

Insieme per la salute di tutti

Indice

1 - Premessa
2 - La deriva nella sanità
3 - Dal documento di Alma Ata alla visione "One health" - la lezione della pandemia
4 - Il "nostro" Servizio sanitario nazionale
5 - La situazione genovese
6 - La Val Polcevera
7 - Criticità
8 - Una nuova idea di salute
9 - Le prospettive generali e locali del PNRR
10 - La prevenzione ignorata
11 - Un laboratorio (?) genovese
12 - Obiettivi
Bibliografia

1 - Premessa

La rinnovata consapevolezza dell'importanza della sanità pubblica ha stimolato la nascita e l'aggregazione di soggettività che si stanno confrontando, riflettendo sulle diverse problematiche emerse: raccolta di dati, di segnalazioni, pubblicazioni, petizioni, informazione e mutuo aiuto, proposte.

Una parte di questi soggetti ha già prodotto nello scorso aprile (v. allegato) un primo documento (**La salute è per tutti: 10 proposte**) per contribuire ad un percorso di confronto e messa in rete dei tanti soggetti interessati e coinvolgibili nella costruzione di un'iniziativa partecipata che rappresenti in modo significativo e sempre più numeroso le esigenze e le richieste di ampie fasce di popolazione.

In questo documento si ponevano in evidenza problemi e criticità, che non hanno trovato in gran parte risposte, e si facevano proposte che sono ancora largamente confermabili.

Il punto di partenza tuttora necessario è una riflessione comune sul disastro della sanità disvelato dalla pandemia, e sulle risposte insoddisfacenti e disomogenee che gran parte della cittadinanza ha trovato negli ultimi 18 mesi.

Le scelte politiche degli ultimi anni in Liguria non sono in sostanziale discontinuità con quelle che negli ultimi decenni hanno snaturato il concetto di Servizio Sanitario (e contestualmente di Servizio socio-sanitario) nazionale definito nel 1978, subordinandolo a logiche aziendali, caratterizzate da una visione ospedale-centrica e da investimenti progressivamente ridotti e sempre meno adeguati nei servizi territoriali.

A ciò si è anche associato il progressivo distacco della già fragile **integrazione tra sanità e sociale** che in anni passati è parso uno degli aspetti fondanti di un modello welfare che garantisse progressivamente l'assistenza e il benessere di tutti i cittadini in una logica di equità e contrasto alle disuguaglianze.

In realtà l'integrazione non è mai stata diffusa concretamente, ci si è limitati a forme di coordinamento operativo più o meno funzionanti in diverse coordinate spazio-temporali.

Negli ultimi anni, la crisi prima e la pandemia poi hanno ulteriormente eroso il già fragile coordinamento e riproposto brutalmente i termini veri della questione che non si esaurisce nella semplice integrazione tra le strutture dei “servizi sociali” e quelle dei “servizi sanitari”.

La crescente complessità, il decadimento delle reti di relazioni, i processi di esclusione, le grandi sfide sociali, sono fenomeni intersettoriali e complessi che richiederebbero organizzazioni di servizio capaci di elaborare strategie e coniugare gli obiettivi strategici con l’operatività quotidiana in modo integrato e flessibile, per garantire il sostegno alla capacità del tessuto relazionale di intercettare i processi di genesi del disagio e contrastarli/contenerli: un sostegno per il quale un sistema di servizi pubblico e integrato è assolutamente necessario e insostituibile, anche se non sufficiente.

Questa concezione del benessere individuale e collettivo centrata sulla risposta pubblica, applicata a socialità, sanità, abitare, scuola, cultura, mobilità, lavoro, proietta oltre la semplice integrazione tra le strutture della sanità e quelle del sociale verso l’integrazione tra i sistemi di servizio alla persona finalizzata alla produzione di ben-vivere, ben-convivere, ben-abitare, ben-imparare, ben-lavorare, ben-alimentarsi, ben-respirare allo scopo di produrre e mantenere benessere e salute.

Ciò richiede un cambio di paradigma organizzativo: l’area delle funzioni inerenti l’analisi e la progettazione va pensata e gestita come prioritaria e strategica, sia per il pubblico che per il privato

L’idea che la “struttura” debba costare poco strangola le organizzazioni riducendole a produttori di “forme” (tali sono le prestazioni quando sono fine e non strumento), con strutture inadeguate in tutte le loro componenti (strutture formali, meccanismi operativi, competenze, modelli gestionali, tecnologia, ecc.) del tutto inadeguate al confronto con la complessità e refrattarie all’integrazione. Alle organizzazioni va quindi garantito supporto generale operativo con adeguati finanziamenti che permettano di perseguire gli obiettivi strategici, rafforzandole a livello strutturale, tecnologico, gestionale. Altrimenti si mantengono silos di specializzazione autistici, incapaci di interagire, di affrontare la complessità, di lavorare insieme nel lungo periodo, di fare sistema tra loro e di produrre cambiamento.

Il passo che si dovrebbe imporre per i decisori politici è:

- spostare l’attenzione dagli input ai processi, ai risultati, e all’impatto di sistema;
- costruire organizzazioni , interattive in grado di elaborare e gestire strategie e scenari progettuali;
- spostare quote significative di finanziamenti dai progetti intesi come silos di prestazioni alle strategie e alle organizzazioni.

In questa prospettiva, occorre ripensare la collaborazione tra pubblico e privato, in una logica nella quale il pubblico non deleghi acriticamente e passivamente ma garantisca quanto meno una cornice strategica ed un ruolo effettivo di governo.

La discontinuità di cui si parlava nella pagina precedente è ancora più netta se si prendono in considerazione quelle che sono le basi del Sistema dei Diritti Umani, protetti e sanciti dalla Costituzione, dalla Carta dei Diritti Fondamentali della UE, dalla CEDU e dalle Convenzioni internazionali. Ad esempio, il *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* (General Comment no. 14 : *The Right to the Highest Attainable Standard of Health* (UN doc. E/C. 12/2000/4): para 43) nel *core right* del diritto alla salute, ha incluso, tra gli altri standards il dovere da parte degli Stati (e delle loro articolazioni territoriali, quindi) di adottare una strategia ed una pianificazione sanitaria pubblica attraverso la partecipazione, prevedendo un monitoraggio indipendente sull’attuazione della strategia e del piano.

La Dichiarazione di Zagabria del 2008 dei Sindaci delle maggiori città europee relativamente all’attuazione di *Healthy Cities*, programma della OMS (WHO) che si traduce a livello europeo con

l'Agenda 2030: in essa si richiamano salute, equità, giustizia sociale, sviluppo sostenibile come principi, si affermano come obiettivi di lavoro il lavorare su

“1. Creazione di ambienti capaci di cura e di sostegno. Una città sana è una città per tutti i suoi cittadini: inclusiva, capace di sostegno, sensibile e reattiva alle loro diverse necessità e aspettative.

2. Vita sana. Una città sana fornisce condizioni e opportunità che incoraggiano, permettono e sostengono stili di vita sani.

3. Ambiente e progettazione urbana per la salute. Una città sana offre un contesto fisico ed un ambiente costruito che incoraggiano, permettono e sostengono la salute, le attività ricreative e il benessere, la sicurezza, l'interazione sociale, l'accessibilità e la mobilità, il senso di orgoglio e di identità culturale, e che corrispondono ai bisogni di tutti i cittadini.”

La successiva Carta di Genova del 2015 ha previsto, nell'ambito del progetto *Healthy Cities*, di “riempire di salute i vuoti urbani”: riqualificare edifici pubblici dismessi, aree verdi inutilizzate e altri vuoti urbani significa ridare interesse alla città pubblica con lo sguardo indirizzato a garantire più salute.

Dichiarazioni che vanno tradotte in azioni concrete, risposte ai bisogni, strategie per il futuro.

Per non parlare di quanto sancito nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD - ONU, 2006), ratificata in Italia dal 2008, ma i cui innovativi principi sono largamente ignorati e disattesi. La convenzione intende la salute come un tutt'uno con l'ambiente urbano ed il benessere dei cittadini. La salute si tutela con gli ospedali e gli ambulatori, ma anche con un ambiente sano, con trasporti efficienti ed accessibili (la città dei 15 minuti), con bar e ristoranti privi di barriere architettoniche, ma anche con fasciatoi per i neonati, accesso Wi-Fi, servizi igienici accessibili, offerta ed accessibilità di servizi culturali, sportivi, ricreativi, educativi, asili nido e scuole materne, sostegno alle famiglie di qualsiasi tipo ed alla natalità, scuola e formazione. I buoni investimenti di oggi sull'accessibilità, sulla cura, sulla prevenzione, possono essere i ricavi in termini di benessere economico, ma anche di minori spese in termini di assistenza sanitaria di domani.

2 - La deriva sanitaria

In questi mesi, nell'ambito di una regionalizzazione diseguale, alla miope visione ospedale-centrica ha fatto da contraltare l'evidenziazione della colpevole pregressa svalorizzazione - fino allo svuotamento - delle strutture e dei servizi territoriali, dei Dipartimenti di prevenzione, con lo storico accantonamento del ruolo dei medici di medicina generale (addirittura esasperato nei primi mesi della pandemia).

I servizi sanitari pubblici, già carenti da anni per i progressivi tagli, sono stati ulteriormente ridotti per affrontare l'epidemia e non sono stati in grado di adottare la strategia ormai nota delle 3 T (testare, tracciare, trattare), quindi di organizzare i tamponi e i tracciamenti necessari, né di fornire le cure domiciliari per evitare l'affollamento di pronto soccorso, reparti e terapie intensive.

Oltre alle rilevanti difficoltà e criticità rispetto alle risposte necessarie per contrastare la pandemia, sono state al tempo stesso ridotte le “normali” attività ospedaliere e ambulatoriali: prenotazioni, visite specialistiche, esami, screening, per non parlare delle attività inerenti i vari livelli di prevenzione (primaria, secondaria, terziaria). La diminuzione di offerta pubblica ha comportato un maggior afflusso verso le strutture private precludendo a molti l'accesso alle cure. L'emergenza sanitaria ha infatti aggravato la già precaria situazione socio economica di ampi strati della popolazione.

Sono state spese ingenti somme per soluzioni temporanee che non hanno prodotto risultati stabili sul territorio: nave ospedale, hotel Covid, convenzioni con strutture private, persino incrementate nel corso della campagna vaccinale.

Si è puntato e si continua a proporre il principio della libera scelta e la concorrenza tra medici singoli e tra presidi sanitari pubblici e privati, nella convinzione di poter governare la rete territoriale con lo strumento della domanda-offerta di prestazioni e della concorrenza tra “erogatori” in competizione tra loro, scelta che ha mostrato molti limiti negli ultimi dieci anni.

Tuttavia, il Covid-19 ha fatto esplodere questo concetto di “quasi mercato”, sviluppato sui pazienti affetti da malattie croniche, e ha messo a nudo la necessità di tornare al distretto, ai servizi territoriali, alla continuità dell’assistenza, al coordinamento tra i vari servizi territoriali e all’integrazione tra questi e i servizi ospedalieri per fronteggiare ogni emergenza, quella attuale ma anche le altre probabili del futuro, come già da tempo sono ad esempio emergenza le malattie croniche e degenerative.

Nel quadro esasperato di regionalizzazione sui temi della sanità, che aggrava disomogeneità e soprattutto diseguaglianze ingiuste, appare ancora più paradossale la prospettiva di una legiferazione sull’Autonomia differenziata (collegata al DEF 2021), che sembra disattendere del tutto la lezione della pandemia, nonostante le numerose dichiarazioni di politici, esponenti della comunità scientifica, parti sociali, mondo della cultura sulla necessità di rifondare e ricondurre ad unità la gestione della sanità, dell’istruzione, dei beni collettivi, al fine di garantire a tutti i cittadini i diritti inalienabili sanciti dalla Costituzione.

3 - Aspetti di cornice: dal documento di Alma Ata alla visione “One health” - la lezione della pandemia

Dichiarazione di Alma Ata - 1978

La conferenza internazionale sull’assistenza sanitaria primaria richiede un’urgente ed efficace azione nazionale e internazionale per sviluppare e implementare l’assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un nuovo ordine economico internazionale. La Conferenza esorta i governi, l’OMS, l’UNICEF e le altre organizzazioni internazionali, le agenzie multilaterali o bilaterali, le organizzazioni non governative, le agenzie di finanziamento, tutti gli operatori sanitari e l’intera comunità mondiale a sostenere l’impegno nazionale e internazionale a favore dell’assistenza sanitaria primaria e a dedicarle un crescente supporto tecnico e finanziario, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. La conferenza si appella a tutti gli organismi appena citati perché collaborino a introdurre, sviluppare e mantenere l’assistenza sanitaria primaria in maniera coerente con lo spirito e il contenuto di questa dichiarazione.

Quella fu una decisione rivoluzionaria, perché portò alla condivisione dell’importanza della *Primary health care* come chiave per riuscire a fornire a tutti una migliore salute, per dare valore alla giustizia sociale, all’equità nella salute e ai determinanti sociali di salute. Ma dopo 40 anni dobbiamo constatare che questa visione non si è realizzata granché neppure nel nostro paese.

L’OMS nel 2018 ha riaffermato ad Astana (Kazakistan) nella Global Conference on Primary health care i valori e i principi della Dichiarazione di Alma-Ata, cosa non poi così scontata, date le tendenze alla privatizzazione ed alla commercializzazione della salute tuttora in azione a tutti i livelli (anche nel nostro Paese).



Nel 2004 fu conosciuta nella conferenza indetta dalla *Wild Conservation Society (Manhattan principles)*, la definizione **One Health**, per vari anni applicata principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti, alle epidemie zoonotiche e all’antibiotico-resistenza. Oggi occorre intendere questa “visione” di *One Health* come l’**unicum della salute ambientale, animale e umana**, tenendo conto delle interconnessioni tra benessere psico-fisico dell’uomo e salute degli ecosistemi, nonché il legame con i

temi socio-economici dell’Agenda 2030, quali l’aspetto intergenerazionale, l’equità, la coesione sociale, con la necessità di attivare responsabilità condivise rispetto alla prevenzione (in particolare quella primaria).

E' ormai piuttosto condiviso che alla diffusione di quella che è divenuta rapidamente una pandemia non sono estranee la **globalizzazione**, l'**inquinamento di larga parte del pianeta**, i progressivi **mutamenti climatici**, ecc. ecc., oltre all'impreparazione in cui persino il mondo occidentale è stato "sorpreso", quasi avendo dimenticato l'esistenza delle malattie infettive e contagiose che pure sono tuttora piaghe per interi continenti.

Si è trattato, a ben vedere, di un disastroso fallimento culturale e in un certo senso anche etico, che dovrebbe far comprendere la mancanza di preparazione per rischi globali.

La realtà di questi ultimi mesi ha evidenziato le drammatiche lacune del nostro modello di welfare, ponendo il mondo intero di fronte alla necessità di prendere seriamente in considerazione gli appelli lanciati da molti rispetto alla copertura sanitaria universale, all'equità di accesso ai servizi sanitari, al rapporto tra salute umana e benessere ambientale ed animale ed alla prevenzione primaria.

In Italia (e in gran parte dei paesi del mondo) la situazione epidemiologica già prima della pandemia era caratterizzata da un doppio carico (*double burden of disease*) di patologie acute (virali e batteriche) e croniche (come tumori, malattie cardiovascolari, respiratorie, dismetaboliche e neurodegenerative), con il progredire delle forme di fragilità dei soggetti con più fattori di rischio e con - in molti paesi come il nostro - l'aumento progressivo dell'età media.

La pandemia da coronavirus è a tutti gli effetti una **sindemia**, termine non recente ma che è stato opportunamente ripreso nel settembre 2020 da Richard Horton in un editoriale su Lancet. Horton ha evidenziato l'interazione tra Sars-Cov-2 e le patologie croniche (obesità, diabete, malattie cardiovascolari etc.) sottolineando quella che è sicuramente una delle evidenze ormai note, ossia che il Covid-19 peggiora le patologie croniche e le patologie croniche peggiorano gli effetti del Covid-19.

Se a ciò si aggiunge il fatto che un'epidemia (e questa come le altre) ha effetti peggiori sulle popolazioni più emarginate, vulnerabili e povere, dovrebbe risultare evidente che la strategia di concentrare tutti gli sforzi esclusivamente sul virus potrebbe rivelarsi nel medio-lungo periodo poco efficace: l'unica vera soluzione (o "cura") è quella di migliorare la salute generale della popolazione e contrastare le disuguaglianze.

In molti si è sempre più consapevoli che l'approccio alla salute deve riguardare molti aspetti, l'inquinamento delle risorse naturali e la distruzione della biodiversità, la progettazione urbana e la pianificazione territoriale, produttiva e dei trasporti, la messa a frutto delle potenzialità tecnologiche e informatiche per salvaguardare l'integrità del pianeta, il contrasto ai cambiamenti climatici.

Ragionare più consapevolmente **di sindemia**, con una **visione one health**, faciliterebbe forse la diffusione della comprensione di quel che bisogna fare, oltre a battersi perché nell'attuale emergenza in tutto il pianeta sia disponibile e somministrata la vaccinazione.

Mettere insieme gli approcci a malattie endemiche ed epidemiche, malattie non trasmissibili, malattie infettive tropicali e non (delle persone e degli animali), debolezze e fragilità dei sistemi sociali e sanitari, contrasto ai problemi climatici ed ambientali, insomma contrastare i rischi "sindemici", è certamente una delle sfide da porsi e da porre a tutti, in una logica di governo dei problemi improntato da una visione nella quale la priorità sia la prevenzione (che vuol dire anche conoscenza e previsione) in un approccio appunto sindemico nell'affrontare i problemi e le loro cause.

4 - Il "nostro" Servizio sanitario nazionale

Il SSN italiano dovrebbe essere un esempio di sistema universalista, gratuito, finanziato dalle tasse di tutti i cittadini italiani. Al contrario, i cittadini pagano per avere un SSN che negli anni ha subito 37 miliardi di tagli nella logica di una gestione divenuta aziendale, mentre gran parte dei soldi che

sono (o dovrebbero essere) versati per la sanità pubblica viene utilizzata per convenzioni private o assicurazioni integrative.

La sanità pubblica taglieggiata non riesce a rispondere alle richieste e allora chi può si rivolge al privato e paga una seconda volta.

Un altro aspetto critico del SSN è il sistema informativo. Da sempre esistono una situazione caotica e una babele di differenti linguaggi software per i fascicoli clinici dei pazienti, che non comunicano e non trasferiscono i dati in modo compatibile tra di loro.

L'emergenza Covid ha drammatizzato gli ostacoli tra richieste di tamponi scritte a mano, fonti digitali dei medici, server degli ospedali delle 5 ASL non compatibili tra di loro e con quelli di ALISA e dell'Università. I Dipartimenti di prevenzione, il centro epidemiologico di ALISA hanno comunicato spesso con ritardi la situazione all'Istituto Superiore di Sanità, e soprattutto non hanno comunicato ai media e alla popolazione i tassi di mortalità reale, la localizzazione dei focolai, l'andamento settimanale e mensile dell'epidemia nella nostra Regione in modo comprensibile, trasparente e comparabile con l'andamento nelle altre regioni.

Se almeno negli ultimi mesi del 2020 e in questi primi mesi del 2021 sono gradualmente migliorate la disponibilità e l'accesso dei medici di medicina generale alle informazioni presenti in altri sottosistemi regionali, il percorso per uniformare e standardizzare i dati rendendoli accessibili e comprensibili ai cittadini oltre che ai media (cartacei e tv) è comunque ancora molto lungo, ostacolato da interessi clientelari e investimenti frammentari, senza una visione d'insieme.

L'emergenza pandemica ha dimostrato dunque, con ancor maggiore evidenza rispetto al passato, che la prevenzione e la tutela della salute devono partire dai territori, che occorre una concreta integrazione tra ospedale e territorio, nell'ambito di una visione programmatica e pianificata, che guardi non solo alle emergenze ma alle necessità quotidiane della popolazione, collocando le risposte là dove servono, conoscendo la distribuzione delle patologie, delle fragilità, dei disagi, delle emarginazioni.

E' indispensabile potenziare le strutture dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL e la medicina distrettuale, ridefinendo e riorganizzando il ruolo fondamentale della medicina di base, riconfigurando il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione, delle caratteristiche socioeconomiche e geografiche dei territori e dei fattori di rischio a cui le persone sono esposte.

L'attuale emergenza sanitaria ne ha innescato una lavorativa ed economica, ampliando la platea di coloro che faticano a soddisfare i bisogni primari, compresi appunto quelli di salute. Senza salute non c'è economia, non c'è occupazione e neanche scuola. Eppure ad ora, almeno fino al recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nessun passo significativo era stato intrapreso per restituire al SSN le finalità per cui è stato istituito 42 anni or sono: solo un servizio sanitario pubblico universale, efficace ed efficiente, può contribuire alla promozione ed alla tutela della salute individuale e collettiva, in ottemperanza a quanto sancito dall'articolo 32 della Costituzione. La crisi degli ultimi anni, non solo sanitaria ma sociale ed economica, presente da tempo ma "esplosa" nel tempo della pandemia, oltre ad esasperare molti aspetti negativi nella gestione della salute (e quindi nella sanità) tra i quali quello delle disuguaglianze, sta facendo emergere anche qualche aspetto positivo: si riscopre l'importanza appunto della "salute" (pur in un'idea spesso confusa), si rispolvera la consapevolezza che "le competenze servono", e soprattutto sembra attivarsi qua e là la consapevolezza di una nuova necessità di confrontarsi tra persone o gruppi, di pensare a nuove priorità individuali e collettive per uno sviluppo all'insegna dell'equità.

Nel tempo delle **3 T (Testare, Tracciare, Trattare)** largamente inevase, occorre - pensiamo - puntare con forza a **3 P (Prevenzione, Previsione, Promozione della salute)** ed a **3 C (Comunicazione, Conoscenza, Consapevolezza)**.

E vogliamo occuparci di una 4^a "categoria", con una C e una P: **Costruire la Partecipazione**.

5 - La situazione genovese

Genova è una città profondamente diseguale, e diseguali sono la possibilità di accesso all'assistenza ed alle cure nei vari territori che la compongono. Forse l'unica eguaglianza sta nella diffusa carenza di azioni preventive e di promozione della salute.

Ampie fasce della popolazione il Ponente, la Val Polcevera e la Valle Scrivia, la Val Bisagno, hanno visto, a parte già storiche indisponibilità, progressivi decurtamenti di strutture e servizi sanitari sia di base (medicina territoriale, assistenza domiciliare, ecc.) sia ospedalieri, mentre lungo il mare stanno i 3 maggiori ospedali, distanti l'uno dall'altro pochi minuti, avendo "alle spalle" territori, vallate, quartieri con rilevanti problemi di viabilità e di trasporti pubblici e quindi di accesso.

In pochi anni, in territori che invece sono spesso caratterizzati da indici di morbilità e mortalità superiori a quelli di quartieri prossimi alla costa, sono stati chiusi ospedali, consultori, ambulatori.

Un territorio che dal punto di vista ambientale risente degli effetti negativi di un passato industriale e che ora vede la presenza di poche aziende a rischio di chiusura e gli effetti deleteri di numerosi cantieri aperti per realizzare le "grandi opere", per esempio il Terzo Valico.

Le caratteristiche territoriali e ambientali di quelle vallate e del Ponente sono ben diverse rispetto al Distretto (11) del centro che comprende una popolazione di 148.782 abitanti in soli 13,1 Km², servizi sanitari numerosi ed accessibili ed un indice di mortalità inferiore alla media cittadina. Le differenze e le diseguaglianze sono evidenti.

6 - La Val Polcevera, territorio emblematico

La Val Polcevera rappresenta un territorio emblematico da molti punti di vista.

Al duro prezzo pagato storicamente a molti insediamenti industriali via via dismessi ed all'incuria urbana si sono aggiunti negli ultimi anni i danni causati dai cantieri e dalle infrastrutture "strategiche". Il destino assegnato alla valle è quello di diventare sede di retroporto e di piattaforme logistiche, con l'occupazione delle numerose aree dismesse disponibili. Tutto è avvenuto e continua ad avvenire senza progetti di riqualificazione complessiva, senza attenzione alla qualità della vita e allo stato di salute di una popolazione sacrificata agli interessi imprenditoriali e politici che l'hanno resa fragile dal punto di vista sanitario e socioeconomico. Non solo non ci sono stati e non ci sono interventi ed investimenti ma si sono verificate una progressiva spoliatura dei servizi pubblici ed una periferizzazione che ha portato alla nascita di zone prive di specifica identità ("non luoghi", come li ha definiti il sociologo Agostino Petrillo).

Prima il crollo del Ponte Morandi, ora il Covid 19 hanno mostrato tutte le criticità della sanità pubblica ed il depauperamento subito dalla vallata in termini di servizi, strutture sanitarie e personale. Eppure i dati sulla Valpolcevera dimostrano che da anni in questo territorio ci si ammala e si muore di più rispetto a gran parte degli altri territori metropolitani (l'incidenza di mortalità e patologie croniche è superiore alla media cittadina).

Per una popolazione di 100.525 persone su un'estensione di 346 Km², in un territorio caratterizzato da molti comuni e frazioni decentrate, per di più poco collegati e mal serviti dal trasporto pubblico, occorrerebbero attenzione, indagini sulle cause dei problemi (anche sanitari e sociali) e concrete soluzioni, invece tra il 2009 e il 2017 sono state perse oltre 16.000 ore di ambulatori, sono stati tagliati servizi e presidi pubblici e aumentate corrispettivamente le prestazioni offerte dai privati.

Il crollo del Ponte Morandi ha causato l'isolamento della vallata e dimostrato come centodiecimila abitanti fra Valpolcevera e Valle Scrivia fossero fortemente penalizzati dalla mancanza di presidi ospedalieri e servizi adeguati ai bisogni di un territorio vasto e decentrato.

Tuttora si parla - come da anni - di un Ospedale di vallata, da molti apparentemente condiviso e voluto ma del quale si sente solo parlare mentre invece gli ospedali di Rivarolo e Pontedecimo

sono stati progressivamente chiusi. Dal punto di vista ospedaliero rimane un “simulacro” dell’Ospedale Gallino, con il Primo intervento declassato ad ambulatorio per Codici bianchi su prenotazione. La carenza di sanità pubblica incide pesantemente sulla possibilità di curarsi per ampie fasce di popolazione che non possono permettersi spese private.

Con le carenze e gli squilibri della medicina territoriale, per molti la soluzione obbligata è il pendolarismo sanitario nel territorio di competenza dell'ASL 3.

E' necessario non solo ridare a questa valle ciò che le è stato tolto, consentire nuova dignità al territorio e alla sua popolazione, ma pensare ad nuovo modello di sanità pubblica, meno lontana dalla gente, costruendo percorsi che permettano di coniugare salute e ambiente, di promuovere qualità della vita e buona occupazione in una dimensione olistica ed ecologica: diagnosi di comunità, piano sociosanitario tarato sui bisogni di salute e sulle caratteristiche socio economiche della popolazione, tutela della salute e prevenzione in tutte le sue declinazioni, equi criteri di distribuzione e prossimità dei presidi territoriali, ospedalieri e di medicina d’urgenza.

7 - Criticità

Il sistema sanitario regionale e cittadino dovrebbe basarsi su due assi portanti: un sistema informativo organizzato ed una conseguente e adeguata programmazione/pianificazione. Su entrambi gli aspetti vi sono evidenti falle, spesso a livello nazionale, spesso acute disomogeneamente a livello locale.

Manca in Italia un sistema informativo sulla salute che sia veramente nazionale, omogeneo e fruibile anche localmente da tutti i cittadini, che permetta di rispondere razionalmente e organicamente a vecchie e nuove esigenze; tutto ciò “mettendo in rete” esperienze, riflessioni e proposte da parte di una cittadinanza attiva e consapevole. Manca dunque, colpevolmente, una visione epidemiologica, in sostanza la conoscenza dei bisogni di salute (ossia della distribuzione e della frequenza delle malattie e delle morti come di altri fenomeni legati alla vita, tutto ciò che riguarda gli eventi di rilievo sanitario nella popolazione).

Anche se molte questioni sanitarie e di assetto del sistema non possono essere poste solo localmente (e in proposito la pandemia è stata molto istruttiva), nel nostro territorio vi sono enormi e specifiche criticità che potrebbero trovare almeno in parte soluzioni appunto locali.

La Regione e le Asl non sono in grado di produrre e comunicare adeguatamente dei dati epidemiologici organizzati sulla cui base si possano valutare i bisogni di salute e quindi si possano programmare, monitorare e valutare le attività e gli interventi

Di conseguenza i cittadini e gli altri portatori di interesse, come le istituzioni locali, le associazioni, il mondo della scuola ecc, non hanno accesso ad un’informazione adeguata e non possono contribuire alla definizione di obiettivi, strategie e azioni concrete, attraverso le necessarie forme di partecipazione.

Il modello di assistenza continua ad essere centrato prevalentemente sull’ospedale, come dimostra tra l’altro il costoso e discutibile progetto del Nuovo Galliera, mentre rimangono del tutto insufficienti le risorse per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la medicina territoriale e l’assistenza domiciliare.

In ciò si inseriscono storiche diseguaglianze dentro la città, con parte di questa (dove spesso si muore di più, con minore attesa di vita e di salute) quasi abbandonata e deprivata.

Gli stessi percorsi di assistenza sociosanitaria per gli anziani fragili continuano ad essere prevalentemente esternalizzati, attraverso convenzioni con il privato, ed in assenza di un’adeguata capacità di programmazione e controllo da parte della Regione e delle Asl. Questa situazione ha certamente contribuito all’elevata diffusione del contagio ed all’elevata mortalità nelle RSA.

8 - Una nuova idea di salute

Quel che è certo, è che a chi chiede (o auspica) “quando si tornerà com'eravamo 2 anni fa?”, occorre cominciare a dire “speriamo di no”, speriamo che almeno l'ultima lezione degli scorsi 16-17 mesi sia servita per cambiare.

Il percorso aperto dalla legge 833 nel 1978, proseguito con la 502/1992 (**l'aziendalizzazione, l'orientamento al “mercato”, la distribuzione di responsabilità alle regioni**) e infine con la 229, la riforma Bindi (con la ridefinizione dei principi guida in materia di **sostenibilità** finanziaria del sistema secondo **appropriatezza, economicità ed evidenza scientifica** nelle scelte d'uso delle risorse), deve trovare una nuova definizione, ha bisogno non di minimi aggiustamenti ma di un nuovo quadro riformatore, che sposti il focus del Servizio Sanitario da un modello ospedale-centrico a un modello basato sulle Cure Primarie territoriali, una riforma che deve (o dovrebbe) passare attraverso:

- nuove forme di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini,
- cambiamenti nella mentalità e nel sapere, persino nell'etica, degli operatori.

Rispetto alla salute, all'idea di salute, e quindi alla “sanità necessaria”, occorre pensare ad una nuova riforma (la quarta), basata su una partecipazione “vera”, partendo dai bisogni quindi da un vero sistema informativo e da una concreta visione epidemiologica, potenziando le risorse in termini non solo quantitativi e redistributivi ma anche di qualità e competenze, distribuendo le strutture ed i servizi in modo omogeneo, il più possibile in vicinanza delle articolazioni territoriali, in funzione di una maggiore capacità di rispondere alle esigenze cambiate nella vita, nell'ambiente, nel lavoro, in una visione olistica della salute..... **one health**), tenendo conto delle reciprocità e dell’“assenza di confini” sostanziali tra le varie componenti del quotidiano di tutti.

Il coinvolgimento e la partecipazione della popolazione, delle comunità cittadine, passa attraverso una diffusione delle conoscenze enormemente più ampia e profonda, il che porta a ragionare sulla capacità e sui mezzi di comunicazione, tramite indispensabile per quella che prima indicavamo.

Occorre una grande ridiscussione democratica (organizzata) sulle questioni principali (**una costituente per la salute** e quindi per la sanità), ponendone le basi anche a partire da singole esperienze territoriali, da singoli laboratori, pur se poi il problema è di tutto il paese (una rete delle reti.....).

9 - Le prospettive generali e locali del PNRR

La sanità nel Recovery Plan (missione 6):

20,2 miliardi per ridisegnare il modello di assistenza e ammodernare il SSN

Della dote complessiva, 9 miliardi per la Componente 1 della Missione dedicata alle **Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** e 11,22 per la Componente 2 della Missione dedicata a **innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale**.

La Missione 6 mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

In particolare la strategia intende:

- **rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;**
- **garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;**
- **ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;**
- **promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.**

Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona

Le Case della Comunità vengono definite come “struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e anche assistenti sociali”; sono previste come “strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità, con particolare attenzione ai malati cronici”, collocandovi “il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie”.

Il PNRR definisce che **“l’investimento prevede l’attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Il costo complessivo dell’investimento è stimato in 2,00 miliardi di euro.** Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l’implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

In realtà, non ci pare del tutto chiaro quale modello si intenda per queste “nuove” Casa della Comunità: è sicuro che si tratta di un’articolazione del Servizio sanitario pubblico? come verranno garantite le necessarie dotazioni organiche pubbliche per queste strutture e la loro formazione? quali servizi/prestazioni vi verrebbero garantiti? Quale articolazione organizzativa? Quale rapporto con le altre strutture del Servizio sanitario? Vi sono previsti organismi di partecipazione?

Come si dirà anche nel capitolo successivo, dentro questi aspetti si pone probabilmente la questione pubblico-privato, che ormai da anni sta diventando una delle criticità di fondo del SSN.

Paradossalmente, persino in quelle che potrebbero sembrare novità (come appunto le Case di comunità e, nel seguito, l’assistenza domiciliare) sorge qualche dubbio che la logica sia di acquistare dal privato prestazioni assistenziali sulla base di tariffe concordate, sostanzialmente appaltando o “comprando” l’assistenza territoriale (case di comunità, assistenza residenziale e assistenza domiciliare) dal terzo settore e dal privato... che poi è la logica cui da tempo si assiste in alcune regioni (Lombardia in testa, Liguria all’inseguimento o in imitazione).

Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina (4,00 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l’istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina)

Viene definito come obiettivo fondamentale “il potenziamento dei servizi domiciliari”, ponendo l’obiettivo di “prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni”, specie nei casi di soggetti “con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti”.

Viene previsto di “attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza”. Ciò, “utilizzando la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche”.

Come per il punto precedente, si dice che “per la realizzazione di tali interventi si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti”.

A parte che si dovrebbe sperare che questo auspicio di implementare l’uso della telemedicina, pur sotto vari profili condivisibile, non si traduca in una compromissione del rapporto (umano) tra medico e paziente, gli accenni all’uso degli “strumenti della programmazione negoziata” pongono dubbi su una eventuale rinuncia (come ha scritto recentemente Ivan Cavicchi) da parte delle aziende pubbliche alla gestione diretta dell’assistenza domiciliare per appaltarla di fatto agli enti gestori, cioè al terzo settore e al privato.

Darebbe conferma di questo dubbio il fatto che non siano previste assunzioni di personale da parte del pubblico, nonostante il massacro delle risorse di personale avvenuto progressivamente negli ultimi 20 anni. Da parte di chi respinge tale dubbio si osserva che con i fondi europei è

possibile finanziare gli investimenti e non le spese per il personale, e che quindi anche il Recovery plan non sfugge a questa regola (l'art. 5 del regolamento vieta espressamente la copertura delle "spese ricorrenti"): ma francamente che il lavoro professionale, soprattutto per la sanità (con particolare riferimento ai relativi standard di qualità organizzativa e gestionale, nonché ai percorsi di formazione e aggiornamento) non sia considerato tra gli investimenti non può non essere ritenuto un grave errore. Inoltre bisogna indicare dove sarà possibile reperire le risorse per un indispensabile adeguamento delle dotazioni organiche pubbliche.

Senza contestuali soluzioni alla drammatica carenza di risorse di organici, frutto di decenni di tagli indiscriminati, gli investimenti economici (eventualmente anche cospicui) non possono certo risolvere le carenze che in questi mesi sono state ulteriormente disvelate all'opinione pubblica.

Investimento 1.3: Sviluppo delle cure intermedie (costo complessivo stimato 1 miliardo)

"L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione entro la metà del 2026 di 381 Ospedali di Comunità, ovvero strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata." Si tratterebbe di "strutture, di norma dotate di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto)" e "a gestione prevalentemente infermieristica", pensate per contribuire alla "riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche" nonché per "facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti"

Soluzioni apparentemente interessanti, anche se siamo abituati a vedere che tra il dire (delle norme emanate) ed il fare concreto spesso corrono tempi ben maggiori di quelli previsti dal Piano, o addirittura evasioni da quanto previsto; e ciò, a fronte di una situazione sanitaria del paese visibilmente emergenziale sotto molti profili (non solo a causa del Covid 19) che dovrebbe comportare invece soluzioni in progress ma iniziando dall'oggi.

10 - La prevenzione ignorata

Soprattutto occorre dire che appare sostanzialmente **ignorata nel Piano la prevenzione**, come se non fosse implicito che il primo fallimento cui si è assistito nell'impatto della pandemia è proprio quello della prevenzione (e della previsione).

Mentre il successo e la stessa "sostenibilità" del Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe derivare dalla progressiva diminuzione delle malattie, e quindi dalle iniziative di prevenzione, questa è per lo più ignorata, non essendo il cardine di un modello che concepisca appunto le malattie come un fallimento della medicina e che parta da una diversa educazione alla salute.

Relativamente alla prima delle due componenti della missione, "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", si indica che gli investimenti (7 miliardi) saranno inquadrati da una riforma che prevede due distinte attività:

- la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad essa deputate (da adottarsi entro il 2021)
- "la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio 'One-Health'".

Ma i 7 miliardi di investimenti sono tutti indicati e previsti per l'assistenza territoriale mentre nulla si dice per la prevenzione, neppure per i lavori di elaborazione del nuovo assetto istituzionale da prevedere entro il 2022.

Sembra proprio che non vi sia alcun intendimento reale e concreto di ridefinire l'orientamento del SSN in senso preventivo. Ciò significherebbe continuare sulla strada di contrastare (meglio tentare

di contrastare) le patologie e potenziare diagnosi e cura invece di dedicare almeno pari dignità alla ricerca, individuazione e rimozione delle cause delle stesse. La questione è ancora più decisiva se si pensa alla progressiva diffusione di malattie cronic-degenerative (non trasmissibili) che possono essere contrastate alla radice solo con la lotta ai fattori negativi rispetto alla fisiologia dell'organismo (obesità, diabete, ipercolesterolemia, ipertensione), alle abitudini di vita non salutari (fumo, alcol, inadeguate abitudini alimentari, scarsa attività fisica), alle influenze ambientali e climatiche (senza dimenticare l'effetto serra di varie emissioni di gas), all'attività (o non attività) lavorativa, alle diseguaglianze nei livelli socio-economici e di scolarità e cultura (alcune di queste caratteristiche influiscono peraltro anche sulle malattie trasmissibili). Dovrebbe essere del tutto evidente che finché non si invertirà il rapporto tra l'attenzione dedicata alla diagnosi e cura rispetto a quella nei confronti della prevenzione e promozione della salute non si arresterà - stante l'aumento progressivo dell'età media della popolazione - l'incremento corrispondente delle necessità di servizi sanitari ed il costo degli stessi.

Una recente proposta di un gruppo di universitari di vari atenei ha indicato come aree di intervento rispetto al PNRR:

- prevenire i rischi e promuovere comportamenti salubri, per tutti
- sulla rete ospedaliera: promuovere la competenza clinica nei piccoli ospedali e rinnovare le infrastrutture nei grandi ospedali
- potenziare la presa in carico della cronicità
- garantire assistenza domiciliare per mantenere autosufficienza e relazioni sociali
- razionalizzare la rete ambulatoriale territoriale
- rafforzare la Medicina Generale
- riequilibrare e riqualificare la rete delle cure intermedie
- ammodernare il parco tecnologico
- cambiare lo skill-mix tra medici e professioni sanitarie

Si tratta di aree che in parte trovano alcune indicazioni nel PNRR, salvo in particolare - come già detto - per l'attenzione alla prevenzione. Aggiungiamo, rispetto a quella che è stata negli ultimi mesi, un'emergenza nell'emergenza, che occorrerebbe condividere diffusamente il contrasto all'assoluta dipendenza da Big Pharma per la produzione/approvvigionamento dei vaccini; andrebbe il più rapidamente possibile modificata l'attuale irrilevanza della produzione farmaceutica pubblica. Siamo tra quelli che aderiscono alla parola d'ordine "Nessun profitto sui vaccini" (liberalizzazione/sospensione dei diritti di brevetto).

11 - Un **laboratorio** (?) genovese

Riteniamo che occorra garantire il diritto alla salute a tutti ed in tutti i luoghi, con una distribuzione di servizi territoriali e di strutture ospedaliere che tenga conto delle caratteristiche geografiche e socio-demografiche dei territori, provvedendo ad un utilizzo razionale e intelligente delle risorse all'interno di un riordino complessivo del servizio sanitario che sappia far fronte alle necessità vecchie e nuove, rafforzando quantitativamente e qualitativamente le risorse.

Che si debba attribuire un ruolo prioritario alle iniziative e attività di prevenzione e promozione, con il necessario sostegno ai servizi necessari: consultori, igiene, medicina scolastica, ambientale e del lavoro, salute mentale, assistenza sociosanitaria.

Che si debbano elaborare nelle opportune sedi istituzionali, con il contributo concreto dei cittadini, modelli di partecipazione attiva sui temi e sulle azioni di tutela della salute, nei diversi livelli sanitari e nelle diverse strutture: Distretti, Case della salute o di comunità, Dipartimenti, Consultori, RSA, nella logica di attuazione - con i necessari aggiornamenti e adeguamenti - di quanto previsto dalla Legge 833/78 e delle sue successive modifiche.

Pur se profonde innovazioni non possono non essere di tipo nazionale, noi siamo perché si attivi, anche partendo da esperienze e “laboratori” locali, un percorso di **riforma della salute**, che sposti il focus del Servizio Sanitario da un modello ospedale-centrico a un modello basato sulle Cure Primarie territoriali e sulla prevenzione, una riforma che dovrebbe (secondo noi “dovrà”) passare attraverso:

- nuove forme di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini,
- cambiamenti nella mentalità e nel sapere, persino nell’etica, degli operatori.

Ciò significa ri-progettare a livello dei territori una rete di strutture, di iniziative e di azioni che attenuino progressivamente le vistose diseguaglianze ed inefficienze attuali, gli squilibri esistenti tra fasce sempre più ampie di popolazione, garantendo equità territoriale nell’accesso all’assistenza ed alle cure, in una parola operando perché tutti i cittadini abbiano gli stessi diritti.

Questa è la scommessa per il futuro, su cui intendiamo impegnarci, chiamando a contribuire tutti coloro che ne condividano la necessità, per contribuire insieme al perseguimento di alcuni obiettivi di fondo.

12 - Obiettivi generali

- deciso ed esplicito rafforzamento del Servizio Sanitario pubblico (la salute non è una merce, nessun profitto sulla salute, la sanità deve essere al servizio della salute di tutti i cittadini);
- deve essere attribuito un ruolo fondamentale alla prevenzione, attuando percorsi formativi e organizzativi che rendano le Asl in grado di rilevare i bisogni attraverso strumenti di tipo epidemiologico e di comunicare efficacemente con la popolazione e i portatori di interesse nel campo della promozione della salute e del marketing sociale;
- occorre un piano di assunzioni del personale, per sopperire al drammatico deficit di organico dovuto ai tagli degli ultimi anni e per non rendere vana l’attivazione dei nuovi servizi necessari (Case della comunità, Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali). Il DEF deve essere adeguato per la spesa corrente in sanità, aumentando la percentuale di spesa sanitaria del PIL.
- Occorrono:
 - ◆ un contratto di lavoro unico per tutti gli operatori della sanità, compresi medici di medicina generale, operatori del 118 e della Guardia medica,
 - ◆ corsi di specializzazione per MMG, gestiti dall’Università e parificati alle altre specializzazioni mediche.
- I servizi domiciliari previsti dal PNRR vanno coordinati con gli altri servizi sanitari. L’assistenza domiciliare deve essere garantita dal SSN e non affidata - come da tempo e progressivamente sta avvenendo - a cooperative o terzo settore.
- Riguardo alle reti di prossimità: una Casa della comunità (o della salute) ogni 47.000 abitanti costituisce davvero un servizio di prossimità? Cittadine come Chiavari o Rapallo (intorno ai 30.000 abitanti) potrebbero esserne prive. I servizi di primo livello dovrebbero essere diffusi e più vicini ai cittadini. E ancora: cosa succederebbe nei 5 anni di attesa prevista, stante la precarietà della situazione attuale, gli enormi ritardi ed inefficienze, le attese di mesi e mesi per accedere a visite specialistiche, esami strumentali, ecc.?

Obiettivi a livello ligure

- Invertire la tendenza ad affidare la sanità ligure ai privati.
- Programmare la rete dei servizi sanitari sulla base dei bisogni e delle evidenze epidemiologiche (bastino gli esempi negativi del progetto del nuovo Ospedale Galliera, la deprivazione di servizi della Val Polcevera e le ambiguità sull’Ospedale del Ponente).
- Bilanciare adeguatamente i servizi di ricovero e cura (per acuzie, per cure intermedie, per cronicità), con servizi territoriali efficienti e di prossimità, rafforzando le cure primarie, i

consultori familiari, i servizi di salute mentale e soprattutto i servizi e le attività di prevenzione: la prevenzione deve improntare tutti i servizi e tutte le politiche sanitarie e sociali.

- Ridurre drasticamente le liste di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali; in ogni caso le liste di attesa non possono essere superiori a quelle dell'attività intra moenia.
- Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), oltre ad essere scarsamente fruibile, oggi è visto in Liguria essenzialmente come uno strumento di controllo della spesa sanitaria. Deve diventare invece uno strumento funzionale alla tutela della salute dei cittadini. Deve pertanto essere automaticamente implementato dalle informazioni sanitarie (lettere di dimissione, referti di visite specialistiche, di esami radiologici e di laboratorio, ecc.) ed avere un'organizzazione interna, che ne faciliti la lettura e la fruibilità da parte degli operatori sanitari, in particolare gli addetti all'emergenza (Pronto soccorso, Guardia medica). Infine si devono prevedere iniziative informative capillari per i cittadini al fine di favorirne l'utilizzo.

Genova, 14 giugno 2021

Bibliografia minima

- *Riformare la medicina generale italiana* - Elena Rubatto e Gavino Maciocco
Saluteinternazionale.info [clicca qui](#)
- *Dov'è la prevenzione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza?* Rodolfo Saracci, Francesco Forastiere, Paolo Vineis - Scienzainrete.it [clicca qui](#)
- *Rete Salute Welfare Territorio* - Sossanita.org [clicca qui](#)
- *Il futuro della nostra salute*, libro di Silvio Garattini, ed. San Paolo [clicca qui](#)
- *Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19, Problemi e proposte* - Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli - ed. Franco angeli ([open access](#))
- *La quarta riforma*, libro di Ivan Cavicchi - quotidianosanita.it [clicca qui](#)
- *Senza respiro, come ripensare un modello di sanità pubblica* - libro di Vittorio Agnoletto, ed. Altreconomia [clicca qui](#)
- *La salute è per tutti, 10 proposte* - Comitati genovesi per la salute
- *Le ragioni di una sconfitta. Libro bianco sul Covid in Liguria* - TamTam Liguria [clicca qui](#)