



Via Cavour, 44 – Roma
Primo Piano

Segreteria Nazionale

Meritocrazia Italia: Annamaria Bello

segreteria dipresidenza@meritocrazia.eu

+39 338 801 90 11

www.meritocrazia.eu



INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DEL SETTORE SANITARIO E DEL SSN

La sofferenza del settore della sanità rivela l'impellenza di una radicale ristrutturazione del Sistema Sanitario Nazionale. La medicina del territorio deve essere in grado di gestire la cronicità e la fragilità, la diagnostica di primo livello, nonché l'assistenza a "bassa intensità"; per altro verso, la medicina ospedaliera è chiamata a prendersi cura dell'urgenza ad alta intensità e dell'inquadramento diagnostico più complesso del paziente. Garantire l'assistenza a domicilio dei pazienti anziani o affetti da disabilità è altrettanto importante, anche considerato che la domiciliarità aumenta la capacità di recupero del malato e garantisce un minore impatto economico sul Servizio nazionale. È indispensabile, insomma, operare scelte di riforma idonee a riportare il paziente al centro del sistema sanitario, con garanzia della migliore risposta assistenziale possibile.

Meritocrazia Italia intende affrontare i principali problemi che ostacolano la piena realizzazione del diritto alla Salute dei cittadini fornendo auspicabili soluzioni.

1. Incremento delle risorse investite nel Sistema Sanitario Nazionale, ai fini:

- di un riadeguamento delle infrastrutture sanitarie esistenti e del recupero di quelle dismesse;
- dell'assunzione di personale medico e paramedico secondo effettiva necessità;
- dell'aumento del numero di borse per la specializzazione e dei posti disponibili al corso di formazione in medicina generale.

Il reperimento delle risorse economiche è da sempre un problema significativo per il comparto sanità. Meritocrazia Italia, ben consapevole della questione propone

a)- una *spending review* che sia orientata a evitare gli sprechi:

- valorizzando il patrimonio immobiliare delle ASL e limitando l'utilizzo di immobili in locazione;
- organizzando una centrale unica di acquisti per i prodotti "consumabili" in modo da uniformare il più possibile i costi di acquisto tra le diverse regioni italiane;
- uniformando le piattaforme *software* (non è plausibile che ad un anno dalla introduzione dell'obbligo di adottare il fascicolo sanitario elettronico -FSE- vi siano ancora Regioni lontanissime dal raggiungere tale obiettivo. Inoltre, le Regioni che hanno ottemperato, si sono dotate di programmi incapaci di interfacciarsi tra di loro, creando ingiustificabili disservizi ai pazienti che si recano in Regioni diverse da quella di residenza per ricevere trattamenti prestazioni sanitarie);
- riducendo i costi per il personale amministrativo delle Aziende sanitarie. Spesso alcuni compiti svolti dalle aziende sanitarie potrebbero essere meccanizzati, esternalizzati (a costi molto bassi) o addirittura eliminati in quanto inutili o antieconomici;
- verificando che gli acquisti di macchinari più costosi siano realmente utili e correttamente valorizzati (è intollerabile che TAC o altri macchinari costosissimi giacciono inutilizzati o sottoutilizzati, non vengano riparati o siano sprovvisti dei materiali di consumo necessari al loro utilizzo a "pieno regime").

b)- di introdurre l'emissione di un BTP Salute, al fine di finanziare gli investimenti in ambito sanitario.

Il BTP Salute, a durata necessariamente non inferiore a 10, 15 o 20 anni, potrebbe garantire ai cittadini rendimenti in linea con prodotti simili, dando la migliore utilità di finanziare investimenti in prevenzione. Se il bilancio dello Stato è prosciugato dalle emergenze e non riesce a garantire risorse per gli investimenti di lungo periodo, i cittadini, certamente sensibili al tema salute, risponderebbero positivamente a un BTP che consenta di contribuire al bene comune con la prospettiva di guadagno. I finanziamenti, però, non potrebbero essere erogati 'a pioggia' sulle singole Regioni, con il rischio che restino bloccati, distratti o non correttamente e integralmente dedicati al loro scopo precipuo.





Via Cavour, 44 – Roma
Primo Piano

Segreteria Nazionale

Meritocrazia Italia: Annamaria Bello

segreteria dipresidenza@meritocrazia.eu

+39 338 801 90 11

www.meritocrazia.eu



Pertanto, sarebbe opportuno dettagliare gli scopi cui tali risorse devono essere destinate, imponendo alle Regioni di rendicontare le relative attività (vaccinazioni, screening oncologici, BPCO, diabete e malattie metaboliche in generale, obesità infantile, malattie cardiovascolari e corretti stili di vita, etc.). Inoltre, al fine di non incrementare l'asimmetria assistenziale tra Regioni con maggiori risorse e Regioni in affanno, la ripartizione delle risorse non dovrebbe essere legata esclusivamente al numero di abitanti residenti, ma ponderato in modo da garantire a tutti i cittadini uguale accesso al diritto alla salute, in piena attuazione dell'art. 32 cost.

2. Aumento del numero di sanitari, soprattutto medici, a disposizione del SSN.

Il reperimento delle risorse umane in ambito sanitario costituisce la sfida centrale dell'attuale Governo e Meritocrazia Italia, con l'intento di aiutare la politica in tale difficile compito, propone di:

- adeguare il numero di posti alla facoltà di medicina e Chirurgia (con adeguata programmazione di lungo periodo, mediante utilizzo, come punto di partenza dei dati relativi a tutti i medici operanti detenuti dall'ENPAM, da analizzare in ambito prognostico di fabbisogno in termini quantomeno decennali);
- aumentare il numero di posti per le specializzazioni 'meno ambite' (anestesia, emergenza urgenza, virologia ecc.) e contestualmente ridurre il numero di posti nelle specializzazioni più ambite ove vi siano minori carenze di personale (dermatologia, medicina estetica ecc.). Una corretta pianificazione dei fabbisogni significa anche riuscire a ponderare e prevedere le necessità del SSN ed evitare squilibri dannosi per gli specialisti, per i cittadini e per il SSN stesso;
- modificare la l. 24 febbraio 2023, n. 14 (art. 4, comma 9 *octiesdecies*) che ha consentito la prosecuzione dell'attività lavorativa dei medici convenzionati fino a 72 anni. Infatti, la norma in questione ha subordinato la prosecuzione del rapporto convenzionale alla «*assenza di personale medico convenzionato collocabile*». Tale precisazione, che certamente nasceva dalla volontà di garantire il *turn over* (ove vi fosse un giovane medico disponibile), dimentica che la contrattazione collettiva dei medici convenzionati privilegia *in primis* il medico che chiede il trasferimento. In tal modo, il SSN rinuncia alla professionalità messa a disposizione dai medici a quota capitaria che intendevano continuare a lavorare fino a 72 anni, sguarnendo ambiti territoriali più svantaggiati che oggi hanno enormi difficoltà a trovare medici disponibili;
- incentivare gli *stage* di medici ed infermieri stranieri sul territorio italiano al fine di coprire le emergenze e intercettare personale qualificato disponibile a lavorare per il SSN;
- ridurre i compiti burocratici affidati al personale sanitario e delegarli a personale amministrativo. Se una risorsa naturale è scarsa, diviene necessariamente preziosa e deve essere correttamente valorizzata. Ai medici vanno affidati compiti infungibili consentendo/imponendo loro di delegare tutto il delegabile.

3. Ripensare la Medicina territoriale.

Meritocrazia Italia ritiene che la tutela del diritto alla salute dei cittadini non possa prescindere da una medicina territoriale efficace, in grado di svolgere correttamente la sua funzione di filtro agli accessi impropri in Ospedale e fonte di risparmio, da potenziare mediante:

- l'apertura in tutte le Regioni delle Case di Comunità e, nelle more, favorendo la crescita delle UCCP (già prevista dalla legge Balduzzi e dall'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale e della Pediatria di libera scelta) e di tutte le altre forme associative disciplinate dalla contrattazione regionale, che garantiscano l'assistenza h24, in collaborazione con specialisti ambulatoriali convenzionati e la diagnostica di primo livello, la cura della cronicità e della fragilità. Garantite tali forme associative tra i medici convenzionati, sarà molto più semplice approdare alle Case della Comunità;
- l'istituzione, nelle città con meno di 10.000 abitanti, di 'micro-team' costituiti da medico convenzionato, infermiere e personale di studio al fine di garantire una assistenza territoriale efficace ed effettiva. Le Case di Comunità sono spesso molto distanti dalle aree rurali e l'assistenza non potrà che essere effettuata dai medici convenzionati, infermieri e farmacie sfruttando la preziosissima rete di prossimità costituita dagli studi dei medici convenzionati e dalle farmacie convenzionate;

+39 348 584 4988





Via Cavour, 44 – Roma
Primo Piano

Segreteria Nazionale

Meritocrazia Italia: Annamaria Bello

segreteriadipresidenza@meritocrazia.eu

+39 338 801 90 11

www.meritocrazia.eu



- il riconoscimento della facoltà, a favore di tutti i medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, di assumere personale di studio medico e personale infermieristico.

4. Maggiori trasparenza, efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria

Incentivando:

- l'attivazione su tutto il territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico -FSE- del cittadino, che contenga tutta la storia clinica e tutti gli esami diagnostici e strumentali effettuati dal paziente (con obbligo di aggiornamento a ogni prestazione) che possa essere consultato e popolato da tutte le Regioni italiane anche a favore di cittadini residenti in Regioni diverse rispetto a quella nella quale viene fornita la prestazione sanitaria;
- la creazione di una connessione con sistemi informatici, che consentano la consultazione dei FSE dei pazienti e la condivisione di dati in tempo reale con l'ospedale e gli specialisti ambulatoriali e il territorio;
- l'accesso informatico dal CUP, sia da parte del cittadino (per la prenotazione di prestazioni sanitarie e pagamento del relativo ticket) sia da parte della farmacia, del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta (per evitare inutili file agli sportelli o interminabili attese telefoniche, utilizzando strumenti tecnologici semplici ed intuitivi che potrebbero essere utilmente installati presso le sedi delle Case di Comunità e presso le sedi delle Associazioni di medici di famiglia e pediatri di libera scelta).

5. Miglioramento dell'efficienza della risposta assistenziale ospedaliera

attraverso:

- la modifica dell'intra-moenia, apparendo a tal fine necessario introdurre sistemi di remunerazione diversa dell'attività prestata "fuori orario" dai medici ospedalieri, così da combattere efficacemente le liste di attesa e garantire a tutti i cittadini l'accesso ad un SSN veramente universale e solidale. Non è accettabile che molti cittadini, che beneficerebbero di esenzioni per età, patologia o reddito, siano costretti a ricorrere a prestazioni in intra-moenia a causa di liste di attesa incompatibili con la patologia e la tipologia di esame diagnostico o prestazione terapeutica. In proposito, Meritocrazia Italia propone: (i) o di vietare le prestazioni intra-moenia fino al raggiungimento di livelli fisiologici di attesa nelle liste per gli esami diagnostici e prestazioni terapeutiche, oppure (ii) di consentire la remunerazione dello straordinario dei medici ospedalieri (previa specifica e motivata autorizzazione) ma vietare (almeno temporaneamente) le prestazioni intra-moenia fino al raggiungimento di livelli fisiologici di attesa nelle liste per gli esami diagnostici e prestazioni terapeutiche;
- il superamento della regola secondo la quale soltanto lo specialista è tenuto a compilare anche i rinnovi di piani terapeutici a favore di pazienti cronici, causa di inutile flusso di persone in ospedale o presso i centri specializzati e di conseguente riduzione di capacità di assistenza dei centri specialistici;
- la individuazione di percorsi diagnostici di inquadramento e *follow up*, all'interno degli ospedali, che prevedano la possibilità per il paziente di pagare un unico ticket e di effettuare plurime prestazioni sanitarie in maniera concentrata e rapida;
- la ridefinizione di competenze, obiettivi, inquadramento e retribuzione dei medici e di tutte le figure professionali impegnate nelle attività sanitarie e assistenziali, allineandoli a quelli dei principali Paesi europei;
- la ridefinizione degli indicatori di *performance*, basandoli sulla capacità di garantire assistenza sanitaria ai pazienti (effettuare diagnosi complesse, gestire l'emergenza-urgenza, creare centri di eccellenza, ecc.);
- l'individuazione di percorsi di selezione delle figure di dirigente medico (Direttore Unità Semplice o Complessa) in relazione alle reali competenze sanitarie e manageriali e non a mere logiche di "vicinanza politica".

6. Valorizzazione delle risorse del SSN con maggiore esperienza

sottraendole dall'espletamento della turnistica ospedaliera, soprattutto notturna, impiegandole sul territorio al fine di garantire una migliore medicina di prossimità, diagnosi più tempestive e una prevenzione più efficace.

+39 348 584 4988





Via Cavour, 44 – Roma
Primo Piano

Segreteria Nazionale

Meritocrazia Italia: Annamaria Bello

segreteriadipresidenza@meritocrazia.eu

+39 338 801 90 11

www.meritocrazia.eu



7. Riallineamento di costi e qualità del servizio sanitario per Regione,

per consentire ovunque un livello di servizi e prestazioni sanitarie adeguato alle necessità per singola area.

8. Ridefinizione dei meccanismi concorsuali per l'accesso ai ruoli medici e sanitari in genere,

in modo da garantire l'indipendenza da condizionamenti di impronta politica (soprattutto con riferimento alla nomina dei dirigenti medici e dei direttori di struttura complessa).

9. Rimodulazione dei meccanismi di trasferimento da una sede ospedaliera a un'altra,

sulla falsa riga di quanto già in atto per altri settori della p.a.

10. Migliore applicazione della normativa anticorruzione e trasparenza,

implementando verifiche e controlli.

11. Revisione dei criteri di redazione dei bilanci delle Asl,

nel verso della maggiore omogeneità e trasparenza, per la compatibilità e la facile comparazione (questo consentirebbe scelte di investimento più oculate e realmente mirate a soddisfare la domanda di cura, sul piano quantitativo e qualitativo, aprirebbe a una attenta pianificazione dell'attività sanitaria e agevolerebbe la verifica in tempo reale di risorse impiegate e risorse ancora disponibili).

12. Revisione dei vincoli di spesa,

che non consentono di assumere nuovo personale, con l'effetto di un ricorso eccessivo agli straordinari (che talora procurano sforamenti di fondi alla base dei problemi di gestione aziendale e di bilancio)

13. Attivazione di campagne informative e di educazione al benessere (alimentare, sportivo, di cura della salute, del proprio corpo e dell'equilibrio psichico), con il coinvolgimento anche delle Scuole e dei medici di base.

+39 348 584 4988

