



## PER UNA "DEMOCRAZIA DELLE CURE"

Le soluzioni per la nostra travagliata sanità regionale non possono esaurirsi nel chiedere più personale e maggiori finanziamenti, anche se nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale siamo danneggiati perché le Regioni forti (Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana) non vogliono tener conto, in sede di Conferenza Stato-Regioni, della "deprivazione sociale" ovvero della povertà che è un potente " determinante sociale della salute; inoltre, come ci ricorda Gianfranco Viesti, "la media annua degli investimenti pubblici nella sanità è stata di 77 euro per abitante nel Nord-Est (184 euro a Bolzano) e di 25 euro nel Sud Continentale (in Calabria 16 euro)".

Inoltre è necessario che le Forze Politiche s'impegnino ad abrogare in Parlamento il tetto delle assunzioni normato nel 2004 che stabilisce che le Regioni possano assumere tenuto conto della spesa del 2004 ridotta dell'1,4%! Non può prevalere una visione economicistica della tutela della salute che per noi è un " Bene Comune".

E' necessario modificare il paradigma culturale della sanità che valorizzando la "medicina di prossimità e d'iniziativa" permetta alla ospedalità di curare gli acuti e di fare ricerca non surrogando la medicina territoriale.

Abbiamo la grande opportunità del PNRR (che, come Comunità Competente, monitoriamo continuamente) che prevede la costruzione di una filiera positiva costituita da: "Le prime cure a domicilio", "Le Strutture Sanitarie Intermedie" e " Gli Ospedali", senza dimenticare la " Prevenzione" che pone al centro " Il Distretto 2.0 luogo d'incontro tra le " Reti Formali e le Reti Informali costituite, queste ultime, dal Volontariato, dal Terzo Settore, dalle Parrocchie, dai Centri Sociali e da altri luoghi di aggregazione". Bisogna valorizzare una sanità "inclusiva", una sanità dei cittadini che ponga fine a logiche autoreferenziali in cui ognuno , come Narciso, si specchia.

### LE PROPOSTE

#### 1) I luoghi della " Partecipazione"

Elemento centrale per una sanità di prossimità sono i luoghi del controllo sociale da parte dei cittadini organizzati in Associazioni previsti dall'articolo 14 del Decreto legislativo 502/92, dal Decreto Legislativo n°33/2013 e dalle " Linee Guida degli Atti Aziendali" come il Comitato Consultivo degli utenti, il Comitato misto consultivo, la Consulta del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, la Conferenza dei Servizi annuale. Riteniamo che le modalità della partecipazione debbano essere:

##### A. Partecipazione nella consultazione;



- B. Partecipazione come supporto all'implementazione dei programmi;
- C. Partecipazione come valutazione e monitoraggio;
- D. Partecipazione nella coprogettazione dell'intervento;

2) Immettiamo giovani professionisti di cui in Calabria c'è disponibilità ( Psicologi, Assistenti Sociali, Ostetriche, Ingegneri, Geometri, Amministrativi ecc) in un SSR anziano per cambiare passo in attesa di essere attrattivi nei riguardi dei medici e degli infermieri che lavorano fuori Regione;

3) Attiviamo l'U.O.C. di Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza presso l' Azienda Universitaria Dulbecco e la Rete Ospedaliera e Territoriale prevista sin dal novembre 2022 dal Programma Operativo che darebbe una parziale risposta all' emigrazione sanitaria dei nostri bambini ( 788 nel 2022);

4) Aboliamo gradualmente il tetto di spesa per gli Specialisti ambulatoriali Interni, previsti dal DCA n°82/2015, che ci consentirebbe di incrementare le ore della Specialistica Ambulatoriale con la possibilità di fare lavorare questi professionisti nei Presidi Ospedalieri;

5) Attiviamo una Rete" POCT" nel Territorio (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) e nei Pronto Soccorsi ,che abbiamo proposto da tempo e che ci consentirebbe di avere, in tempi brevi, i risultati degli esami ematici, anche salva vita, come la troponina ;

6) Attiviamo gli "Ambulatori Infermieristici" sul territorio secondo una proposta che abbiamo elaborato, come Comunità Competente, insieme ad alcuni Ordini Provinciali degli Infermieri per implementare una medicina di prossimità e d'iniziativa. Inoltre attiviamo gli Infermieri di Comunità in tutta la Calabria;

7) Facciamo camminare sul Territorio il DCA attinente alla "Sperimentazione del Budget di salute", pubblicato nel gennaio scorso scritto dal Tavolo Tecnico Regionale, che è un passo importante per prevenire l' istituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici;

8) Implementiamo nella nostra Regione il DCA attinente al " Piano d'azione regionale sulla salute mentale" pubblicato nel gennaio scorso ed elaborato dal " Coordinamento Regionale sulla salute mentale";

9) Attuiamo il DCA pubblicato nel gennaio scorso " Linee Guida per le attività dei Consulenti Familiari" atteso da molto tempo dai movimenti femminili e non solo;

10) Estremamente debole è la politica attinente alle "Aree Interne" che dovrebbe armonizzare il ruolo degli Ospedali di zona disagiata con gli interventi di welfare previsti con la Rete di servizi alla persona predisposta a livello degli Ambiti Territoriali Sociali e l'integrazione sociosanitaria. Sarebbe



opportuno sottolineare l'esiguità delle risorse finanziarie (spese con enormi ritardi) che coinvolgono solo 5 Aree Interne che sono una goccia nel deserto della fragilità orografica e demografica.

Pertanto sarebbe auspicabile che la Regione avanzasse al Governo Nazionale una proposta perché la Strategia Nazionale Aree Interne(SNAI) aumentasse il suo bacino d'intervento e che la Regione valorizzasse la Telemedicina con un occhio ai "long term care", all'infermiere di Comunità, alle Aggregazioni Funzionali Territoriali( AFT), all'Emergenza / Urgenza ed alle Piattaforme di Elisoccorso ;

11) Dobbiamo credere nel ruolo dei Consulenti Familiari che sono un importante Front Office delle famiglie con una funzione inclusiva e di prevenzione; pertanto ribadiamo la proposta più volte avanzata di attivare gradualmente in Calabria i 95 Consulenti previsti dalla normativa e da subito attivare in ogni Distretto un Consultorio h 12 soprattutto laddove sono stati chiusi i " Punti nascita";

12) Valutiamo la fattibilità di attivare "Equipe mediche mobili" per sopperire alla carenza del personale negli Ospedali;

13) Costruiamo le Case della Comunità come luoghi dell'integrazione sociosanitaria senza trattino creando un forte rapporto con i Medici di Medicina Generale con la presenza delle AFT h 12, degli Ambulatori Infermieristici, degli Specialisti ambulatoriali interni, dei Consulenti Familiari, dei Centri di Salute Mentale. Valorizziamo il ruolo degli Enti Locali, del Volontariato e del Terzo Settore;

14) Prevediamo gli Ospedali di Comunità luoghi di accompagnamento della persona fragile che si rapporta con la Rete Sociosanitaria e con le attività ambulatoriali infermieristiche;

15) Sosteniamo la proposta del Presidente Occhiuto perché la Protezione Civile torni ad occuparsi della costruzione dei nuovi ospedali finanziati oltre 17 anni orsono, ricordando che troppo frettolosamente ed erroneamente venne messo da parte il DPCM n°3635 del 21/12/2007che dettava " Disposizioni urgenti di Protezione Civile dirette a fronteggiare l'emergenza socio-economica in Calabria". Non è mai troppo tardi recuperare gli errori del passato;

16) Istituiamo le Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO) di Cosenza e Reggio Calabria che dovrebbero gestire tutti gli ospedali e le Aziende Sanitarie Territoriali (AST) di Cosenza e Reggio Calabria che sarebbero responsabili della sanità territoriale;

17) Sollecitiamo il ruolo di verifica della Regione in merito ad importanti DCA approvati o LEA non attuati come, per esempio, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che hanno un importante ruolo sul territorio; L'istituzione delle Commissioni Consultive Miste da parte delle Aziende Sanitarie. Gli screening oncologici in gran parte insufficienti; i Centri per le demenze ed il Deterioramento Cognitivo che curano oltre 32.000 pazienti..funzionano?



18) Istituiamo l'Osservatorio Epidemiologico Regionale che incredibilmente manca nella nostra Regione e che era stato chiesto, oltre 5 anni fa, anche nel libro "Per una riforma della sanità in Calabria";

19) Valorizziamo e socializziamo le "Buone Pratiche" che sono presenti nel nostro Servizio Sanitario Regionale perché facciano da traino sulle varie problematiche;

20) Diamo un nuovo volto alla "Formazione del Personale", valorizzando anche le esperienze da fare fuori Regione, che deve essere fortemente legata ai bisogni di salute della popolazione tenendo conto anche della Telemedicina e della Robotica;

21) Nell'ambito della "Agricoltura Sociale" è necessario sostenere e sviluppare le attività delle "Fattorie Sociali" importanti luoghi d'inclusione e d'integrazione delle persone fragili;

22) Al fine di garantire un Soccorso efficace e rapido, in special modo nelle nostre Aree Interne, è fondamentale costruire diffusamente Elisuperfici attrezzate anche per il volo notturno;

Chiediamo che siano attivati i Servizi di Emodinamica presso gli Ospedali di Lamezia Terme e di Polistena.