

SANITÀ PROVINCIALE: CHE FARE?

Con soddisfazione la Redazione di *unoetre.it* fa proprie e pubblica tre Note predisposte dal dott. Giovanni Cirillo, già Dirigente sanitario della ASL di Frosinone: *A proposito dell'Ospedale di Anagni; La Medicina di base; Riferimenti normativi sulla partecipazione e informazione sulla sanità.*

Le tre Note nel loro insieme fotografano la situazione esistente nel nostro territorio, permettono di evidenziare difficoltà, limiti e pericoli ma nello stesso tempo prefigurano scenari futuri, possono rappresentare uno strumento di elaborazione, discussione e intervento sia nei confronti di Istituzioni, partiti, sindacati e organizzazioni interessate alle questioni indicate. Per tutti questi motivi con la necessaria motivazione invito organizzazioni e cittadini a leggere attentamente e se si ritiene opportuno avviare e partecipare al necessario confronto.

A Proposito dell'Ospedale di Anagni.

Perché la struttura sanitaria di Anagni (ex ospedale) non può ridiventare ospedale.

Da quando la Regione (presidente Polverini) dismise l'attività ospedaliera, su questa struttura sono stati realizzati importanti lavori di adeguamento per le nuove funzioni distrettuali/territoriali. I percorsi, gli ambienti, gli impianti sono stati ristrutturati, in alcuni casi sono smantellati (es: distribuzione dell'ossigeno). Lo schema seguito è stato quello di una nuova grande Casa della Salute (Casa della salute nel PNRR) con tanto di Unità di degenza infermieristica e Punto di accesso territoriale (UDI e PAT come Ospedale di comunità nel PNRR) con il diretto coinvolgimento dei medici di medicina territoriale. La struttura ospita un centro di chirurgia ambulatoriale a servizio della UOC di Chirurgia di Frosinone ed Alatri e le attività ambulatoriali di Laboratorio (centro prelievi) e di Radiologia. Con la dismissione di locali in affitto sono stati concentrati presso la struttura tutte le funzioni distrettuali.

Allo stato attuale un ripristino di funzioni ospedaliere presso questa struttura è impossibile a meno di smantellare il lavoro sin'ora compiuto e collocare altrove la attività distrettuali.

Se quanto sopra esposto è lo stato dei fatti la ripetitiva richiesta di riattivazione dell'ospedale è pura propaganda. Il centro destra anagnino ha bisogno di alimentare uno scontro con la regione e la asl per segnare meglio la propria vocazione al contrasto e deviare l'attenzione su limiti e criticità della propria azione politica.

Questo non significa che il bisogno di domanda sanitaria ospedaliera sia attualmente soddisfatta. Al contrario in questo territorio si sono chiusi due ospedale (Anagni e Valmontone) e lasciato attivo Colferro che nonostante ristrutturazioni e lavori è insufficiente con i suoi 140 posti letto a soddisfare tutti i bisogni (il centro nascite è stato spostato a Palestrina). Questo territorio ha un bacino di utenza di 114.481 abitanti sommando i 37.832 del nord della provincia di Frosinone (Anagni, Paliano, Sgurgola, Acuto e Piglio) con i 76.649 della zona di Colle-

ferro (Colferro, Artena, Carpineto, Gavignano, Gorga, Labico, Montelanico, Segni e Valmontone).

La soluzione quindi non può essere quella di una riattivazione di Anagni o dell'ennesima ristrutturazione di Colferro ma della costruzione di un nuovo ospedale nella zona di Valle lungo l'asse Anagni Colferro Valmontone.

Se la programmazione ospedaliera è competenza regionale perché le comunità locali con i loro Comuni piccoli e grandi non attiva un percorso di analisi e condivisione di questi bisogni per trovare l'unica soluzione possibile che in questo caso è il nuovo ospedale dell'alta valle del Sacco?

Non mancherebbero anche motivi risarcitori (inquinamento) oltre che lo sviluppo di aree interne tanto predicate.

Tale Nota oltre che essere una puntale e veritiera cronistoria di quanto è accaduto negli ultimi dieci anni, stronca, con pertinenti motivazioni, ogni ipotesi propagandistica legata a spinte localistiche tendenti alla riapertura dell'Ospedale di Anagni. Offre invece, sollecitando le Comunità locali, una ipotesi di risoluzione sulla base della programmazione regionale in direzione della realizzazione di un nuovo Ospedale nell'Alta Valle del Sacco lungo l'asse Anagni-Colferro-Valmontone.

La Medicina di base.

Il Medico della mutua 1 è un film commedia di Zampa del 1968 e tratta delle aspirazioni del giovane medico dr Tersilli di convenzionarsi con le mutue per avere tanti mutuati che gli avrebbero garantito tanti guadagni grazie alla gratuità delle medicine e delle prestazioni che il medico avrebbe prescritto a volontà.

Il film ebbe tanto successo che nel 1969 esce, con la regia di Salce Il Medico della Mutua 2 la clinica privata convenzionata Villa Celeste delle Piccole Ancelle dell'Amore. Questa volta il prof Tersilli gestisce con metodi rivolti al risparmio e non alla salute dei pazienti, la clinica privata convenzionata Villa Celeste delle Piccole Ancelle dell'Amore Misericordioso.

Sullo sfondo dei due film c'è la stagione del boom economico e della decadenza morale, l'avidità che trasforma la missione in corruzione.

La politica argina questa deriva e nel 1979 istituisce, con la legge 883, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ispirato a principi di universalità, uguaglianza e equità.

Da allora ad oggi, oltre quarant'anni, la medicina territoriale ha vissuto tutte le vicende politiche dello stato sociale con un welfare sempre in bilico tra diritti e compatibilità economiche. Anche alcune modificazioni sociali hanno spinto la salute verso modelli consumistici ed indivi-

dualistici. Il SSN ha perso i pezzi a valenza più pubblica come i servizi di prevenzione, l'igiene pubblica, le rilevazioni epidemiologiche, la medicina scolastica, i consultori ,ecc.

Il sistema delle convenzioni che doveva essere momentaneo e complementare al SSN, si afferma invece come sistema strutturale per la medicina di base e anche per l'assistenza ospedaliera. Le regioni, grazie alla loro autonomia organizzativa e soprattutto quelle a trazione liberale, smantellano il welfare puntando alla cura delle malattie piuttosto che alla salute esasperando le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere come merce.

Il Covid ha evidenziato/accelerato la inadeguatezza della medicina di base, nell'attuale organizzazione, a rispondere alla domanda di salute come diritto costituzionale. La medicina di base convenzionata ha risposto solo con strumenti contrattuali e come tali insufficienti e/o inadeguati.

Il Piano Nazionale di Riforme e Resilienza (PNRR) destina 7.0 miliardi su un totale di 15.63 a questo settore nella consapevolezza che questo gap vada colmato. La prima componente della missione è : Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale che significa potenziare o creare strutture e presidi territoriali (case della salute e gli ospedali di comunità),rafforzare l'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina ed una più efficiente integrazione socio-sanitaria.

La medicina di base per come è organizzata oggi nella sua componente umana, nella strumentazione e nei modelli operativi non è in grado di realizzare questi obiettivi; la questione iniziale e decisiva è la forma contrattuale degli operatori, quali figure professionali opereranno in questi servizi e la loro scala gerarchica.

La salute del nostro prossimo domani non si farà nelle stanze dell'ambulatorio del nostro medico di base ma in strutture di servizio/i multidisciplinari con medici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, psicologi, gestori di processi e/o manager.

Non siamo al Medico della Mutua 1 o 2 ma il SSN è rimasto in mezzo al guado. C'è bisogno che conquisti la riva opposta, lo scontro tra le lobbie della conservazione e le necessità di rinnovamento è in atto e il PNRR è il terreno della battaglia.

La Nota con vigore richiede una concreta attuazione dei principi ispiratori della legge 833/1978 basati sulla Universalità, Uguaglianza ed Equità da contrapporre allo smantellamento della sanità pubblica, alla sola politica della cura attraverso le privatizzazioni piuttosto che alla prevenzione. Negli ultimi quaranta anni, la medicina territoriale, gradualmente, ha perso pezzi importanti e fondamentali legati ai servizi di prevenzione, igiene pubblica, rilevazioni epidemiologiche, medicina scolastica, consultori.

La mancanza di accurate e continue rilevazioni epidemiologiche inoltre non ha permesso e non permette di conoscere pienamente i danni provocati sulla fertilità maschile ai giovani residenti lungo la Valle del Sacco. Non va dimenticato che il fiume Sacco rimane sempre il tema dei temi con il suo inquinamento idrico, aereo, dei terreni e con le relative ripercussioni sugli alimenti. Le rilevazioni e gli studi portati avanti dal Dottore Luigi Montano Uroandrologo nella ASL di Salerno e coordinatore del progetto di ricerca EcoFoodFertility; e la professoressa Margherita Eufemi docente di Biochimica della Sapienza di Roma non godono di sostegni istituzionali mentre si evidenziano anche dal punto di vista massmediatico continui tentativi negozionisti o di depistaggio, tutti tendenti a non permettere l'approfondimento e la reale consistenza del pericolo incombente.

L'articolo del Direttore di unoetre.it, Ignazio Mazzoli dal titolo "*Inconsapevolezza e intenzionali depistaggi ?*" esprime un allarme ma nello stesso tempo offre una risposta al tentativo di chi vuole preconstituire una sostanziale deresponsabilizzazione degli inquinatori.

Riferimenti normativi su partecipazione e/o informazione in sanità

1- Legge 833/78 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Art 16 Conferenza dei Sindaci organismo rappresentativo delle autonomie locali con funzione di indirizzo e controllo sull'attività socio-sanitaria e di partecipazione alla programmazione di detta attività. Nei fatti si riunisce solo per approvare l'atto aziendale della ASL proposto dal Direttore Generale, nei fatti non esercita funzioni di indirizzo e controllo né di programmazione.

2- Atto Aziendale Asl Frosinone

Art 7 punto 2 Politiche sanitarie per la cittadinanza: garantire adeguati percorsi di cura nel rispetto della persona. Attivazione nei distretti dei Punti Unici Assistenziali (PUA) per favorire l'accesso e la conoscenza del servizio socio-sanitario. Sono sportelli con medici, infermieri, assistenti sociali ed altre figure che servono al cittadino singolo o famiglie per esprimere un bisogno socio-sanitario e prendere in carico il caso. Al PUA partecipa anche personale dei comuni o dei consorzi sociali.

I Pua sono stati attivati ma sono scarsamente operativi per una difficoltà di relazione tra sanità (asl) e sociale (comuni o consorzi)

Art 7 punto 5. Politiche aziendali per promuovere la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. Garanzie sulla trasparenza. Il piano prevede:

- *la istituzione degli Uffici di relazione con il pubblico (URP) nei distretti e negli ospedali.*

• *Audit civico: con delibere n. 21/2014 e 853/2015 è stato istituito il tavolo misto aziendale per la partecipazione. A questo tavolo partecipano a secondo della materia le associazioni accreditate*

- *Conferenza dei servizi di distretto e/o aziendale con cadenza annuale*
- *Consulta sanitaria ogni 4 mesi*
- *Redazione della Carta dei Servizi con aggiornamento annuale*

A parte gli URP che raccolgono solo le doglianze o segnalazioni di non funzionalità cui non segue né informazione, né azione correttiva, le altre azioni o non avvengono o sono solo formali.

Conclusioni : L'informazione e/o partecipazione ha una buona articolazione formale cui i riferimenti normativi danno conto. A questi aspetti formali corrisponde un vuoto operativo.

Motivi: La scelta della organizzazione per aziende della sanità pone l'attenzione più sugli aspetti economici e di efficienza (costi, prestazioni,) che sull'efficacia (conoscenza, partecipazione, trasparenza, condivisione, salute).

La politica nei suoi aspetti informativi e/o partecipativi viene vista come un intralcio alla normale azione aziendale o peggio come commistione affaristica e di consenso.

La questione è che se si accentuano gli aspetti aziendalistici si snatura la visione universalistica del SSN e prevale la visione economico e privatistica, se si contiene la aziendalizzazione il sistema si burocratizza.

Non si tratta di azienda si, azienda no ma di quale politica prevale se conservatrice o riformista e torniamo alla questione dell'equilibrio tra economia e società ma questo è compito della politica che manca o è poca.

La Nota, attraverso facili indicazioni, riesce a condurci per mano e indicarci varie opportunità. Non è solo una messa a punto della normativa vigente ma va vista anche come un invito ad utilizzare tali strumenti, molto spesso sconosciuti e mai utilizzati. Infatti possono essere di aiuto ad organizzazioni e movimenti per dare un ancoraggio alle iniziative. Il dottore Cirillo attorno a questo tema in modo amaro conclude: L'informazione e/o partecipazione ha una buona articolazione formale cui i riferimenti normativi danno conto. A questi aspetti formali corrisponde un vuoto operativo. Difficile dargli torto: E' un nervo scoperto.

Il Piano Nazionale di Riforma e Resilienza (PNRR) approvato dal Parlamento prevede per la Sanità la somma di 15,63 miliardi mentre per la Medicina di base mette a disposizione 7 miliardi per Reti di prossimità, Assistenza domiciliare, Telemedicina, Integrazione socio-sanitaria). Tali impegni vanno ritenuti giusti e da tanto tempo attesi ma le cui scelte specifiche non possono essere calate dall'alto E' necessario invece che i metodi vengano ribaltati e che, a cominciare dai Consigli Comunali, attorno ai temi indicati si avvii la discussione e la proposta, utilizzando appunto la normativa vigente.

Angelino Loffredi

Redazione unoetre.it

30 giugno 2021