

SALUTE

NELLO MUSUMECI PRESIDENTE
l'approfondimento



La riforma della sanità prevederà innanzitutto il rispetto delle norme in materia. Ciò consentirà di dare servizi di cui la gente ha bisogno, perché – è un dato oggettivo – oggi si sa benissimo di cosa si ammala la gente, quale sia il reale fabbisogno, e si sa anche che si può rispondere alle esigenze di salute senza spreco di risorse pubbliche.

Le direttrici lungo le quali si snoderà l'azione della nuova governance della Sanità in Sicilia sono in linea con **i quattro i quattro obiettivi generali del Terzo Programma dell'UE per la Salute (2014-2020), ovvero:**

- a) promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani tenendo conto del principio “la salute in tutte le politiche”
- b) proteggere i cittadini dell'Unione da gravi minacce sanitarie transfrontaliere
- c) contribuire alla creazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili
- d) facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini.

L'obiettivo principale è garantire uniformità ed esigibilità dei Lea (Livelli Essenziali delle Prestazioni), di recente emanazione da parte del Ministero della Salute. Ciò avverrà attraverso:

- 1. LA RETE E LE STRUTTURE DEL TERRITORIO: LA “PRIMA LINEA DELLA SALUTE”.**
- 2. L'OFFERTA OSPEDALIERA.**
- 3. L'INTEGRAZIONE OFFERTA DEL SERVIZIO PUBBLICO CON IL SERVIZIO PRIVATO.**
- 4. LA VALORIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA MATURATA DAI MEDICI NELLE SPECIFICHE PATOLOGIE.**
- 5. IL POTENZIAMENTO RETE LABORATORI DI GENETICA PUBBLICI.**
- 6. IL SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO IN AMBITO SOCIO SANITARIO E ASSISTENZIALE.**
- 7. IL POTENZIAMENTO DELLA TUTELA DELLE DONNE LAVORATRICI IN AMBITO SANITARIO.**
- 8. LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E PARA SANITARIO.**
- 9. IL POTENZIAMENTO DELLA CUSTOMER SATISFACTION PER I SERVIZI RESI DAL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.**
- 10. IL SUPPORTO E RILANCIO DELLA COMEM, LA CONFERENZA DEGLI ORDINI DEI MEDICI DEI PAESI EUROMEDITERRANEI.**
- 11. L' ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER I SOGGETTI DEBOLI E VULNERABILI.**
- 12. CARTELLA SOCIO-SANITARIA ELETTRONICA.**
- 13. MEDICINA VETERINARIA.**

1. LA RETE E LE STRUTTURE DEL TERRITORIO: LA “PRIMA LINEA DELLA SALUTE”

Il medico di famiglia deve essere il fulcro dell’assistenza sanitaria in un processo di integrazione e di interazione con tutti gli altri attori del SSR. Occorre quindi rivalutare il ruolo del medico di famiglia fino ad oggi oggetto di delegittimazione e marginalizzazione dovuto a logiche esclusivamente ragionieristiche e non da processi di appropriatezza e di razionalizzazione del proprio operato, superando la logica sanzionatoria e vessatoria fin qui seguita e perseguendo invece quella della correzione di eventuali sforamenti della spesa, attraverso soluzioni di contenimento della spesa farmaceutica e diagnostica su precise e concordate linee guida con incentivi di carattere economico per i medici al raggiungimento di determinati obiettivi.

La risposta ai bisogni di assistenza dei cittadini deve avvenire in una organizzazione che consenta al medico di base di assistere le persone avendo a disposizione:

- Servizi di diagnostica;
- Specialistica ambulatoriale;
- Assistenza infermieristica (ad esempio terapia infusione o iniettiva);
- Servizi di coordinamento per le cure domiciliari secondo i diversi livelli di intensità;
- Servizi di coordinamento per le cure riabilitative e di lungo assistenza (RSA);
- Punto di accesso per le patologie croniche, nonché posti semiresidenziali da adibire a centri diurni (es: per malati Alzheimer, disabili, pazienti psichiatrici, ecc.), assicurando la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- Ufficio per l’assistenza e la concessione dei presidi e ausili;
- il Punto Territoriale di Emergenza (PTE).

2. L’OFFERTA OSPEDALIERA.

La rete ospedaliera varata ad Aprile dal Governo Crocetta, salvo poi proporre una ennesima e non riuscita modifica dell’ultima ora, presenta una valenza più “politico elettorale” che assistenziale, e va modificata per adeguarla agli effettivi fabbisogni.

Vanno quindi “premiare” le esperienze positive ed è necessario intervenire con un deciso senso di responsabilità nei casi in cui non siano raggiunte le garanzie

di sicurezza e qualità per le persone.

Si intende realizzare un sistema di reti che consenta alla popolazione siciliana di ottenere servizi ospedalieri qualitativamente avanzati con impegno economico adeguato derivante dai risparmi realizzati sia dalla appropriatezza delle prestazioni che dalla conseguente diminuzione della mobilità passiva ancora oggi attestata su livelli medio alti.

Per far ciò, nessun ospedale va chiuso o declassato. Bisogna, invece riqualificarli e trasformarli sia in base alle caratteristiche di quel territorio sia alle professionalità presenti in quel nosocomio. La rifunzionalizzazione degli ospedali dei piccoli centri passa dalla caratterizzazione degli stessi nel trattamento di specifiche patologie che non necessitano un trattamento di urgenza.

Per razionalizzare l'offerta e renderla più sicura si deve compiere il percorso che porti alla istituzione definitiva delle **reti sanitarie**.

RETE DELL'EMERGENZA

Attraverso l'uniformità del modello, i Pronto Soccorso e i PTE dovranno operare secondo protocolli condivisi in termini di offerta terapeutica e modalità di comunicazione.

Attivazione del codice rosa in ogni reparto di emergenza per garantire la massima attenzione nei confronti delle donne e delle fasce più deboli.

Dimensionamento del numero dei medici presenti in turno proporzionalmente al numero di prestazioni annue che effettua quel PS.

Garanzia dell'incolumità e della sicurezza del personale di p.s. e della guardia medica: servizio di vigilanza o presenza del commissariato di zona per i p.s., affiancamento di un infermiere nel caso della guardia medica.

Utilizzo dei medici di base – su base volontaria – per la gestione dei codici bianchi in modo da indirizzare i pazienti che non necessitano del trattamento di urgenza per la loro patologia.

Riforma del sistema di trasporto in emergenza e istituzione della figura di autista soccorritore.

RETE PER L'INFARTO (RETE IMA – INFARTO MIocardico ACUTO)

Ogni cittadino deve avere le medesime garanzie in qualsiasi posto del territorio si trovi. Attualmente non sempre la distanza dall'ospedale attrezzato è sufficiente per la sicurezza delle persone. I centri di emodinamica dovranno essere

dislocati in modo adeguato su tutto il territorio.

RETE MATERNA INFANTILE

Il servizio di rete materno infantile deve garantire la tutela della salute della donna e del bambino prima e dopo la nascita. Si basa sul funzionamento efficiente del Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) presso l'ospedale dove possa essere curata la patologia della madre o del Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) presso le neonatologie presenti negli ospedali di riferimento.

RETE POLITRAUMA

Il nuovo governo attiverà la rete del Politrauma, non è stata ancora istituita la rete del Politrauma nella Regione Siciliana che assicurerà l'assistenza ai politraumatizzati dalla fase dell'emergenza alla fase della riabilitazione.

RETE DELLO STROKE

Le patologie neurologiche sono la seconda causa di morte e la prima causa di invalidità. Verrà resa omogenea in tutto il territorio regionale la rete per la cura dell'ictus e dell'emorragia cerebrale con l'adozione di tecniche di telemedicina per diagnosi da remoto e per l'individuazione immediata dei centri per l'intervento chirurgico o di neuroradiologia, ove necessario.

RETE ONCOLOGICA

Verrà rivista la rete oncologica al fine di garantire una assistenza adeguata in ciascuna parte del territorio siciliano con riferimento sia al numero di pazienti sia alla qualità delle prestazioni eseguite.

RETE DELLA RIANIMAZIONE

In osservanza alle norme nazionali si procederà all'adeguamento del numero di posti letto in rianimazione in modo da consentire il regolare svolgimento dell'attività chirurgica programmata dei casi complessi.

RETE DELLA RIABILITAZIONE

Il sistema di collegamento in rete delle realtà riabilitative verrà completato con l'attivazione dei posti letto necessari al fabbisogno secondo le previsioni di legge.

2. L'INTEGRAZIONE OFFERTA DEL SERVIZIO PUBBLICO CON IL SERVIZIO PRIVATO.

L'ospedalità privata, e più in generale la gestione privatistica di servizi sanitari, non rappresenta né un danno né una concorrenza per quella pubblica.

La presenza, in qualità di gestori privati di pubblico servizio, nel S.S.R., è una risorsa importante alla quale fare riferimento per il completamento, in maniera capillare, della rete di assistenza, ed al fine di assicurare, ad ogni livello, prevenzione e cura della salute pubblica.

Condizione affinché avvenga la sinergia tra strutture pubbliche e privati è la permanenza della centralità della persona e del suo bisogno di salute. In questo ambito si ritiene necessario valorizzare e rendere centrale l'operato delle Onlus e degli organismi del Terzo Settore per la gestione di servizi sanitari, residenziali e semiresidenziali, in favore di soggetti fragili e svantaggiati in regime di convenzionamento, che potranno svolgere le proprie attività in analogia alle Aziende Sanitarie Provinciali, che non producono utili o perdite da distribuire.

La collaborazione e l'interazione col sistema privato, auspicabile e già consentito dalla normativa vigente, è utile al fine di tagliare le liste di attesa utilizzando a pieno regime le strutture sanitarie e le risorse disponibili, sia in termini umani che economici. A tal fine verrà realizzato un programma di integrazione tra aziende sanitarie e strutture private (CUP Centro Unico Prenotazione dedicato) che, come accade in Regione Lombardia, in maniera puntuale e precisa, smisterà le prenotazioni del cittadino nel pubblico o nel privato, con un meccanismo oggettivo e sganciato da qualsiasi tipo di ingerenza.

Altro risultato che verrà perseguito con l'integrazione del servizio pubblico con quello privato è il potenziamento dei Servizi Socio-Sanitari del Territorio. In linea con quanto avviene nelle altre regioni italiane, sarà potenziato il sistema dei servizi socio-sanitari, a partire dalle cure sanitarie domiciliari, ma non solo, che dovranno garantire una distribuzione omogenea sul territorio e rafforzare l'aspetto specialistico oltre la prestazione infermieristica. Si tratta, in sintesi, di rendere organicamente disciplinati i Servizi per l'Assistenza sociosanitaria di tipo residenziale e semiresidenziale, per rispettare i dettami dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di garantire uniformità ed esigibilità proprio dei Lea.

3. LA VALORIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA MATURATA DAI MEDICI NELLE SPECIFICHE PATOLOGIE.

Nel caso delle patologie tumorali, il trattamento in strutture (e gruppi di lavoro dedicati) portano ad una sopravvivenza superiore del 20% rispetto al trattamento in strutture generaliste (con gruppi di lavoro che si occupano di più patologie).

A difesa sempre e comunque della salute del cittadino è necessario quindi esaltare le capacità dei gruppi di lavoro distinguendoli in base alle competenze. In ogni area geografica della Sicilia la gestione della patologia dovrà essere affidata a gruppi di lavoro specialistici. I gruppi di lavoro verranno qualificati e accreditati sui criteri di valutazione ampiamente stabiliti sia in Italia sia all'estero.

L'accreditamento rappresenta, quindi, una sicurezza per il paziente e altresì un notevole risparmio sanitario in termini di lunghe degenze, complicanze e non ultimo, tutele legali dei medici con coinvolgimento delle assicurazioni ospedaliere.

4. IL POTENZIAMENTO RETE LABORATORI DI GENETICA PUBBLICI.

I laboratori di Genetica sono finalizzati a svolgere indagini specifiche (citogenetica, genetica molecolare, biochimica, ccc.) per l'identificazione delle malattie su base genetica. Anche questa problematica va adeguata al fabbisogno e ai progressi scientifici nell'ambito della genomica affinché possano svolgersi in Sicilia quelle analisi e ricerche per cui fino ad oggi ci si è rivolti a strutture di altre regioni.

5. IL SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI VOLONTARIATO IN AMBITO SOCIO SANITARIO E ASSISTENZIALE.

Da sempre il volontariato – che è un comportamento prosociale che nasce da una decisione personale e intima, scaturita dalle emozioni profonde di aiuto

verso chi ha bisogno - affianca le istituzioni e talvolta si sostituisce ad esse senza il giusto riconoscimento che dovrebbe avere all'interno di una buona sanità regionale.

Il potenziamento del volontariato sanitario nelle attività di prevenzione consentirà di abbattere la spesa pubblica sanitaria.

In collaborazione con le istituzioni universitarie si darà quindi supporto alle iniziative del volontariato volte alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, attraverso:

Campagne di prevenzione nelle scuole:

- a) Campagne di vaccinazione
- b) Educazione alimentare e corretti stili di vita
- c) Campagne contro il fumo
- d) Educazione sessuale

Campagne per favorire l'adesione allo screening

Ciò al fine di migliorare l'adesione dei pazienti ai programmi di screening anti-tumorale, in particolare a quello del tumore colonrettale, della mammella e del cervico-carcinoma.

Campagne volte alla prevenzione della seconda diagnosi di tumore ai guariti di cancro o ai lungo sopravvissuti

Diverse sono le problematiche che persistono dopo la guarigione di tumore – anche dopo il periodo dei 5 anni di follow up - e variano a seconda del tipo di tumore, dell'età del soggetto, del sesso, e a volte possono essere più invalidanti del cancro stesso. Le attività della campagna saranno volte alla prevenzione e identificazione di nuovi tumori; sorveglianza per la recidiva; interventi per prevenire gli effetti a lungo termine del tumore e delle terapie; coordinamento tra gli specialisti ed i medici di medicina generale al fine di garantire che tutti i bisogni dei soggetti vengano identificati e presi in carico.

Prevenzione della terza età

Una buona prevenzione si traduce in una lungo-sopravvivenza che tuttavia necessita di assistenza. In tale contesto il volontariato ha il compito di alleviare il caregiver dalle difficoltà indotte dal carico assistenziale.

6. IL POTENZIAMENTO DELLA TUTELA DELLE DONNE LAVORATRICI IN AMBITO SANITARIO.

L'astensione obbligatoria per gravidanza a rischio rappresenta una battuta d'arresto nell'intera organizzazione dei reparti ospedalieri - ed in particolari dei reparti di chirurgia - che conterà un'unità in meno, senza preavviso, con tutti gli altri dirigenti che si trovano a dover sopperire improvvisamente all'ulteriore carico di lavoro, in tal modo non riuscendo - quasi sempre - a fornire un adeguato servizio all'utenza.

Il rientro poi della madre lavoratrice, che per i reparti "a rischio" sovente avviene dopo circa sette mesi dal parto (chirurgia = lavoro a rischio) è previsto per 4 ore al giorno, non consentendo di adibire la lavoratrice ad un turno completo di 6 ore.

Al fine quindi di ottimizzare le performance dei reparti contemperando le esigenze dell'utenza all'esigenza delle madri lavoratrici si prevede l'istituzione di Nidi Aziendali, così come avviene già in altre parti d'Italia. Tutto questo comporterà altresì un notevole risparmio economico per l'Azienda, una maggiore serenità nel gruppo di lavoro e non ultimo un risparmio della lavoratrice (costi per baby sitter, stipendio pieno senza riduzioni);

7. LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E PARA SANITARIO.

La formazione presso strutture qualificate anche extraregionali del personale sanitario, permetterà di elevare gli standard qualitativi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, che verranno rese da risorse formate in realtà specificamente qualificate per la patologia trattata. Va quindi incentivata e favorita la formazione del personale sanitario dipendente, nell'ambito delle ore di aggiornamento professionale e/o con missioni, attraverso programmi semestrali o annuali di stage e aggiornamento presso centri altamente qualificati identificati in ambito nazionale o internazionale con progetti di ritorno del tipo "master and back" o con progetti scambio.

8. IL POTENZIAMENTO DELLA CUSTOMER SATISFACTION PER I SERVIZI RESI DAL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Il D.lgs. 29/1993 disciplina i principi di competenza, responsabilità e raggiungimento di obiettivi e risultati dei dirigenti pubblici.

L'articolo 14 del Decreto Legislativo n. 502/1992, individua quali indicatori di qualità in campo sanitario l'umanizzazione del servizio e del contesto; la personalizzazione dell'assistenza (privacy e relazione paziente-personale); il comfort alberghiero; il diritto all'informazione sul servizio offerto; la prevenzione.

Sia per la verifica del raggiungimento degli obiettivi dei dirigenti del settore sanitario nonché per la verifica dell'efficienza delle strutture del SSR da tempo è stato introdotto il criterio della customer satisfaction dell'utenza.

Ciò non ha prodotto, come avrebbe dovuto, un miglioramento continuo del servizio. Ad oggi la customer satisfaction ha, nei fatti, solo rappresentato uno sperpero di risorse umane ed economiche, essendo, nella maggior parte dei casi rimasto un sterile questionario cui non si è dato seguito.

Il miglioramento dei servizi suggeriti dall'utenza attraverso la compilazione dei questionari miglioramento d'ora innanzi, sarà assicurato in quanto la customer satisfaction determinerà gli obiettivi, risultati e tempi in cui dovranno essere perseguiti pena la rimozione dagli incarichi.

Ai responsabili di struttura verranno assicurate risorse idonee per il superamento di eventuali criticità che non consentissero la piena soddisfazione degli utenti.

9. IL SUPPORTO E RILANCIO DELLA COMEM, LA CONFERENZA DEGLI ORDINI DEI MEDICI DEI PAESI EUROMEDITERRANEI.

Verrà supportata l'azione della Comem per l'attività svolta per una maggiore integrazione a livello internazionale nell'ambito sanitario, per l'adozione di un Codice di Deontologia euro-mediterraneo e della formazione, e per l'armonizzazione dei titoli di studio nei vari Paesi euromediterranei.

10. L' ASSISTENZA ODONTOIATRICA PER I SOGGETTI DEBOLI E VULNERABILI.

La situazione attuale dell'OFFERTA PUBBLICA ODONTOIATRICA è molto limitata (meno del 7-8% del totale) ed è altissima la percentuale (quasi il 50%) di cittadini che non hanno la possibilità economica di recarsi dall'odontoiatra.

Carie e malattia parodontale (gengiviti), principali cause di perdita dei denti, sono patologie ampiamente prevenibili con corretti piani di prevenzione e/o di trattamento precoce.

Carcinoma del cavo orale: rappresenta la terza causa di morte per tumore a causa della frequentissima diagnosi tardiva: se viene diagnosticato al suo stadio iniziale il paziente può avere il 90% di probabilità di sopravvivenza a cinque anni con un costo globale delle cure in media di circa 300 euro; in fase avanzata la percentuale di sopravvivenza, sempre a cinque anni, scende al 5% con una spesa terapeutica di circa 5000 euro.

È necessario pertanto prevedere un programma di assistenza odontoiatrica specifico, che dovrà prevedere:

- Il coinvolgimento volontario di una rete di professionisti Odontoiatri coordinati ed opportunamente formati dagli Ordini dei medici provinciali in grado offrire visite di prevenzione e terapie di base o protesiche al solo costo delle spese di laboratorio odontotecnico, attuando in tal modo il modello per i soggetti deboli già licenziato nell'aprile 2014 dagli Stati Generali della Salute;
- La realizzazione di programmi di prevenzione a favore della popolazione in età evolutiva per il monitoraggio della patologia cariosa, parodontale e delle malocclusioni, in collaborazione con le Commissioni Albo Odontoiatri provinciali; ambulatori dedicati per la diagnosi precoce delle neoplasie e per la rilevazione dell'edentulismo nei pazienti anziani.
- L'attivazione di un pronto soccorso odontoiatrico in ciascuna provincia per la gestione delle urgenze odontostomatologiche.
- Di assicurare cure ortodontiche in età evolutiva e trattamento ed inserzione protesi rimovibili totali (dentiere) in pazienti edentuli ed in condizione di vulnerabilità sanitaria e sociale.

12. CARTELLA SOCIO-SANITARIA ELETTRONICA

Ogni utente siciliano dei servizi sociali e sanitari della regione, sarà titolare della cartella elettronica. I dati della cartella confluiranno in un sistema informatizzato di raccolta, gestito a livello centrale dalla Regione e consentiranno, finalmente, di orientare l'azione delle policy sanitarie in Sicilia, sulla base di dati reali e non presunti.

13 . MEDICINA VETERINARIA

Adozione degli strumenti legislativi e amministrativi necessari per rendere più efficace la lotta al randagismo.

Attivazione di piani specifici a sostegno dei servizi veterinari della ASP per garantire una migliore sicurezza alimentare..

Snellimento delle procedure per consentire alle aziende zootecniche l'accesso agevolato a specifiche risorse destinate all'attività dei veterinari aziendali.