

I CARDINI DI UNA SANITÀ AL SERVIZIO DELLA PERSONA

LE SEI PAROLE CHIAVE E LA SINTESI DEL PROGRAMMA

1. LEGALITÀ, TRASPARENZA E SENSO DEL SERVIZIO PUBBLICO.

L'art. 32 della Costituzione afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

La corruzione è la madre di ogni inefficienza ed iniquità del Servizio Pubblico. Le istituzioni Lombarde, i Comuni e la Regione, devono tornare ad essere un luogo di effettiva e solidale affermazione del principio costituzionale, di promozione di legalità e trasparenza, di creazione di capitale sociale, elementi che animano i sistemi di welfare socio-sanitari competenti e controllati che danno garanzia ai cittadini tutti di accessibilità, sostenibilità e di efficacia del servizio. La sanità è la principale competenza, oltre che spesa, della Regione e le politiche della salute riguardano e trovano attuazione in tutte le principali politiche regionali, da quelle dell'ambiente, alla casa, a quelle di un equilibrato sviluppo economico.

2. DALLA COMPETIZIONE ALLA COLLABORAZIONE.

Fare sistema per mettere in rete i servizi, con una offerta unitaria a favore dei cittadini evitando inutili duplicazioni. Ridisegnare l'intera offerta sanitaria, riequilibrare il rapporto tra pubblico e privato anche per evitare gli scandali che hanno messo e mettono a rischio molti posti di lavoro. Non possiamo e non dobbiamo permettere di fare considerare la salute come un business, ma come un fondamentale servizio pubblico.

3. UNA SANITÀ APPROPRIATA E DI QUALITÀ.

La Lombardia ha investito per anni sulla produttività e la competizione, perdendo la sfida dell'appropriatezza e della qualità. Serve una stagione che rilanci la prevenzione, si occupi di cosa e come si produce e non solo di quanto e a che costi. Le eccellenze cliniche che esistono nella nostra Regione possono e devono trovare valorizzazione e espressione in una rete di presidi e servizi che collaborano operativamente tra di loro, in cui l'accoglienza e l'attenzione ai bisogni essenziali dei pazienti sia il criterio di azione.

4. SANITÀ, SOCIALE E SOCIO-SANITARIO COSTITUISCONO UN CONTINUUM CHE NON DEVE ESSERE PIÙ FRAMMENTATO.

Il prevalere di patologie croniche e legate alla III e IV età richiede servizi integrati, che facciano perno su quelli domiciliari e ambulatoriali. I Comuni, nella nuova dimensione dell'intercomunalità, sono gli attori referenti della Regione per il cambiamento.

5. DALLE APPARTENENZE AL MERITO.

Professionalità, merito e etica del servizio pubblico sono alla base di un Servizio Sanitario Regionale efficace ed efficiente. La Lombardia, come il Paese, ha bisogno di una rivoluzione nelle logiche di selezione e promozione di manager e professionisti. Non ci devono più essere nomine di Direttori Generali e di primari con criteri di lottizzazione e di appartenenza partitica, ma sulla base di trasparenti selezioni in grado di assicurare che i migliori e più capaci realizzino sempre più il principio della "persona giusta al posto giusto".

6. INNOVARE I SERVIZI, DECENTRARE E RESPONSABILIZZARE LE GESTIONI. In questa regione con 10 milioni di abitanti in profondo e costante cambiamento è necessario innovare la geografia e la tipologia dei servizi sociali e sanitari disponibili, rendendoli coerenti ai quadri dei bisogni emergenti, valorizzando le autonomie e le differenze locali, che richiedono una riorganizzazione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e soluzioni differenti tra metropoli e zone lacustri o montane.

Attenzione focale va attribuita, oltre alle indispensabili azioni contro gli sprechi, alla evoluzione sociale in atto, alle nuove tecnologie e ai conseguenti indispensabili processi di innovazione della sanità. Essi sono essenziali, da un verso, per recuperare le risorse finanziarie necessarie per fronte ai tagli statali conseguenti al debito pubblico accumulato e per contenere gli oneri per gli utenti, dall'altro, per realizzare gli investimenti alla base dei processi di innovazione stessi.

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Cardine primo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E SENSO DEL SERVIZIO PUBBLICO. La politica deve star fuori dalla sanità, fuori dalla gestione dei servizi sanitari.

Cambiare il modo di fare politica, significa, in primo luogo, cambiare il modo di gestire i soldi dei cittadini, di rapportarsi alla Pubblica Amministrazione e di fare Servizio Pubblico. La sanità è il terreno dove il nuovo modo di far politica, inteso come programmazione strategica e vigilanza sulla funzionalità di servizi e apparati, deve trovare piena espressione. La salute è un obiettivo trasversale da tener presente in tutte le politiche regionali, da quelle dell'ambiente a quelle del lavoro. La prevenzione delle malattie, una riorganizzazione efficiente di unità operative e aziende sanitarie, il migliore funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) ne sono la condizione per un'effettiva sostenibilità, oltre che per poter attuare una revisione sistematica del sistema di compartecipazione alla spesa secondo principi di progressività basati sul reddito (ISEE).

La sanità, inquadrata "onestamente e con competenza" da una Regione che vuole ritrovare il suo ruolo di programmazione, indirizzo e controllo, e non di gestione, rappresenta per la Lombardia e per l'Italia un fondamentale fattore di sviluppo e non un semplice onere.

La fiducia tra CITTADINANZA, POLITICA E SERVIZIO SANITARIO va ricostituita partendo dal rapporto tra medico e paziente. A un malato non interessa di quale partito sia il medico o l'infermiere, ma importa che sia disponibile in caso di bisogno, attento e capace di metterlo in grado di avvalersi al meglio della rete dei servizi. La politica, quale garante dei fini e dell'interesse generale da perseguire, possibile solo in un quadro di legalità e trasparenza, deve stabilire le regole, gli obiettivi e le risorse da mettere a disposizione per la tutela del bene salute. Regole di professionalità e di responsabilità la cui sistematica e puntuale applicazione e verifica è compito di un'amministrazione regionale agile e efficace. Questo comporta: la valorizzazione delle capacità di gestione da parte delle persone della propria salute/malattia, la medicina di iniziativa che solo professionisti sanitari in rete, aggiornati e motivati nel proprio lavoro di servizio possono garantire, la gestione efficiente dei servizi e la piena sostenibilità e trasparenza dei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche e private.

2. Cardine secondo: DALLA COMPETIZIONE ALLA COLLABORAZIONE

In sanità solo un certo livello di competizione è potenzialmente fruttuosa, se eccessiva produce inefficienze, duplicazioni, frammentazione dei servizi per gli utenti. La Lombardia, e tanto più il resto del Paese, ha bisogno di più efficienza nel pubblico e meno opportunismo nel privato accreditato. Ha bisogno di solidarietà di sistema, di sviluppare forme di collaborazioni tra aziende e enti non profit e profit, tra reti professionali, tra sociale e sanitario, evitando duplicazioni e frammentazioni dei servizi. La scarsa collaborazione tra pubblico e privato sfocia in situazioni evidenti di antagonismo tra i produttori, in una logica dove l'importante non è che si facciano le cose bene, ma di conquista di quote di mercato, potenzialmente a scapito della prevenzione e della "produzione" di salute. Le quote necessarie di competizione debbono comunque essere regolate, affinché siano virtuose. Siamo invece in un contesto dove, a fronte di un pubblico troppo spesso burocratizzato, il privato ha potuto svilupparsi anche a causa dell'assente funzione di regolazione e programmazione regionale che, ad esempio, permette differenziali retributivi tra gli operatori di base fino al 50% per le identiche mansioni e livelli di produttività.

Con i privati va aggiornato il patto, l'obbligazione di servizio pubblico, che questi si impegnano ad osservare nel momento in cui entrano a far parte del Servizio Sanitario. I controlli ispettivi delle attività sanitarie svolte dai diversi erogatori pubblici e privati sono indispensabili per combattere opportunismi, sprechi, conflitti di interessi, forme di collusione e di rendite economiche a spesa dei pazienti. Devono però essere meno burocratici e intrusivi e più strategici, cioè orientati a indirizzare a favorire un mix di prestazioni complementari e integrate tra di loro. Un patto di collaborazione chiaro tra pubblico e privato, basato sulla definizione dei mix produttivi da assicurare ai cittadini, su appropriati criteri di accreditamento, su regole e standard retributivi e correlate tariffe riconosciute, è a tutto vantaggio dei produttori stessi, che

ritrovano stabili e chiari indirizzi per definire le loro strategie, e a vantaggio del sistema nel suo complesso, perché agisce in maniera coordinata e unitaria, e di conseguenza dei cittadini.

Cardine terzo: APPROPRIATEZZA E QUALITÀ DELLE CURE.

L'attenzione alla persona, la gentilezza degli operatori e l'accoglienza di chi è in forte condizione di bisogno di cure, oltre alle basilari condizioni di sicurezza, sono gli elementi imprescindibili di qualità da assicurare nei servizi e negli ospedali lombardi.

In Lombardia si è investito per anni sulla produttività e la competizione, perdendo la sfida dell'appropriatezza e della qualità. La libertà di scelta del cittadino, giusta e da difendere, non è in grado di garantire da sola che siano programmate e prodotte solo prestazioni appropriate e tra di loro coordinate. Il sistema pubblico deve agire come garante della tutela della salute dei cittadini attraverso almeno cinque strumenti diversi:

- *programmare le dotazioni infrastrutturali della rete di offerta, in modo da garantire che ogni unità operativa abbia la casistica sufficiente per mantenere le competenze necessarie a curare e una equa ed efficace distribuzione delle grandi tecnologie;*
- *coordinare i volumi di produzione in modo da evitare duplicazioni e carenze di offerte, per minimizzare le liste di attese per le prestazioni più necessarie per il benessere della comunità;*
- *valutare la coerenza tra la produzione del singolo produttore e il quadro epidemiologico di riferimento, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, in un approccio di audit cooperativo e di supporto allo sviluppo di competenze, di miglioramento costante della qualità raggiunta e di non induzione a bisogni di accertamenti e di terapie inutili;*
- *raccogliere, monitorare, analizzare e rendere pubblici indicatori di performance dei singoli erogatori sanitari, sia per poter alimentare la salutare pressione sociale, sia per orientare in modo consapevole le scelte dei pazienti;*
- *assicurare il rispetto dell'autonomia e della dignità della persona anche attivando luoghi e processi di counseling ai pazienti e alle famiglie, per potersi informare sui limiti della medicina e confrontare sulle diverse alternative di cura e le performance degli erogatori.*

Cardine quattro: INTEGRAZIONE/RICOMPOSIZIONE DEL SISTEMA DI WELFARE SOCIO-SANITARIO. *Integrazione tra ospedale e territorio, tra servizi sanitari e servizi sociali, tra professionalità e discipline, tra territori, tra pubblico e privato.*

La qualità del servizio sanitario pubblico e la capacità di rispondere ai bisogni della popolazione dipendono in primo luogo dall'integrazione del lavoro dei diversi operatori e, soprattutto nel campo della non autosufficienza e della fragilità, dall'integrazione socio-sanitaria. È indispensabile avviare e portare avanti sistematicamente un grande lavoro di ricomposizione delle attività assistenziali svolte dalle varie agenzie pubbliche, da quelle private non profit e profit, dal volontariato per assicurare in una logica di sussidiarietà e di sinergia un welfare, oltre che sostenibile, di qualità. Per questi obiettivi assume un ruolo fondamentale il territorio nelle sue specificità e articolazioni, il Comune nella sua nuova dimensione istituzionale della intercomunalità. Il distretto sanitario, coincidente con gli ambiti sociali intercomunali e con le sue caratterizzazioni urbana e non urbana, diventa il luogo di accesso privilegiato ai servizi, di indirizzo della domanda e di gestione delle prese in carico.

Integrazione e semplificazione istituzionale

La qualità del welfare sanitario e sociale dipendono in primo luogo dal livello di integrazione tra le diverse istituzioni coinvolte e i loro professionisti. L'integrazione garantisce infatti percorsi unificati e semplificati per gli utenti e processi assistenziali tra di loro coerenti e quindi efficaci. Al contrario oggi l'intera filiera è completamente disintegrata e frammentata e tutto l'onere ricompositivo ricade sulle famiglie, determinando grandi iniquità nell'accesso ai servizi in funzione delle competenze delle singole famiglie. In Lombardia un anziano non autosufficiente oggi riceve il servizio domiciliare dal comune, l'assistenza sanitaria integrata dall'ASL, la cura specialistica dall'ospedale, acquisisce la badante sul mercato informale e ottiene l'assegno di accompagnamento dall'INPS. Questo è determinato dal fatto che il sistema di welfare lombardo è frammentato in più silos separati: la sanità, il comparto socio-sanitario gestito dall'assessorato alla famiglia che controlla circa il 10% del fondo sanitario (1,7 Mld), il sociale gestito dai comuni.

Questi ultimi, a loro volta, gestiscono i servizi sociali prevalentemente a livello mono-comunale, quindi senza determinare sinergie e forme robuste di collaborazione tra enti capaci di interloquire alla pari con la sanità.

Per superare questa frammentazione è necessario che gli attuali ambiti sociali locali diventino delle aziende pubbliche controllate dai comuni a cui vengono conferiti tutti i servizi sociali comunali. Queste aziende sociali intercomunali possono diventare delle organizzazioni che si candidano a gestire in maniera intercomunale anche la quota dei servizi socio-sanitari più integrati con quelli sociali (es. consultori o servizi per anziani e disabili) nella stessa percentuale con cui saranno riusciti a condividere le risorse sociali. In altri termini, se gli enti locali di un ambito arrivano a cogestire il 50% dei fondi sociali comunali, otterranno il 50% delle risorse socio-sanitarie dedicate ai loro territori. Questo è un modo significativo per valorizzare le autonomie locali nell'ambito del welfare, incentivandole però a definire bacini di utenza più razionali. Le aziende sociali intercomunali possono ulteriormente coordinarsi/fondersi con le ASP locali. In questo modo il sistema si semplifica e si integra in due grandi contenitori: le Aziende intercomunali socio-sanitarie coincidenti territorialmente con i Distretti sanitari delle aziende sanitarie locali.

Integrazione tra risorse pubbliche e spesa delle famiglie.

La frammentazione del welfare socio-sanitario è aggravata dalla rilevante presenza di spesa sostenuta direttamente dalle famiglie non regolamentata e non integrata con i servizi pubblici. In ambito sanitario i cittadini acquistano il 25% delle prestazioni pagando con risorse proprie o familiari (in Lombardia per 5/6 Mld annui), di cui solo una quota molto modesta è oggi intermediata da meccanismi assicurativi seppur in crescita (10%). A titolo esemplificativo il 95% delle prestazioni odontoiatriche è a pagamento (200 euro in media per abitante, il che equivale a 2 Mld di euro annui nella sola Lombardia), il 55% delle prestazioni ambulatoriali specialistiche (con punte del 90% in ambito ginecologico e oculistico). In ambito sociale e socio-sanitario queste cifre crescono fino ad arrivare al 70% della spesa, essendo il sistema basato quasi esclusivamente su trasferimenti finanziari dall'INPS alle famiglie (5,4 Mld annui di trasferimenti sociali o socio-sanitari alle famiglie in Lombardia). Possiamo in sintesi affermare che il 25% della spesa sanitaria è a carico delle famiglie, essa rappresenta il 50% in ambito ambulatoriale e diventa il 70% in ambito sociale e socio-sanitario, soprattutto guardando ai bisogni legati alla terza e quarta età. Questo spiega la presenza di 123.000 badanti in Lombardia, più dei dipendenti del SSN regionale.

Questo quadro genera confusione tra i cittadini, che non riescono più a capire cosa è garantito dai sistemi pubblici e cosa no, grandi iniquità nelle possibilità di accedere ai servizi e scarica sulle famiglie l'onere di ricomporre l'offerta tra quella pubblica già frammentata e quella acquisita a pagamento.

La terapia comporta prima di tutto una dolorosa presa di coscienza di questa situazione che la Lombardia ha colpevolmente rimandato. Le risposte vanno cercate in tre direzioni: (a) regionalizzazione, eventualmente differenziata tra regioni, delle attività assistenziali dell'INPS (indennità di accompagnamento e invalidità civile); (b) costruire un sistema di offerta pubblica robusto, capace di erogare anche i servizi a pagamento, ma in maniera più appropriata e meno costosa per le famiglie rispetto al mercato e integrato con i servizi istituzionali; (c) introdurre forme mutualistiche pubbliche gestite dalla regione, per garantire gratuitamente e significativamente i servizi oggi in buona parte esclusi di fatto dal SSN, come l'odontoiatria e la non autosufficienza. Si tratta di recuperare un ritardo decennale che la Lombardia sconta ad esempio nei confronti del fondo obbligatorio per la non autosufficienza tedesco, gestito da mutue regionali. Politiche di questo tipo ricollocherebbero la Regione Lombardia alla guida dell'innovazione sociale del paese, tornando, finalmente, a confrontarsi con quanto avviene nel resto d'Europa.

Cardine quinto: PROFESSIONALITÀ, MERITO E ETICA DEL SERVIZIO PUBBLICO. Assistenza, formazione, ricerca e valutazione sono componenti inscindibili dei servizi sanitari che ne determinano la qualità.

Una buona sanità è fatta di buoni talenti. I buoni talenti emergono quando e dove il principio di professionalità prevale sul principio di affiliazione. Il senso del servizio poi implica per ciascun professionista l'essere fattivamente parte di un'organizzazione. L'indispensabile esigenza di miglioramento della produttività degli operatori e la riorganizzazione dei processi di erogazione

dei servizi dipendono dalle capacità e dall'iniziativa del management che va valutato sui risultati e non fatto oggetto di spartizioni partitiche. Gli strumenti da sviluppare per responsabilizzare e motivare gli operatori sono la valutazione dei risultati e delle attività effettivamente assicurati come equipe e come singoli, la formazione e l'aggiornamento continuo sul campo, la ricerca, un nuovo rapporto tra Università - Facoltà di Medicina - e Servizio Sanitario Regionale, la regolazione dei conflitti di interesse.

La nostra salute dipende e dipenderà sempre più da quanto i nostri medici e i diversi professionisti sanitari sono capaci e informati. Le dichiarazioni al proposito della Regione non mancano, ora è il momento di metterle in pratica. Ma prima ancora occorre assicurare che i professionisti siano competenti. Qui emergono le gravi lacune del sistema lombardo: a partire dalle nomine dei Direttori e dei Primari. Per quanto riguarda i primi, la Lombardia non ha saputo separare la politica dalla gestione. I Direttori Generali sono scelti con criteri di appartenenza politica che influenza anche la scelta dei Primari e non solo. Vedasi in proposito le dichiarazioni dell'Assessore regionale della Lega Luciano Bresciani, ribadite dal Presidente Formigoni, sul principio che "la logica delle nomine dei Direttori è legata al peso del voto espresso dalla popolazione".

Occorre ripartire dalla valutazione della bontà o meno delle cure per mettere in atto quelle azioni che possano davvero, da un lato, cambiare in meglio il nostro modo di lavorare, dall'altro per assicurare la trasparenza ai cittadini delle cure offerte da pubblici e privati. Così che i servizi con i migliori risultati - che non sprecano risorse - vadano presi a modello per gli altri.

In questo quadro è fondamentale il ruolo della ricerca. Vanno identificati le aree di ricerca e i temi specifici di maggior interesse e priorità per la popolazione lombarda, la definizione di bandi con regole chiare, trasparenti e condivise per la valutazione dei progetti e l'assegnazione dei finanziamenti. Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono un patrimonio del Paese e in particolare della Lombardia. La loro revisione e riorganizzazione in funzione di assicurare l'indispensabile massa critica di competenze e tecnologie necessarie rappresenta un passaggio fondamentale per un autentico rilancio della ricerca biomedica nella nostra Regione.

Tra le prime 100 migliori Facoltà di Medicina del mondo non ce n'è una italiana, la migliore è l'Università di Milano collocata intorno al 120 posto. Nel passato la medicina universitaria ha arricchito gli ospedali lombardi fornendo personale medico preparato, oggi al contrario è l'Università ad aver bisogno degli ospedalieri che sono in grado di sopperire le attuali carenze didattiche e assistenziali degli ospedali convenzionati con l'Università. Non può esserci una buona Scuola di Medicina se questa non poggia su un grande Ospedale di Insegnamento, fortemente integrato con i diversi territori regionali, dove operano professionisti medici, infermieristici e operatori sociali, capaci di trasmettere non solo il sapere, ma soprattutto il saper fare e dove i direttori delle varie linee di specializzazione sanitaria e sociale vengono scelti sulla base del merito e non esclusivamente dell'appartenenza all'Università.

La valorizzazione del ruolo degli infermieri e dei tecnici è la base per la riorganizzazione dei processi operativi nei servizi sanitari della regione. Il più grande problema che coinvolge il comparto sanitario a livello nazionale e regionale è il precariato e l'invecchiamento inesorabile per mancanza di ricambio dei professionisti. Un grande progetto, a questo proposito, è indispensabile, trovando adeguati percorsi di inserimento per giovani motivati a svolgere un lavoro di cura dei pazienti e dall'essere attori del servizio pubblico.

Cardine sesto: INNOVAZIONE E NUOVA GEOGRAFIA DEI SERVIZI SANITARI.

Le nuove tecnologie di cura e il quadro epidemiologico, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dalla forte incidenza sul consumo di prestazione sanitarie da parte dei pazienti cronici, dalla presenza delle persone immigrate, impongono un ridisegno culturale e organizzativo dei principali servizi sanitari oggi presenti sul territorio in una logica di appropriatezza e innovazione. E' infatti nell'ambito dell'assistenza territoriale che la regione Lombardia necessita del maggior grado di ristrutturazione/innovazione dei propri servizi. Le politiche della salute, in particolare quelle della prevenzione, della gestione della cronicità e della non autosufficienza, coinvolgono direttamente i vari settori dell'amministrazione regionale e delle amministrazioni locali nella loro nuova dimensione intercomunale o metropolitana. È indispensabile "Fare meglio e di più senza far spendere ulteriormente gli assistiti".

Nel complesso il quadro epidemiologico ed economico-finanziario emergente richiede un profondo ripensamento della geografia dei servizi, nelle seguenti direzioni:

- 1. Realizzazione di strutture territoriali per l'erogazione dell'assistenza primaria (Case della Salute, UTAP, Centri Locali di Assistenza Primaria, o altra denominazione), all'interno delle quali i professionisti delle cure primarie si organizzano in team multi professionali*
- 2. Riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) in una logica di assistenza di prossimità con la realizzazione di Centrali Operative di coordinamento per la Continuità Assistenziale, integrate funzionalmente con le centrali dell'emergenza-urgenza.*
- 3. Sviluppo di modelli di presa in carico permanente dei pazienti cronici con logiche di assistenza integrata, basati sull'aggregazione strutturale dei Medici di Famiglia insieme a infermieri, medici specialistici, professionisti del sociale e al personale di supporto amministrativo. A questo proposito i CReG (presa in carico e percorsi assistenziali per i cronici) sono una base di partenza da valutare in funzione del potenziamento del ruolo di governo del rapporto domanda/offerta delle ASL.*
- 4. Diffusione di modelli di medicina di iniziativa, di individuazione e segnalazione delle situazioni di fragilità e disagio (minori, anziani soli, immigrati, ecc.), di medicina del lavoro e di educazione a stili di vita in ottica di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Gli attuali sistemi informativi sanitari ci permettono di individuare i soggetti con rilevanti rischi di salute o portatori di patologie croniche. In questi casi è oggi possibile intervenire proattivamente, senza aspettare che la malattia si manifesti o aggravi.*
- 5. Revisione e potenziamento del sistema delle cure domiciliari e ridefinizione delle Reti di Cure Palliative e terapia del Dolore. Le cure domiciliari devono diventare una competenza e uno strumento operativo centrale del servizio pubblico sanitario territoriale in quanto sono indispensabili, oltre che per generare sostenibilità economica (costano meno dei posti letti in ospedale e meno delle RSA), per rispondere all'esigenza del luogo di cura più desiderato dal cittadino: a casa propria la persona malata è in grado di preservare più a lungo l'autonomia decisionale e la sua vita relazionale.*
- 6. Promozione della prevenzione da parte dei Dipartimenti di prevenzione e assistenza sanitaria di base e sviluppo del programma regionale degli screening oncologici.*
- 7. Forte integrazione ospedale-territorio tramite la valorizzazione delle filiere assistenziali e delle reti cliniche specialistiche già presenti in regione e lo sviluppo di percorsi di dimissione protetta a domicilio o in strutture protette utilizzabili anche per ricoveri di sollievo.*
- 8. Aumento dei posti letti socio-sanitari a bassa e media intensità assistenziale medica, attraverso una riqualificazione di parte dei 60.000 posti letto di RSA già presenti in Lombardia e una parziale riconversione dei posti letto ospedalieri.*
- 9. Ospedali per intensità di cura e trasformazione di posti letto ospedalieri in funzione di tre distinte logiche: (a) riconversione di tutti i piccoli ospedali della regione, sia pubblici che privati, in case della salute, in poliambulatori specialistici o strutture socio-sanitarie (b) riorganizzazione dei posti letto acuti nelle medicine dedicate agli anziani, (c) eliminazione delle duplicazioni tra unità operative che impediscono il raggiungimento di casistiche minime necessarie per raggiungere gli standard di qualità internazionalmente codificati.*
- 10. Riorganizzazione territoriale e riqualificazione dei servizi di salute mentale e dei servizi di cura delle dipendenze. I SERD sono tra i primi a segnalare l'importanza della prevenzione alle dipendenze attraverso interventi capillari e mirati nelle scuole pubbliche e private, nei luoghi frequentati dai giovani, fino all'università.*

Questi orientamenti hanno in comune un tratto distintivo: a ogni tipologia di operatori viene chiesto un miglioramento delle competenze. Ai Medici di Medicina Generale (MMG) viene chiesto di trattare patologie più complesse, alle strutture socio-sanitarie viene assegnata una missione che coinvolge anche il post-acuto e il sub-acuto, all'ospedale viene chiesto di concentrarsi solo sulla casistica complessa, limitatamente alla fase acuta. Per ogni gruppo di operatori si tratta di una grande occasione di rilancio professionale, coerente alla contingente riduzione di personale medico e all'allungamento della vita professionale, che richiede più frequenti innesti di rilancio professionale, per mantenere alte le motivazioni e la tensione allo sviluppo e aggiornamento di competenze. In questo contesto, oltre alla riqualificazione necessaria in termini di competenze del medico, appare evidente come sia fondamentale il potenziamento del ruolo degli infermieri e degli altri operatori sanitari, attraverso la delega di attività svolte fino ad oggi prevalentemente dai soli medici.

IL METODO DI LAVORO PROPOSTO PER LA REVISIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

I sei cardini sopra indicati, quali sei pilastri su cui poggiare il nuovo Servizio Sanitario Regionale sono proposti sinteticamente partendo dai dati della situazione del Servizio Sanitario Regionale, che registra molti aspetti positivi (vedi eccellenze ospedaliere) ma anche evidenti carenze (servizi territoriali e opacità delle gestioni), e terminando con le ipotesi di revisione. Operativamente occorrerà, una volta ricondotto ad un unico centro decisionale i due attuali Assessorati regionali (Sanità e Famiglia), prepararsi affinché nei primi tre mesi del nuovo governo regionale si possa con tempestività procedere contemporaneamente su due linee di lavoro e di produzione degli atti di programmazione regionale attraverso:

- A. l'ascolto delle proposte da parte dei vari attori del sistema e la messa a punto operativa delle scelte strategiche di revisione della gestione del SSR. Il riassetto si baserà sui seguenti principi: unificazione e integrazione tra sanità, socio-sanitario e sociale; adozioni di geografie istituzionali e dei servizi specifiche per l'area metropolitana, le province popolate e le zone a bassa densità abitativa; coincidenza tra confini amministrativi e reali flussi sanitari e radicamenti delle popolazioni; semplificazione del quadro istituzionale, valorizzazione delle autonomie aziendali. Conseguentemente, si procederà, in modo mirato per ridurre i costi propri delle riconfigurazioni istituzionali, alla riduzione e alla riorganizzazione dell'attuale numero delle aziende sanitarie e ospedaliere e alla costituzione di un'autorità per i controlli di appropriatezza e gli accreditamenti.

- B. la valutazione dei servizi e dei risultati sanitari finora assicurati, ivi compresa una verifica, una "new diligence", dello stato dei conti del SSR e delle sue aziende pubbliche, finalizzata a verificare e ristabilire le responsabilità di gestione del management in carica.

Milano, 14 Gennaio 2013