



Pensionati

Pensionati, USB: liste di attesa? Possono attendere, noi no!  
Appuntamento il 20 giugno con l'iniziativa di ABACO, presidio in tutte le regioni sotto gli assessorati alla sanità



Roma, 14/06/2024

Non possiamo continuare a tollerare che il nostro diritto alla salute e all'assistenza venga utilizzato per spot elettorali e per consentire devastanti scorribande della sanità privata nel pubblico. Il tanto decantato decreto sulle liste di attesa è una truffa vera e propria. È stato sdoppiato in un decreto-legge di dubbia urgenza, visto i contenuti, e un disegno di legge veramente devastante. Non possiamo restare immobili di fronte ad un attacco ulteriore al sistema sanitario pubblico in favore di privati.

QUALI SONO I CONTENUTI DEL DECRETO LEGGE APPROVATO NEL CONSIGLIO DI MINISTRI IL 4 GIUGNO ?

1.

**Istituzione di una piattaforma nazionale liste di attesa.** Costituita presso AGENAS con il contributo della piattaforma Bridge ( privata ). Una misura che serve a dare l'impressione della volontà risolutoria del governo. Le liste di attesa sono fuori controllo e le regioni non sono in grado di dare dati certi sulla loro realtà territoriale.

2.

**Istituzione di una Cabina di regia** al ministero sulla verifica delle liste di attesa. Un inutile doppione rispetto alla piattaforma nazionale. L'ennesimo baraccone senza

progettualità concreta.

3.

**Cup regionale e interregionale** aperto in condizione paritaria alle strutture private convenzionate. È l'equiparazione definitiva di privato e pubblico all'interno del sistema sanitario. Ci sono problemi di garanzia di qualità delle prestazioni private e l'interregionale può proporre esami fuori dal proprio territorio abolendo definitivamente il diritto di prossimità.

4.

**Visite diagnostiche e specialistiche** anche il sabato e la domenica, con quali professionisti non si sa. Ennesima scatola vuota come le case della salute.

5.

**Superamento del tetto di spesa per il personale dal 2025.** Ma come si definisce il fabbisogno di personale e come verrà impiegato l'impegno di spesa. Lo chiarisce il disegno di legge che introduce elementi di devastazione del pubblico.

6.

**Rafforzamento dei dipartimenti psichiatrici** abbandonati a se stessi avrebbero bisogno di una ricostruzione progettuale e non di toppe.

7.

**Riduzione del prelievo fiscale al 15% sull'orario aggiuntivo straordinario.** ritorna la defiscalizzazione come elemento di attrattività della professione. Ammesso che tale misura garantisca la quantità rimane il problema della qualità di prestazioni in serie fatte dopo l'orario di lavoro in condizioni psicofisiche ridotte.

Le liste di attesa sono trattate come una semplice questione ragionieristica senza alcun cenno alle persona che hanno bisogno di prestazioni sanitarie, vale a dire anziani fragili, non autosufficienti, disabili. Tutti avrebbero bisogno di percorsi dedicati e vengono invece cancellati nel numero di utenti senza risposte .

Abbiamo proposto, se questa è una emergenza, e lo è, misure emergenziali che potrebbero alleviare i disagi dovuti alla negazione del diritto alla salute. Su tali misure dobbiamo andare al confronto con governo e regioni.

Le cause sono i tagli dei finanziamenti con la scusa della sostenibilità, i tagli di personale e strutture sanitarie pubbliche, la progressiva sostituzione del pubblico da parte dei privati che ormai controllano il 50% del mercato sanitario. La costruzione di un modello sociale che vede nello stato sociale un dispendio di risorse comporta la distruzione di sanità, sistema previdenziale, scuola, servizi territoriale e la loro sostituzione con gli investimenti privati. Un euro investito in sanità dà un ritorno di un euro e settanta centesimi, questo spiega l'interesse privato.

Le liste di attesa svolgono anche altre funzioni come strumento di allontanamento degli utenti dal pubblico, hanno un effetto pedagogico sociale abituando i cittadini a fare a meno del sistema sanitario pubblico, spingono i pazienti nelle braccia del privato speculativo.

Il risultato è la negazione del diritto costituzionale alla salute alle cure, la rinuncia a curarsi da parte di milioni di cittadini, l'indebitamento delle famiglie per accedere alle cure. Il welfare aziendale inserito nei contratti di lavoro sottrae utenti al pubblico perché ricorre a convenzioni con i privati e reintroduce il modello delle mutue assicuratrici, per cui il diritto alla salute è legato al tuo ruolo nel sistema produttivo, una volta uscito dal lavoro avrai la sanità caritatevole della beneficenza.

Non è difficile comprendere che i settori popolari già colpiti da disoccupazione, lavoro povero, aumento delle tariffe, perdita del potere di acquisto, il pagamento dei tickets sanitari non sono in grado di sostenere una ulteriore spesa sanitaria privata. Sono già ora esclusi dal sistema sanitario pubblico per censo e appartenenza di classe.

*La nostra campagna contro le liste di attesa è il primo momento di mobilitazione sociale che ha come obiettivo finale il reinserimento a pieno titolo di tali settori nel sistema sanitario pubblico.*

Il sistema sanitario pubblico, così come è ridotto, non è tecnicamente in grado di risolvere il problema delle liste di attesa senza un processo di ricostruzione e investimenti strutturali.

## PROPOSTE DEL GOVERNO

Il Piano Nazionale Liste di Attesa 2019-2021 (PNLA) di fatto è stato sempre ignorato nonostante al suo interno contenesse elementi utili per il contenimento delle liste di attesa (decadenza dei direttori generali per il mancato rispetto del piano, possibilità di blocco dell'intramoenia, liste di prenotazione sempre aperte senza possibilità di blocco, organismi paritetici a livello regionale per il monitoraggio dell'intramoenia). La gestione politica della pandemia ha devastato il sistema sanitario, diventando un alibi per il respingimento dei pazienti non covid, lasciando senza cure milioni di cittadini.

Il governo attuale si propone di ricostruire un PNLA per gli anni 2024-2026, ovviamente in peggio, nominando anche un tavolo tecnico per predisporre le misure.

L'assegnazione di fondi destinati, oltre ad essere insufficienti persino per il loro programma fumoso, non hanno risolto e non possono risolvere il problema, inoltre affermano definitivamente la commercializzazione delle prestazioni sanitarie. Ma i punti preoccupanti sono ben altri :

- 

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA : l'Istituto Superiore di Sanità produrrà delle linee guida sui percorsi di cura a cui si dovranno attenere i medici. L'obiettivo è la riduzione del 20% delle prestazioni ritenute superflue. Anziché aumentare l'offerta sanitaria si riduce la domanda di cura. Il mito della medicina difensiva per cui i medici prescrivono troppi esami per tutelarsi, in realtà nasconde l'obiettivo vero di calmierare le cure. I medici saranno sottoposti ad ulteriore controllo, dopo l'annullamento dell'atto medico avvenuto con la gestione della pandemia, monitorando il numero delle prescrizioni alla luce delle linee guida. La Regione potrà intervenire sul medico prescrittore per riportarlo a miti consigli. La cosiddetta medicina difensiva è l'unica forma rimasta di prevenzione reale.

- 

ULTERIORE IMPULSO ALLA PRIVATIZZAZIONE DEL SSN: Unificazione delle agende pubblico privato con l'inserimento nei cup delle strutture private. Le aziende ospedaliere potranno comprare pacchetti di prestazioni dalle strutture private e dai propri medici.

L'utilizzo delle farmacie dei servizi è una ulteriore forma di privatizzazione assegnando prestazioni sanitarie a personale che non ha le competenze mediche per valutarle. È evidente che si tratta di un meccanismo per espellere dalle liste di attesa gli utenti che utilizzeranno tali servi.

- 

MA QUALI SONO I DATI SULLE LISTE DI ATTESA CHE VERRANNO USATI? : non esiste un modello di rilevazione delle liste di attesa perché le Regioni non comunicano i dati reali, che tra l'altro non conoscono neanche loro. Il calcolo della decorrenza dell'attesa non è univoco e parte dalla data in cui viene fissato l'appuntamento per la prestazione e non dalla richiesta, si considerano le richieste tramite call center e non quelle allo sportello. Le liste non vengono rese pubbliche e verificabili. L'AGENAS sarà incaricata di monitorare le liste di attesa utilizzando la fondazione Bridge (fonti di finanziamenti Angelini Pharma, Astrazeneca, Novartis, Roche e così via). Un'ulteriore esternalizzazione affidando la gestione di dati sensibili a soggetti privati con evidente conflitto di interessi.

## LE NOSTRE PROPOSTE

Se le liste di attesa sono un'emergenza pluridecennale, e lo sono, occorrono risposte emergenziali, strutturali, propedeutiche ad una vera ricostruzione di un sistema sanitario pubblico efficiente ed efficace. Le nostre proposte vanno nella direzione di aprire un percorso di rivisitazione strutturale dell'intero sistema e cominciare da subito a dare risposte concrete al bisogno di salute.

- 

Occorre un reale e sensibile incremento delle prestazioni sanitarie prolungando gli orari di accesso al pubblico e attivando le strutture sanitarie che eseguono prestazioni unicamente per i ricoverati.

- 

Riapertura delle strutture sanitarie chiuse negli anni passati per aumentare l'offerta sanitaria e renderla accessibile.

- 

Sospensione dell'attività in libera professione intramuraria fino ad esaurimento delle liste di attesa.

- 

Adeguamento del parco tecnologico delle strutture pubblico per esecuzione di esami strumentali.

- 

Piano straordinario di assunzioni di personale sanitario.

- 

Blocco temporaneo della costruzione di nuovi ospedali e utilizzo delle risorse dedicate per la riduzione delle liste di attesa.

L'inadeguatezza della medicina territoriale da ridefinirsi come cure primarie impone una serie di interventi emergenziali in attesa di quelli strutturali. Una buona medicina di intervento e non di attesa nel territorio riduce il fabbisogno di provvedimenti da parte delle strutture sanitarie ambulatoriali.

- 

Lo smaltimento delle liste di attesa non può essere solo un fatto quantitativo ma deve preservare l'aspetto qualitativo dell'intervento. La presa in carico del paziente è fondamentale per un'efficacia reale dell'intervento sanitario e la continuità assistenziale costruendo un rapporto continuativo con il professionista sanitario.

- 

La funzione dei medici di base non può essere solo amministrativa, occorre incrementare le ore di studio estremamente esigue, sganciare la formazione dai pacchetti offerti dalle case farmaceutiche, ripristinare le visite domiciliari. Rendere organico il rapporto con le strutture sanitarie in attesa della trasformazione in personale dipendente dei medici di base.

- 

Rendere operative le prescrizioni di farmaci ed accertamenti diagnostici da parte degli specialisti con accesso diretto alla prenotazione sia del primo esame che di eventuali controlli.

- 

Le guardie mediche devono essere messe in condizioni di eseguire esami semplici senza rinviare a pronto soccorso o al cup regionale.

- 

Le case della salute non possono rimanere vuote e comunque riproducono una medicina di attesa con riproposizione delle liste di attesa a livello della struttura sanitaria.

- 

Per rispondere alla situazione emergenziale sarebbe opportuno ripristinare il presidio mobile come le USCA durante la pandemia. Queste dovrebbero prendere in carico i pazienti affetti da cronicità, gestendone percorso ed eventuale controllo diagnostico.

Considerando la difficoltà di dare risposte agli anziani che rinunciano alle cure per motivi economici o di tempo (uno su tre ha difficoltà a raggiungere il proprio medico di base e le strutture sanitarie) è indispensabile costruire un vero e proprio piano sanitario e socio assistenziale per l'anziano. L'elevato numero di decessi di anziani durante la pandemia impone scelte strutturali per una sanità di prossimità che unisca territorio ospedale e casa.

- 

Costituire il dipartimento dell'anziano in ogni ASL per la presa in carico degli anziani del territorio.

- 

Istituire il geriatra di famiglia per la gestione domiciliare del paziente anziano.

- 

Istituire un codice argento nel pronto soccorso con un percorso dedicato agli anziani

- 

Applicare percorsi diagnostici - terapeutici nel territorio per l'accesso alle prestazioni strumentali.

- 

Rendere agevole l'accesso ai farmaci con prescrizioni di lunga durata per le patologie croniche.

- 

Ridefinire il ruolo delle RSA rendendole pubbliche e capaci di assistenza sanitaria di base in stretta relazione con il sistema sanitario pubblico di cui devono far parte integrante.

- 

Rivisitazione della legge 33/2023 che di fatto espelle gli anziani non autosufficienti con disabilità dal sistema sanitario relegandoli in una improbabile area socioassistenziale preda degli interessi privati.

La tutela del diritto alla salute parte dalla difesa dell'esistente, prima che lo distruggano, per impegnarsi poi in un processo di ricostruzione del sistema sanitario pubblico

USB pensionati aderisce e sostiene l'Iniziativa promossa da ABACO, associazione di base dei consumatori, che il 20 di giugno ha organizzato un presidio a carattere nazionale in tutte le regioni sotto le sedi degli assessorati alla sanità, chiediamo a tutti di partecipare in massa.

**USB Pensionati**

Roma 12 giugno 2024