

## Verso le regionali in Abruzzo - Il focus del Messaggero. La parola ai candidati/1 «Ecco la sanità che vi prometto»

E' il settore che occupa l'80 del bilancio ed è reduce da cinque anni di commissariamento  
La sfida dei servizi sul territorio e la riorganizzazione della macchina tecnico-burocratica

Come si migliorano i Lea?

Ecco le quattro domande poste ai candidati presidente .

- 1) Che tipo di modello di politica sanitaria intende scegliere per l'Abruzzo a cavallo del ripristino dei percorsi diagnostico terapeutici del commissariamento? Reti cliniche o modelli trasversali?
- 2) Come intende affrontare il problema della mobilità passiva?
- 3) Come intende affrontare il problema delle liste d'attesa?
- 4) Priorità strutturali per rafforzare i livelli essenziali di assistenza.

### I PROGRAMMI

PESCARA In tutto si tratta di 2,4 milioni all'interno di un bilancio regionale complessivo di 2,9 milioni. Stiamo parlando dell'unico grande fulcro in tema di politica regionale: è la sanità che occupa l'80% della spesa pubblica abruzzese, nella vita reale della comunità rappresenta il primo punto di riferimento e in quella istituzionale è stata materia di commissariamento. Parte da qui il primo forum tematico del Messaggero su cui coinvolgere i quattro candidati presidenti alla Regione. Per motivi collegati alla visita di Ferrero, Acerbo non ha potuto rispondere: appena possibile sarà presentato il suo programma.

#### MARCOZZI: MODELLO TRASVERSALE

1) Non è una questione di reti cliniche o ospedali per intensità di cura. M5S ritiene che nessuno dei modelli attualmente utilizzati in sanità sia efficace in assoluto. Serve una programmazione che attraverso la trasformazione dei dati del fabbisogno adotti modelli trasversali capaci di flessibilità verificandone periodicamente l'efficacia.

2) Riducendo liste d'attesa, snellendo le procedure amministrative e potenziando i centri di eccellenza si ridurrà la mobilità passiva, aumentando quella attiva.

3) Migliorando sistemi organizzativi e assegnando personale alle unità operative, ci sarà l'incremento delle ore di esercizio della diagnostica. Si potenzierà l'offerta di servizi con opportunità di prestazioni sull'intero territorio regionale. Poi evitare le duplicazioni di esami, permettere la prenotazione di esami e/o visite per particolari percorsi diagnostico-terapeutici direttamente dalle unità operative interessate attraverso Cup di secondo livello, integrare le agende degli operatori privati. Saranno inoltre migliorati i piani di prevenzione per ottimizzare l'erogazione di prestazioni che possono essere programmate, saranno monitorate le attività di erogazione delle visite in regime di intra-moenia e saranno eliminati i favoritismi e le raccomandazioni.

4) Vogliamo garantire il numero minimo di posti letto per abitante in Ra, Rsa e Hospice ed incrementare le cure domiciliari e l'assistenza sul territorio sono nostre priorità che saranno attuate anche attraverso l'uso

delle strutture già "riconvertite". Introdurremo lo psicologo di base, garantiremo l'assistenza odontoiatrica ai minori ed il riconoscimento delle malattie rare non ancora ricomprese nei Lea.

#### D'ALFONSO: PAZIENTE AL CENTRO DI TUTTO

1) La nostra rivoluzione sarà questa: il cittadino al centro con i suoi bisogni (sanitari e sociali) e la domanda di salute che egli esprime. Quindi stop ai servizi organizzati sulla base dell'equilibrio economico. La nuova organizzazione strutturale si basa sulla individuazione di modelli territoriali (Case della Salute, una ogni 60mila abitanti, e ospedale di comunità), all'interno della quale si possono svolgere tutte le principali funzioni diagnostiche e terapeutiche. . Accanto a queste, per interventi sanitari di livello superiore, si collocano 5 o 6 ospedali regionali, di cui due universitari, ognuno dei quali con funzioni tradizionali e vocazioni specifiche (ospedale della donna, ematologia, oncologia, centro regionale traumatologico). Accanto a questi, alcuni ospedali di secondo livello, necessari per le specificità territoriali esistenti. In questo contesto assumono rilievo le reti cliniche. Fondamentale, poi, è una efficiente rete di Emergenza/Urgenza in grado di raggiungere velocemente ogni punto del territorio.

2) Stabiliremo accordi con le Regioni vicine per l'interscambio di offerta di sanità e per il controllo delle prestazioni erogate (controllo che oggi non avviene, anche se erogate da strutture private fuori regione). 3) Serve un più funzionale utilizzo delle apparecchiature diagnostiche (Tac, Rmn, mammografi) per almeno 18 ore su 24 (contro le attuali 8/10), la stragrande maggioranza degli accertamenti potranno essere svolti direttamente dalle Case della Salute. Un notevole beneficio può derivare da una diversa organizzazione del Cup regionale, che fornisca in tempo reale l'elenco di tutte le strutture regionali presso cui svolgere gli accertamenti. Occorre, tuttavia, che le strutture abbiano dei tempi soglia da rispettare.

4) Ci interessano i progetti obiettivo, oggi largamente trascurati in Regione. Quelli nazionali (screening della mammella, retto e cervice uterina, sospesi in Abruzzo dal 2011) sia quelli regionali, finanziati dallo Stato, molti dei quali rivolti alla prevenzione delle patologie. Il ruolo della prevenzione: fondamentale è la prevenzione nei luoghi di lavoro, individuando i fenomeni patogeni connessi all'attività lavorativa, così come la prevenzione in fasce di età scolastiche.

#### CHIODI: RETI CLINICHE E FRAGILITA'

1) Puntiamo alle reti cliniche: cardiologie, ortopedie, urologie ecc. dovranno essere in rete, costituire un unico blocco di risposta con sistemi diagnostico-terapeutici condivisi. Sarà importante invece, spostare l'attenzione sulle fragilità, sul malato cronico multiplo. Come Regione lo stiamo già facendo.

2) La nostra mobilità passiva nasce soprattutto da prestazioni a bassa complessità per cui abbiamo anche mobilità attiva: la chirurgia protesica. Noi però abbiamo lunghi tempi d'attesa quindi dobbiamo ridurre le liste, ampliando gli orari di apertura degli ospedali e fornendo attrezzature d'avanguardia. Dal 2015 aboliremo il ticket di 10 euro governativo visto che dal risanamento si libereranno risorse. Da noi quindi, si pagherà meno che nelle Marche.

3) Primo: ospedali aperti nei festivi e prefestivi e almeno due giorni feriali tra le 20 e le 24. Ci sono attrezzature d'avanguardia per sopportare i ritmi e risorse per il potenziamento del personale, 6 milioni in più per nuove assunzioni ogni anno fino al 2015. Secondo: un gruppo di lavoro sta controllando le liste d'attesa da Asl ad Asl: c'è grande disparità. Terzo: istruire i medici di base a utilizzare le classi di priorità evitando l'abuso di accertamenti. Quarto: integrare l'agenda Cup pubblico-privato. All'Aquila si può già fare.

4) Primo: costituire la rete delle cure primarie in gruppo e in rete, le unità complesse di cure primarie e gli ospedali di comunità. Poi completare la rete degli hospice che da noi non esistevano: ora ci sono i 72 posti letto chiesti dal ministero. Va organizzata la rete Emergenza Urgenza. Sono state attivate le Osservazioni Brevi Intensive in quasi tutti i pronto soccorso (per evitare dimissioni precoci e/o ricoveri inappropriati) e la sperimentazione per la centrale unica 118. Ultime: la riconversione degli ospedali soppressi a Pescara, Tagliacozzo, Casoli e Gissi e delle strutture ex art. 26. Infatti abbiamo definito il fabbisogno della residenzialità, semiresidenzialità e dell'ambulatoriale dove non c'erano posti letto per gli standard abruzzesi: da noi gli over 65 sono più della media nazionale (22% contro 20). Purtroppo abbiamo riequilibrato un'offerta strabordante di residenze riabilitative: il triplo dei posti letto.

