

DIECI PASSI PER LA SANITA'

Programma M5S Sanità

1. +1000 POSTI LETTO

Dopo i pesanti tagli apportati da Cota e Chiamparino (da 17700 a 14400 pl) occorre rivedere la Rete ospedaliera al fine di raggiungere progressivamente il numero massimo di posti letto secondo quanto previsto dalla L.189/2012 (dl Balduzzi) e Regolamento degli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (DM 70/2015). I posti letto per acuti devono progressivamente aumentare sino al tetto di 3 per 1000 abitanti e quelli per post acuti scendere a 0,7 per 1000 abitanti, con un'adeguata redistribuzione territoriale. In tal modo la regione Piemonte otterrebbe 1.000 posti letto in più rispetto agli attuali.

La previsione di nuove strutture ospedaliere deve garantire il numero di posti letto sopra citato (3,7 per 1000 abitanti).

2. NUOVO PIANO SOCIO-SANITARIO PARTECIPATO: SUPERAMENTO DELLA DGR 1-600, NUOVA RETE OSPEDALIERA

Subito un nuovo piano socio-sanitario partecipato e condiviso dalle amministrazioni locali, dagli operatori sanitari e dai cittadini che miri a superare le storture di anni di commissariamento, di tagli ai posti letto, di chiusure di ospedali, servizi, reparti senza rafforzamenti delle strutture territoriali e senza aver creato reti ospedaliere forti, fatte salve alcune eccezioni.

Le ASL, aventi più di un ospedale Spoke sede di DEA di I livello, devono prevedere una rete ospedaliera pluripresidio che consenta di identificare eccellenze per ogni ospedale dell'ASL, capaci di attrarre professionisti e pazienti, il tutto all'interno di una rete di eccellenze sovra-aziendale.

Occorrerà analizzare i costi-benefici di ogni chiusura effettuata e i costi-benefici di una eventuale riapertura di servizio. In particolare bisogna valutare prioritariamente la riattivazione dei servizi dell'Ospedale Oftalmico di Torino, a partire dal Pronto Soccorso, in considerazione anche del mancato avvio dei servizi che avrebbero dovuto essere riallocati ed attivati con la dismissione dell'Oftalmico, per non ripetere la fallimentare gestione dell'ex ospedale Valdese; dei punti nascite chiusi, a partire da quelli di Susa, Cuornè e Tortona garantendo punti nascita plurisede che garantiscano complessivamente un numero di parti superiore a 500/anno e con la rotazione del personale la manualità sufficiente per garantire la sicurezza delle partorienti.

3. LISTE D'ATTESA ZERO

Ogni prestazione sanitaria dovrà essere erogata dal SSR pubblico nel rispetto delle tempistiche prescrittive previste dalla normativa che sono: 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami non classificati Urgenti né Brevi. Nel caso in cui tali tempistiche non siano rispettate, si prescrive l'adozione di *piani di rientro* dei tempi d'attesa aziendale anche ricorrendo ad una forma di "accesso diretto" tramite l'utilizzo temporaneo dello strumento previsto dal D.lgs 124 del 1998 all'art. 13 (pagamento da parte dell'ASL delle visite in intramoenia o a strutture private); al rientro nei tempi previsti o nel caso di mancato rientro entro le tempistiche del piano di rientro, si interromperà il pagamento da parte dell'ASL delle visite in intramoenia e si sanzionerà il direttore generale fino alla possibile revoca dell'incarico, il tutto previa valutazione dei flussi di visite tra istituzionali e private intramoenia.

Pubblicazione online delle agende pubbliche e private e delle tempistiche di attesa. Sanzioni per chiusura di agende di prenotazioni senza giustificato motivo.

4. CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA

Pubblicazione online sul sito della Regione dei dati della mobilità attiva e passiva per singola ASL, per branca specialistica, per singolo DRG, in modo da attuare nel più breve tempo possibile un PIANO REGIONALE DI CONTRASTO ALLA MOBILITA' PASSIVA per recuperare risorse tramite la creazione di eccellenze sanitarie nei territori di confini verso le Asl della Lombardia e della Liguria ad oggi maggiormente attrattive.

DIECI PASSI PER LA SANITA'

Programma M5S Sanità

5. SICUREZZA NEGLI OSPEDALI

I reparti ospedalieri andranno "umanizzati" mantenendo però la sicurezza per il personale e per i degenti: l'ingresso fuori dall'orario di visita verrà concesso ad un solo parente del ricoverato e fuori dall'orario di visita si renderà obbligatoria la chiusura delle porte d'ingresso ai reparti.

Occorre anche predisporre sistemi di videosorveglianza sia nelle strutture sanitarie che in quelle socio sanitarie nonché di vigilanza attiva nei Pronto Soccorso – DEA con presidio h. 24/24 di Forze dell'Ordine oltre a sistemi di alert in tempo reale.

6. APPALTI E NOMINE TRASPARENTI

Le nomine dei Direttori generali delle ASL non dovranno essere più nomine politiche bensì basate su criteri di selezione oggettivi stilati da giurie non regionali e non politiche.

Sfruttamento dei nuovi investimenti pubblici nazionali per l'edilizia sanitaria (+4 miliardi euro) e per l'acquisto e/o rinnovo della tecnologia sanitaria, mettendo da parte il ricorso al partenariato pubblico privato laddove non necessario, ricorrendo all'indebitamento classico tramite mutuo bancario oppure ai finanziamenti della CDP, o delle casse previdenziali pubbliche (INAIL, INPS) o private come quella dei medici (ENPAM);

Proseguire nel ricorso al dibattito pubblico per i grandi progetti ad iniziare da quello del Parco della Salute di Torino al fine di assicurare la corrispondenza tra bisogni ed offerta di servizi.

Costituzione di una task force regionale di controllo della regolarità degli appalti pubblici nelle ASR, con l'istituzione di una Commissione consiliare speciale di indagine, anche per evitare appalti al massimo ribasso negli appalti di servizi che finiscono per comprimere i diritti e gli stipendi dei lavoratori;

Corretto fasaggio temporale degli appalti delle singole ASR, in modo da procedere a gare regionali (tramite SCR) o sovra-aziendali tramite azienda di riferimento;

7. ASSUNZIONE PERSONALE SANITARIO

Creazione di **standard regionali di fabbisogno di personale** sia medico che infermieristico per reparti e servizi sulla base di:

- ✓ caratteristiche socio-demografiche della popolazione delle singole ASR;
- ✓ domanda di servizi sanitari, previa valutazione di appropriatezza prescrittiva;
- ✓ offerta di servizi sanitari, previa valutazione di appropriatezza organizzativa;
- ✓ analisi della mobilità sanitaria attiva e passiva, suddivisa per patologie e tipologie di interventi;

al fine di procedere alle assunzioni del personale necessario secondo i tetti di spesa nazionali; richiesta maggiore flessibilità per reinternalizzare i servizi sanitari oggi appaltati a cooperative o Agenzie che forniscono "gettonisti" medici o infermieri con contratti precari.

Riconoscimento della figura dell'assistente sanitario quale intermediario fondamentale tra diagnostica del medico e assistenza infermieristica in particolare nel percorso della prevenzione. Creazione di un corso di laurea universitario in Piemonte.

8. POTENZIAMENTO RETE TERRITORIALE

Potenziamento dei consultori familiari, pediatrici e ginecologici in modo da trasformarli in CASE DELLE FAMIGLIE con obiettivo di supporto alla natalità e alla corretta genitorialità; creazione di punti d'ascolto separati per adolescenti, anche relative all'utilizzo di sostanze psicoattive;

Autorizzazione al progetto della "Casa della maternità" per permettere il parto naturale, in condizioni di fisiologia, in strutture simili al contesto domiciliare, ma "protette", con riconoscimento di una quota sanitaria;

Trasformazione di strutture di ricovero per lungodegenza (post acuzie ospedaliere) in strutture intermedie territoriali (es. CAVS) per dimissioni protette e ricoveri di sollievo;

Il medico di medicina generale (Mmg) ed i pediatri di libera scelta (PLs), auspicabilmente in connessione con i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica), sono il fulcro del sistema di cure territoriali, insieme alla nuova figura dell'infermiere di comunità;

sperimentazione diffusa dell'infermiere di comunità su tutti i territori marginali della regione Piemonte, con funzioni di raccordo rispetto all'attività ambulatoriale del Mmg e dei PLs;

DIECI PASSI PER LA SANITA'

Programma M5S Sanità

revisione dell'accordo integrativo regionale della medicina generale con incentivi ad aggregazioni funzionali territoriali (cioè in rete o AFT) ed incentivi alla creazione di aggregazioni strutturali territoriali (cioè in un'unica sede o AST), laddove la densità abitativa lo permetta senza sguarnire il territorio, tra un minimo di due Mmg ed un massimo di 5, in grado di garantire la massima copertura oraria possibile dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì a tutti gli assistiti;

le AFT e le AST provvedono ad adottare uno strumento informatico condiviso (cartella clinica condivisa o cloud) e comunque provvedono a caricare i dati dei propri assistiti sul Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Piemonte; altresì le AFT e le AST provvedono ad assumere, con orario differenziato, senza aggravio di costo per i medici, personale di segreteria che sia reperibile dalle 8 alle 20 dal lunedì al venerdì, ipotizzando anche il trasferimento di amministrativi dalle ASR per abbattere i costi;

previsione di una compensazione remunerativa per le visite ambulatoriali degli assistiti di altri Mmg facenti parte delle medesima AFT o AST, fuori dai propri orari di visita;

ogni AFT/AST è incentivata ad aggregarsi in una Rete per le Cure Primarie (RCP) di almeno 15 mila assistiti; il riferimento territoriale della RCP è la Casa della Salute; per Casa della Salute si intendono tutti gli spazi di assistenza ambulatoriale multispecialistica dell'ASL attualmente presenti sul territorio o da crearsi per un bacino di popolazione di almeno 15 mila abitanti, potenziati dalla creazione di una equipe multidisciplinare, in rete con i medici di medicina generale, i medici della continuità assistenziale, i Pls con focus sulla patologia cronica;

ad ogni RCP viene assegnato dall'ASL un pool di medici di continuità assistenziale nel rispetto della normativa nazionale (1 medico di CA ogni 5000 abitanti +/- 30%) nel cosiddetto "ruolo unico" che entrano a far parte della/delle aggregazione/i ed hanno accesso alle cartelle cliniche degli assistiti.

Per ridurre l'iperafflusso ai PS nei periodi festivi, si prevede di adottare il modello ligure con aperture straordinarie volontarie degli studi Mmg e Pls nei prefestivi e festivi;

Creazione di piani territoriali di prevenzione e mantenimento in salute.

9. DIGITALIZZAZIONE E TELEMEDICINA

La digitalizzazione sanitaria è oggi un obiettivo non più procrastinabile. I cittadini-pazienti devono potere accedere in tutto il territorio regionale a sistemi di prenotazione esami e visite digitalizzato, oltre che a sistemi di record degli esiti. Questi database devono essere inseriti in un fascicolo sanitario elettronico accessibile a tutti gli operatori del sistema sanitario regionale (medici di base, del territorio, ospedalieri, pubblici e privati, infermieri e farmacisti per la parti di loro competenza) ed eventualmente nazionale. I medici di medicina generale devono essere i principali "donatori" di informazioni sui loro assistiti garantendo la trasformazione della medicina di attesa ad una vera e propria medicina di iniziativa, preventiva, personalizzata ed a tendere, limitatamente alle possibilità scientifiche e alla sostenibilità economica, predittiva.

La telemedicina è uno degli strumenti fondamentali della digitalizzazione sanitaria. Ad oggi consta di diverse modalità di esercizio: teleconsulto tra medici, televisita al paziente, telecooperazione sanitaria, telemonitoraggio a distanza, teleassistenza. Vista la difficoltà nel reperire medici specialisti e la dispersione territoriale degli assistiti la telemedicina permetterà il mantenimento dell'efficacia e dell'efficienza sanitaria nei termini di sostenibilità economica e di riduzione di spostamenti per l'utenza..

L'implementazione della telemedicina diventa fondamentale nella condivisione fra ospedali o reparti diversi, di referti medici, lastre, tracciati, esami: niente più carta, ma file compressi che circolano, con l'obiettivo di avere maggiori informazioni e migliori valutazioni su una certa patologia per ottenere la diagnosi più corretta e la migliore terapia col migliore esito; in pazienti con problemi cronici, laddove il Mmg ha già fatto la sua diagnosi, ha già visitato il paziente, può continuare ad acquisire nel tempo altri dati (valori del sangue, esami, visite di controllo) sull'evoluzione della malattia, seguendo la persona a distanza.

DIECI PASSI PER LA SANITA'

Programma M5S Sanità

10.REVISIONE DELLA RIFORMA SULLA PSICHIATRIA, INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E FRAGILITA', MALATTIE RARE E ORFANE

La revisione della residenzialità psichiatrica con le DGR 30/2015 e 29/2016 deve essere oggetto di una rivisitazione insieme alle associazioni di categoria e di familiari di pazienti psichiatrici in modo da evitare lo slittamento dell'assistenza psichiatrica dal sanitario al sociale in particolare per quanto riguarda le SRP 3, le dotazioni di personale e i minutaggi; al contempo ci deve essere un potenziamento dell'offerta domiciliare e territoriale, comprensivo di borse lavoro, il tutto puntando sui progetti individuali e sulla libertà della scelta del luogo e del metodo di cura. Va infine bocciata la previsione del Piano d'Azione per la Salute Mentale, laddove prevede la reintroduzione "gruppi appartamento" senza alcuna regolamentazione sotto le mentite spoglie della "domiciliarità"..

Va posto con attenzione il tema dell'integrazione socio-sanitaria non già con riferimento le Aziende Sanitarie Regionali rischiando di fagocitare i fondi regionali per il sociale nel complesso delle spese sanitarie bensì garantendo che via via progressivamente una quota sempre maggiore delle risorse sanitarie siano investite nell'integrazione socio-sanitaria, considerando l'anzianità, la cronicità, la fragilità e la loro presa in cura domiciliare come la grande sfida del welfare del XXI secolo.

Serve creare un polo forte regionale per le malattie rare che eviti la mobilità passiva verso la Lombardia ed altre Regioni. A seguito dell'approvazione della legge regionale del M5S n. 15/2019 "Disposizioni per il consolidamento della rete di assistenza per la salute neuropsichica dell'età evolutiva e dell'adolescenza" si procede nella creazione della rete regionale dell'autismo, anche in età adulta.

Si promuove la produzione sperimentale di cannabis thc free ad uso terapeutico, nonché la corretta formazione ed informazione dei medici prescrittori.