

PER UN NUOVO SSN

Articolo sulla RIFORMA del SSN. Dalla teoria alla pratica. Cosa fare con i denari UE per la sanità, se arrivano ?

di Stefano Biasioli – giovedì 20 agosto 2020

PREMESSA (inevitabile)

Una sola cosa il COVID-19 ha avuto di buono. Ha messo in evidenza- chiara, brutale ,esaustiva- che l'attuale SSN è inadeguato ad affrontare le emergenze cliniche degli anni 2000.

Nato nel 1978, sulle volute ceneri dell'INAM, per garantire la sanità a tutti, il SSN non è mai stato concretamente modificato in questi 42 anni, ma rappezzato e ritoccato nei decenni, non sempre con miglioramenti.

Valgano, per tutti, 2 esempi. Gennaio 1996: aziendalizzazione “bocconiana” della sanità. Gennaio 2001: regionalizzazione gestionale della sanità, ma associata a “voluta” confusione tra programmazione/finanziamento nazionale e gestione/spesa regionale, con conseguente responsabilizzazione sanitaria in capo alle regioni. Regioni sanitariamente finanziate in % del PIL nazionale ma costrette – già dal 2003- ad un reale cronico sotto-finanziamento, con conseguenti (e poco pubblicizzati) tagli pluriennali su strumentazione, personale, attività di formazione.

Contratti nazionali siglati in perenne ritardo, rinviati prima dal 2002 al 2009 e poi dal 2009 al 2018-2019.

Questi i fatti: sotto-finanziamento, sotto-organico, malcontento cronico del personale. AULSS/ASL gestite molto spesso da pseudo-manager privi di reali/specifiche competenze gestionali; obsolescenza delle apparecchiature di diagnosi e terapia; la CONSIP come “tampone” alle forniture sanitarie e non come ente in grado di uniformare il costo degli acquisti, da Merano a Pantelleria.

In quegli anni 7 Regioni hanno accumulato un cronico disavanzo sanitario, non risolto dall'arrivo dei Commissari, pur se “nordici” di provenienza. Fior di statistiche e di studi (ad esempio quelli di Itinerari Previdenziali) hanno ripetutamente dimostrato – con dati – che negli ultimi 20 anni il SSN è stato ridotto in condizioni critiche per:

- *il voluto sottofinanziamento nazionale (-35 miliardi di euro in 10 anni);*
- *il taglio indiscriminato dei posti letto ospedalieri, ridotti a circa 1.000/milione di abitanti, anche al Nord. Taglio indiscriminato perché assolutamente svincolato dall' esplosione delle cronicità, oncologiche o non oncologiche;*



1

Associazione di Promozione Sociale - Salviamo le Pensioni - Sede legale: Via Francia 21/C – 37135 VERONA

Sede sociale operativa in Via Chiavichetta, 42 – 37047 San Bonifacio – VR

e-mail: info@aps-leonida.com - pensioni@aps-leonida.com - leonidapensioni@gmail.com - leonidapensioni@pec.it

- *la riduzione delle patologie acute (tipiche degli anni settanta) e l'aumento delle pluripatologie, nei singoli individui;*
- *il costo terrificante dei farmaci oncologici e degli immunosoppressori;*
- *il costo della diagnostica radiologica , enzimatico/ormonale/virale e della genetica;*
- *la cattiva organizzazione ospedaliera prodotta dalla aziendalizzazione bocconiana (attenzione ai costi e non al rapporto qualità/costi). Ma la vita non ha prezzo!;*
- *la trasformazione dei medici ospedalieri da professionisti a “ dirigenti”, con abolizione della gerarchia;*
- *i compiti “confusi” attribuiti al personale infermieristico, soprattutto dopo l'informata di “lauree brevi” e di “masters organizzativi”;*
- *la mancata valorizzazione dei pronto-soccorsi, delle pneumologie, delle nefrologie, delle rianimazioni ossia delle figure coinvolte nell'emergenza-urgenza, soprattutto quella piu' drammatica, multiorgano;*
- *la mancata separazione “reale” dell'attività ambulatoriale da quella “istituzionale” sui ricoverati;*
- *la mancata definizione del ruolo “moderno” dei medici territoriali (MMG, pediatri) nella gestione dei pazienti affidati;*
- *la mancata riforma degli ORDINI PROFESSIONALI SANITARI;*
- *il discutibile aggiornamento professionale (ECM) rivelatosi, da subito, un pasticciato sistema cartaceo ed elettronico, privo di una logica scientifica seria e con pesanti effetti economici per gli organizzatori di varia estrazione. So di non farmi degli amici, con queste affermazioni, dure ma vere. 50 crediti ECM/anno, con risposte multiple, facilmente diffusibili e copiabili....!*

*Insomma, **ALMENO 13 CRITICITÀ**, note da anni, senza che alcun politico si sia seriamente proposto di rimuoverle. Le affronteremo una alla volta, con calma, pur sapendo che ogni nostra proposta produrrà una reazione da parte di chi non vorrebbe toccare l'attuale status delle cose.*

DA COSA PARTIRE ?

Da una constatazione banale. I mezzi informatici (e-mail; WhatsApp; cloud; varie “apps” etc) incidono e incideranno sempre di più sull'universo sanitario e sul rapporto tra medico e paziente e tra struttura sanitaria e cittadino.

Anche medici pensionati – come il sottoscritto – in questi ultimi anni sono stati ripetutamente contattati attraverso l'etere da pazienti vecchi e nuovi, per ottenere un



2

parere o una “consulenza breve” relativa al dosaggio dei farmaci, agli esami da fare, a consigli diagnostici.

Certo, il COVID-19 ha bloccato per mesi le visite ambulatoriali. Certo, le informazioni sanitarie attraverso internet hanno ingarbugliato il rapporto tra le conoscenze mediche “vere” e la nozionistica spicciola.

Tuttavia nell’ultimo decennio la modificata/ridotta fiducia nel medico si è sempre più associata ad una generale difficoltà all’accesso alle prestazioni specialistiche, sia per le patologie acute che per quelle croniche.

Da ciò “l’ansia del paziente”, sempre più solo e sempre più impaziente, verso il sistema.

SOLUZIONI ?

L’uso sempre più esteso dell’informatica, peraltro associato ad una certezza. IL RAPPORTO DIRETTO MEDICO-PAZIENTE (ossia la visita medica con presenza del paziente in ambulatorio) non potrà mai essere supplito al 100% dai mezzi informatici. Il colloquio “de visu”, la gestualità, la costruzione dell’anamnesi, la semeiotica classica, la diagnosi e la terapia NON POSSONO essere tutte soppiantate dal web e dal cloud.

Con chiarezza, non vorremmo che il COVID stroncasse la visita ambulatoriale o domiciliare. Non vorremmo che il COVID cristallizzasse il rapporto classico tra curante e curato. Non vorremmo che il COVID portasse a domicilio solo l’INFERMIERE di QUARTIERE e che il medico rinunci ad una parte essenziali delle sue funzioni/competenze.

Lo scriviamo perché, nei giorni scorsi, abbiamo sentito medici della FIMMG e della SIMG fare proposte analoghe. No – ADELANTE PEDRO CON JUDICIO- Secondo chi scrive, occorre invece fare un passo alla volta, per gettare le basi di una sanità moderna ma “umana”.

DA COSA INIZIARE ? IL MICROCHIP o la CHIAVETTA USB

Da un MICROCHIP. Un microchip da inserire – ma attivo! - all’interno della **tessera sanitaria individuale**.

Oppure da una CHIAVETTA USB con all’interno i dati anagrafici (accessibili con una password) e i dati clinici (accessibili con una seconda password).

Nel primo caso (microchip) sarebbe necessario un lettore specifico, per ogni sanitario coinvolto. Nel secondo caso (la chiavetta USB) non ci sarebbe bisogno di un lettore specifico, perché potrebbe essere utilizzata in ogni computer.

La nostra proposta è significativamente diversa da quella che ha portato, in Veneto, al programma “SanitàKmzero” Fascicolo e APP relativa (*dettagliata alla fine di questo articolo*), perché ci sembra riservato a “pazienti informatizzati” e rischia di escludere invece la massa dei pazienti anziani, che poco sanno di hardware e di software.

COME PROCEDERE ?

1. Iniziando dai NUOVI NATI del 2021 (o 22);



3

2. Proseguendo con i restanti 60 milioni di italiani , con un programma che li suddivida e li coinvolga a chiamata, come già fatto per le vaccinazioni e per gli screening oncologici di massa. L'idea sarebbe quella di partire dai 40 anni in su, includendo le **informazioni essenziali**:

- **ANAGRAFICHE**, ossia quelle che vengono pedantemente richieste dai vari uffici pubblici: COGNOME e NOME; LUOGO di NASCITA; DATA di NASCITA; CODICE FISCALE; RESIDENZA;
- Quelle **ANAMNESTICHE**, ma con anamnesi essenziale che contenga: la diagnostica patologica nota; il numero dei ricoveri ospedalieri nell'ultimo decennio; le allergie note; le indagini radiologiche più recenti e i principali parametri di laboratorio; altezza, peso, BMI (massa corporea); BSA (superficie cutanea); la quantificazione del rischio clinico individuale (Charlson, Elixhauser etc); i farmaci di uso abituale; i codici di eventuali esenzioni per patologia.

La **compilazione** di questi dati dovrebbe avvenire in SEDE DISTRETTUALE, con validazione da parte del medico del distretto, inclusa la privacy. In alternativa, potrebbero essere raccolti nella FARMACIA di RIFERIMENTO (in apposito settore). Ovviamente i DATI dovrebbero essere PROTETTI: le loro modifiche dovrebbero essere attuate solo da medici con PSW IDENTIFICATIVA, da memorizzare in sequenza.

La responsabilità successiva e il controllo periodico dei dati sarebbero affidati al medico territoriale curante. Gli specialisti, coinvolti di volta in volta, non potrebbero incidere sulla terapia abituale, che pertanto potrebbe essere modificata (post consulenza) solo dal MMG e/o dal MEDICO di DISTRETTO, chiaramente identificati.

Procedura complessa? Qualora si adoperassero i software esistenti (o modificati ad hoc) la procedura potrebbe durare 30 minuti per persona. Alla fine del percorso, alla persona verrebbe consegnata la TESSERA/MEMORIA USB SANITARIA PERSONALE, i cui contenuti verrebbero riversati anche nell'archivio del MMG e, da costui, nel "cloud".

Una siffatta tessera sanitaria individuale consentirebbe, tra l'altro, anche un CONTROLLO SECONDARIO dei FARMACI CONSUMATI dal PAZIENTE, per l'inserimento – in modo automatico da parte del farmacista- sia delle detrazioni IRPEF che del numero dei pezzi dei farmaci ordinati/consegnati. Ovviamente ciò richiederebbe un sottoprogramma dedicato.

EFFETTI ?

La compilazione e l'aggiornamento di una siffatta tessera sanitaria consentirebbe:

- una semplificazione della raccolta dati nelle ACUZIE (lettura diretta e automatica da parte del medico coinvolto nell'urgenza domiciliare/stradale/PS/ospedaliera);
- di evitare l'uso di farmaci/sostanze cui il p. è allergico;
- di evitare l'uso di dosi incongrue di farmaci e di associazioni pericolose;
- di ottimizzare l'intervento "acuto".

Non solo ma eviterebbe , alle persone anziane “ errori da vuoto di memoria”, ossia la “citazione errata della lista dei farmaci usati a domicilio”, per “cattiva memoria” o “ricordo parziale”.

Da COSA INIZIARE ? Il CODICE delle ESENZIONI CLINICHE – le RICETTE

In sanità, poche cose assillano- nella prassi quotidiana – i pazienti cronici:

- le esenzioni per patologia;
- le ricette per gli esami radiologici e di laboratorio;
- le ricette per le visite specialistiche;
- la fornitura dei farmaci di uso quotidiano.

Le ESENZIONI per PATOLOGIA

Sono uno dei paradossi della medicina italiana. Infatti **sono affidate esclusivamente agli SPECIALISTI DIPENDENTI e non agli SPECIALISTI CONVENZIONATI, per una atavica diffidenza nei confronti di questi ultimi.** Come se solo “i primi” fossero rigidamente attenti alle regole del SSN ed alla spesa sanitaria e “i secondi” fossero invece delle cicale spendaccione.

La proposta, semplice, è quella di una MODULISTICA UNICA (nazionale e regionale) che possa essere compilata da OGNI SPECILISTA, per singola specialità e ben identificabile.

La popolazione invecchia e non è più accettabile costringere il p., che deve rinnovare l’esenzione, ad una VISITA SPECIALISTICA SPECIFICA per ESENZIONE, presso un ospedale pubblico al 100% (quindi non convenzionato) già oberato da lunghe liste di attesa, per motivi medici e non burocratici.

Un carico di lavoro inutile, che potrebbe essere evitato consentendo agli specialisti convenzionati la compilazione dei moduli esentanti, con adeguato tariffario e responsabilizzazione personale. Si tratterebbe di un “compito essenziale” per la “pace sanitaria”, compito che potrebbe anche essere affidato agli SPECIALISTI PENSIONATI, analogamente a quelli che dovrebbero fare “i controllori” per conto dell’INPS.

Le RICETTE per la FARMACEUTICA

Ulteriore aspetto, essenziale per cittadini e medici. Ogni Regione lo ha affrontato in modo diverso, anche “smaterializzando la ricetta rossa” e facendo arrivare direttamente in farmacia la “ricetta bianca smaterializzata”.

Comunque sia il tutto presuppone che:

1. il paziente si accorga che “sta finendo quel farmaco”;
2. il paziente chiami il MMG e gli ponga il problema (o usi il computer, se ne è capace e se dispone di internet);
3. il MMG controlli il suo data base e poi invii in farmacia la ricetta smaterializzata;
4. il farmacista avvisi il paziente che la ricetta è pronta;



5. il paziente ritiri i farmaci.

5 passaggi, difficili se il soggetto è anziano, solo, poco mobile.

Soluzioni alternative? L'infermiere di quartiere o di famiglia? Poco credibile, come soluzione, se costui dovesse farsi carico di circa 1000 famiglie (2/3 dei pazienti di un MMG al massimale). **Sistema anglosassone? Inserimento, da parte del farmacista, delle pillole necessarie per 2-3 mesi, in boccette di vetro personalizzate con etichetta relativa al paziente ed al farmaco.** Boccette da restituire, vuote, al termine del periodo di fornitura. In questo modo il farmacista controllerebbe il corretto consumo del farmaco, comunicando al curante (MMG) eventuali anomalie.

Ulteriore alternativa? Contestualmente allo “scarico IRPEF del farmaco” il farmacista dovrebbe effettuare uno “scarico automatico delle compresse/confezioni consegnate”, con tracciamento delle stesse.

Soluzione alternativa? Per le patologie croniche “super-specialistiche” (trapianti, grave scompenso cardiaco, BPCO, malattie oncologiche, infezioni croniche) **fornitura diretta** del materiale ai pazienti, da parte dell'ospedale/distretto, analogamente a quanto avviene per i malati in dialisi domiciliare.

Le RICETTE per la DIAGNOSTICA

In questa fattispecie il problema presenta alcune peculiarità. La diagnostica viene richiesta dal MMG o dallo specialista, a ragion veduta, ossia dopo una visita medica. Sulla base delle regole regionali solo il MMG o entrambi (MMG/specialista) possono compilare e motivare la singola richiesta specifica. Comunque sia, compilata la richiesta, entrambi hanno a che fare con il CUP (centro unico di prenotazione), con l'organizzazione del CUP e con le difficoltà operative del CUP. Una fase fondamentale, che va analizzata in dettaglio perché si tratta di un **“imbuto sanitario”**.

Il CUP (Centro Unico Prenotazioni)

Come scritto, è attualmente l'**IMBUTO del SSN**. Può essere, oggi, strutturato “per azienda ospedaliera” o “per provincia”, raramente “per Regione”. All'interno della stessa Regione i CUP non colloquiano tra loro, se non occasionalmente.

Ecco, occorre **MODIFICARE il CUP**, organizzandolo (almeno) su base provinciale, con una **struttura analoga a quella del 118**. Orario 8-20, almeno 4 postazioni per turno, affidate ad infermieri professionali (IP) esperti e formati ad hoc, con la supervisione di un medico/turno. Medico, anche pensionato ! Vanno strutturate le **richieste telefoniche dell'utenza, con la predisposizione di una serie di quesiti** che l'operatore deve porre a chi chiama. Ad esempio:

anagrafica/residenza del soggetto; Medico richiedente; Prestazione richiesta; ipotesi diagnostica; tempistica richiesta; data dell'ultimo esame analogo effettuato; struttura che l'ha eseguito.



6

In caso di richiesta incompleta/poco chiara, **contatto diretto tra CUP e MMG** per chiarimenti, chiusura della procedura, con contatto ulteriore tra CUP e paziente, con fissazione di sede e data dell'esame.

N.B.

È evidente che, se in Regione fosse già attivo il **MICROCHIP SANITARIO/CHIAVETTA USB**- come da Noi proposto-, questa procedura potrebbe essere semplificata: MICROCHIP/CHIAVETTA-LETTORE/COMPUTER-CONNESSIONE con il CUP-COLLOQUIO TELEFONICO per completare le informazioni necessarie o PRENOTAZIONE INFORMATICA, con successivo colloquio telefonico, caso per caso.

ANNOTAZIONE. Oggi l'accesso al CUP è problematico, sia per i medici che per i pazienti, con enorme perdita di tempo per entrambi e con pesante insoddisfazione per entrambi. *“Le liste sono chiuse, richiami !”*. *“Liste chiuse, si rivolga altrove (!)”*. *“Abbiamo posto tra 6 mesi (!!?)”*. E potremmo continuare...

In una **STRUTTURA POLIAMBULATORIALE** la richiesta medica potrebbe essere avviata dal personale di Segreteria, in raccordo diretto con il CUP e con colloquio diretto, in caso di dubbi.

Negli **AMBULATORI INDIVIDUALI** dei **MMG** e dei **MEDICI SPECIALISTI** la **richiesta** della prestazione (compilata che sia) **andrebbe affidata al paziente**, con colloquio diretto con il CUP o tramite apposito **servizio di farmacia** (a pagamento?) o con **l'infermiere di quartiere**.

FARMACIA = nuovo luogo dei servizi sanitari !

INFERMIERE di QUARTIERE = nuova figura per i servizi sanitari, con compiti non solo di medicazione ma anche di tutoraggio.

L'impostazione proposta sarebbe fondamentale per la **diagnostica** radiologica, interventistica (colonscopie, gastroscopie, biopsie, agoaspirati, etc) e **strumentale varia** (ECG, EMG, HOLTER, Uroflussometria...). Invece la diagnostica di laboratorio (su sangue, urine, saliva...) potrebbe **essere diretta** (individuale e informatizzata), prescindendo dai CUP, o avvenire **tramite farmacia**.

PAZIENTI con GRAVI CRONICITÀ/PLURIPATOLOGICHE

Per tutti costoro va fatta un'analisi specifica. **I pazienti oncologici, trapiantati, immunodepressi, con scompenso cardiaco in stadio 3°-4°, c, DIRETTAMENTE o IRC in stadio 4°-5°, con grave BPCO, con DM instabile andrebbero sempre gestiti dal reparto (UOC) di riferimento.**

Eliminando al massimo i passaggi inutili, sia diagnostici che terapeutici. Inclusa la fornitura diretta di tutti i farmaci essenziali. A tutti costoro andrebbe fornito un CODICE di PRIORITÀ per gli accessi al P.S. (pronto soccorso) e una LINEA TELEFONICA DEDICATA, per gli interventi a domicilio.

L'esperienza COVID-19 ha dimostrato che **tutti costoro non possono essere abbandonati a domicilio e non possono essere affidati “integralmente” al MMG**. Non solo ma va garantito a tutti costoro l'uso dei farmaci più efficaci e con minori complicanze, anche se costosi per il SSN.



Un esempio? **Va ridotto l'uso del COUMADIN e di farmaci simili (dicumarolici)** a favore degli anticoagulanti più moderni e meno associati a complicanze (ad esempio Apixaban o simili), senza aspettare che questi si presentino e siano pericolose per l'ammalato e costose per il SSN, per i costi derivanti dagli interventi necessari.

POLIAMBULATORI TERRITORIALI

L'esperienza COVID ha anche insegnato che, per i pazienti ambulatoriali, l'accesso all'ospedale va sempre ridotto anzi va drasticamente ridotto in presenza di virus. Ciò dovrebbe portare ad una nuova organizzazione della sanità regionale/nazionale, come da Noi inutilmente proposto da almeno 10 anni. Ne riparleremo, nei dettagli. Per ora ci limitiamo a scrivere che, sul territorio, dovrebbero esistere alcune nuove aggregazioni/fattispecie.

- **STUDI AGGREGATI di MMG**

Almeno 1 ogni 9.000 abitanti, con 6 medici, 3 IP, una segretaria.

Orario di lavoro (a turno): ore 9-13; 14,30-20, quindi 9,30 ore/die per 6 giorni/settimana, in modo da consentire l'accesso all'ambulatorio a tutti.

In pratica, **56 ore di ambulatorio settimanale garantito dai 6 medici**, con 8.30 ore/medico/settimana in ambulatorio e il restante debito orario individuale da usare in modo più razionale di oggi.

In alternativa, **100 ore complessive/settimana**, per i 6 medici con 16-17 ore/medico/settimana nell'ambulatorio aggregato e con il restante orario contrattuale da usare per gli ambulatori personali, per le visite domiciliari e per le pratiche d'ufficio non delegabili.

I 3 infermieri professionali servirebbero per le medicazioni, i cateteri, le consuete pratiche infermieristiche, le telefonate al CUP, la tenuta delle cartelle infermieristiche. La Segretaria espleterebbe le attività burocratiche, la modulistica, il raccordo con il distretto.

- **POLIAMBULATORI SPECIALISTICI TERRITORIALI (ex ospedalieri)**

In spazi esterni agli ospedali vanno realizzati i **poliambulatori specialistici, almeno 1/35.000 abitanti** (ad esempio, 140 in Veneto), da implementare sia ex-novo sia utilizzando i poliambulatori convenzionati o privati già esistenti sul territorio regionale.

Sono tutti da **mettere in rete** e da organizzare con la presenza sia di specialisti ospedalieri in libera professione aziendale (extra orario di lavoro istituzionale) sia di specialisti convenzionati.

Se fossero messi in rete, ciò consentirebbe una loro **classificazione/gerarchizzazione**: da quelli con specialità di base (medicina interna, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, geriatria, neurologia, fisioterapia, dermatologia) a quelli con specialità più complesse (endocrinologia, chirurgia maxillo-facciale, nefrologia, diabetologia,

neurochirurgia, pneumologia, malattie infettive, medicina sportiva, oculistica...).

Andrebbe messa **in rete anche la diagnostica radiologica ambulatoriale**, per evitare duplicazione di apparecchiature e per consentire una corretta programmazione di modernizzazione delle stesse.

Un analogo programma andrebbe impostato per la **DIAGNOSTICA di LABORATORIO AMBULATORIALE e EXTRA-OSPEDALIERA**.

In questa logica andrebbero favorite alcune innovazioni:

- l'effettuazione dei prelievi ematici/urinari nell'arco dell'intera fascia diurna (fatte poche eccezioni);
- una corretta informazione all'utenza prima di alcuni esami particolari (ormonali, raccolte urine nelle 24 ore, curve da carico, tests di stimolazione/soppressione);
- l'identificazione di 1-2 laboratori regionali ove concentrare l'effettuazione di indagini ormonali particolari e/o di dosaggi "delicati".

Esempi? Gli ormoni ipotalamici, ipofisari; i radicali liberi; Cat-SOD-GHPX; aminoacidi; immunità cellulare e umorale; frazioni HDL; genetica; oligoelementi essenziali per il funzionamento ormonale (rame, selenio, cadmio.); inquinanti vari (arsenico, PFOA, PFAS); farmaci immunomodulanti....

Anche in questo campo, la struttura organizzativa di supporto dovrebbe essere simile a quella dei POLIAMBULATORI PRIVATI al "top", con ovvii raccordi con i CUP provinciali, per una ottimizzazione della risposta alle richieste cliniche.

Fondamentale, ancora una volta, la CARTA SANITARIA con MICROCHIP e la possibilità di PRENOTAZIONI con modalità diverse (di persona, telefonica, informatica..), con pagamento immediato (carta prepagata, farmacia, tabaccheria) al momento della conferma della data e dell'ora, onde evitare code per il pagamento il giorno dell'esame) o "improvvisi buchi" per defezione del soggetto da esaminare.

La CONSEGNA dei REFERTI potrebbe avvenire o in sede o per via informatica, sia a domicilio del paziente che nella farmacia abituale (servizio farmaceutico) e/o al medico di "base", cui – in ogni caso- andrebbe inviata copia dei referti stessi.

Chi pensa che, questi, siano aspetti marginali del problema sanitario italiano, non conosce ciò che sta succedendo in sanità, in questi anni e soprattutto in tempo di Covid.

- Interpellano il MMG per chiarimenti;
- coinvolgono altre figure mediche, in presenza di "esami con asterischi" o con "avvisi di pericolo" (zone di grigio o similari);
- cercano (e spesso non trovano) specialisti di settore;
- inviano e-mail "disperate" agli amici medici;

- ottengono – via web- risposte sanitarie più o meno qualificate, spesso superficiali (quindi pericolose) perché valutate frettolosamente e perché gratuite (quindi, “wasting time”).

Tutta questa consulenza informatica andrebbe – almeno minimamente – normata, per evitare possibili contenziosi medico-legali, con pochi elementi documentali “a difesa”.

In Regione Veneto il problema è oggetto di un tavolo di confronto.

Ricordiamo tuttavia che esiste, già oggi, un SOFTWARE LABORATORISTICO in grado di ottimizzare i referti, ridurre i rischi legati ad una diagnostica incompleta, ottimizzando nel contempo il ricorso ad eventuali analisi supplementari, a completamento della diagnostica iniziale stessa.

La TEMPISTICA dei CONTROLLI

In ogni Regione, le singole ASSOCIAZIONI SPECIALISTICHE MEDICHE dovrebbero elaborare una

TEMPISTICA di MASSIMA per i CONTROLLI AMBULATORIALI di SPECIALITÀ, con una ratifica ufficiale regionale, anche tramite BUR.

Detta tempistica potrebbe essere applicata nel 90-95% delle cronicità stabilizzate, potendo/dovendo ovviamente essere derogata in presenza di novità cliniche significative in capo al singolo individuo nonché in caso di importanti variazioni terapeutiche, da monitorare strettamente.

Detta TEMPISTICA (tempario) consentirebbe di:

- contenere l’abuso di prestazioni;
- evitare il superlavoro dei CUP, almeno di quello legato alle dimenticanze dei pazienti;
- favorire la fidelizzazione dei pazienti verso quel “certo” poliambulatorio;
- favorire l’identificazione dei giorni utili per i pazienti cronici;
- attivare una “rete di avvisi” ai pazienti, nei giorni precedenti i controlli programmati (SMS, telefonate etc).

Non si intende qui entrare nel dettaglio, ma ci si limita ad alcune DOMANDE RETORICHE.

DOMANDE RETORICHE, che RICHIEDONO RISPOSTE CONCRETE

1. Con quale frequenza viene controllato uno SCC (scompenso cardiaco) in fase 3-4 ?
2. Con quale criterio si abbandona la terapia con dicumarolici a favore dei farmaci anticoagulanti più moderni, ovvero con minori effetti collaterali e senza obbligo di monitoraggio periodico ?
3. Ogni quanti mesi si controlla/monitora una BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) ?
4. Ogni quanti mesi si controlla un DM2 (diabete mellito 2) o, meglio, le potenziali complicanze di un DM2?

5. Ogni quanti mesi si controlla una obesità di 3° grado?
6. Ogni quanti mesi si controllano le condizioni motorie/cognitive di un disabile o di un residente in una RSA?
7. Ogni quanti mesi vanno riclassificati i disabili (e non solo per le pratiche di accompagnamento)?
8. Ogni quanti mesi vanno valutate le esenzioni per patologia?
9. Ogni quanti mesi vanno rivalutate le esenzioni per reddito?
10. Ogni quanti mesi andrebbe fatta una revisione ragionata della terapia in atto e delle interrelazioni tra i farmaci ?
11. Ogni quanti mesi dovrebbe essere attuata una valutazione adeguata dell'assetto nutrizionale dei cronici?
12. In tempi di COVID, qual è la tempistica ottimale per le vaccinazioni antinfluenzale e antipneumococcica, in attesa del vaccino specifico?

E, per ora, questa proposta finisce qui (Parte PRIMA).

Stefano Biasoli

*Medico, Primario Nefrologo in pensione
Consigliere Cnel*

Allegato sugli ASPETTI TECNICI (in sintesi)

a) SUPPORTO INFORMATICO da NOI PROPOSTO

- **TESSERINO SANITARIO INDIVIDUALE con DATI anagrafici e clinici essenziali da leggere/modificare, dopo PSW (ipotesi remota).Oppure..**
- **CHIAVETTA USB da 10-30 GB con 2 PSW: una per i dati anagrafici ed una per i dati clinico/sanitari personali. Detti dati verrebbero poi – una volta validati-inseriti, con back up automatico, nel cloud. Detta chiavetta, resa nota la PSW all'operatore sanitario coinvolto, potrebbe essere letta da qualunque computer, in qualunque sede sanitaria (MMG, pediatra, distretto, CUP, ambulatorio ospedaliero, poliambulatorio, ospedale, farmacia). Il nostro sistema è applicabile a tutti i cittadini, anche a quelli non informatizzati, perché li mette direttamente e semplicemente in contatto con i sanitari di riferimento. Non solo, ma il nostro sistema include alcuni software personalizzati in grado di CALCOLARE il RISCHIO CLINICO INDIVIDUALE(SSB) e di INTERPRETARE I DATI di LABORATORIO (Materia grigia), applicando il ragionamento clinico ai dati stessi , mediante la costruzione di almeno 250 “regole” specifiche, in grado di assemblare insieme anche minime alterazioni dei parametri laboratoristici.**

b) SUPPORTO INFORMATICO REGIONE VENETO

SANITÀ KmzeroFascicolo - PROGRAMMA e APP della REGIONE VENETO (in costruzione)

Ad oggi all'interno di [Sanità km zero Fascicolo](https://sanitakmzerofascicolo.it) (Link: <https://sanitakmzerofascicolo.it>) è possibile avere le seguenti funzioni:

- cercare, visualizzare e scaricare **documenti e referti sanitari**;
- reperire i dati e i riferimenti del tuo **medico di medicina generale**;
- gestire i **profili collegati** dei tuoi figli minorenni o delle persone sotto la tua tutela legale se hai già attivato il loro Fascicolo;
- **gestire i tuoi consensi** alla alimentazione, alimentazione con pregresso e consultazione del tuo Fascicolo;
- accedere alla **lista degli operatori** che hanno visualizzato i tuoi dati;
- leggere **comunicazioni** da parte della Regione del Veneto
- attivare o disattivare le **notifiche** rispetto le comunicazioni di **nuovi documenti** disponibili o **modifiche** effettuate ai **consensi**.

Per usufruire di questo servizio è necessario **rilasciare i consensi sul Fascicolo al medico di medicina generale, o al pediatra di libera scelta, o all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della ULSS, o al Distretto Sanitario** di riferimento.

Ricorda di rilasciare anche indirizzo e-mail e numero di cellulare: riceverai via e-mail le istruzioni per creare le credenziali Sanità km zero e potrai così accedere al servizio.

Se non ricevi la e-mail rivolgiti a chi ti ha attivato il Fascicolo oppure scrivi a supporto@sanitakmzerofascicolo.it

*Una volta in possesso di **credenziali SPID** (Link: <https://www.spid.gov.it>), si accede direttamente al portale e si rilasciano autonomamente i consensi.*

SANITÀ: QUALE ASSETTO VORREMMO ? seconda parte (testo del 28/8/20).

Tanti italiani, tante idee diverse. Dopo aver lavorato nella (e per) la sanità pubblica per decenni; dopo aver fatto il sindacalista medico-ospedaliero per decenni (1960-2009) una qualche idea ce la siamo fatta. Ed ecco 2 ipotesi da discutere, riassunte in 2 tabelle, a VALENZA REGIONALE.

TABELLA 1. L'anima del sistema è la **REGIONE** (sperabilmente più autonoma di oggi), fornita di un proprio BUDGET SANITARIO e articolata – inizialmente – in 3 GROSSE REALTÀ: Assessorato alla sanità, Azienda zero, Protezione civile.

Assessorato alla Sanità è operativamente articolato in ASL/AULSS (1-2 per provincia, almeno una interprovinciale), suddivise a loro volta in Enti/Présidi ospedalieri, Distretti, Poliambulatori, CUP, Centri di ascolto.

Ogni ASL/AULSS dovrebbe avere almeno **un Ospedale ogni 200.000 abitanti**. Ma, sugli ospedali e sulla “gerarchia” dei livelli ospedalieri torneremo più avanti. Quanti **DISTRETTI** per ASL? Almeno 1 ogni 50.000 abitanti. Quanti **POLIAMBULATORI**? Almeno 1 ogni 25.000 abitanti. Quanti **CUP**? Ne basterebbe uno ogni 200.000 abitanti, se l'organico fosse “esaustivo”, ossia idoneo ad evitare tempi di attesa telefonica superiori al minuto.

Ma facciamo un passo indietro.



12

Associazione di Promozione Sociale - Salviamo le Pensioni - Sede legale: Via Francia 21/C – 37135 VERONA

Sede sociale operativa in Via Chiavichetta, 42 – 37047 San Bonifacio – VR

e-mail: info@aps-leonida.com - pensioni@aps-leonida.com - leonidapensioni@gmail.com - leonidapensioni@pec.it

Alla REGIONE spetterebbe la definizione degli **standards operativi**, ma dopo coordinamento con l'AZIENDA ZERO e con le SOCIETA' SPECIALISTICHE REGIONALI (sia ospedaliere che territoriali). Il DISTRETTO manterrebbe i compiti attuali, cui andrebbe aggiunto quello di **coordinamento dei poliambulatori territoriali** (ovvero le strutture aggregate dei MMG/Pediatri di libera scelta), quello di **raccordo con i CUP** vicini e coordinamento con gli IP territoriali (ovvero gli infermieri professionali operanti sul territorio).

Ne scaturiscono alcuni problemi. Qual è la “catena di comando” in un “nuovo distretto”?

Qual è l'articolazione ottimale del lavoro, nelle strutture aggregate dei MMG? Del CUP abbiamo già delineato (in altra parte di questo contributo) compiti e funzioni, sottolineandone la delicatezza, per il loro impatto sulla risposta ai cittadini e sul possibile, frequente, contenzioso.

La **TABELLA DUE delinea i rapporti** tra Regione, Protezione civile, Associazioni di volontariato, Azienda zero. Viene ampliata la funzione dell'Assessorato Socio-sanitario regionale, delineandone i rapporti con i distretti e con le RSA (residenze sanitarie assistenziali), ipotizzandone un coordinamento provinciale ed una nuova organizzazione, generata dalle esperienze sul Covid.

In sostanza: area per infetti, area sub-intensiva; presenza medica più strutturata; facilitazione nei trasporti. Regole “chiare” per gli accessi dall'esterno; sistemi di protezione; linee guida chiare su vaccinazioni, emergenze, fine vita. Il tutto è riassumibile in uno slogan:” *Qualità, anche nelle RSA...!*”.

PRIME CONCLUSIONI

In questo testo iniziale non intendiamo fare proposte specifiche per la nuova strutturazione e articolazione degli ospedali. Per queste, si potrebbe partire dagli standard di Donat Cattin, aggiornandoli. Lo faremo in un secondo momento.

Ora ci siamo concentrati sulla sanità extra-ospedaliera e sul ruolo dell'informatica in sanità, per ottimizzare le risposte sanitarie e per contenere i costi, senza ridurre la qualità della risposta. Non tratteremo neppure delle necessità di chiarire il ruolo e le funzioni del personale medico, sanitario e tecnico. Temi da affrontare e da risolvere anche con CCNL (contratti nazionali e accordi regionali) moderni e innovativi.

Non tratteremo neppure del tariffario delle prestazioni, della necessità di rivedere il prontuario farmaceutico, inclusa la classificazione dei farmaci (A, B, C, H, territorio) e la tipologia dei “bugiardini”. No, tutto questo dovrebbe avvenire –secondo Noi- dopo una rivisitazione informatica della sanità, per ottimizzare la resa del SSN e perché ce lo chiede l'UE. I costi di queste proposte? Non dovrebbe essere difficile quantificarli, una volta fatte le scelte essenziali. La tecnologia? In parte già esiste (si pensi alla card di ogni dializzato e ai sistemi di controllo da remoto dei cardiopatici). In parte andrebbe creata. Ma non si partirebbe da zero. No, si partirebbe dall'esistente che andrebbe ottimizzato e reso “multitasking”. Con soluzioni possibilmente nazionali o regionali (come minimo).

APPUNTI per il FUTURO.

Sono almeno 10 i problemi cruciali del SSN:

- l'autonomia regionale socio-sanitaria (e le competenze statali);
- la “catena di comando”;
- la “gerarchia negli ospedali”;



13

Associazione di Promozione Sociale - Salviamo le Pensioni - Sede legale: Via Francia 21/C – 37135 VERONA

Sede sociale operativa in Via Chiavichetta, 42 – 37047 San Bonifacio – VR

e-mail: info@aps-leonida.com - pensioni@aps-leonida.com - leonidapensioni@gmail.com - leonidapensioni@pec.it

- l'organizzazione ospedaliera in tempi di virosi;
- il personale: da formare, da aggiornare, da motivare;
- la specializzazione ospedaliera;
- il ruolo del territorio;
- i contratti del personale sanitario operante sul territorio;
- i rapporti tra "sanità pubblica e sanità privata";
- il ruolo delle farmacie (centri di servizi?);

Dieci temi importanti, da declinare con pragmatismo.

Stefano Biasoli

28/08/20