

Per una Liguria in salute.

Le sfide della Sanità: la proposta del PD

A cura del Circolo Sanità PD Genova

GOVERNANCE

Nel corso degli ultimi anni si è assistito in Sanità ad un progressivo e significativo cambiamento dei bisogni della persona e della comunità a fronte di una sensibile riduzione delle risorse disponibili.

La sfida affrontata dal Governo regionale di Centro Sinistra negli anni del suo governo è stata il mantenimento del livello dei costi nel rispetto del valore della qualità dell'assistenza ad invarianza di servizi resi, ciò attraverso la ricerca dell'appropriatezza e di una corretta allocazione delle risorse, la valorizzazione di percorsi e modelli innovativi di assistenza e sforzi significativi nel contenimento della spesa, ottenendo buoni risultati sia in termini di minori costi sia di efficienza di alcuni servizi.

Il successivo governo regionale di centro-destra è stato caratterizzato da:

- 1. Totale assenza di programmazione sanitaria**
- 2. Incapacità e progressiva perdita del controllo di gestione della Sanità Ligure**
- 3. Aumento dei costi** (bilancio economico negativo e aumento delle tasse)
- 4. Smantellamento progressivo del modello di assistenza territoriale a fronte della creazione di nuove figure manageriali (Direttore Socio Sanitario) senza alcuna reale ricaduta operativa**
- 5. Grave carenza di personale ed inesistente rivalutazione delle piante organiche in base a precise necessità assistenziali**
- 6. Qualità ridotta dei servizi** (con aumento delle fughe verso altre regioni, aumento delle liste d'attesa)
- 7. Apertura al privato senza una valutazione critica delle necessità assistenziali della popolazione**

Le gravi carenze di **personale sanitario**, (medici, infermieri, psicologi in particolare) sono fra gli aspetti più critici, oggi. La non concessione negli ultimi anni di deroghe per l'assunzione del personale (nonché la complessità e i tempi delle procedure di assunzioni) hanno prodotto una significativa contrazione dell'offerta da parte di diverse specialità, con una grave difficoltà nel garantire la piena copertura dei turni di lavoro e il pieno utilizzo delle apparecchiature complesse.

Da sottolineare **l'apertura al privato**: il sistema pubblico deve dare risposte alle richieste di bisogno della persona, ed il sistema privato in sanità non va né limitato né favorito, tanto meno demonizzato, ma integrato e controllato, proprio per il fatto che esso, come ogni altra struttura che offre prestazioni, vive di fondi pubblici. Il privato va utilizzato e gestito qualora esista una effettiva e documentata difficoltà del pubblico nella erogazione di un servizio sanitario fermo restando per esso la possibilità di erogare servizi in regime interamente a carico del cliente, soggetto solo controlli di qualità da parte del Servizio Sanitario Regionale.

Su queste carenze si è aggiunto un elemento drammatico, la pandemia da Sars-CoV-2, che ha determinato una critica emergenza socio-sanitaria che il Servizio Sanitario Regionale ha affrontato con grande difficoltà organizzativa e gestionale.

Nel momento in cui il Paese si avvia verso una fase di contenimento e superamento della pandemia, la politica ha la responsabilità di creare le condizioni necessarie per governare la sfida più importante degli ultimi 70 anni: ricostruire, rinnovare quello che il Sars-CoV-2 ha messo in grave crisi, in modo che il servizio sanitario sia in grado di affrontare i problemi compiutamente, costruendo modelli sociali e sanitari che permettano di convivere con il problema del virus e del dopo virus privilegiando in questo rinnovamento l'implementazione di una salute di comunità.

I dati ufficiali del Ministero della Salute dimostrano che la Liguria è stata una delle Regioni più colpite dall'epidemia, sia per quanto riguarda il numero di persone contagiate rispetto al numero di tamponi eseguiti sia per quanto riguarda il più triste primato di decessi rispetto alle persone positive al tampone. Ambedue i dati risentono della scelta della Giunta Regionale di centrodestra di eseguire tamponi per la ricerca del virus solo alle persone con evidenti segni clinici, scelta che ha condizionato tutto il sistema di assistenza regionale: è verosimile immaginare che se in Liguria si fossero effettuati da subito più tamponi per la ricerca del virus (soprattutto a domicilio) come è avvenuto in Veneto, sarebbe stato possibile individuare in fase precoce il Covid 19 e assistere i pazienti a domicilio, con evidente riduzione dei ricoveri e dei decessi, ma questo avrebbe richiesto una capacità di governance del territorio mai implementata, anzi, progressivamente e sistematicamente smantellata in questi anni dal governo regionale: fra gli aspetti più critici, le gravi carenze di personale sanitario territoriale, l'attività prevalentemente burocratica delle strutture della prevenzione, il piano regionale per la Pandemia non più aggiornato ed evidentemente non applicato dai responsabili istituzionali, i medici di famiglia posti nella impossibilità di garantire assistenza, l'assenza di controllo sulle case di riposo.

La conseguente mancanza di un efficace filtro sanitario territoriale ha messo in crisi la rete ospedaliera, già di per sé critica, a dimostrazione che la scelta di puntare sul sistema ospedaliero non garantisce una efficacia di sistema, analogamente a quanto avvenuto in Lombardia.

In sostanza la pandemia ha messo brutalmente in evidenza una carenza organizzativa già da tempo rilevata, anche se in modo molto meno mediaticamente plateale, nel contrasto alle malattie croniche.

Appare nondimeno evidente che ci troviamo di fronte ad un cambiamento epocale: c'è stata una vita prima del Sars-CoV-2 e ci sarà una vita post Sars-CoV-2, e in termini di diritto alla salute obbliga a riflettere diversamente da prima su un sistema sanitario che sia adeguato alle nuove evidenze.

Paradossalmente si è tornati all'800, quando il concetto di cura si identificava con la necessità di evitare la diffusione delle malattie infettive, ma oggi con orientamenti programmatici e gestionali moderni: la pandemia ha cambiato la medicina di oggi e cambierà quella di domani, obbliga a scelte di indirizzo drammatiche e responsabili, finalizzati ad una medicina di iniziativa, ad una sanità che "vada incontro" alla persona prima che le patologie insorgano o si aggravino e non di attesa (come quella tipicamente ospedaliera), ad una sanità orientata alla tutela e promozione della salute.

L'idea

Il sistema organizzativo sanitario regionale vive complessivamente una parcellizzazione dei servizi (ciascuno dei quali ha un diverso mandato e risponde a logiche spesso autoreferenziali) e una

inadeguata integrazione fra le strutture, fra l'ospedale ed il territorio: si avverte la necessità di un cambiamento radicale che ponga al centro del sistema il bisogno della persona e della comunità e non più la malattia.

I principi fondanti sono i seguenti:

1. condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali ("appropriatezza clinica")
2. interventi sui modelli organizzativi e di presa in carico della persona ("appropriatezza di livello")
3. applicazione di nuovi modelli di assistenza: valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, sviluppo del lavoro di equipe, integrazione e condivisione di responsabilità
4. razionale investimento per le nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche
5. potenziamento/ampliamento dell'offerta territoriale di prevenzione (anche negli aspetti che riguardano la salute mentale e dipendenze) – prima diagnosi – presa in carico
6. revisione dell'organizzazione della rete ospedaliera a partire dall'analisi dei bisogni di salute ottenuti dal territorio per assicurare una reale integrazione fra ospedale e territorio
7. attivazione di strutture residenziali dedicate all'assistenza intermedia
8. sistematica presa in carico globale della persona fragile (anziano, diversamente abile, persona con malattia cronica, persone con patologie psichiatriche)
9. revisione del ruolo, dell'attività e dell'organizzazione dei MMG e delle cure primarie in generale.

Il programma attuativo

- I. **Forte governo centrale** degli organi elettivi, con il supporto tecnico al suo interno di un nuovo ed efficiente **Dipartimento Sanità** che abbia competenze di programmazione sanitaria, di governance e di coordinamento del SSR, comprensivo di tutte le sue articolazioni: Azienda Territoriale, Aziende Ospedaliere, IRCCS;
- II. **Contestuale soppressione di ALISA**, azienda rimasta sempre sostanzialmente autonoma dal controllo del Consiglio Regionale, della Conferenza dei Sindaci e dei cittadini, caratterizzata da una gestione commissariale dalla sua istituzione e da altissimo costo (1 dirigente ogni 3,8 dipendenti), che ha fallito nel raggiungimento dei suoi obiettivi di omogeneità organizzativa del sistema sociosanitario, di programmazione coerente su tutto il territorio, di allocazione di risorse sulle reali esigenze epidemiologiche e demografiche dei cittadini, di controllo e gestione degli erogatori privati, di rapporti coerenti con tutti i soggetti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacie e associazioni), e di definire i rapporti e convenzioni appropriate con IRCCS e Aziende ospedaliere.
- III. Istituzione di una **UNICA ASL territoriale regionale e contestuale soppressione delle cinque attuali ASL**. A questa unica azienda sono demandate dal Dipartimento Sanità le funzioni relative a programmi, organizzazione e controllo del sistema di assistenza sia

dell'ospedale che del territorio. L'obiettivo principale è eliminare le parcellizzazioni esistenti sia territoriali che ospedaliere, uniformare procedure e percorsi clinico-diagnostici; unificare i concorsi per le assunzioni del personale a livello regionale, la formazione degli operatori, gli acquisti di beni e servizi. La strategia del cambiamento si concretizza nella ridefinizione del sistema di emergenza e di elezione fra i vari ospedali della Regione, nella ridefinizione delle strutture complesse di degenza sulla base del Decreto Balduzzi, nella possibilità di accorpamento di Strutture Complesse di specialità differenti ma assimilabili per area (medico/chirurgica), nel potenziamento strutturale dei servizi preposti alla tutela della salute psicologica (ad oggi ben poco rappresentata e molto frammentata in tutta la Regione) al fine di migliorare l'utilizzo appropriato delle risorse umane e il livello di efficienza delle strutture.

- IV. **Istituzione di tre Aree Vaste** (modello di riferimento Regione Marche) che vengono identificate all'interno dell'ASL territoriale unica: **Area Vasta Ponente, Area Vasta Genovese, Area Vasta Levante**. L'Azienda unica esercita a livello centralizzato le funzioni d'indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale stessa e delle Aree Vaste, nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta Regionale. Le tre Aree Vaste sono entità di riferimento -con parziale autonomia gestionale e operativa nel rispettivo ambito- per l'ottimizzazione dei servizi, la programmazione delle attività su territori confinanti, la gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.
- V. **Valorizzazione della Conferenza dei Sindaci**. Al fine di garantire il rispetto delle peculiarità dei singoli territori liguri, vengono mantenute in funzione tutte le attuali Conferenze dei Sindaci dei Comuni (ognuna comprensiva del territorio delle ex 5 ASL territoriali, rispettivamente ASL 1, ASL2, ASL3, ASL4, ASL5), che esprimono e illustrano i bisogni sociosanitari delle comunità locali, nel rispetto delle attuali normative di legge.
- VI. **Forte potenziamento dei servizi territoriali** attraverso cinque direttrici:
- **Ridefinizione del ruolo, delle attività e delle responsabilità del MMG/PLS** con assoluta necessità di valorizzazione della organizzazione, della proattività e della partecipazione ad accordi regionali/aziendali nell'ambito di attività di promozione della salute, di prevenzione e di presa in carico delle cronicità con indicatori di percorso e di esito, con dotazione di idonei strumenti clinici, organizzativi (compreso lavoro in Team) e di controllo;
 - **Sviluppo e potenziamento degli attuali Distretti Socio-Sanitari** che rappresentano l'articolazione territoriale di ciascuna delle 3 Aree Vaste, e che devono assumere un ruolo di maggiore incisività operativa e organizzativa rispetto all'obiettivo della promozione e del coordinamento del sistema integrato socio-sanitario giungendo ad essere il nodo di raccolta e analisi del fabbisogno di salute del territorio di riferimento. Ad esse andrà riservato un investimento economico ed organizzativo per concentrare le attività in sedi uniche in modo che la persona non rincorra i servizi variamente dislocati sul territorio e lontani fra loro e soprattutto organizzandolo per essere il primo punto di accesso e di riferimento della Sanità Pubblica.

- **Identificazione in alcuni Distretti di "Case delle Cure Primarie"**, strutture strategicamente distribuite sul territorio regionale, a rappresentare un modello organizzativo concentrato in un unico luogo, vicino e abituale alla persona che può essere assistita senza dover vagare per il territorio e dove si concentrino tutti i servizi e i professionisti della salute, compresi i MMG riuniti in idonee aggregazioni in modo da fornire servizi effettivi 12hs/12 compreso il sabato mattina ed i prefestivi. In queste strutture potranno essere comprese anche attività più complesse come le funzioni medico-riabilitative, i servizi di psicologia, la chirurgia di giorno, gli ospedali di comunità, attività di Primo Intervento
 - **Rilancio dei Dipartimenti di Prevenzione** dopo la bruciante esperienza della pandemia COVID-19
 - **Superamento della modello residenziale** per l'assistenza ai pazienti fragili, disabili, anziani.
- VII. **Mantenimento delle due Aziende ospedaliere attualmente presenti (Galliera, Evangelico) e dei due IRCCS (Policlinico San Martino, Istituto Gaslini)**. Per le due Aziende Ospedaliere dovrà essere effettuata una significativa revisione organizzativa e funzionale, così come proposta per gli ospedali territoriali, presupposto per la caratterizzazione assistenziale delle due AAOO, che siano inserite e non isolate in un modello integrato di rete ospedaliera ligure. Per quanto riguarda i due IRCCS si ritiene indispensabile che la Sanità Ligure investa fortemente nella tutela della loro vocazione clinico-scientifica e valorizzi ulteriormente il livello di assistenza raggiunto e riconosciuto sia in ambito nazionale che internazionale: di indirizzo oncologico per IRCCS San Martino e materno-infantile per l'Istituto Gaslini
- VIII. **Programmazione e relativo investimento per la costruzione di Nuovi Ospedali**, identificati come poli di eccellenza provinciali, che concentrino lo stato dell'arte della tecnologia medica e i servizi necessari alla popolazione del territorio di competenza,
- IX. **Contestuale revisione della attuale organizzazione ospedaliera**, presupposto di una profonda trasformazione organizzativa e funzionale, orientata verso una precisa caratterizzazione degli ospedali e verso un **modello di assistenza per "intensità di cura"** nel rispetto e nella valorizzazione delle attività ad elevate/elevatissima specializzazione e complessità che necessitano di percorsi peculiari (Modello Toscana). Gli attuali ospedali identificati come presidio di assistenza per l'epidemia di Covid 19 manterranno la loro tipologia assistenziale, saranno potenziati se necessario, in quanto l'epidemia Covid 19 ha dimostrato che l'Ospedale cosiddetto "misto" è ingestibile, a elevato rischio di contagio per i malati e per gli operatori sanitari
- X. **Percorsi di formazione e di arruolamento delle nuove professionalità (da cui necessità di confronto con Università)**.

NB: gli aspetti relativi al punto VII sono affrontati e discussi nel documento "Rete Territoriale e Cure Primarie"; gli aspetti relativi ai punti VII, VIII, IX sono affrontati e discussi nel documento "Rete Ospedaliera"; La proposta relativa punto X viene affrontato nel documento "Formazione in ambito sanitario".

RETE TERRITORIALE, CURE PRIMARIE E RESIDENZIALITA'

Elementi generali di contesto con impatto sul SSR Liguria

La pandemia Covid-19 ha imposto una forte accelerazione alla revisione delle strategie sanitarie non solo a livello ospedaliero e specialistico, ma ancor più, come evidenziato dai risultati di salute ottenuti da differenti modelli regionali, a livello delle Cure Primarie.

L'emergenza pandemica ha indicato come queste, grazie a diffusione, prossimità (fisica e/o virtuale) e a pro-attività, possano essere in grado di modificare gli esiti di salute, a patto di ribaltare l'attuale paradigma assistenziale basato su una medicina territoriale di "attesa" e sulla rete ospedaliera.

La pandemia ha fatto emergere innovative modalità assistenziali, di presa in carico e di monitoraggio da remoto con l'uso del digitale e della ICT (telefono, App, video-consulto, device, software, ecc.) imperniata su una profonda riorganizzazione nell'erogazione del servizio (lavoro in team interprofessionale, visite su appuntamento, associazionismo, formazione e riqualificazione del personale, ecc.), che garantisce condivisione di processi, risultati e indicatori con gli altri attori del sistema, sicurezza e protezione degli operatori e dei pazienti, mantenimento il più possibile del cittadino al proprio domicilio con una maggiore consapevolezza e aderenza al percorso di cura, con un'attenzione costante anche alla tutela della stessa salute mentale.

Questo impetuoso cambiamento non deve essere disperso nella fase post-COVID ma, facendone tesoro, deve guidare un radicale, profondo e duraturo cambiamento delle Cure Primarie negli ambiti dell'assistenza, della prevenzione e della presa in carico delle cronicità.

A favorire ulteriormente questo passaggio è anche un "sentire" profondamente cambiato nella nostra società, con una concezione di salute che è passata da una semplice ricerca di prestazioni a livello individuale (consumismo, ricerca della così detta "eccellenza" auto-referenziata) alla identificazione di una figura di riferimento fiduciaria che si prenda cura dei bisogni di salute delle persone.

La pandemia ha fatto emergere anche il desiderio di una forte tutela a livello di comunità nell'ambiente di vita e di lavoro (profilassi delle malattie infettive, attività di prevenzione rivolta alla persona -vaccinazioni, programmi di diagnosi precoce/screening - sicurezza sul posto di lavoro, attenzione e gestione dello stress lavoro correlato, ecc.). Il tutto regolato da collegamenti, interazioni/integrazioni, gerarchie e responsabilità ben definite.

La pandemia, inoltre, si è inserita in un contesto storico, sociale ed economico già di per sé molto sfidante, poiché condizionato:

- 1) dalla transizione epidemiologica e demografica che, con l'allungamento della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, comporta un costante incremento delle cronicità, delle fragilità, delle disabilità, delle condizioni di multi-morbidità e di complessità clinica sul singolo paziente in un contesto di una sempre più diffusa condizione di deprivazione socioeconomica;
- 2) dall'innovazione tecnologica che, con il tumultuoso sviluppo e proposta di nuove biotecnologie (strumenti, devices, terapie invasive e non) congiunta ad una maggiore e più consapevole

domanda di salute della popolazione, spinge ad una maggiore spesa diretta (acquisto) e indiretta (mobilità extra-regionale, spese per la formazione e rinnovamento nel personale del SSR);

- 3) dalla differenziazione professionale che, con la valorizzazione e lo sviluppo delle specifiche competenze delle professioni sanitarie e socio-sanitarie, inducono ad un diverso e innovativo approccio, centrato sulla persona, con una obbligatoria gestione in team multiprofessionale e in ottica interdisciplinare in ogni situazione clinica e organizzativa;
- 4) dalla carenza delle risorse economiche e di personale che comportano la necessità di una redistribuzione di strutture e di personale coerente con gli effettivi bisogni della popolazione;
- 5) dal ruolo dei soggetti privati accreditati che richiedono un forte governo di indirizzo e controllo.

Questo scenario, in continua e talvolta improvvisa, come accaduto con la pandemia, evoluzione, modifica radicalmente il quadro di riferimento dell'assistenza sanitaria, la cui strutturazione e organizzazione attuale appare del tutto inadeguata a questo nuovo scenario.

Riformare in profondità il SSR

Le azioni sistemiche necessarie per adeguare la risposta della Rete Territoriale sono:

- 1) la definizione dei compiti dell'assistenza ospedaliera (nei suoi vari livelli di complessità) individuato come luogo di cura dell'acuzie e di quelli della rete territoriale riconosciuto come luogo in cui si sviluppano la prevenzione individuale e di popolazione, i programmi di educazione sanitaria di promozione della salute, e dove ci si "prende cura" della cronicità;
- 2) il coordinamento stretto delle attività di questi due setting con la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) integrati, chiari (chi fa che cosa, a chi e quando) e condivisi che accompagnino la persona e la comunità nelle variazioni nel tempo dei loro bisogni di salute;
- 3) l'elaborazione di una risposta adeguata ai bisogni più sentiti dei cittadini:
 - a) qualità, tempestività e appropriatezza nell'urgenza/emergenza. Anche in questo ambito la pandemia Covid-19 ha rovesciato (almeno per il momento) lo storico quadro di riferimento: ricorso costante al Pronto Soccorso assediato dalla bassa complessità clinica e assistenziale (i cd codici bianchi e verdi – storicamente il 75% degli accessi) con una risposta in tempi inaccettabili per tutti e spesso indipendenti dalla gravità clinica. Oggi invece si assiste ad una desertificazione degli accessi inappropriati e, purtroppo, spesso anche di quelli appropriati per timore di contrarre l'infezione. Questo cambiamento radicale può però diventare un'occasione storica per modificare i comportamenti dei cittadini nei confronti delle strutture per l'emergenza/urgenza o idonee a dare comunque risposte tempestive ad un bisogno sanitario emergente. Va costituito, oltre al Pronto

Soccorso, un primo Intervento sanitario di prossimità, territoriale, dedicato a problemi di bassa complessità accompagnandola da un'adeguata campagna informativa che educi la popolazione ad un utilizzo appropriato di queste due tipologie di struttura.

- b) tempi certi e approccio globale al problema "Liste d'attesa" per l'accesso a visite, diagnostica e chirurgia elettiva, problema oggi aggravato in modo molto pesante e sicuramente non breve dalla pandemia che ha di fatto chiuso tutte le agende di prenotazione. Va evitata una strategia basata solo sull'ampiamiento dell'offerta, dimostratasi inefficace, intervenendo invece sia sull'ampia area di inappropriatazza (di indicazione clinica e di tempistica) e sia inserendo le prestazioni richieste in modo preciso e puntuale nei differenti PDTA;
- c) gestione e assistenza adeguata agli strati più fragili della popolazione: anziani complessi, multimorbosi, disabili, soggetti fragili, persone con problematiche psicologiche e psichiatriche di ogni età, affetti da dipendenze patologiche, persone in difficoltà per motivi psicologici/relazionali, sanitari, sociali, economici. Vanno offerte risposte quantitativamente adeguate, innovative, che vadano oltre la residenzialità, prevedano soprattutto servizi domiciliari, diurni o con forme alternative di supporto personale e familiare. La situazione delle RSA durante la fase 1 della pandemia ha ampiamente dimostrato come forme/pratiche di istituzionalizzazione per vari tipi di pazienti (anziani, disabili, pazienti psichiatrici), abbiano avuto esiti disastrosi, la cui responsabilità non ricade solo sul gestore ma sull'Ente Pubblico, dalla Regione che definisce i criteri di autorizzazione ed accreditamento alle ASL ed ai Comuni che hanno il compito di monitoraggio e controllo.
- d) contenimento del continuo aumento di costi sia diretti (sotto forma di tasse, ticket, "out of pocket") che indiretti (spese accessorie per ricorrere sempre più frequentemente a diagnosi e cure fuori Regione).

I protagonisti della Rete Territoriale

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

A questa figura centrale dell'assistenza sul territorio vanno affidati compiti e responsabilità adeguati al nuovo contesto: attività di promozione della salute, di prevenzione e di presa in carico della cronicità. Queste attività vanno chiaramente attribuite (responsabilizzazione), programmate e misurate con indicatori di percorso (per esempio, l'effettivo utilizzo della gestione integrata nei PDTA) e di esito, sia "duri", come per esempio la riduzione dei ricoveri degli accessi in Pronto Soccorso di pazienti con determinate patologie croniche, che "surrogati", come, per esempio, copertura vaccinale, appropriatezza diagnostica, aderenza terapeutica, controllo delle multiprescrizione. Questi indicatori

devono diventare la base per la valorizzazione della quota regionale della retribuzione, in attesa che la contrattazione nazionale intervenga con meccanismi più generali.

Per affrontare questa sfida, i MMG vanno dotati di idonei strumenti clinici (tecnologie diagnostiche di base, tecnologie di primo livello per il monitoraggio), organizzativi (lavoro in team interprofessionale, software, banche-dati, formazione, riqualificazione anche del personale di studio) e di controllo (misurazione dei risultati). Va implementata una medicina di iniziativa (una sanità che "va incontro" alla persona prima che le patologie insorgano o si aggravino) e non di attesa (come quella tipicamente ospedaliera), l'adeguata comunicazione all'utenza, la tempestività della risposta, il coinvolgimento del paziente (informazione, supporto all'auto-cura), la proattività degli interventi (analisi dei bisogni, registri di patologia, cronoprogramma del follow-up), il coordinamento delle cure fra i diversi operatori sanitari, la continuità dell'assistenza fra ospedale e territorio e PDTA per i principali e più diffusi problemi clinici.

La ridefinizione in termini di pay for performance almeno della retribuzione regionale permette automaticamente l'incentivazione dei MMG alla dotazione di strumenti, personale e strutture organizzative economicamente sostenibili e vantaggiose

Il MMG, oggi percepito principalmente (e davvero in modo molto limitato) come filtro per l'accesso alle cure specialistiche o ospedaliere, va investito del ruolo di vero "medico di fiducia", cioè di case-manager che guidi e orienti le scelte della persona nel suo percorso sanitario e ne assicuri la continuità di presa in carico. L'unicità di questa figura ne definisce centralità e responsabilità anche nei rapporti con gli specialisti.

Tutto questo presuppone anche un cambiamento del percorso formativo del MMG in un'ottica aderente alle nuove richieste assistenziali, con un potenziamento della preparazione nelle tecniche diagnostiche e relazionali con il cittadino e con gli altri componenti del team multiprofessionale. Tutto ciò deve anche prevedere una differente allocazione di risorse, considerando che l'alto costo e la relativa difficoltà di sostenibilità della spesa sanitaria specialistica e di ricovero dipende fortemente dalla appropriatezza della domanda che giunge a questo setting. I possibili ritardi o errori diagnostici, gli stessi bias in campo prescrittivo, la scarsa capacità di controllare persistenza e aderenza, la carenza organizzativa per monitorare la presa in carico ed altro ancora, riscontrati nel setting delle cure primarie, sono tutti elementi modificabili che influiscono pesantemente sui risultati clinico-economici dei livelli successivi.

Partendo da queste considerazioni, il MMG, primo accesso al SSR, facilmente raggiungibile in quanto distribuito capillarmente e in modo gratuito, si propone come una grande opportunità di forte rinnovamento del sistema.

La fase 2 della pandemia Covid-19, che necessita di attività preponderanti di medicina di iniziativa svolta in team, è una grande opportunità di cambiamento e di nuove modalità di assistenza alla persona, ponendo le basi anche per una valutazione per risultati e non per prestazioni.

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS)

Peculiarità del nostro SSN è sempre stata l'attenzione/assistenza riservata ai soggetti in età evolutiva attraverso l'attività specialistica svolta dai Pediatri di libera scelta. Da tempo, però è mortificata per l'assenza di investimenti sul piano dell'organizzazione, della formazione e dal mancato inserimento della propria specificità nella programmazione del SSR e di conseguenza è oggi relegata ad un ruolo marginale e meramente sussidiario, negandone il valore strategico legato all'alto rendimento economico e in termini di salute.

Per traguardare gli obiettivi (esplicitati peraltro nel Piano Nazionale di Prevenzione) di riduzione degli accessi in ospedale, presa in carico post-dimissione e per le patologie croniche secondo PDTA condivisi, e attività di prevenzione, sono necessarie le seguenti azioni:

-Attivazione e verifica di Bilanci di Salute lungo tutto l'arco dell'età evolutiva a partire da una precoce presa in carico del neonato.

-Promozione dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione come cardine della prevenzione delle MCNT.

-Promozione di corretti stili di vita nell'infanzia e nell'adolescenza con attenzione particolare alla prevenzione delle tossicodipendenze.

-Intervento diretto nell'esecuzione dei Programmi di Vaccinazione e nella verifica delle coperture vaccinali.

-Individuazione precoce di deficit neurologici, psichici, cognitivi e comportamentali e attivazione di percorsi assistenziali e riabilitativi integrati con le strutture e gli Specialisti operanti nel Distretto.

Va inoltre considerato il ruolo del PLS come "Garante dell'infanzia" nella già menzionata attività di promozione di corretti stili di vita e di tutela e salvaguardia dell'integrità psichica fisica e sociale dei bambini e degli adolescenti rispetto a fenomeni di sfruttamento, maltrattamento, abuso, incuria e disagio sociale.

La possibilità di intervenire in un contesto di particolare ricettività emotiva da parte delle famiglie, facendo leva sulla forza di un rapporto di fiducia ampiamente dimostrato, fa sì che l'attività del PLS possa svolgere un importante ruolo in un progetto di "Public Health Literacy" considerato ad oggi uno dei principali determinanti di salute e di una Medicina sempre più "community oriented" portatrice di innegabili vantaggi sociali ed economici.

Per il raggiungimento di questi obiettivi va previsto un piano di investimenti che colmi il gap accumulato e un piano di riorganizzazione che preveda il graduale passaggio ad un'attività svolta da team operanti nel territorio dei Distretti e con essi fortemente integrati dal punto di vista funzionale, prevedendo la collaborazione di Personale Infermieristico ed amministrativo e supporto tecnico e strutturale adeguato così come previsto per l'adeguamento dell'intera Rete.

Il Distretto socio-sanitario

E' necessario un profondo ripensamento dei servizi territoriali intervenendo in modo prioritario per assicurare una risposta ai bisogni sanitari di base dei cittadini non altrimenti soddisfatti dai MMG/PLS e dall'Ospedale. Snodo cruciale di questo percorso è il **Distretto**, dove per legge "vengono assicurate

le prestazioni sanitarie, sociosanitarie, sociali complesse, l'organizzazione dello Sportello integrato sociosanitario, l'assistenza domiciliare integrata, la semiresidenzialità, la residenzialità extraospedaliera e gli interventi a favore della non autosufficienza". Aldilà di queste definizioni (alcune molto generiche), i 19 distretti sociosanitari della Regione Liguria devono essere profondamente riorganizzati in modo da possedere:

- 1) requisiti strutturali, con una dislocazione (almeno in prospettiva a breve-medio termine) in un'unica sede fisica evitando così che la persona debba rincorrere i vari servizi variamente dislocati sul territorio e lontani tra loro;
- 2) contenuti e strumenti per proporsi, oltre che come punto di accoglienza (Informazione, CUPA, URP), come sede unica di raccolta dell'analisi dei fabbisogni sanitari svolta dalle aggregazioni funzionali territoriali dei MMG (AFT), come sede di supporto a tutte le attività organizzative da queste ritenute utili per soddisfarli, di fornitura di servizi (anche in backoffice) a questo destinati e come coordinamento delle diversità locali intradistretto dell'assistenza primaria intesa come intervento socio-sanitario che non necessiti di ricorso all'ospedale, ma che risulti comunque con esso integrato. Questi contenuti (con assetto variabile a seconda della complessità/numerosità/prossimità dei vari Distretti) sono:
 - Ambulatori per forme associative di Medicina Generale (AFT, UCCP) per assicurare anche continuità assistenziale e ambulatori infermieristici (non solo prestazionali, ma di percorso come per esempio l'"Infermiere di Famiglia" o l'infermiere "educatore") dedicati ad attività di medicina di iniziativa con prestazioni assicurabili in economia di scala a tutti gli assistiti dei MMG/PLS specie quando questi non dispongano di personale;
 - Poliambulatori specialistici con attrezzature diagnostiche di I° livello;
 - Punto di attivazione dei PDTA di maggior peso e significatività con il coinvolgimento dei MMG/PLS e degli specialisti extra-ospedalieri e ospedalieri;
 - Punto per l'assistenza protesica;
 - Sede per la distribuzione diretta di farmaci e presidi sia agli utenti che alle Farmacie dei servizi;
 - Sportello per l'attivazione e il governo di forme specifiche di assistenza ambulatoriale e domiciliare (ADP, ADI, consultori familiari, servizi di salute mentale, servizi di psicologia, servizi di riabilitazione ai disabili, servizi per le dipendenze, cure palliative, assistenza a persone affette da HIV) anche innovative (badante di comunità, psicologo di comunità, infermiere di comunità, farmacie dei servizi) e per l'assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale (residenze e centri diurni per persone anziane fragili o non autosufficienti, comunità terapeutiche e centri diurni per tossicodipendenti e persone con problemi psichiatrici, residenze e centri diurni per la riabilitazione di persone disabili, hospice per cure palliative)
 - Sede di audit per l'analisi degli esiti e l'eventuale revisione dei percorsi e dei processi;
 - Sede di Punto di ascolto delle Associazioni di pazienti.

Alcuni Distretti possono essere collocati all'interno della **Casa delle Cure Primarie**, che utilizzando a tale fine gli esistenti Palazzi della Salute e i piccoli ospedali, possono comprendere, oltre a quelle prima illustrate, funzioni e attività più complesse come:

- Funzioni medico-riabilitative,
- chirurgia di giorno,
- ospedali di comunità a gestione condivisa infermieristica e MMG.
- attività di Primo Intervento, con personale medico ed infermieristico dedicato per la bassa-media complessità (codici bianche e verdi) garantito almeno per 12 h, supportato dalla diagnostica di base (oltre quella presente negli ambulatori specialistici) per le più semplici Analisi del sangue e per una diagnostica per immagini di base (Radiologia convenzionale, ECT);
- Punto di soccorso mobile del 118 con automedica.

Sinteticamente nei Distretti e nelle Casa delle Cure Primarie viene garantita una risposta di assistenza "primaria" alla persona e mentre negli Ospedali viene concentrata l'attività di assistenza di livello superiore (ricoveri, interventi chirurgici a media-alta complessità, diagnostica più sofisticata) e di Pronto Soccorso.

Il Distretto deve porsi come il **primo pilastro della sanità pubblica**, struttura complementare all'ospedale (del quale consente una precisa definizione e caratterizzazione tecnologica e di competenze) e che deve diventare progressivamente un riferimento altrettanto credibile.

Il Dipartimento di Prevenzione

L'emergenza della pandemia COVID 19 ha dimostrato in modo tragico e palese come i Dipartimenti di Prevenzione abbiano subito nel corso degli anni un considerevole ridimensionamento con una progressiva marginalizzazione e invisibilità nel nostro SSR, con una scarsa considerazione delle istituzioni regionali, testimoniata sia dall'esiguità dei finanziamenti (2.5% vs 5% di legge del fondo sanitario) sia dall'assenza di qualsiasi livello di coordinamento istituzionale nonostante siano ad esso affidati compiti di Igiene e Sanità Pubblica e di Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro (PSAL). Ciò si è tradotto in una costante e progressiva riduzione di personale senza distinzione tra le varie le figure professionali che lo compongono, ulteriormente acuita dalla legge 28 marzo 2019, n. 26 (cosiddetta Quota 100). Gli effetti di tale mancanza di personale si sono resi drammaticamente evidenti durante l'epidemia sostenuta da COVID 19: gli innesti dell'ultimo momento hanno migliorato il quadro dal solo punto di vista numerico, permanendo le carenze qualitative di conoscenza ed esperienza tipiche del neo assunto o di figure addette da tempo ad altri compiti. A ciò si è aggiunta anche un'impreparazione ad una strategia pandemica con un Piano Pandemico Regionale non più aggiornato da anni e sostanzialmente non applicato a livello delle aziende sanitarie e ospedaliere.

E' indubbio sin d'ora che nell'indispensabile rilancio delle politiche sulla salute, obbligato dalla bruciante esperienza COVID-19, forte dovrà essere l'impegno di rafforzamento di questi servizi di prevenzione ASL che costituiscono, con la medicina territoriale, la prima interfaccia del sistema

sanitario con i bisogni di salute del territorio e della comunità. Anche per la ineludibilità di prevedere a breve, su tutto il territorio nazionale, un piano mirato di formazione/aggiornamento/rinforzo su salute e sicurezza sul lavoro nelle strutture sanitarie, piano ovviamente da impostare anche con il supporto di questa componente esperta interna al SSN (e tra l'altro preposta anche a vigilanza e promozione della salute nello stesso comparto sanitario).

Primo atto programmatico sarà dunque quello di una revisione delle piante organiche dei Dipartimenti di Prevenzione, rendendole adeguate alle necessità che è bene precisare non sono solo quelle legate alle emergenze, anche se la sola fase 2 della pandemia comporterà un carico di lavoro come minimo raddoppiato.

In quest'ultimo triennio i Dipartimenti di Prevenzione, prima ancora dell'epidemia sostenuta da virus SARS-CoV-2, sono stati impegnati nella gestione degli effetti della Legge 119/2017 cosiddetta Legge sull'obbligo vaccinale; di fatto gran parte delle attività di prevenzione sono state abbandonate per soddisfare sia le incombenze burocratiche sia quelle prettamente cliniche richieste dall'estensione dell'obbligo vaccinale. Su emergenza si è sommata emergenza con il risultato che i programmi di prevenzione si sono limitati al contrasto e alla profilassi delle malattie infettive, che a ben vedere, pandemia esclusa, non dovrebbero essere l'oggetto principale di prevenzione stante il ben noto prevalere delle patologie croniche.

Nell'ottica di una riorganizzazione e controllo del sistema di assistenza ospedaliera e territoriale con l'istituzione di una ASL unica suddivisa in tre aree vaste è ipotizzabile un Dipartimento di Prevenzione regionale che mantenga l'articolazione di strutture prevista dal DPCM 502/1995 e cioè.

- SC igiene e sanità pubblica;
- SC igiene degli alimenti e della nutrizione;
- SC prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- SC sanità animale;
- SC igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- SC igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Tale articolazione non dovrà obbligatoriamente essere ripetuta nelle tre Aree Vaste, ma si potrà prevedere una suddivisione in conformità a specificità territoriali e a competenze presenti. Talune attività – quelle strettamente collegate alla programmazione o ad attività a carattere prevalentemente regionale potranno infatti essere demandate a un'unica Area se non al Dipartimento regionale stesso.

Le principali attività di prevenzione sottostanno alle indicazioni del Piano della Prevenzione Nazionale (PNP) che a sua volta sono declinate nei Piani Regionali; va innanzitutto detto che il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) non è il piano di attività del solo Dipartimento di Prevenzione, che ne assume certamente la regia, ma per tutto quanto ciò che prevede è materia che riguarda tutte le strutture della ASL con un approccio obbligatoriamente multidisciplinare in considerazione dei programmi di intervento individuati. Il PRP rappresenta quindi lo strumento strategico per iniziative multi settoriali utili ad armonizzare e integrare il sistema prevenzione promuovendo l'inter-settorialità quale elemento

cardine dell'azione. Le azioni previste dalla programmazione regionale dovranno basarsi sull'analisi dei bisogni di salute espressi dall'analisi del Profilo di salute regionale corroborato dai dati provenienti dai sistemi di sorveglianza su stili abitudini di vita e stato di salute della popolazione. In particolare, il PRP dovrà anche delineare funzioni preventive per l'identificazione precoce del rischio di disagio psicologico e di comportamenti disadattativi (dalle violenze familiari all'uso di sostanze al rischio suicidario) in riferimento alle fasce di età (infanzia, adolescenti, anziani) e alle condizioni psicosociali. Le principali macro-aree che il PRP dovrà affrontare per il quinquennio 2020-2025 sono le seguenti:

- a) Malattie croniche non trasmissibili
- b) Dipendenze e problemi correlati
- c) Esordi precoci di Disturbi Psichiatrici Maggiori
- d) Disturbi psicogeriatrici e demenze
- e) Incidenti domestici e stradali
- f) Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
- g) Ambiente, clima e salute
- h) Malattie infettive prioritarie

Talune aree andranno a interconnettersi e integrarsi poi con specifici Piani Nazionali di settore e Comunitari (vedi ad esempio Piano Nazionale Cronicità, Piano Nazionale Vaccini, Piano Dipendenze, Piano Controllo Alimenti o consolidati Piani Comunitari in ambito veterinario).

Ogni azione programmata dovrà fondarsi su solide evidenze scientifiche e dovrà essere possibile documentare e valutare i risultati di salute e di equità raggiunti attraverso la misura di specifici indicatori.

La sfida che il Dipartimento di Prevenzione dovrà prepararsi ad affrontare nel prossimo quinquennio è dunque quella di un riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un "approccio" di promozione della Salute e non più di una generica e non ben definita "prevenzione di malattia", perseguendo strategie di empowerment, cioè quel processo attraverso il quale si fa sì che accrescano le competenze necessarie affinché la popolazione sia attivamente coinvolta - come singoli, organizzazioni e comunità - nelle decisioni che riguardano la propria salute, la pianificazione e la gestione e valutazione dei servizi per la salute intesa come bene primario sia nella dimensione fisica che in quella psichica.

La sfida culturale che attende, facendo tesoro della tragica lezione dell'epidemia, sarà anche quella di finalmente ancorare i dati in sanità pubblica (dal livello centrale a quello periferico) ad un solido sistema informativo, affidabile dal punto di vista scientifico e orientato alla piena fruibilità da parte dei cittadini.

La Residenzialità

Tutte le strutture residenziali per gli anziani e i fragili hanno mostrato tutte le loro criticità. Su questo punto la nostra proposta va in direzione opposta a quella intrapresa della giunta di centrodestra (aumentarne il numero ma soprattutto le dimensioni): l'obiettivo a lungo termine deve essere **il**

superamento di queste strutture, o meglio, analogamente a quanto accade nei paesi più avanzati, differenziarle in tipologie nettamente distinte:

- una, numericamente davvero limitata, assimilabile ad un **ospedale di comunità o di cure intermedie** comunque a **bassa intensità medica ma elevata intensità assistenziale dedicate a pazienti molto selezionati**, con gravissime disabilità e/o con stadi molto avanzati di malattia,
- la seconda tipologia, **molto più capillare e diffusa, che parte dalla sanità territoriale, dall'assistenza domiciliare alla semi-residenzialità, o in alternativa ad una residenzialità "leggera"**, basata su soluzioni come miniappartamenti per una persona o per una coppia, raggruppati in un uno o più edifici, con servizi e spazi comuni, ristorante, lavanderia, biblioteca, palestra, sede di associazioni, sul modello francese (maison de retraite e de soins de longue durée) , britannico (sheltered housing), svedese (long term care institutions), dove per inciso le RSA sono state abolite dagli anni '90. In Italia esistono esperienze, in Toscana per esempio, che ne documentano la fattibilità, l'efficacia e la sostenibilità economica. Il supporto assistenziale è assicurato da infermieri, OSS, badanti di comunità o di sostegno.
- Una terza, domiciliare, con il supporto di personale badante, come per esempio il Progetto Badanti attuato dalla Regione Toscana con voucher INPS/INAIL ad hoc.

RETE OSPEDALIERA

La catastrofica situazione della sanità ligure, ed in particolare le criticità della rete ospedaliera, sono il frutto della Giunta di centrodestra con il decisivo contributo dell'assessore che, fin dal primo giorno, hanno scelto di governare il SSR con le lenti dell'ideologia:

-adottare il sistema lombardo, aprendo in tutti i settori ai privati, nella percentuale del 15%: numero obiettivo senza corrispondenza ad alcun criterio oggettivo;

-mantenere tutte le strutture ospedaliere ivi incluse quelle considerate non più idonee ai bisogni attuali, abbandonando ogni criterio di appropriatezza organizzativa ed ogni adeguata visione strategica per i grandi ospedali quali San Martino, Gaslini, Galliera a Genova, Santa Corona e San Paolo a Savona;

-assecondare qualsiasi spinta localistica, disegnando funzioni ripetitive e talvolta pericolose come nel caso di alcuni dei Pronto Soccorso o Punti di Primo intervento;

-creare un clima di totale sfiducia nel pubblico al fine di affidare sempre più ai privati sia strutture che hanno già assunto, in modo più razionale, funzioni territoriali sia strutture a vocazione ultra-specialistica.

Questo malgoverno ha avuto ripercussioni in due settori nevralgici della rete ospedaliera quali l'emergenza e l'oncologia che ne rappresentano il "nervo scoperto".

Difatti è impensabile ritenere che nelle sedi affidate ai privati per le prestazioni d'emergenza, settore particolarmente delicato e ben normato, si possano trovare tutte le competenze previste. E' facilmente immaginabile quindi che i pazienti complessi, qualora giungano in una di queste strutture, vengano dirottati verso gli ospedali pubblici con rischiose perdite di tempo.

E' addirittura impensabile il disegno funzionale che sembra indirizzare al privato l'affidamento dell'ospedale, a vocazione oncologica, degli Erzelli lasciando degradare il San Martino che, proprio sull'oncologia, avrebbe dovuto rilanciare la propria qualificazione dopo l'istituzione dell'IRCSS.

Criticità

- non integrazione, con plurimi servizi erogatori, ridondanza di servizi con conseguenti livelli di qualità non uniformi e nessuna seria volontà di identificare i servizi in base ai più moderni concetti di sanità ospedaliera
- collocazione non razionale, rispetto ai bacini di utenza (esempio ASL1 con tre ospedali a padiglioni su un arco costiero di 50 Km di cui due ubicati in zone collinari di difficile accesso, con problemi di parcheggio e viabilità interna).
- modelli strutturali in molti casi non più adeguati rispetto ai bisogni attuali, totalmente incompatibili con le moderne richieste spaziali, funzionali e organizzative
- impossibile adeguamento dei vecchi presidi alle nuove esigenze, oltre le ristrutturazioni già fatte per adeguamento agli standard di assistenza e di legge.

Obiettivo

Revisione radicale dell'organizzazione della rete ospedaliera orientata verso una precisa caratterizzazione degli ospedali e verso un modello di assistenza per "intensità di cura".

Proposta Operativa – Caratterizzazione rete ospedaliera

- Ridefinizione del sistema di emergenza e di elezione fra i vari ospedali regionali
- Ridefinizione delle strutture complesse di degenza sulla base del decreto Balduzzi, con riduzione di quelle duplicate nell'ambito della medesima disciplina e accorpamento di strutture complesse di specialità differenti ma assimilabili per area o per intensità di cura;
- Concentrazione delle patologie complesse e delle alte tecnologie in ospedali medio-grandi;
- Riconversione dei piccoli ospedali in Case delle Cure Primarie;
- Rimodulazione dell'offerta di posti letto (p.l.) ospedalieri, pubblici e del privato accreditato sui bisogni reali della popolazione;
- Definire gli indirizzi specifici dei grandi ospedali (per esempio: indirizzo clinico traumatologico ortopedico per l'ospedale di Pietra Ligure, da inquadrare come Centro Traumi di Alta Specializzazione);
- Riorganizzazione degli ospedali in quattro diverse tipologie:
 1. con funzione di alta specialità, ad elevata complessità, sedi di DEA di II livello
 2. con prevalente funzione di emergenza/urgenza, a media e bassa complessità, sedi di DEA di I livello
 3. con carattere di urgenza/elezione, a media e bassa complessità, sedi di pronto soccorso
 4. con prevalenti funzioni medico-riabilitative e di chirurgia di giorno, sedi di Punto Primo Intervento

In riferimento ai punti 2 e 3 dovrà essere considerata necessariamente la possibilità che gli attuali ospedali destinati all'assistenza Covid-19 dovranno essere mantenuti e potenziati, se necessario, in quanto l'epidemia ha dimostrato che l'ospedale cosiddetto "misto" è ingestibile, a rischio per i malati e per gli operatori sanitari.

In riferimento al punto 4 si sottolinea che l'individuazione degli ospedali verrà stabilita in base a criteri strategici/geopolitici, anche sulla base del numero attuale dei letti di degenza ordinaria. Questi ospedali potranno essere trasformati, spesso nell'ambito delle Case delle Cure Primarie, in presidi per

attività ospedaliere di giorno (DH, Day surgery), geriatria, cure intermedie, riabilitazione estensiva e generale geriatrica, con punti di Primo Intervento.

Per alcuni potrà essere considerata la trasformazione in RSA (come avvenuto per il Celesia), o in alternativa, in Ospedale di Comunità

Proposta Operativa - Assunzione di nuovi modelli di assistenza

il modello tradizionale di assistenza è entrato in crisi per le profonde modificazioni epidemiologiche (aumento dell'età, co-morbosità e complessità come standard di malattia, fragilità e disabilità più frequenti, isolamento e deprivazione sociale, complessità e costi delle terapie, nuove modalità di cura etc). Ciò ha inevitabilmente messo in crisi la storica organizzazione dell'ospedale, con oggettiva difficoltà nel percorso assistenziale della persona costretta ad inseguire i servizi ed i vari specialisti per l'attuale sistema organizzativo. Ciò porta un profondo ripensamento dei modelli di assistenza, imponendo un modello centrato sulla persona piuttosto che sulla malattia. A questo si aggiunge una modificata relazione e confronto tra i professionisti della sanità, con la necessità di lavoro in team multi e interprofessionali, con maggiore condivisione delle responsabilità nel progetto assistenziale della persona e per la crescita culturale e rafforzamento delle professioni sanitarie non mediche, con conseguente declino della "dominanza medica". La strada maestra è pertanto passare ad un nuovo modello di assistenza per Intensità di Cura (graduare l'intensità di cura in funzione della persona). Questo impone:

1. una scelta di indirizzo della sanità regionale con atto deliberativo (come è avvenuto nella regione Toscana) per un processo di assistenza per intensità di cura efficace;
2. il superamento delle distanze fra le strutture complesse specialistiche;
3. una risposta diversa per tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato, ai diversi gradi di instabilità clinica, complessità assistenziale;
4. lo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionale attraverso una nuova e più forte integrazione e condivisione delle responsabilità;
5. la valorizzazione della specializzazione, delle integrazioni multidisciplinari, della professionalità (del singolo professionista);
6. una differenziazione tra i vari livelli di intensità di cura in:
 - a) I livello -Alta intensità assistenziale: terapia intensiva e sub intensiva polivalenti, pazienti in condizioni critiche;
 - b) II livello -Media intensità assistenziale: articolato per aree funzionali, comprende il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (week surgery, one day surgery);
 - c) III livello -Bassa intensità assistenziale: cura della post acuzie, fase conclusiva di transizione verso i servizi territoriali. Configurato come un livello di decompressione,

zona cuscinetto dove trasferire i malati che, per diversi motivi anche "sociali", non risultano ancora dimissibili.

LA FORMAZIONE

Nell'ambito della formazione degli operatori sanitari vanno messe a fuoco aree molteplici: dall'orientamento degli studenti, ai corsi di Laurea e di Specializzazione in area medica e non medica, alla formazione del MMG.

Bisogna partire già dall'orientamento studenti, poiché una intensa e appropriata attività spesa già in questa fase si traduce in una scelta più consapevole dei percorsi universitari e quindi in una più forte motivazione e in una migliore "tenuta" dello studente nel suo percorso; da ciò scaturirà una più forte motivazione e quindi un più basso tasso di abbandoni.

Corsi di Laurea: la formazione andrebbe orientata per tutte le professioni sanitarie in una visione integrata della Sanità che ponga al centro la comunità e il paziente con i suoi bisogni sul versante preventivo, assistenziale e della riabilitazione.

Vanno introdotti o fortemente sviluppati alcuni "nuovi saperi", quali modelli organizzativi-gestionali innovativi (per esempio, modalità di lavoro in Team interprofessionali a livello territoriale e ospedaliero), la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili (per esempio, costruendo competenze negli stili di vita orientati al mantenimento dello stato di salute), la prevenzione delle infezioni, la presa in carico globale, la valutazione oggettiva dei bisogni e delle autonomie, l'impatto sulla salute delle condizioni psico-sociali, della deprivazione, delle condizioni economiche, ambientali e le peculiarità della medicina di genere, la cultura delle "humanities", la psicologia dell'adulto, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, le dipendenze, la medicina d'urgenza, le cure palliative e terapia del dolore, l'etica e relazione medico paziente, l'aderenza terapeutica e ai piani di cura.

Scuole di specializzazione: il conseguimento del diploma di specializzazione costituisce obbligo di accesso al mondo del lavoro per la dirigenza sanitaria. Il DI 68/2015 ha posto le basi per una profonda revisione degli ordinamenti delle scuole di specializzazione e dell'intero percorso formativo nelle scuole di specializzazione definendo più moderni e funzionali obiettivi formativi generali e specifici, aggiornando gli ordinamenti didattici e meglio definendo le attività formative professionalizzanti. Il DI 402/2017 ha ulteriormente definito i requisiti generali e specifici delle strutture della rete formativa, ha meglio definito i requisiti assistenziali, ha ribadito la obbligatorietà della rotazione degli specialisti in formazione alle attività formative, e ha stabilito i criteri anche qualitativi non solo delle strutture della rete formativa ma anche del personale docente. Sarebbe auspicabile un'ulteriore revisione per migliorare la definizione dei requisiti assistenziali su alcune discipline, dei criteri qualitativi relativamente ai docenti, dell'articolazione dei rapporti tra strutture di sede e strutture collegate, entrambe facenti parte della rete formativa.

Ma è, soprattutto, necessario adeguare il numero di posti disponibili ai bisogni, all'ampiezza dell'area formativa regionale e alla programmazione sanitaria della Regione, privilegiando le aree oggi particolarmente carenti come quelle dell'emergenza-urgenza, della geriatria, della psichiatria, della

pediatria, delle malattie infettive. Il nodo fondamentale sulle scuole di specializzazione rimane infatti sempre la scarsa disponibilità di posti disponibili e finanziati rispetto al numero dei laureati in medicina e all'effettivo fabbisogno di specialisti. La priorità sta nell'eliminare tale imbuto formativo, non adeguatamente corretto dal così detto DL Calabria che consente agli specialisti in formazione iscritti agli ultimi due-tre anni (a seconda della durata del corso se di 4 o 5 anni) di accedere ai concorsi per la dirigenza sanitaria, sollevando nel contempo anche il problema di una adeguata formazione prima di accedere al mondo del lavoro, cui si può ovviare parzialmente grazie ad un ampliamento delle reti formative delle scuole di specializzazione. Ciò consentirebbe di ovviare almeno parzialmente alla carenza di medici senza venir meno ad una adeguata formazione. Ma ora sono assolutamente necessarie tre azioni:

- Ampliare il numero dei contratti disponibili per gli specialisti in formazione con specifici fondi regionali ad integrazione di quelli nazionali. Tale passaggio è ineludibile ricordando come il numero dei contratti disponibili con i fondi nazionali sia sempre insufficiente a coprire il fabbisogno. L'Anao stima che nel 2025 per il combinato effetto della "quota 100" e del pensionamento della così detta generazione "babyboomers" mancheranno all'appello nella nostra Regione oltre 800 specialisti. A fronte di questo dato emergenziale, in Liguria la giunta di centrodestra ha finanziato nel 2019 9 contratti con la promessa di portarli nel 2020 a 12 (!);
- Più razionale distribuzione del numero dei contratti di formazione in funzione del fabbisogno e delle mutate esigenze dei nuovi saperi;
- Coinvolgere maggiormente la Rete Ospedaliera regionale per soddisfare questo incrementato bisogno formativo.

Medicina generale: La Medicina generale occupa un posto centrale nella formazione; è necessario pertanto:

- inserire l'insegnamento di "Medicina Territoriale" nel corso di laurea e strutturare in maniera più cogente il tirocinio pratico pre-laurea
- trasformare l'attuale corso di formazione in una scuola di specializzazione che raccolga le specificità di tale Disciplina

Infine, ma non ultimo, bisognerà articolare meglio e controllare la formazione di figure come Assistenti Sociali, Assistenti Sanitari, Educatori, **Operatori socio-sanitari**, professionalità quest'ultima che ha dimostrato la sua centralità proprio in questa fase Covid) la cui formazione non è universitaria, ma delegata a Corsi Regionali o fatti da altre Agenzie di Formazione, anche non di natura pubblica, a volte a cura delle stesse strutture residenziali in cui vanno ad operare. Anche questi professionisti devono avere una maggiore formazione nella gestione/tutela dei pazienti fragili

(non solo anziani, spesso anche giovani/giovanissimi) e delle loro famiglie, nonché della risposta ai bisogni vitali primari.

Un futuro modello della formazione

E' ineludibile un modello che veda una virtuosa integrazione tra Università e SSR, sul piano della formazione durante i corsi di laurea, master o corsi di perfezionamento, attraverso un confronto sistematico e costruttivo, con individuazione dei bisogni formativi e valutazione corretta dei fabbisogni, e con organizzazione di modelli assistenziali, territoriali e ospedalieri, secondo criteri che permettano un pieno inserimento e piena valorizzazione dei laureati sanitari e socio-sanitari che costituiscono i teams "professionali della salute".