuale e collettiva.

Anche le patologie croniche, oggi prevalenti, venendo affrontate nell'ambiente di vita delle persone riducono di molto le complicanze, aumentano la vita libera da disabilità e riducono i costi che gravano sul Servizio sanitario.

La promozione della Salute come interesse della collettività richiede il rispetto e la verifica sul reale utilizzo di un finanziamento e la conseguente allocazione di risorse di **almeno il 6 %** del fondo sanitario assegnato **per il 1° LEA Prevenzione**, almeno il **50 % per il 2° LEA Assistenza Distrettuale/Territoriale** e del **44 % per il 3° LEA Assistenza Ospedaliera**.

I limiti posti a questo finanziamento delle macroaree sono: per il primo, **a.** l'impegno a coprire con un terzo dei fondi campagne educative e formative su stile di vita e alimentazione a partire dalle scuole elementari e medie, **b.** uso dei risultati dello studio PASSI per la riduzione degli squilibri territoriali; per il secondo, **c.** l'impegno ad attivare nell'arco di 3 anni una equipe di comunità (medico, infermiere e OSS) ogni 5 mila abitanti per la presa in carico assistenziale, a partire dalle persone con malattia cronico degenerativa e dalle persone con evento acuto curabile in sede ambulatoriale

e/o domiciliare, **d.** limite invalicabile di un settimo del finanziamento da usare per la spesa relativa al convenzionamento/accreditamento delle Case di cura (cosiddette Cliniche o Ospedali a gestione privata), **e.** limite invalicabile di un settimo del finanziamento da usare per la spesa relativa al convenzionamento/accreditamento dei centri di specialistica e diagnostica strumentale a gestione privata, **f.** agenda unica di prenotazione specialistica e di diagnostica strumentale includente sia i centri a gestione pubblica diretta che quelli a gestione privata; per il terzo, **g.** attivazione di Week Hospital in ogni Unità Sanitaria Locale (ex ASL), **h.** Verifica mensile dell'appropriatezza organizzativa del regime di ricovero, day hospital day surgery ordinario, **i.** ;

3. Gestione Unica dei LEA nella Struttura Territoriale

Il servizio sanitario che tutela la salute come benessere psicofisico e sociale si dota di una struttura erogativa dei servizi, nella quale un unicum assistenziale continuo permette il passaggio semplice e diretto dalla Prevenzione, 1° livello essenziale di assistenza, all'Assistenza distrettuale, 2° livello essenziale di assistenza, e all'Assistenza ospedaliera, 3° livello essenziale di assistenza.

Una unica amministrazione e gestione operativa del Servizio Sanitario assicura gli interventi di Prevenzione all'individuo e alla collettività, permette quindi che le stesse persone ricevano interventi di diagnostica, di cura e di prevenzione secondaria e terziaria sul territorio in ambulatorio e a domicilio; infine nei casi in cui questi interventi siano inefficaci, accompagna gli assistibili a subire le terapie necessarie nei presidi ospedalieri.

La messa in opera degli interventi previsti nel 2° lea è la diretta conseguenza di una mancata efficacia delle azioni del 1° lea, così come l'attivazione di prestazioni previste

nel 3° lea è conseguente alle azioni inefficaci e alla scarsa appropriatezza organizzativa del 2° lea.

L'equipe di comunità, medico infermiere e OSS, presente ogni 5-10 mila abitanti, coordina e accompagna nel percorso sanitario la persona assistibile assicurandosi che gli attori dell'assistenza (*medico di MG, specialista territoriale e ospedaliero*) parlino fra loro del percorso assistenziale del paziente come l'insieme degli interventi a salvaguardia della salute personale.

Separare l'Amministrazione e la gestione operativa dei diversi lea, per esempio l'ospedale e il distretto, determina la carente e difficoltosa comunicazione fra gli attori assistenziali, con grave danno all'assistito e alla collettività.

Elemento essenziale è il controllo democratico sui servizi di tutela della salute individuale e collettiva.

Il potere di verifica delle singole persone riunite o meno in associazioni si potrà esercitare più estesamente in una organizzazione sanitaria unitaria, fino al controllo di legittimità democratica e costituzionale sulla partecipazione solamente ausiliaria, e non gravemente numerosa, delle esternalizzazioni di servizi di supporto e preferibilmente non di tipo prettamente sanitario.

I diritti fondamentali, come quello di tutela della salute, sono garantiti dallo Stato direttamente e non possono essere appaltati a terzi, siano essi profit o non profit, pena l'illegittimità democratica della erogazione degli stessi servizi.

Infatti appaltando a terzi l'erogazione di servizi sanitari, in misura rilevante e non ausiliaria o minoritaria, si vanifica la funzione dello Stato quale garante legittimo, perché diretto, del diritto alla tutela della salute.

Inoltre si rende estremamente difficoltosa la verifica democratica delle persone, che invece rischiano di essere sempre più allontanate dal controllo di legittimità democratica del diritto fondamentale.

In altri termini la collettività, non vedendo più come diretto erogatore lo Stato, si disaffeziona e perde fiducia nelle Istituzioni.

Si contrappongono due visioni, una liberista che vuole esautorare lo Stato dalla erogazione diretta di servizi essenziali come quello del diritto alla tutela della salute e rendere mercantile la fornitura dei servizi sanitari non più essenziali, l'altra di legittimità democratica che intende confermare lo Stato nella sua funzione di principale erogatore e tutore dei diritti fondamentali ed essenziali previsti in Costituzione.

Diritti/doveri propri dello Stato, in quanto istituzione demandata a queste specifiche garanzie, quindi funzione che non può alienare in quanto la toglierebbe al popolo sovrano costituzionalmente.

4. La Salute come benessere fisico mentale e sociale

. Obiettivo del servizio sanitario è la promozione della salute individuale e collettiva, il suo mantenimento e il suo recupero quando lo stato di benessere psicofisico risulta danneggiato.

Lo stato di salute è influenzato dai determinanti sociali, che contribuiscono in modo diretto al mantenimento della salute personale di individui e comunità.

Le Diseguaglianze Sociali sono intense, regolari e crescenti. Gli operatori di sanità pubblica non possono prescindere dal confronto con le origini sociali della malattia e la ricerca delle soluzioni.

Esse determinano una diversa tutela della salute: condizione sociale più disagiata, carenze nell'organizzazione regionale e locale, servizi sociosanitari, stili di vita, stato occupazionale, relazioni diseguali tra donne e uomini, livello di istruzione, esperienza migratoria, distribuzione del reddito, disparità nella disponibilità della casa e nella situazione abitativa.

Poiché tale condizionamento non è eludibile, diventa ancora più importante l'intervento di azioni operative di tipo preventivo.

La Prevenzione Primaria fornisce elementi utili a ridurre le diseguaglianze presenti nella società, gli interventi educativi, a partire dalla scuola materna, sugli stili di vita adeguati favoriscono i cambiamenti del comportamento e quindi la riduzione del rischio di contrarre malattie cronico-degenerative e le loro complicanze.

L'attività fisica, il sovrappeso e l'obesità, la sedentarietà, il consumo di frutta e verdura, il consumo di alcool, l'abitudine al fumo, il livello di istruzione e le difficoltà economiche sono variabili associate dall'analisi scientifica all'insorgenza delle malattie cronico-degenerative.

L'effetto negativo delle diseguaglianze sociali è evidente nello studio della prevalenza del Diabete, malattia emblematica della nostra società.

E' possibile intervenire per ridurre la prevalenza delle persone affette da diabete.

E' ugualmente possibile intervenire sui fattori di rischio modificabili per le malattie cardiovascolari: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà e dieta (*scarso consumo di frutta verdura e pesce*).

Le attività di prevenzione primaria, se realmente attivate ed effettuate su larga scala determinano la riduzione degli ammalati di patologie cronico-degenerative e dei frequenti scompensi.

Il servizio sanitario che tutela la salute come obiettivo centrale e fondamentale assicura una copertura estesa di prestazioni di Prevenzione Secondaria alla comunità.

Gli interventi in grado di individuare la malattia in fase preclinica o nelle prime fasi, come gli screening ed alcuni esami diagnostici, hanno un elevato grado di efficacia, riducendo la numerosità di interventi chirurgici complessi e costosi oltretutto di grande disagio per i pazienti.

E' evidente che il costo delle risorse da impegnare in attività di Prevenzione primaria secondaria e terziaria, non solo è limitato a pochi punti percentuali, ma ha una ricaduta molto positiva sulla riduzione della spesa nei livelli e settori di assistenza sanitaria più complessi.

L'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale più complessa, come le cure domiciliari e la salute mentale, possono così dedicarsi ai pazienti garantendo un buon

livello di appropriatezza clinica ed organizzativa, riducendo gli episodi di abbandono dei pazienti.

Inoltre non determineranno lunghe attese, né l'allontanamento delle persone dalla cura necessaria, per mancata disponibilità di operatori ed economica degli assistibili.

5. DeIstituzionalizzazione, DeSettorializzazione e Integrazione sociosanitaria

Ogni contenitore, edificio palazzina, che ospita delle persone e che le costringa a stare lì, è un segno grave di esclusione discriminazione e razzismo praticato da quella società.

Le strutture residenziali per quanto possano essere “addolcite”, svolgono una funzione di costrizione e di galera per il tipo di persone che si rinchiodano e si isolano: disabili fisici o sofferenti mentali, anziani, transessuali e in attesa di giudizio.

Il Servizio Sanitario nazionale pubblico deve fare molta attenzione nel de-istituzionalizzare le proprie azioni, rendendo le prestazioni che eroga come derivanti da un approccio multidisciplinare e olistico.

I tre campi nei quali si articola, prevenzione assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, non sono settori separati ma componenti flessibili di un insieme unico teso alla salvaguardia della Salute individuale e collettiva.

Le difficoltà si limitano nella capacità del sistema di fornire sempre il massimo dell'Accoglienza con la soluzione del problema/quesito posto dalla persona con bisogno sociosanitario di salute, che si reca presso un servizio sociosanitario o lo ponga per telefono.

I costi della capacità di accogliere solutivamente i bisogni posti sono insignificanti, ma molto efficaci e conferiscono Appropriatezza organizzativa al servizio capace di queste risposte.

Le diseguaglianze di salute evidenziano sempre più il peso negativo delle discriminazioni sociali nella tutela della salute.

Infatti la malattia è presente di più nei gruppi svantaggiati, basti l'esempio che il Diabete risulta più diffuso fra nelle persone senza titolo di studio o con la sola licenza elementare, in quelle con molte difficoltà economiche e nelle persone obese.

Il servizio sanitario può garantire la porta unica di accesso alla popolazione con bisogno sociosanitario, quindi coinvolgere i servizi sociali degli Enti locali per assicurare insieme la risposta al bisogno, che è prevalentemente complesso, quindi necessità di un approccio multidisciplinare con inevitabile forma di promozione della salute quale azione di educazione sanitaria.

6. L'ALPI e la quota non erogata dai servizi a gestione pubblica diretta, il doppio tranello del tetto di spesa sul costo del personale dipendente del servizio sanitario

L'ALPI va intesa come strumento che concorre a garantire le risposte al bisogno/domanda senza creare discriminazione fra i riceventi e ampliando la possibilità di scelta fra gli assistiti dell'operatore sanitario, che li segue nella cura.

Non può essere usata per eliminare l'Uniformità che deve funzionare all'interno del servizio sanitario.

Accedere alle prestazioni libero professionali intramoenia permette alla persona assistibile di scegliere l'operatore sanitario di sua fiducia, non può comportare la riduzione dei tempi di attesa non rispettati nelle attività ordinarie, con evidente discriminazione fra le persone e contraddicendo la missione universalistica e solidaristica del servizio sanitario nazionale pubblico teso a tutelare la salute di ogni cittadino e dell'intera sua comunità.

Come la mettiamo con il giuramento di Ippocrate?

I tempi di attesa delle prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero devono rispettare le regole definite, assicurando la prestazione entro i tempi stabiliti dai codici di priorità della ricetta redatta dal medico di medicina generale o dallo specialista.

U urgente entro 72 ore, **B** breve entro 10 giorni, **D** differibile entro 30giorni per le visite o 60 giorni per diagnostica strumentale, **P** programmata entro 120 giorni. Al momento l'unica tutela è la possibilità di richiedere l'effettuazione della prestazione in ALPI a carico dell'Azienda sanitaria o ospedaliera che non è in grado di rispettare i termini di priorità in attività ordinaria.

La PRIVATOCRAZIA ha ormai sostituito completamente la Democrazia nella Sanità, la quota di prestazioni non erogata dai servizi a gestione pubblica diretta viene effettuata da organizzazioni (società associazioni cooperative) profit o non profit, comunque di natura privata.

Risulta evidente che molte attività, dalla pulizia delle stanze a interventi cardiocirurgici, non sono più governate quindi erogate dal pubblico, sola ed unica espressione del popolo.

La quota erogata e governata dal privato risulta poi variabile percentualmente fra le diverse Regioni d'Italia.

Nei primi anni del servizio sanitario nazionale i cosiddetti Convenzionati coprivano circa il 20% delle attività, con punte massimo del 25%, l'Uniformità la Universalità e l'Unificazione erano state definite e conquistate da poco tempo, grazie al superamento della frammentazione che esisteva nelle strutture sanitarie dell'epoca, con la evidente discriminazione di tutela fra le persone, divise e discriminate in ragione della stratificazione sociale (casse mutue).

I tre pilastri su cui nasceva il SSN richiedevano il contenimento della quota assicurata dai "Convenzionati", sia per evitare la mercificazione delle prestazioni sanitarie che per assicurare la riduzione degli squilibri esistenti (art.2 L.833/78).

Purtroppo è costantemente cresciuta la privatizzazione degli erogatori di prestazioni nell'ambito del Sistema Sanitario, sarà molto complesso il percorso attraverso il quale

i servizi a gestione diretta recupereranno le quote esternalizzate, la stessa aziendalizzazione costituisce un ulteriore ostacolo per questo riscatto.

Nel 2005 erano trascorsi circa dieci anni dalla trasformazione delle unità sanitarie in aziende sanitarie con l'obbligo del pareggio di bilancio.

Le azioni per “*il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese*” NON erano state attuate, anzi le diseguaglianze esistenti erano aumentate.

Basti pensare che il finanziamento negli anni '80 era sostanzialmente sulla spesa storica, il Friuli Venezia Giulia (11,2 p.l./mille abitanti) come le altre Regioni del nord continuava a ricevere il finanziamento per un numero di posti letto molto più alto della media nazionale.

Mentre le Regioni del Meridione, avendo una forte carenza di strutture e personale (*Campania e Calabria superavano di poco un p.l. per mille abitanti*) e ricevendo un basso finanziamento, aumentavano il divario con le regioni più finanziate.

Chi riceveva finanziati 5 p.l./1000 abitanti in sur plus, che dovevano essere riconvertiti in altre strutture, lo poteva fare anche acquistando apparecchiature a tecnologia più sofisticate.

Il numero di personale sanitario per 1000 abitanti continuava ad essere basso per le regioni meridionali e più che sufficiente per quelle settentrionali.

Vale a dire che a metà degli anni '90 in Lombardia Veneto ed Emilia Romagna vi erano molti più medici infermieri e ausiliari sociosanitari per mille abitanti, di quanti ve ne fossero in Campania e Calabria.

In quel periodo cambiò il finanziamento, divenendo a quota capitaria corretta per l'anzianità della popolazione regionale, ma senza tenere in considerazione i livelli di deprivazione sociali ed economici delle popolazioni locali.

Le Aziende sanitarie ricevevano un finanziamento ulteriormente discriminante, contribuendo ad aumentare il divario e gli squilibri territoriali esistenti, in barba a quanto prevedeva la normativa.

L'aziendalizzazione dei servizi sanitari è risultata del tutto incapace di produrre una gestione efficiente dove il finanziamento era scarso, come nelle regioni centromeridionali.

Quindi in una condizione di differente dotazione del personale sanitario dipendente (p.l./1000 ab) fra le diverse regioni, la legge finanziaria del 2006 definisce il tetto di spesa per il personale dipendente del servizio sanitario nelle varie regioni e province autonome come un costo massimo pari alla spesa del personale dipendente sostenuta dalle aziende sanitarie e ospedaliere nel 2004 maggiorata dell'1,4%!

E' semplice comprendere che, avendo come tetto di spesa il costo sostenuto da ogni singola Regione per un personale più o meno numeroso rispetto alla popolazione, le Regioni con meno personale (medici infermieri oss) sono quelle maggiormente penalizzate e non potendo sostituire i pensionati, per prime iniziano a dover dismettere servizi sanitari a gestione diretta, allungando anche le liste di attesa per visite e prestazioni di diagnostica strumentale (*nel tempo ogni Regione inizia inevitabilmente a dismettere servizi sanitari a gestione diretta e ad aumentare i servizi sanitari e sociosanitari affidati ai privati profit e non profit*).

7. Obiettivo perequativo nelle diseguaglianze sia nelle strutture che nei risultati di salute
(*Sopravvivenza, Sopravvivenza libera da disabilità, Mortalità evitabile e PASSI*)

Il Servizio Sanitario Nazionale impegnerà le sue risorse in primis per la riduzione delle diseguaglianze e discriminazioni esistenti fra le varie aree del Paese.

La priorità è affidata a quest'obiettivo, in quanto costituzionale e legislativo.

La discriminante maggiore e più biasimevole è quella relativa alla morte, non può essere ammissibile che soltanto perché si nasca in un determinato posto, quel neonato vivrà due anni meno dei neonati di altre regioni.

La mortalità evitabile è suddivisa in prevenibile e trattabile.

Le morti prevenibili sono quelle che, alla luce dei determinanti di salute (politiche sanitarie, stili di vita, fattori ambientali, status socio-economico) attivi al momento della morte, potevano essere evitate tramite interventi di sanità pubblica in senso ampio.

Le morti trattabili, invece, sono quelle evitabili, alla luce delle conoscenze mediche e tecnologiche al momento della morte, con cure mediche ottimali.

Se può essere complesso identificare i colpevoli della mortalità prevenibile, nel caso delle morti trattabili solo il sistema sanitario è imputabile.

Il sistema di sorveglianza PASSI, operativo da quasi venti anni, permette di conoscere i comportamenti e gli elementi a rischio salute.

Questi dati devono orientare le regioni e le asl verso gli interventi da privilegiare nella programmazione e operatività sanitaria.

Elementi indagati dal PASSI: Attività fisica; Sovrappeso e obesità (*stato nutrizionale*); Consumi di frutta e verdura; Consumo di alcol; Abitudine al fumo; Fumo passivo e smettere di fumare; Rischio cardiovascolare; Iperensione arteriosa; Ipercolesterolemia; Diabete; Calcolo del rischio e Fattori di rischio multipli; Dispositivi per la sicurezza stradale; Guida sotto effetto dell'alcol; Sicurezza in casa; Dg precoce tumore collo utero; Dg precoce tumore mammella; Dg precoce tumore colon-retto; Vaccinazione influenza stagionale; Vaccinazione antirosolia; Percezione dello stato di salute e Depressione.

Per ridurre le diseguaglianze di salute, in particolare sulla sopravvivenza e sulla mortalità evitabile, bisogna rendere operative le equipe di comunità, che in questa fase di ricostruzione del servizio sanitario pubblico, sono da costituirsi con un infermiere e un operatore sanitario dedicati alla presa in carico, in un bacino di persone pari a 25000 ab, di pazienti fragili, sia per l'età (ultrasessantenni) che per patologia (diabetici, etc.).

Sul territorio distrettuale per ogni 25000 abitanti ci dovrà essere una equipe di comunità, quando la densità abitativa è inferiore a 201 ab/kmq si integra un infermiere.

Per esempio in una regione come la Campania che conta poco meno di 6 milioni di abitanti, vanno organizzate 240 equipe di comunità, con 250 infermieri e 240 OSS

dedicati completamente alla presa in carico assistenziale sul territorio e a domicilio, per ogni necessità sociosanitaria che presentino i pazienti fragili nel bacino di riferimento.

L'Infermiere e l'OSS faranno riferimento, determinando il loro impegno, ai medici di medicina generale e agli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Gli interventi avranno sempre la finalità preventiva, pur se spesso risulteranno di prevenzione terziaria per evitare complicazioni o aggravamenti.

La prevenzione primaria e secondaria (educazione alimentare, stili di vita, diagnosi precoce e screening) è la ragion d'essere dell'infermiere di comunità.

8. Riconferma e Aggiornamento dei Principi e Obiettivi della L.833/1978

L'art. 1 I Principi e l'art. 2 Gli Obiettivi della Legge 833/1978 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale sono tuttora vigenti.

Non risultano abrogati in nessun articolo delle leggi che hanno riformato il Servizio Sanitario Nazionale.

I principi: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il

collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

Gli obiettivi: Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;

g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;

h) ((*LETTERA ABROGATA DAL D.P.R. 5 GIUGNO 1993, N. 177 A SEGUITO DI REFERENDUM POPOLARE*)).

Il motivo dell'efficienza da recuperare nella gestione del SSN usato per far accettare la trasformazione in Aziende, non ha giustificato il ricorso alle esternalizzazioni, infatti dopo 2 o 3 cicli annuali di appalto si perde sia l'efficienza che la qualità dei servizi dati in concessione.

Il rispetto di questi obiettivi e principi assicura un SSN coerentemente appropriato,

Gli aspetti di Universalità, di Uniformità e di Unicità sono raggiungibili con una organizzazione territoriale a gestione unificata della Prevenzione, dell'Assistenza Distrettuale e Ospedaliera.

Il metodo guida per salvaguardare la salute sarà quello dell'appropriatezza clinica e organizzativa, rigettando quello mercantile delle Aziende.

L'abrogazione legislativa del tetto di spesa sul costo del personale e un finanziamento intelligente dei servizi sanitari, cioè maggiore nelle realtà più svantaggiate e dotate di meno personale della media nazionale per abitanti (*oltreché dotate di scarse apparecchiature elettromedicali di alta tecnologia*), concorreranno a tutelare la salute senza discriminazioni e a ridurre le diseguaglianze di salute, che invece caratterizzano il sistema mercantile delle prestazioni sanitarie.

Il Servizio Sanitario va gestito direttamente dal pubblico con l'obiettivo di un margine residuale di spesa di un quinto, destinata alle esternalizzazioni e all'accreditamento di enti privati sia profit che non profit.

Il SSN va finanziato con almeno il 9 % del PIL, con una redistribuzione che privilegi le regioni attualmente più svantaggiate.