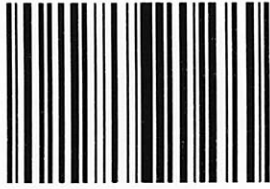




AOOCRT Protocollo n. 0008889/10-07-2024



LEX 11  
PDRIS 361  
2.18.2

Firenze, 10 luglio 2024

Alla c.a. del Presidente del Consiglio Regionale

SEDE

### Proposta di Risoluzione

(ai sensi dell'Art. 181 del regolamento interno)

**Oggetto:** Collegata all'Informativa numero 10 della Giunta regionale ex art. 48 dello Statuto in merito a "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2024-2026"

### Il Consiglio Regionale

**Premesso che** la salute e la capacità da parte dello Stato e delle amministrazioni pubbliche di dare risposta alle sempre più crescenti richieste di prestazioni sanitarie e socio sanitarie rappresentano una delle sfide più difficili e più complesse dei prossimi anni, da cui passerà la possibilità di mantenere il patto sociale su cui si fonda la nostra società.

I sistemi sanitari regionali rappresentano lo scheletro su cui si fonda il sistema sanitario nazionale e la declinazione e definizione dello stesso;

**Valutato che** i sistemi sanitari in tutto l'occidente sono a rischio tenuta, poichè il bisogno e le richieste di prestazioni sono in crescita esponenziale e le risorse disponibili non sembrano essere sufficienti rispetto a tale fenomeno; e questo nonostante che il Governo Nazionale attualmente in carica abbia sensibilmente aumentato gli stanziamenti per il Fondo Sanitario Nazionale, risultando il Governo che ha maggiormente investito sulla Sanità Pubblica;

**Letto che** per far fronte a tale situazione le nazioni dell'OCSE hanno considerato quattro opzioni di lavoro:

- Aumentare la spesa pubblica;
- Aumentare gli stanziamenti per la Sanità ridistribuendo i capitoli di spesa a disposizione;
- Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata;
- Individuare incrementi di efficienza;

**Considerato che** l'incremento del rapporto tra qualità e costo dei servizi, il taglio alle spese ed ai costi inefficaci e troppo onerosi, la messa a sistema dei benefici derivanti dalla tecnologia, dalla trasformazione digitale, dalla ricerca e dallo sviluppo tecnologico, sono elementi fondamentali ed indispensabili per ottenere maggiori e migliori servizi a costi minori in maniera da ottenere un sistema più efficace ed efficiente.



**Considerato, altresì, che** la tenuta del sistema sanitario non può prescindere da un riequilibrio del rapporto tra territorio ed ospedale e da un profondo e massiccio potenziamento sia di quello che si definisce territorio, ma anche delle cure domiciliari; anzi la vera sfida dei prossimi tempi sarà proprio quella delle cure domiciliari. A questo proposito è comunemente ritenuto che il potenziamento delle cure domiciliari può portare a risparmi miliardari, oltre a assicurare un servizio migliore e meno invasivo per chi riceve l'assistenza;

**Ritenuto che** Sanità e Salute non è soltanto una questione di soldi.

Quando si affronta la questione sanitaria si assiste ad una indistinta richiesta di più soldi, con la convinzione che i problemi e le criticità del sistema sanitario si possano risolvere avendo maggiori fondi a disposizione. Non è sufficiente spendere più soldi, ma è necessario spendere meglio, attraverso una seria programmazione, organizzazione, formazione, ed un diverso governo della sanità;

**Considerato che** il Governo regionale attuale del sistema sanitario regionale non è in grado di sapere in tempo reale quanto costa e di quante persone ha bisogno, tanto è vero che non è definito il fabbisogno regionale e per azienda di medici, infermieri, e professioni sanitarie, così come non sono definite le dotazioni organiche ottimali. Riaffermata la centralità e preminenza della sanità pubblica, dobbiamo prendere atto che il pubblico non è in grado di fare tutto dovendo delegare al volontariato sociale ed al privato convenzionato il resto. Per poter fare questo esercizio in maniera non estemporanea, come invece accade in Toscana, vi è la necessità di una seria programmazione, a partire dalla consapevolezza dei costi e del capitale umano a disposizione. E questo rapporto deve essere governato dal pubblico, il quale decide che cosa delegare al privato, partendo dall'assioma che la sanità pubblica è al centro del rapporto;

**Considerato che** quelli che sono definiti accessi impropri al Pronto soccorso, sono una domanda di assistenza alla quale il paziente non trova altra risposta. La definizione dei servizi e della missione delle Case di Comunità sarà perciò una delle sfide più importanti dei prossimi anni. Così come sarà necessario mettere in rete queste con le strutture ed i presidi già esistenti sul territorio. Organizzazione significa saper governare i territori anche con formule differenziate. Durante la pandemia le Usca hanno dimostrato come non solo le cure domiciliari, ma anche una diagnostica domiciliare, non siano fantascienza. Per questo noi proponiamo l'istituzione delle Uca in maniera strutturale per poter rispondere a territori, fasce orarie e popolazione deboli;

**Considerato che** le Usca sono state fondamentali nella tenuta del sistema durante il periodo più complicato della pandemia (eppure si trattava quasi sempre di medici non specializzati e giovanissimi), mettere in rete i percorsi formativi degli specializzandi servirà a garantire la tenuta del sistema;

**Si ritiene che** sia opportuno partire dal prevedere periodi formativi obbligatori nei Pronto Soccorso per tutti i medici specializzandi, indipendentemente dall'indirizzo scelto, così da raggiungere due obiettivi preminenti: sopperire alla costante carenza di medici nei Pronto Soccorso individuando figure professionali che possano supportare e affiancare i medici dell'emergenza urgenza; e quello di assicurare una reale ed adeguata formazione a tutti i medici specializzandi. Tale previsione è già attuale nella maggior parte degli Stati Occidentali, e, per quanto riguarda l'Italia, nei percorsi formativi delle scuole di



infermieristica, mentre non è prevista per la formazione specialistica dei medici. Il rapporto con le Università dovrà essere regolato da una interlocuzione fatta con pari dignità, ribadendo che la rete formativa deve necessariamente confrontarsi con il mondo del lavoro;

**Valutato che** il Governo della Sanità deve essere riformato passando da un organismo monocratico, che non ha eguali nel nostro sistema statale, ad un organismo collegiale composto da direttore generale, sanitario ed amministrativo, dove il direttore generale sia un primus inter pares. Superando così l'idea "dell'uomo solo al comando". Riteniamo anche necessario istituire una commissione di vigilanza sulle nomine in sanità, visto quanto successo in questi anni, dove troppo spesso le carriere professionali si sono definite non soltanto in base a merito e competenza ma in base alla capacità di saper intrattenere rapporti con la politica;

### **Impegna il presidente della Giunta regionale**

a mettere in atto una Programmazione e Organizzazione del Sistema Sanitario Regionale che passi da una revisione di:

#### **- Costi del personale**

E' indispensabile spendere meglio a partire dalla necessità di prevedere una programmazione seria, puntuale e pluriennale, cosa che non avviene nelle aziende sanitarie, sia in termini di costi che di personale definendo:

- **le dotazioni ottimali degli organici;**
- **le risorse disponibili in anticipo;**

Il governo regionale attuale del SSR non è in grado di sapere quanto costa e di quante persone ha bisogno, tanto è vero che non è definito il fabbisogno regionale e per azienda di medici, infermieri, e professioni sanitarie;

#### **- Missione dei singoli ospedali**

La capacità di programmazione significa - anche e soprattutto - saper definire la missione dei singoli ospedali, così da poter definire in maniera consapevole fabbisogno e dotazioni. Ciò può avvenire attraverso una **puntuale attribuzione di funzioni ai singoli ospedali.**

Funzioni che si dividono in:

- **servizi essenziali** da garantire ovunque;
- **servizi acuti** solo in alcuni ospedali;
- **centri di eccellenza** da stabilire applicando i criteri di legge vigente;



**- Rapporto tra territorio ed ospedale**

Al pari di una seria programmazione occorre una adeguata organizzazione partendo dal regolare rapporto tra territorio ed ospedale, e specificando che per territorio si debba intendere anche il domicilio, sia in termini di cure, che di diagnostica; anche al fine di **evitare che i cittadini si rivolgano al pronto soccorso per codici a bassa priorità**, con un enorme spreco di risorse;

**- Missione delle Case di Comunità**

Per i prossimi anni è **fondamentale e necessaria la definizione puntuale dei servizi e della missione delle Case di Comunità**, non potendo fare a meno di definire in maniera stringente il ruolo dei medici di medicina generale attraverso una chiara convenzione regionale. Inoltre è necessario **mettere in rete le CdC con le strutture ed i presidi già esistenti sul territorio** con un'organizzazione del territorio con formule differenziate;

**- Digitalizzazione**

Occorre realizzare un **piano di digitalizzazione** che garantisca interconnessione tra territorio e ospedale e tra ospedali e aziende sanitarie, a partire dall'utilizzare gli stessi linguaggi software. Andrà fatto un piano generale che garantisca una razionalizzazione degli acquisti, in particolar modo per quanto riguarda **i dispositivi e l'alta tecnologia**;

**- Governo della Sanità**

E' necessaria la riforma del Governo della sanità passando da un Organismo monocratico - che non ha eguali nel nostro sistema statale - ad un **Organismo collegiale** composto da Direttore generale, sanitario ed amministrativo, dove il DG sia un *primus inter pares*; superando così, anche da un punto di vista di approccio culturale, l'idea "dell'uomo solo al comando".

Infine è basilare - sulla base di quanto successo in questi anni, dove troppo spesso le carriere professionali si sono definite non soltanto in base al merito e competenza ma in base alla capacità di sapere tenere rapporti con la politica - istituire una commissione di vigilanza sulle nomine in sanità.

Cons. Diego Petrucci

Cons. Vittorio Fantozzi

Cons. Alessandro Capecchi

Cons. Gabriele Veneri

Cons. Elisa Tozzi

Cons. Sandra Bianchini