

ADDENDUM 21

Salute e Sanità PROGRAMMA 2014 DEL MOVIMENTO ITALIA EQUA E SOLIDALE (IES)

Centrare i servizi sanitari sulle necessità dei pazienti e non delle strutture o dei costi. migliorare accesso, qualità e costi dei servizi in ogni area del Paese con un Ministero della salute che definisce gli standard e controlla il loro rispetto da parte delle Regioni. Legare i pagamenti alle strutture e al personale al giudizio dei pazienti su efficienza e accoglienza. Ammodernare la medicina territoriale e il ruolo dei medici generalisti sul modello britannico (*Royal College of General Practitioners: the 2022 GP – A vision for general practice in the future NHS*, 2013 – <http://www.rcgp.org.UK/gp2022--> Tabella p. 7).

In dettaglio proponiamo:

1. Costituire Aziende-Rete di 200.000-400.000 abitanti (che sono l'equivalente del *Clinical Commissioning Group* inglese), gestite da medici-manager di ispirazione generalista (teoricamente supportati da altri professionisti), che “comprano” servizi sociali e sanitari di 2° livello per la loro area (*Black N. Can England's NHS survive? New Engl J Med* **369**, 1-3, 2013). L'Azienda-Rete permette anche di attivare sperimentalmente, per ogni paziente cronico, un pagamento forfettario globale per coprire 1 anno di spese (GREG), lasciando all'Azienda stessa la decisione di suddividere il compenso tra i diversi erogatori di servizi sanitari e sociali (*Charlesworth A. e Dixon J. Nudging hospitals to better quality. BMJ* **347**, 22, 2013): Ospedali locali, Case della Salute, medici generalisti, RSA, ADI.
2. Appaltare la gestione dei grandi Ospedali pubblici ai privati.
3. Accreditare il numero minimo necessario di erogatori di servizi sanitari e istituire ispettori che verifichino i loro comportamenti tecnici ed etici.
4. Riunire sociale e sanitario nelle Case della Salute.
5. Le Case della Salute hanno le funzioni descritte nell'allegato Salute e Sanità.
6. Nei Consigli di Amministrazione (CdA) delle Aziende-Rete inserire componenti dei benefattori (che vanno organizzati e sostenuti).
7. Lasciare spazio a servizi pagati in proprio dagli utenti, se lo desiderano (*walk-in centers*, ecc.), ma eliminare la libera professione *intra-moenia*, consentendola solo per ridurre le liste d'attesa. La libera professione si fa in strutture esterne non accreditate al di fuori dell'orario di lavoro, e non deve penalizzare né stipendio né carriera.

8. I grandi Ospedali sono tutti autonomi, cioè davvero liberi dalle regole della Pubblica Amministrazione; si scelgono il personale, l'organizzazione, ecc., perché sono gestiti da privati che rispondono del loro operato per qualità, quantità, correttezza e che sono accreditati dalle Regioni in numero minimo sufficiente. Gli Ospedali locali restano pubblici, sono parte dell'Azienda-Rete e sono gestiti da un Direttore Generale che risponde al Consiglio di Amministrazione e Direzione Generale dell'Azienda-Rete.
 9. La motivazione del personale sanitario è fondamentale e passa da: riconoscimenti di merito, inserimento accademico, ricerca e insegnamento, aggiornamento continuo inserito nel CPD (*Continuous Professional Development*) e rivalutazione, regole per l'attività sindacale, rappresentanza dei medici nel CdA, carriera clinica ben gerarchizzata (Direttore, Vice-Direttore, assistenti, assistenti giovani, assistenti interni e in formazione), stipendi proporzionali allo stato sociale e professionale nella media dei Paesi Europei più avanzati.
10. Autonomia del Dipartimento Ospedaliero (come indicato nell'Allegato).
11. Il Ministero della Salute deve assumere funzioni guida:
- a) definire i LEA, che devono essere rivisti: ad esempio, si potrebbe escludere tutte le patologie conseguenti ad attività voluttuarie come lo sport;
 - b) definire gli standard minimi di qualità, quantità e costo delle prestazioni sanitarie che le Regioni debbono erogare in ogni area del Paese;
 - c) verificare il rispetto di questi standard in ogni area, anche con ispettori;
 - d) attivare azioni correttive se del caso, anche con commissariamento;
 - e) gestire il ripristinato Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ed il riparto alle Regioni, che potranno anche attivare addizionali, se autorizzate da Ministero;
 - f) gestire la salute pubblica in termini di educazione sanitaria della popolazione, marketing sociale, implementazione e valutazione di iniziative di promozione della salute e prevenzione primaria e secondaria, ecc. La salute pubblica deve essere finanziata prima del riparto del FSN alle Regioni.

Milano, 20 dicembre 2013

Allegato: "Salute e Sanità" consultabile su questo blog