* **Le programme du Département Santé** 

Nos priorités

* Placer le **Patient au centre du Système Sanitaire National** **italien (SSNI)** en éliminant les interférences du système des partis.
* Introduire le concept de **Satisfaction du Client** typique des processus de production des services.
* **Requalifier le personnel** en introduisant des cours de formation annuels.

**Le programme du Département Santé.**

**Préambule**

L’article 32 de notre Constitution italienne, concernant le droit à la santé, indique clairement que la protection de la santé est un droit **fondamental** de l’individu.

« La République protège la santé en tant que droit fondamental de l’individu et intérêt de la collectivité, et garantit des soins gratuits aux plus démunis.

Nul ne peut être contraint à un traitement médical autre que par disposition légale. La loi ne peut en aucun cas violer les limites imposées par le respect de la personne humaine. »

En réalité, les articles 2 et 3 de notre Constitution italienne font également référence, même indirectement, au droit à la santé, en tant que droit inviolable de la personne humaine, protégé par la mission spécifique de la République, de lever les obstacles d’ordre économique et social, qui limitent de fait la liberté et l’égalité des citoyens.

Il va de soi que l’État doit également tenir compte de la régularité des comptes publics dans la mise en œuvre de la Constitution, comme le prévoit l’article 81 de la Constitution.

Malheureusement, surtout ces dernières années, la régularité des comptes publics semble prévaloir sur le droit fondamental à la santé, mettant en danger la protection effective de la santé des citoyens.

L’article 117, qui introduit le concept de compétence partagée entre l’État et la Région, complique les choses. Ainsi, tout en préservant l’objectif de la protection de la santé de manière uniforme sur l’ensemble du territoire, du moins en ce qui concerne les prestations considérées comme essentielles qui sont incluses dans les Niveaux Essentiels d’Assistance (NEA), les régions deviennent les véritables prestataires de services aux citoyens.

Il est donc presque évident de multiplier les différents niveaux de service liés à l’efficacité de l’utilisation des ressources mises à disposition par l’État.

L’offre et la qualité des prestations dépendra donc des différentes réglementations régionales et de la qualité du système administratif/sanitaire qui gère les ressources. Tout cela a produit et continue de produire des inégalités répandues sur tout le territoire national en rendant vaines les "bonnes intentions" de l’article 32.

La pression constante sur le budget national de la santé au cours des dernières années n’a fait qu’aggraver la situation et rendre encore plus difficile l’objectif de garantir le droit fondamental des citoyens à la santé. Les principaux indicateurs de la santé nationale commencent à montrer les signes et les conséquences de la mauvaise gestion des ressources et leur réduction continue.

De plus, du point de vue des citoyens, la demande de participation aux dépenses de santé avec des "tickets" toujours croissants, qui sont souvent à l’origine de la renonciation aux soins de santé, a augmenté.

Le système sanitaire italien, qui a été considéré au niveau international comme l’un des plus avancés et des plus garants, risque de devenir de plus en plus inique et incapable de faire face à la dictée constitutionnelle de manière pleine et satisfaisante.

**Observations et considérations générales**

* Il est de plus en plus évident que le patient qui s’approche du SSNI éprouve un profond découragement. Le patient est "rebondi" d’une structure à l’autre sans une coordination qui prenne en charge les problèmes spécifiques du patient et les rende connus de manière simple et d’accès facile à tous les acteurs du SSNI. Les besoins fondamentaux de tous les patients, tels que le besoin d’information et de soins, restent très souvent frustrés.
* Les déclarations des différentes réformes de santé soit nationales que locales semblent indiquer, en théorie, une série infinie de bonnes intentions qui restent trop souvent sur le papier.
* Les différences entre régions et entités locales (hôpitaux, dispensaires, résidences, etc.) ou même à l’intérieur d’une même région ou d’un même hôpital restent trop grandes et ne sont souvent pas justifiées ou justifiables.
* Une présence accrue et une meilleure prise en charge du patient par le médecin de base semble souhaitable.
* Conjuguer l’action sanitaire de **prévention** et de soins de plus en plus proche du citoyen semble être une nécessité concrète que le SSNI ne peut plus négliger.
* Il ne suffit plus d’énoncer dans les différentes lois régionales, avec des formules élégantes, combien il est nécessaire de faire de la prévention, mais simplement de mettre en œuvre une série concrète d’activités qui rendent les différents énoncés réels et mis en œuvre dans la pratique médicale de toutes les structures concernées.
* Prendre comme exemple ce qui a été fait dans les réalités "vertueuses" ne peut plus être négligé et laissé à ramasser de la poussière dans des relations/rapports écrits que personne ne prendra sérieusement en considération. Chaque structure devrait toujours être mesurée par rapport aux "meilleurs de la classe" et rendue responsable d’actions concrètes qui améliorent les résultats et la satisfaction des "patients/clients".
* Il ne peut être plus acceptable que des citoyens reçoivent des services de diagnostic et de soins par des systèmes de santé bien en dessous de la moyenne nationale.

Nous constatons aussi que :

1. Les professionnels de la santé sont souvent stressés parce qu’ils sont surchargés. Ils n’ont pas de temps à consacrer à l’utilisateur individuel, créant un manque d’empathie par excès de stress.
2. En outre, le personnel doit souvent effectuer le travail quotidien en détresse, en raison d’un manque de planification ou de ressources qui hésitent, en l’absence d’attention pour les détails qui sont essentiels pour les soins aux patients.

**Nos propositions**

* **Mettre le patient au centre du système de santé**
	+ Introduire à l’intérieur du SSNI, avec des sessions de formation appropriées pour tout le personnel, le concept de "Qualité" et satisfaction du client/patient.
	+ Inclure une partie variable de la rémunération (bonus) qui dépendra de l’évaluation des patients par rapport à la qualité du service reçu.
	+ Introduire dans les structures de santé, à commencer par le médecin de base, le concept de "prise en charge" du patient, qui devra être suivi à chaque étape de son parcours de diagnostic et de traitement de manière continue et avec le maintien des informations sanitaires dans un « cloud » (base de données conforme aux normes sanitaires) à la disposition des opérateurs concernés.
	+ Unifier le système de réservation au niveau national et le rendre plus transparent afin de permettre un accès aux soins plus équitable et non sujet au favoritisme.
	+ Créer des comités régionaux composés de citoyens volontaires et sélectionnés au moyen d’un système automatique aléatoire pour la collecte des instances qui peuvent être présentées au comité par des patients individuels ou des associations de patients. Le rapport préparé par le comité des citoyens sera publié annuellement dans les plus grands médias régionaux et nationaux. Le rapport aura valeur seulement informative mais devra être analysé par tous les directeurs généraux des sociétés Unité Sanitaire Locale (USL) et en particulier par ceux intéressés aux critiques relatives à ses structures. Le directeur concerné devra obligatoirement répondre par écrit au comité régional des citoyens dans un délai de trois mois à compter de la date de publication du rapport. La réponse pourra être publiée dans les mêmes médias où dans le Rapport Annuel sur l’Uniformité Nationale du Service Sanitaire a été publié.
	+ Créer une base de données nationale d’échanges d’informations sanitaires (conforme aux normes de sécurité des données sensibles). La base de données (voir Dossier Santé Électronique) sera remplie, au début de la phase initiale, avec les informations de base dans le système de santé régional. Par la suite, chaque établissement de soins de santé traitant le patient individuel devra saisir les données dans la base de données nationale. Les données seront donc disponibles pour tous les professionnels de la santé autorisés. Sinon, vous pouvez créer une carte mémoire cryptée qui sera remise à chaque patient qui sera mis à jour par chaque structure avec les informations relatives à chaque traitement ou examen diagnostique. La carte mémoire ne sera lisible que par les opérateurs autorisés. Ce système devrait permettre un échange plus souple d’informations entre les professionnels et éviter au patient les attentes inutiles d’avoir des dossiers médicaux ou d’avoir à transporter de lourds dossiers de documents d’un médecin à l’autre.
	+ Une part fondamentale du droit à la santé doit être le droit d’être informé pour maintenir et/ou à améliorer son état de santé. Ce rôle fondamental devra être confié au médecin de base, qui devra être mis en mesure de dispenser des cours d’éducation pour ses patients. Les cours devront obligatoirement être dispensés au moins une fois par mois. Les sujets seront choisis par le médecin à partir d’une liste que la région préparera en fonction des priorités identifiées par le plan régional de santé. Tous les assistés seront invités et les coûts logistiques seront anticipés ou remboursés par la région au médecin individuel ou aux associations de médecins de base. Les médecins pourront de toute façon s’organiser pour tenir des sessions conjointes. Les assistés qui participeront aux événements éducatifs recevront un coupon qui leur donnera droit à une réduction sur les « tickets » de santé. La valeur des coupons sera déterminée par région.
* **Requalification des ressources humaines**
* Prédisposer un plan national de requalification professionnel de tous les employés du SSNI.
* Selon le rôle joué, au moins deux cours seront organisés pour chaque année et porteront sur des sujets d’intérêt spécifique du salarié. A ces deux cours annuels s’ajoutera un cours spécifique choisi par le chef de l’employé en fonction de ses besoins spécifiques ou de son domaine d’amélioration.
* Les cours pourront porter sur des sujets spécifiques tels que :
	+ Le concept de "qualité" dans les services publics.
	+ Gestion du temps, comment gérer les priorités, etc.
	+ Gestion du stress au travail.
	+ La communication avec les collègues et le patient.
	+ La simulation en médecine pendant les urgences.
* Chaque région devra élaborer un plan de reconversion professionnelle de son personnel.
* Chaque société USL doit préparer un plan spécifique pour son personnel, en fonction des indications de sa région d’appartenance.
* Le plan régional pour le développement du capital humain devra être présenté au comité régional représentant les citoyens. Le comité peut émettre son avis et recommander des modifications. Les modifications pourront être acceptées ou refusées moyennant une motivation écrite adressée au Comité régional des citoyens.
* Chaque région devra se doter d’un plan prévoyant la création d’outils de suivi de la mise en œuvre du parcours de formation et de développement du personnel. Les objectifs de formation devront être fixés chaque année et une révision à la fin de chaque année devra mettre en évidence les succès et les échecs et pour ceux-ci prévoir un plan de rattrapage.
* Un plan pour les outils de contrôle et la réalisation des objectifs spécifiques pour chaque société USL devra être présenté par chaque directeur général à la région d’appartenance qui l’approuve annuellement.
* **Introduire un nouveau système d’administration de la santé publique**
	+ La sélection des dirigeants devra se faire de manière transparente par des concours nationaux gérés par des organismes tiers ou par des entreprises de sélection du personnel d’expérience certifié dans le secteur.
	+ La région ou les sociétés USL auront pour tâche de fournir les spécifications de chaque position demandée au comité national pour la sélection du personnel de santé qui se chargera de passer la demande aux entreprises de sélection du personnel indiquées par le Ministère de la Santé. Les sociétés de sélection du personnel devront garantir une totale indépendance vis-à-vis des postes politiques régionaux et nationaux, sous peine d’exclusion des listes et de pénalité équivalant à deux ans du salaire de la personne sélectionnée.
	+ L’évaluation des prestations du personnel médical et administratif se fera annuellement.
	+ Chaque employé doit recevoir une évaluation de sa performance de la part du chef direct dans les trois mois qui suivent la fin de l’année. L’évaluation indiquera les domaines de force et les domaines qui doivent être améliorés. Une proposition de formation à suivre par le salarié au cours de l’année suivante pourra être jointe à l’évaluation.
	+ L’évaluation sera la base du paiement de l’éventuel bonus "qualité" établi par la région ou l’entreprise USL.
	+ L’employé aura le droit de contester l’évaluation et de s’adresser au niveau supérieur à son patron.
	+ Dans un délai de 15 jours, vous recevrez une réponse du chef de votre chef qui pourra confirmer ou modifier l’évaluation.
	+ Les entreprises USL devront avoir un système d’évaluation destiné aux patients qui répondront à un questionnaire anonyme qui sera remis directement au personnel dédié de la région d’appartenance.
	+ À la fin de l’année, le personnel régional dédié au contrôle de la qualité rédigera un rapport spécifique pour chaque société USL.
	+ Le Comité régional des citoyens aura le droit de consulter et de contrôler toutes les étapes du processus, de la collecte à l’élaboration du rapport. Le comité peut également décider de déplacer et/ou de sanctionner le personnel chargé du contrôle de la qualité en cas d’irrégularités ou de manquements. En outre, le comité devra certifier et contresigner le rapport régional, garantissant ainsi sa régularité.
	+ Chaque année, la région élaborera un rapport d’évaluation des performances de chaque société USL sur la base de références nationales. Le rapport devra mettre en relation les ressources utilisées avec la qualité des services offerts. Le rapport peut également être réalisé par des sociétés extérieures.
	+ Le Ministère de la Santé devra définir chaque année les critères de référence à utiliser par les régions pour évaluer la performance.
	+ La responsabilité du rapport d’évaluation de la performance de chaque société USL incombe entièrement aux organes régionaux. Le non-respect de cette obligation pourra entraîner la réduction du financement public réservé à la région ou des sanctions spécifiques déterminées par le Ministère de la Santé.
	+ Le Ministère de la Santé publiera chaque année les listes d’évaluation des performances de toutes les régions. Les classements mettront en rapport la qualité des services offerts avec les ressources mises à disposition par l’État.
	+ Gestion des achats de chaque société USL : chaque année, chaque société USL publiera la liste des produits achetés, les quantités et le prix payé. La publication doit être effectuée sur le site de la société ou de la région, au plus tard le troisième mois suivant la clôture de l’exercice fiscal. L’absence de publication du document entraînera la déchéance du directeur général de sa charge.
	+ La région devra évaluer la congruence des prix payés par la société USL (singulièrement) en relation à combien payé d’autres société soit dans le domaine régional que national. Le prix payé devra toujours être proportionné à la qualité du produit acheté. Les éventuelles incohérences devront être clarifiées par écrit par chaque directeur général dans les trente jours suivant la demande.
	+ Tous les citoyens qui voudront demander des éclaircissements sur les acquis et sur la qualité des produits achetés par la société USL (en question) pourront adresser des demandes d’éclaircissements à la société et/ou directement à la région. Un formulaire spécifique doit être préparé et mis à disposition sur le site de la société USL. (De cette façon, les particuliers pourront exercer un contrôle direct sur la façon dont leur argent est dépensé par l’administration et comment ceux-ci deviennent un véritable service de qualité pour eux. En définitive, ce sont eux les destinataires ultimes du produit acheté et très souvent et souvent ils peuvent en évaluer la qualité à la première personne).

**Propositions ultérieures**

• Créer des **équipes territoriales** au niveau des districts, formées par les médecins de base et les spécialistes, qui devront se réunir tous les trimestres pour discuter et proposer des solutions nouvelles et alternatives aux problèmes rencontrés pendant le traitement des patients. Un rapport sera envoyé au comité régional des citoyens et au directeur général de l’entreprise USL.

* Partage des expériences des "**Meilleurs de la Classe**" au niveau régional et national. L’équipe ou la société USL qui aura atteint les meilleurs résultats au niveau régional ou national peut être invité à présenter son approche/système aux autres sociétés USL. Un bonus spécial peut être prévu par chaque région pour récompenser les meilleures équipes.
* Introduire la figure professionnelle du « Médecin de soutien » (district) : un médecin qui, à la demande du médecin généraliste, devra, avec une **approche holistique**, soutenir toutes les phases de diagnostic et de traitement des patients particulièrement critiques en suggérant des comportements nutritionnels et de mode de vie adéquats et en accompagnant le patient dans le parcours de guérison ou d’amélioration de l’état de bien-être.
* Revoir le **mode de financement** en prévoyant le modèle Beveridge, complété par l’assurance obligatoire privée, avec réduction de la charge fiscale correspondante.
* Préserver la **liberté de choix du Citoyen** pour les soins (organismes publics ou privés) avec des niveaux adéquats de contrôle sur la qualité des soins effectués.
* Prévoir cependant des types de **soutien public pour les maladies les plus graves** ou rares et pour les interventions/soins les plus coûteux.
* Maintenir la fonction de l’État de **contrôle des tarifs des médicaments et des soins**.
* Créer un "Responsable/**Garant** de la mise en œuvre opérationnelle" des lois nationales et régionales qui aura pour tâche de signaler le fossé entre ce qui est énoncé et la réelle application de ceux-ci.
* Créer une figure de **responsable d’accueil** à l’hôpital ou polyambulatoire qui accueille et suit le patient à l’intérieur de la structure.
* Soumettre le personnel de santé en contact étroit avec les patients à des **tests d’aptitude** à la fois au cours de leur recrutement et au cours de leur carrière, au moins tous les trois ans. Malheureusement, "connaître la médecine ne signifie pas être toujours en mesure d’aider les patients qui ont besoin de soins". En cas d’insuffisance reconnue de la part du personnel pour fournir une assistance adéquate et empatiquement correcte, le personnel doit suivre un cours de communication et de soutien pour surmonter les difficultés relationnelles et psychologiques du moment.
* Réintroduire les tarifs minimaux pour les soins de santé.
* Soutenir la recherche scientifique avec des fonds publics accrus afin de réduire l’intervention des entreprises et l’inévitable conditionnement des chercheurs.