



MARCHE: LA SALUTE CHE VORREMMO

Proposte per un miglioramento delle politiche per la salute nella Regione Marche

Questo documento nasce dall'esigenza di mandare un segnale alla politica marchigiana perché faccia un salto di qualità nella gestione delle politiche per la salute mettendo a frutto il capitale morale e di risorse che la pandemia da Covid-19 ha lasciato al sistema sanitario. Qui esponiamo delle considerazioni e dei "suggerimenti" che nascono per iniziativa di pochi nella convinzione che incrocino speranze, aspettative e volontà di tanti. Non è un documento che vuole piacere a tutti e non è un documento "contro" o "per" qualche gruppo politico. Si tratterà di vedere chi lo vorrà far proprio nel suo programma e, soprattutto, nella sua azione di governo.

Sono proposte fatte soprattutto di "valori" cioè di quelle caratteristiche fondanti che riteniamo debbano essere proprie delle politiche per la salute della nostra Regione. La loro traduzione pratica richiederà analisi, progetti, scelte ed investimenti necessariamente articolati data la complessità del tema della salute. Ma i nostri valori fondanti sono in fondo semplici (il sostegno al Sistema Sanitario Nazionale nel cui "abbraccio" tutti hanno diritto a cure gratuite e dignitose) e su quelli chiediamo adesione a chiunque li condividerà e impegno a chi politicamente li vorrà far propri.

I nostri valori e le nostre priorità

1. La salute va perseguita in tutte le politiche di settore e non solo nell'ambito specifico della sanità. Va data centralità alle attività di **prevenzione**, tra cui la promozione della salute a tutte le età, le vaccinazioni, lo screening dei tumori, la salute negli ambienti di lavoro, la sicurezza ambientale e quella alimentare, la sanità veterinaria integrata con quella umana. In questo ambito la rete epidemiologica va resa strutturale in modo da essere integrata nella pianificazione e valutazione delle attività di prevenzione.

2. Va data priorità alle politiche di **tutela delle fragilità** a partire dalla risposta a tutte le principali condizioni che la favoriscono come le malattie croniche, la salute mentale, le dipendenze patologiche, le demenze, le disabilità gravi, la neuropsichiatria infantile e le malattie rare. Va data una specifica rilevanza alla rete delle cure palliative precoci e integrate ed alla cultura della palliazione con i temi di bioetica ad essa collegati.

3. I **distretti** devono essere la sede effettiva di governo nella erogazione territoriale dei servizi e dovranno garantire assieme agli ambiti sociali il governo della integrazione socio-sanitaria. Va fatta la scelta decisa di promuovere e sviluppare quanto più possibile il sostegno alla domiciliarità nella comunità di appartenenza. A livello distrettuale la rete delle **cure primarie** deve erogare, attraverso le equipe territoriali della medicina generale, un'assistenza di prossimità al cittadino, fornendo prestazioni diagnostiche e di monitoraggio di primo livello, con alti livelli di integrazione grazie alla presenza di personale formato al lavoro multidisciplinare (medici di medicina generale, specialisti, infermieri di famiglia, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, personale amministrativo, ecc.).



MARCHE: LA SALUTE CHE VORREMMO

4. Va riorganizzata la **rete dell'emergenza/urgenza** territoriale attraverso la creazione di un organismo regionale dotato di autonomia, responsabilità e risorse con la finalità di garantire a tutti i cittadini della Regione le stesse opportunità di accesso.

5. Nell'area delle **risorse umane** le scelte dei professionisti sanitari per gli incarichi dirigenziali vanno effettuate esclusivamente sulla base di comprovate competenze professionali e scientifiche. Si deve investire sulla valorizzazione e sulla leadership delle professioni sanitarie Infermieristiche, Riabilitative, Ostetriche, Tecnico-Sanitarie e della Prevenzione, valorizzando il contributo di tali professionisti nei processi di innovazione organizzativa.

6. Le principali innovazioni organizzative - **reti cliniche e percorsi assistenziali** - devono essere realizzate in forma progettuale e non solo formale con il concorso dei professionisti e con risorse e sistemi di monitoraggio e verifica dedicati per non rimanere solo atti che testimoniano un generico e indefinito impegno. Il concetto di integrazione deve essere la direttrice dell'innovazione organizzativa attraverso l'effettiva realizzazione dei percorsi assistenziali (PDTA), delle reti cliniche e delle reti territoriali.

7. La **formazione** (professionale, manageriale e continua) a livello universitario e post-universitario nonché la ricerca finanziata dalla Regione deve svilupparsi con modalità innovative coerenti con i nuovi modelli culturali ed organizzativi (integrazione, lavoro in equipe, reti cliniche, percorsi assistenziali, ecc.).

8. L'**informatizzazione** deve divenire una delle priorità assolute attraverso la messa a regime di tutti quei sistemi e strumenti (dal fascicolo sanitario elettronico alla telemedicina) che possano migliorare la qualità dei servizi e l'efficienza del sistema.

9. Il **rapporto con il privato contrattualizzato** va gestito in modo da garantire effettivamente il principio di integrazione e non di concorrenza con il sistema sanitario nazionale.

10. I processi decisionali a tutti i livelli (regionale ed aziendale) vanno resi espliciti e gestiti in uno stretto rapporto di **comunicazione e condivisione** con i vari portatori di interesse (stakeholders): cittadini, comunità locali, forze sociali, rappresentanti dei pazienti e dei cittadini, professionisti.

Campanelli Tamara - Infermiere Coordinatore, Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

Cola Luisanna - Direttore Anestesia e Rianimazione, AV 4 Fermo

Di Stanislao Francesco - Professore Ordinario di Igiene, Università Politecnica delle Marche

Maffei Claudio - Medico igienista, Ancona

Marinelli Paolo - Infermiere Dirigente, INRCA Ancona

Pagliariccio Gabriele - Chirurgo vascolare, Azienda Ospedali Riuniti Ancona

Sampaolo Guido - Medico di Medicina Generale, Referente Rete Formazione AV 2 Ancona