



MARCHE: UNA SANITÀ PER TUTTI

**Proposte per un miglioramento
delle politiche della salute
nelle Marche**

PREMESSA

Questo documento nasce dall'esigenza di mandare un segnale alla politica marchigiana per un salto di qualità nella gestione delle politiche per la salute mettendo a frutto il capitale morale e di risorse di cui dispone il nostro servizio sanitario regionale. Qui esponiamo delle considerazioni e dei "suggerimenti" che nascono per iniziativa di pochi nella convinzione che incrocino speranze, aspettative e volontà di tutti. Vogliamo dare uno spunto di riflessione per i futuri programmati della sanità nella nostra Regione affinché non perdano di vista il concetto che il servizio sanitario è al "servizio" dei cittadini e non l'inverso. E' un documento fatto soprattutto di "valori", cioè di quelle caratteristiche fondanti che riteniamo debbano essere proprie delle politiche per la salute della nostra Regione. Sappiamo che su alcune scelte decisive la competenza è del livello centrale e quindi ci focalizziamo su alcune proposte su temi specifici che riteniamo che siano molto anche di competenza regionale.

I NOSTRI VALORI E LE NOSTRE PRIORITÀ

1. La salute va perseguita in tutte le politiche di settore e non solo nell'ambito specifico della sanità. Va ricercato un riequilibrio di attenzione ed investimenti fra i tre pilastri del servizio pubblico: prevenzione, ospedale e territorio. Va recuperata la **centralità della prevenzione** in ogni ambito, anche per il recupero della sostenibilità del sistema: sicurezza e salute nei luoghi di vita e di lavoro, vaccinazioni, screening dei tumori, sicurezza ambientale ed alimentare, così come va necessariamente potenziata la rete epidemiologica regionale con un programma preciso e dettagliato compresi gli investimenti pubblici per lo sviluppo delle attività ecosostenibili.

2. Occorre aggiornare la **programmazione regionale** sulla base dei reali bisogni della popolazione dando priorità a seconda del peso (quantitativo e qualitativo) del fabbisogno. È fondamentale, nell'attuale contesto sociale ed economico, tutelare le categorie più fragili e garantire i prioritari bisogni della popolazione, tralasciando le esigenze dettate da altri principi non di sanità pubblica. Per fare questo la programmazione deve avere come riferimento la valutazione dei bisogni da parte di tecnici in grado di analizzare domanda, dati di attività e di esito e di definire quindi una scala delle priorità e non può subire condizionamenti da valutazioni di tipo economico/finanziario. Quindi una programmazione che valorizzi la dimensione tecnico-sanitaria rispetto a quella economico-politica. Per fare questo occorre anche che venga fatta chiarezza tra i ruoli dei vari macrosistemi: chi fa programmazione non può fare controllo e gestione, dall'altra parte chi fa gestione non può fare programmazione e controllo di sé stesso.

3. Va data priorità alle politiche di **tutela delle fragilità** a partire dalle principali condizioni che la favoriscono: le malattie croniche, la salute mentale, le dipendenze patologiche, le demenze, le disabilità gravi, i disturbi del neurosviluppo e le malattie rare. Va data una specifica rilevanza alla rete delle cure palliative precoci ed alla cultura della palliazione con i temi di bioetica ad essa collegati. Altro settore che richiede un rinnovato investimento programmatore e finanziario riguarda la condizione di non autosufficienza. Condizione che riguarda una fascia sempre più estesa di popolazione: persone con problemi di salute mentale, anziani (e non solo) con forme di demenza e perdita delle autonomie, soggetti con disabilità che richiedono elevati sostegni. Condizioni che necessitano di una personalizzazione degli interventi attraverso un mix di sostegni, domiciliari, diurni, abitativi, a partire da una effettiva "presa in carico". Nei territori (Distretti/Ambiti sociali) le persone e le famiglie devono trovare effettivi luoghi di accoglienza, valutazione

delle esigenze e presa in carico. Va recuperata piena consapevolezza sulla **povertà emergente** in ambito sanitario che condiziona e limita sempre più un adeguato accesso alle cure per famiglie e soggetti singoli, soprattutto anziani e stranieri, anche in settori primari e fondamentali per la salute della persona, come la odontoiatria di base, la cura del visus e le malattie cronico-degenerative.

4. I distretti devono essere la sede effettiva di governo nella erogazione territoriale dei servizi e dovranno assicurare, assieme agli ambiti sociali, il presidio della integrazione socio-sanitaria. Va promosso e sviluppato il più possibile il sostegno ad una domiciliarità effettiva nella comunità di appartenenza. La rete delle cure primarie deve erogare - attraverso equipe multidisciplinari e multiprofessionali - un'assistenza il più possibile di prossimità al cittadino, anche fornendo prestazioni diagnostiche e di monitoraggio di primo livello. Va contestualizzata la centralità della medicina generale, dando priorità alla realizzazione delle case ed ospedali di comunità così da decongestionare le strutture di Pronto Soccorso e gli ospedali permettendo anche la riduzione delle liste di attesa.

5. Va riaffermato il primato della sanità pubblica e del servizio pubblico per la parte sia di strategia che di programmazione, nonché per la fase attuativa rispetto a tutti gli altri soggetti - privati accreditati e convenzionati - in un ruolo di piena integrazione. È quanto mai necessario che il pubblico si riappropri della responsabilità di coinvolgere e "commissionare" verso il privato accreditato obiettivi ed attività di primario interesse secondo il principio di integrazione e non di concorrenza con il servizio sanitario nazionale. Questo si rende tantopiù necessario in un contesto caratterizzato dalla crescita ormai incontrollata dell'offerta privata, dall'aumento del bisogno sanitario indotto e della spesa privata, nonché dall'aumento delle inappropriatezze cliniche ed organizzative.

6. Nell'area delle risorse umane le scelte dei professionisti per gli incarichi dirigenziali vanno effettuate esclusivamente sulla base di comprovate competenze professionali e scientifiche. Si deve investire sulla valorizzazione delle professioni sanitarie delle Scienze Infermieristiche, Riabilitative, Ostetriche, Tecnico-Sanitarie e della Prevenzione. Una maggiore integrazione delle figure professionali e la loro valorizzazione in rapporto alle specifiche professionalità aumenterà le opzioni assistenziali contribuendo anche alla riduzione delle liste di attesa.

7. L'informatizzazione deve divenire una delle priorità assolute attraverso la messa a regime di tutti quei sistemi e strumenti - dalle immagini radiologiche al fascicolo sanitario elettronico, alla telemedicina ed alla medicina digitale - che possano migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza del sistema.

8. La rete ospedaliera va ricondotta a sistemi di appropriatezza, eliminando le dissinergie e le duplicazioni ridondanti. Occorre differenziare le attività in base alle risorse presenti e alle competenze creando un sistema che porti il paziente nel posto più giusto per la sua malattia. Decongestionare le strutture di secondo livello da attività più leggere con un sistema a rete permetterà che il 2° livello venga garantito a tutti senza dover ricorrere a cure fuori Regione.

9. Le principali innovazioni organizzative, come le reti cliniche ed i percorsi assistenziali integrati, devono essere riprese e sviluppate quale elemento sempre più strategico e tessuto connettivo per la sostenibilità del sistema delle cure, tanto più nell'attuale contesto iper-aziendalizzato. Il concetto di integrazione deve essere la direttrice dell'innovazione organizzativa attraverso l'effettiva realizzazione dei percorsi assistenziali.

10. Va riorganizzata la rete dell'emergenza/urgenza territoriale attraverso la creazione di un organismo regionale dotato di autonomia funzionale, responsabilità e risorse con la finalità di garantire a tutti i cittadini della Regione le stesse opportunità di accesso. In base alla popolazione e alla distanza andranno definiti e posizionati i Punti di Primo Intervento quali snodi fondamentali della rete con lo sviluppo di un modello regionale di ambulanze infermieristiche ed auto medica a supporto.

ACLI Marche

(Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani)

Ambulatorio Paolo Simone Maundodè Senigallia

ANFASS (Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettuale e/o Relazionale) Macerata

Apito Marche

(Comitato Marchigiano Associazione don Paolo Tonucci)

Comitati di partecipazione per la salute dei cittadini

Regione Marche

Nucleo Provinciale di Coordinamento Ancona della Rete Civica GIMBE

Gruppo Solidarietà

SIMG Marche (Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie)