



# ASSEMBLEA REGIONALE LOMBARDA DEL PARTITO DEMOCRATICO

MONZA, "URBAN CENTER", 23 GENNAIO 2011



*GRUPPO*

**SANITÀ**

## Il diritto alla Salute: fra minacce e opportunità

Il richiamo all'art. 32 della Costituzione ed alla Legge 833/78 non è garanzia di difesa del diritto alla salute di fronte ad una manovra finanziaria che, confermata soprattutto negli articoli 1-9-11, può determinare per la prima volta l'indebolimento del Servizio sanitario anche in sistemi regionali in pareggio di bilancio come in Regione Lombardia.

Il Patto per la salute 2010-2012 ha definito in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011 il finanziamento del Servizio sanitario ed è evidente che questo finanziamento rappresenta un interessante **tesoro** cui attingere risorse per intervenire nell'attuale contesto di crisi economica, nonostante lo stesso Patto abbia diminuito il finanziamento rispetto alla spesa sanitaria del 2008 pari a 108.747 milioni di euro.

Occorre inoltre sottolineare che tale spesa rappresenta il 6,9% di incidenza sul PIL 8al netto della spesa diretta per out of pocket) contro 8,7% in Francia e 8,0% in Germania.

Nonostante questo, la manovra finanziaria prevede una diminuzione del finanziamento di oltre 1 miliardo di euro nel 2011 ed oltre 1,7 miliardi di euro nel 2012.

La consistenza del **tesoro** si rafforza sul piano regionale poiché il finanziamento del servizio sanitario regionale rappresenta mediamente l'80% del bilancio regionale (in Lombardia è oltre 16 miliardi di euro).

Una ulteriore criticità può essere rappresentata dall'attuazione del federalismo in riferimento soprattutto alla determinazione dei costi e fabbisogni standard in sanità.

Prime elaborazioni individuano Regione Lombardia che, come benchmark, non è destinata a significativo aumento del riconoscimento della spesa per LEA (livelli essenziali di assistenza).

Una recente stima novembre 2010 del COPAFF (commissione tecnica paritetica per l'attuazione federalismo) assegna alla Regione Sicilia per il 2009 36,7 euro in più per ogni cittadino (+185 milioni) mentre Regione Lombardia 13,6 euro in più per ogni cittadino (+132 milioni)-

Una ulteriore stima CERM (Regioni benchmark Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto) determina una spesa per i LEA a Regione Lombardia nel 2009 di 16.945.464.000 con una diminuzione di 14,892 milioni di euro rispetto all'effettivo 2009 di 16.960.356.000 .

Questa stima CERM identifica una diminuzione di spesa SSN LEA pari a circa il 6% che corrisponde a circa 8 miliardi di euro in meno (104.998.029 contro effettivo 110.820.460).

Si potrebbe delineare che l'applicazione di costi e fabbisogni standard nel contesto "federalista" potrebbe avere come primo risultato una sensibile riduzione del finanziamento del SSN.

Si possono identificare almeno **3 minacce**:

- **definanziamento** dell'edilizia sanitaria
- **riduzione del turn-over** del personale anche nelle Regioni in pareggio di bilancio
- **contrazione delle aree storicamente deboli** (es. prevenzione - continuità assistenziale ed integrazione socio-sanitaria - salute mentale).

**Il definanziamento** dell'edilizia sanitaria, sulla base dell'art.1 della manovra finanziaria, potrebbe corrispondere, per le aziende ospedaliere e sanitarie lombarde, alla perdita di circa 470 milioni di euro stanziati con le finanziarie 2007 e 2008 del Governo Prodi.

Questa perdita è equivalente alla costruzione di 5 ospedali nuovi di medie dimensioni e nella realtà comporta il mancato adeguamento strutturale, impiantistico e di sicurezza per le aziende ospedaliere e sanitarie ai requisiti di accreditamento, ed una possibile perdita di competitività con il privato accreditato.

**La riduzione del turn-over** del personale sanitario potrebbe determinare contrazione di servizi essenziali. La minaccia è maggiormente fondata sulla base di ulteriori elementi per la Lombardia:

- il n° più alto di medici (12686 pari al 12% dell'Italia nel 2006) mentre il tasso di medici per 1000 abitanti è il più basso d' Italia (1.33 vs 1.8 di media nazionale)
- il n° più alto di infermieri (35575 pari al 13% dell'Italia nel 2006) mentre il tasso di infermieri per 1000 abitanti è di 3.74 contro una media nazionale di 4.50
- fra il 2001 ed il 2006 vi è stato un progressivo aumento dell'età media del personale del Servizio sanitario nazionale con particolare incremento in Regione Lombardia

- disallineamento fra numero di infermieri diplomati e numero di alcuni medici specializzati (es. anestesisti, pediatri) ed esigenze del Servizio sanitario-

Il processo di precarizzazione del lavoro non ha risparmiato nemmeno i **giovani medici**.

Per essi, in assenza di uno strumento di programmazione dell'offerta, al termine del periodo di formazione specialistica, l'accesso a un lavoro stabile risulta particolarmente difficile, specialmente dopo i blocchi del turnover medico nel SSN. Viene così negata, dopo un lungo e gravoso curriculum di studi, ogni legittima progettualità di vita familiare.

Le poche offerte di lavoro variano dai contratti a tempo determinato presso gli ospedali pubblici o privati a contratti "a progetto" o, peggio, a semplici borse di studio.

Nel primo caso si tratta spesso di una forma contrattuale professionalmente poco gratificante, caratterizzata da notevole parcellizzazione e ripetitività dei processi di lavoro. In pratica, una specie di lavoro "a cottimo" in assenza di garanzie contrattuali quali ferie, permessi, malattia etc, esclusione dai meccanismi di carriera, incentivi etc. Negli altri casi si tratta di incarichi talora professionalmente degradanti, spesso caratterizzati dall'esclusione dai processi clinico-dignostici e perfino da quelli formativi, spesso legati alla incerta disponibilità di fondi provenienti da sponsor privati.

Entrambe le condizioni sono gravate da oneri assicurativi e un regime fiscale svantaggioso (cosiddette "partite IVA").

E' urgente individuare strumenti di programmazione del numero degli specialisti, prevedere forme contrattuali economicamente non penalizzanti rispetto a un lavoro stabile, fare in modo che le prestazioni in ospedali pubblici e convenzionati costituiscano titoli di carriera.

In un contesto di diminuzione di finanziamenti, si può stimare una possibile ulteriore **contrazione delle aree deboli** (es. il costo per la prevenzione è solo 3% , così come il costo per l'assistenza domiciliare è solo 1% dei costi totali sostenuti mediamente da un'azienda sanitaria del servizio sanitario nazionale )

Qualora la strategia di governo economico di sanità e welfare si realizzasse tramite la manovra finanziaria, sono prevedibili 3 importanti conseguenze:

1. Il trasferimento dei conflitti, a seguito di riduzioni dei servizi, dallo Stato alla Regione e dalla Regione alle Aziende sanitarie ed ai Sindaci
2. Il possibile aumento della spesa pro-capite "out of pocket" da parte del cittadino. Attualmente per una spesa stimata totale di 3002 euro pro-capite (dati forniti da CERGAS Università Luigi Bocconi), le componenti del welfare sociosanitario sono:
 

- SSN	1686 Euro
- INPS per sostegno	614 Euro (119 euro per badanti)
- Non autosufficienza	
- Comuni assistenza	91 Euro
- Sanità out of pocket	611 Euro.

Per sanità out of pocket (di tasca propria) si intende ad esempio odontoiatria, prestazioni libero-professionali, farmaci e rappresenta già il 20% medio di spesa diretta del cittadino.

3. Un ulteriore riequilibrio fra pubblico e privato, con possibile beneficio del privato che ha maggiore flessibilità e tempestività di intervento nella gestione economica e negli adattamenti dell'organizzazione del lavoro (esempio assunzioni a tempo determinato, anche privilegiando il rapporto libero professionale) .

Esistono quindi validi motivi per prevenire "le minacce al diritto alla salute" con decisi interventi di correzione degli effetti della legge 30 luglio 2010 n°122 " conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010 n.78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione e di compatibilità economica".

Il criterio ispiratore degli interventi dovrebbe essere l'equilibrio fra obiettivi di compatibilità economica ed obiettivi di salute e di qualità del sistema socio-sanitario.

Occorre, richiamando anche alcuni principi e contenuti del Patto salute 2010-2012, ottenere il risultato politico che sanità e welfare non siano governati prioritariamente da regole economiche di

sistema, imposte centralmente dal governo in spregio al titolo V della Costituzione che affida alla Regione piena potestà gestionale di sanità e welfare.

Le modifiche dovrebbero creare **“opportunità positive”** per il sistema socio-sanitario ad esempio:

- gestione del turn-over riferita sia al costo-standard ed alla flessibilità organizzativa, sia agli obiettivi prioritari di programmazione sociosanitaria della Regione; occorre incentivare l'assunzione di personale **giovane ed in tal senso la possibilità di aumentare l'età pensionabile per i medici a 70 anni rappresenta un serio ostacolo al rinnovamento del sistema sociosanitario. In particolare nel settore della ricerca (IRCCS di diritto pubblico)vi potrebbe essere un ulteriore diminuzione di ricercatori applicando la diminuzione dell'80% di consulenze come previsto dalla legge 122/2010.**
- **salvaguardia dei finanziamenti** per edilizia sanitaria ed attrezzature (indispensabili per mantenere i requisiti di sicurezza e di accreditamento) con particolare attenzione alla valutazione critica della introduzione appropriata di nuove tecnologie ad alto costo ed alla riduzione dei tempi per la realizzazione degli interventi. Si rende inoltre necessaria una attenta valutazione degli effetti dell'applicazione del project-financing in particolare per l'affido dei servizi in outsourcing alle imprese finanziatrici. Sono da prevedere inoltre interventi innovativi come la disponibilità alberghiera ai famigliari per pazienti ad esempio con patologie rare assistibili presso centri di eccellenza
- **sviluppo dei sistemi di rete sanitaria e socio-sanitaria** con i principi ispiratori del “prendersi cura” e “mettere in rete in modo che il lavoro svolto in una sede sia reso disponibile anche per un'altra e da questo utilizzato,producendo così sinergie in grado di offrire ai pazienti servizi di qualità a costi sostenibili. Questa metodologia di lavoro è valida sia per le attività svolte dai servizi di supporto alle attività sanitarie (es. servizi informativi aziendali), sia per le attività cliniche,diagnostiche ed assistenziali che si svolgono in rapporto diretto con i pazienti”.
- **sostegno della rete di prevenzione** con riferimento al piano nazionale della prevenzione 2010-2012 che stima in 100.000 morti evitabili/anno con azioni preventive e di promozione della salute. Recenti stime (Forum Sanità Ambrosetti novembre 2010) indicano che oltre 1 miliardo di euro investito in prevenzione può determinare un risparmio di oltre 3 miliardi di euro nella spesa per il SSN ed attualmente il nostro SSN è in controtendenza rispetto ad altri sistemi sanitari occidentali che hanno aumentato gli investimenti in prevenzione. Azioni misurabili di prevenzione e promozione della salute possono essere avviate per corretti stili di vita e per ridurre fattori di rischio ambientali. In particolare il miglioramento delle condizioni ambientali (non solo il traffico auto veicolare ma anche inquinamenti da rifiuti di aree cittadine destinate a insediamenti residenziali) nell'area metropolitana milanese anche come obiettivo di salute, può essere un tema centrale nella prossima competizione elettorale a Milano.
- **sostegno della rete riabilitativa** per ridurre le disabilità dovute alle patologie cronicodegenerative e conseguente recupero della massima autosufficienza e contestuale sviluppo dei supporti telematici per il controllo dei pazienti cronici (es. scompenso cardiaco) favorendo migliore della qualità della vita e riduzione degli episodi di riacutizzazione con risparmio della spesa sanitaria dovuta a ricoveri evitati.

### **Integrazione fra Ospedale e territorio - continuità assistenziale**

Il Rapporto di legislatura,curato da IRER e pubblicato nel gennaio 2010, afferma nel capitolo 6 Area sociale:

“...Diverse tipologie di malati affetti da patologia cronicodegenerativa e ricoverati in ospedale per una problematica acuta, al momento della dimissione necessiterebbero di essere inseriti temporaneamente all'interno di una struttura territoriale che li supporti nel rientro all'interno del nucleo famigliare e della società. Questo sistema non viene in genere attuato e spesso accade che malati cronici rimangano in appropriatamente ricoverati in ospedale,anche dopo la risoluzione del quadro acuto,gravando in questo modo pesantemente sui bilanci delle struttura di secondo livello (n.d.r ospedali). Viceversa può accadere che,al momento della dimissione dalla fase acuta (al termine di un periodo mediamente ridotto rispetto al passato) il paziente e la sua famiglia non siano

adeguatamente accompagnati nel percorso di accadimento della cronicità o riabilitazione conseguente la cura ospedaliera. Quella che si impone, in questi casi sempre più numerosi e complessi, è la necessità di garantire un' adeguata continuità assistenziale, attraverso l'integrazione ospedale e territorio, anche come modalità attraverso la quale ricomporre un'integrazione socio-sanitaria più volte posta come obiettivo strategico da parte del governo regionale. ...”

Il rapporto prosegue citando:

- la programmazione di sperimentazioni per un livello intermedio di cure con due linee di intervento, tecnologie di assistenza a distanza (es. telemedicina, teleconsulto) e valorizzazione di strutture e soggetti pubblici e del privato sociale per il supporto assistenziale (istituzionalizzato e domiciliare)
- attivazione dell'ospedalizzazione domiciliare in alcune ASL per malati terminali (tumoriali e non)
- il ricorso improprio al pronto soccorso, in particolare per gli anziani, con un fenomeno di *revolving door*: pronto soccorso-domicilio pronto soccorso-domicilio.

L'analisi è corretta, evidenzia la più importante criticità del sistema socio-sanitario lombardo e certifica la frattura fra prevenzione, cura e riabilitazione.

La causa principale di questa criticità è la divisione esistente fra erogatori (principalmente strutture di ricovero) ed ASL la cui funzione strategica è programmare, acquistare e controllare le prestazioni.

Il sistema, che privilegia logiche economiche, diminuisce il tempo delle degenze ospedaliere, sia acute che riabilitative, a fronte di un invecchiamento della popolazione che determina una maggiore incidenza di malattie cronico-degenerative e di non autosufficienze. Il riequilibrio dovrebbe essere fornito da una robusta rete territoriale di presa in carico del cittadino sia per assistenza primaria che domiciliare, attualmente frammentata (basti pensare allo scarso sviluppo dell'associazionismo fra medici di medicina generale e al precario rapporto con l'assistenza ospedaliera e specialistica).

Occorre realizzare centri sanitari integrati in grado di fornire:

- assistenza primaria (nell'arco di 12 ore fra le 8 e le 20), favorendo l'associazionismo fra medici di medicina generale
- assistenza specialistica ambulatoriale con centro prelievi
- continuità assistenziale (nell'arco delle 24 ore) con presenza di diagnostica radiologica con sistema di connessione con il presidio ospedaliero di riferimento
- primo intervento in grado di intercettare e trattare pazienti prevenendo l'uso improprio del pronto soccorso e consentire ai presidi ospedalieri di svolgere assistenza per acuti e per intensità di cura.
- Tale proposta richiede una riorganizzazione dell'attuale sistema.

**I comuni** sono spesso testimoni della citata criticità sulla continuità assistenziale con scarse capacità di intervento: deve essere riacquisita una loro piena funzione di garanti e di “tutela” nei confronti del sistema socio-sanitario, con un maggiore potere di indirizzo nei confronti delle ASL, le quali dovrebbero tornare a svolgere un proprio ruolo erogatore nella presa in carico, recuperando la gestione di alcuni servizi, quali la psichiatria e la specialistica territoriale, che, dopo essere stati impropriamente affidati alle aziende ospedaliere, hanno visto l'arresto del loro necessario sviluppo ed il loro arretramento.

Tali aree del sistema sono in stato di particolare sofferenza, la loro riorganizzazione centralistica, successiva al trasferimento agli ospedali, ha impoverito l'offerta.

Ancora più drammatica la situazione che si è venuta a creare nelle RSA, oggi impropriamente usate anche per accogliere cronicità e lungodegenze, indipendentemente dall'età anagrafica, alle quali Comuni ed ASL non sono in grado di garantire adeguata assistenza a livello territoriale.

### **Per servizi di cura che partano dalla persona**

Mettere la persona al centro non può essere solo un orientamento culturale o uno slogan, deve diventare un impegno preciso di chi programma e gestisce la sanità. Questo per due motivi

essenziali: non può esistere qualità assistenziale se non partendo dai bisogni del cittadino che necessita di cure e non si può pensare di mantenere in equilibrio i costi del sistema sanitario se non ripensando i servizi in una logica integrata, in cui la persona sia il punto di riferimento di interventi sociosanitari effettivamente commisurati al bisogno.

Il crescere dell'età della popolazione, lo sviluppo di nuove cure che allungano la vita e con essa le necessità di assistenza, la cronicizzazione di molte malattie, la possibilità di intervenire molto precocemente su alcune gravi patologie sono tutti elementi che costringono a ripensare il sistema sanitario in una logica più allargata, che oltre a ricomprendere le prestazioni tradizionalmente sanitarie (esami diagnostici, esami specialistici, ricoveri ospedalieri, farmaci, ecc.) dia maggiore rilevanza alla prevenzione e comprenda prestazioni che oggi vengono considerate accessorie e fatte rientrare nel campo dell'assistenza.

Mettere la persona al centro significa sostanzialmente governare compiutamente tutto l'arco dei servizi che consentono al cittadino di trovare la migliore risposta alla sua esigenza di salute: a partire da una corretta informazione, essenziale per evitare che siano trascurati sintomi importanti o che siano tenuti comportamenti pericolosi per la propria e altrui salute, continuando con un accesso agevole, informato e democratico ai servizi, ad una diagnostica equamente garantita da una corretta interpretazione dei LEA, ad una cura di qualità, a un effettivo accesso ai farmaci che servono al paziente, ad una riabilitazione completa e ad un sostegno dei servizi di supporto necessari nella fase successiva alla cura dell'evento acuto o nella cronicizzazione della malattia.

Quest'ultima è forse la sfida più complessa e importante: ripensare le cure alla persona non considerando solo i LEA, ma cominciando a ragionare anche in termini di integrazione tra LEA e LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) il corrispettivo sociale del livello minimo di prestazioni da assicurare al cittadino. Sino a oggi i LEP sono stati completamente frenati dall'assenza di possibili finanziamenti, ma questo è in gran parte dovuto al fatto che si continua a distinguere tra sanità (LEA) e assistenza (LEP), assicurando solo alla prima lo status di diritto e quindi la gran parte dei finanziamenti. Il cittadino invece è uno, e il suo diritto a esser curato non può finire dove inizia la necessità di assistenza, soprattutto oggi che sempre di più la malattia sfocia in un bisogno assistenziale di lungo periodo. L'integrazione socio-sanitaria non è solo un diritto del cittadino, è anche una necessità di chi amministra, poiché solo con un ripensamento dei finanziamenti non più per competenza (sociale/sanitario) ma come un *unicum* in risposta al bisogno effettivo, si potrà assicurare risposte mirate al bisogno, ottenendo non solo efficacia e qualità della cura, ma anche efficienza ed economicità dei servizi.

## **Piano socio-sanitario regionale 2010-2014 e Regole di Sistema 2011: una lettura critica**

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), recentemente approvato, traccia le linee di politica sanitaria e sociosanitaria che dovrebbero essere attuate nei prossimi cinque anni. Per ogni ambito, dalla prevenzione alla riabilitazione, con una minuziosa elencazione di settori, specialità, singoli aspetti del sistema sanitario il PSSR dichiara delle intenzioni e, talvolta, enuncia degli obiettivi, anche condivisibili.

I contenuti del Piano sono, però, d'assoluta genericità; si rileva, in particolare la mancata definizione di priorità nei singoli settori, l'assenza di ogni descrizione concernente gli interventi e la programmazione che s'intende attuare per raggiungere gli obiettivi dichiarati, nonché di standard e d'indicatori di misura. Infine, ma questa carenza è particolarmente grave, sono totalmente assenti delle puntuali indicazioni sulle risorse economiche che si metteranno in campo. Questo, per altro avulso da un contesto di crisi diffusa che vedrà molti settori, fra i quali anche quello sociosanitario, in una situazione di forte contrazione delle risorse.

Un altro punto critico, di ordine generale, è la previsione che il Piano sia aggiornato annualmente insieme al Documento di programmazione economico-finanziaria, e che sia la Giunta Regionale a decidere quale stanziamento economico destinare al raggiungimento degli obiettivi. Infatti, con l'approvazione successiva delle regole di sistema, sono già stati introdotti importanti cambiamenti all'organizzazione, consolidando una modalità di gestione che riduce i margini di decisione e controllo da parte del Consiglio regionale.

L'intenzione di apportare consistenti cambiamenti al sistema, peraltro, è enunciata nel PSSR, che giudica indispensabile una "riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e una razionalizzazione e ottimizzazione della rete ospedaliera", senza fare un'analisi del perché i mutamenti siano necessari e senza ulteriori indicazioni su che cosa si intenda fare.

E' importante sottolineare che al termine della precedente legislatura il Governo regionale ha tracciato un bilancio della propria attività e, forse per la prima volta (vedi rapporto IRER), ha ammesso che nella sanità lombarda dovevano essere introdotti importanti correttivi, in particolare ha riconosciuto il problema della mancata continuità assistenziale, quella frattura esistente tra l'ospedale e il territorio che fa sì che pazienti, dimessi sempre più presto da ospedali che si occupano ormai quasi esclusivamente della fase acuta della malattia, si trovino in una situazione di abbandono, privi di una efficace organizzazione di cure intermedie e, ancor più di assistenza per malattie croniche.

Sia il Piano regionale di sviluppo che il PSSR riaffermano la centralità dell'azione regionale. L'Amministrazione regionale negli ultimi anni si è riservata tutte le decisioni strategiche relative all'intero sistema sanitario e socio-sanitario e alle singole strutture. La cosiddetta autonomia aziendale di ASL e Ospedali è nominale ed emerge solo quando si debbano condividere responsabilità, magari di ordine economico-erariale o addirittura penali.

Rilevante, a tale proposito, il ruolo svolto da alcune società regionali, Infrastrutture Lombarde, Lombardia Informatica, Finlombarda che, nei fatti ha eliminato la libera competizione nella gestione degli interventi di edilizia sanitaria, nell'acquisto di apparecchiature, nella gestione dei bonifici tanto che persino il Ministro del Tesoro ha avviato un'indagine sulle modalità di assegnazione di appalti ad Infrastrutture lombarde.

In sintesi, la Regione ha ammesso alcune difficoltà del sistema, per molti settori ha individuato obiettivi condivisibili e ambiziosi, si è sbilanciata in tante promesse che l'attuale scarsità di risorse rende problematico raggiungere.

### **Rete ospedaliera e continuità assistenziale**

Il PSSR affronta l'argomento prevedendo la creazione di strutture di degenza sub-acuta e post-acuta, che utilizzeranno tecnologie avanzate della "telemedicina, della teleassistenza del teleconsulto": si parla di nuove Unità di offerta: si tratta di nuovi ospedali? di ospedali esistenti riconvertiti? dei piccoli ospedali che oggi rappresentano un problema per il sistema non garantendo una adeguata sicurezza delle cure a fronte di costi certi e, spesso, elevati? Non è indicato, e non è neanche indicata la metodologia che si intende seguire per arrivare a definire le caratteristiche che tali nuove strutture dovranno avere, la loro distribuzione sul territorio in termini di risposta a bisogni rilevati, gli accordi che si intendono raggiungere con le diverse parti interessate, e, ancora una volta, quale possibilità concreta di realizzazione esista a fronte delle scarse risorse disponibili. Alcune indicazioni più esplicite sono contenute, invero nelle regole di sistema e non è affatto detto che vadano nella giusta direzione. In quest'ultimo documento, viene esplicitato come obiettivo prioritario il consolidamento e la necessaria riduzione del contributo alle aziende pubbliche, un'attenta riflessione sul ruolo e le attività erogate dai piccoli ospedali ed una previsione di diminuzione di 1.100 posti letto che peraltro non significa automaticamente la diminuzione dei ricoveri e senza specificare una differenziazione tra acuti e riabilitativi.

La risposta alla necessità di dare continuità alla cura sembra essere la costituzione dei CReG ma nel documento delle regole non è esplicitato il loro valore economico, in modo da comprendere la consistenza dell'intervento per garantire continuità assistenziale, la maggiore criticità del sistema come traspare anche nelle regole proposte.

La proposta di realizzare strutture di dimensione medio-piccola (occorre definire le caratteristiche) per l'attività sanitaria di tipo sub-acuto, deve avere capacità di intervento non solo post-dimissione ma soprattutto come filtro verso l'ospedale destinato a disimpegnare sole degenze appropriate.

L'obiettivo è rilevante (soprattutto come riorganizzazione del sistema) e si sarebbe dovuto trattare nel piano socio sanitario e non solo nelle regole di sistema che infine sono indicazioni operative per i manager sanitari.

Infine il riordino della rete ospedaliera (studio CRISP Bicocca di cui non si conoscono i contenuti e i risultati) potrebbe essere da solo il più importante obiettivo di pianificazione del sistema (l'ultima pianificazione ospedaliera risale al 1974) e dovrebbe essere adeguatamente trattato nel PSSR. Lo

stesso riordino dovrebbe tenere conto delle indicazioni del PSN con particolare attenzione alle criticità dei piccoli ospedali e del percorso nascita (tema non trattato nelle regole di sistema sia sanitario che sociale) con riorganizzazione dei punti nascita.

Inoltre il piano degli investimenti per l'ammmodernamento della rete sanitaria ha accusato gravi ritardi nell'utilizzo dei fondi, che, nella nostra regione si è accompagnato ad un massiccio ricorso del project financing totalmente delegato al privato e in assenza di programmazione e controllo.

Nel piano si prospetta il persistente utilizzo di questa tipologia di finanziamento. Con quali strumenti si pensa di vincolare l'utilizzo di questo istituto finanziario ad una reale esigenza della collettività piuttosto che a scelte di carattere privato?

A questo si aggiunge che il definanziamento degli interventi di edilizia sanitaria previsto dalla manovra finanziaria potrebbe corrispondere (per la Lombardia) alla mancata disponibilità delle risorse non ancora impegnate stanziare dal Governo Prodi (VI accordo integrativo mai sottoscritto dal MEF). Anche l'ultimo annuncio, da parte del Governo, di voler mettere a disposizione i fondi FAS per garantire gli interventi riguardanti l'edilizia sanitaria non tutelerà certamente i nostri territori. Questa perdita nella realtà comporta il mancato adeguamento strutturale, impiantistico e di sicurezza, ai requisiti di accreditamento richiesti per le strutture ospedaliere pubbliche.

### **Cure primarie e assistenza ospedaliera**

Anche per quanto riguarda le proposte sulla Medicina Generale il PSSR presenta una certa vaghezza: si parla di Unità Complesse di cure primarie "punto privilegiato d'accesso all'assistenza sanitaria di base", di che cosa si tratta? Come si inseriscono nell'organizzazione oggi esistente? Per una moderna ed efficace assistenza territoriale si deve puntare non sui singoli Medici di Medicina Generale, bensì sui Servizi di Medicina Generale del territorio dove i professionisti operino in modo associato ed organizzato, a cura delle ASL e degli EELL, in stretta collaborazione con gli ospedali e le strutture socio-sanitarie e sociali. E' bene che in questo straordinario e decisivo settore della assistenza sanitaria di base e distrettuale sono impegnate rilevanti risorse economico-finanziarie: il 52% della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda, poi, l'assistenza ospedaliera si scopre, 20 anni dopo il Servizio Sanitario inglese, che è opportuno organizzarla per intensità di cure (dalla "high" alla "low" care). Che si intende fare in concreto? Si intende applicare questa specie di rivoluzione su tutti i 200 ospedali pubblici e privati (accreditati) della Lombardia? Per avere chiarezza sulla riorganizzazione che la Regione dichiara di volere attuare è indispensabile che siano declinati criteri, standard di riferimento e indicatori di misura per consentire di comprendere e controllare il cambiamento.

### **Politiche del personale**

Merita di essere segnalato un altro ripensamento tardivo della Regione, riportato nel PSSR, che riguarda la politica del personale. Il Piano parla della necessità di considerare il personale non una "spesa" bensì un "investimento", specie se ci si riferisce ai giovani. La Lombardia, per molti anni, ha bloccato le assunzioni di personale e ridotto al minimo il turn-over: questa è stata la manovra che più di ogni altra ha consentito alla Regione di raggiungere un bilancio economico attivo. Le conseguenze di questa politica si vedono, però, nella situazione del personale di seguito descritta:

- il numero di medici ed odontoiatri è il più alto del Paese (12686 pari a circa il 12% di medici e odontoiatri italiani anno 2006) con il tasso per 1000 abitanti più basso d'Italia (1,33 vs 1,8 di media nazionale);
- il dato del personale infermieristico ricalca quello medico, con 35575 infermieri (13% del dato nazionale) ed un tasso per 1000 abitanti di 3.74 (nazionale 4.50); (dati IRER Lombardia 2010 rapporto di legislatura);
- la Lombardia (con Trento-Bolzano ed il Veneto) ha il maggiore aumento dell'età media del proprio personale fra il 2001 ed il 2006 (fra 3.4 e 3.7) essendo nel 2001 fra le Regioni con età media più bassa; (rapporto OASI 2001 CERGAS SDA BOCCONI).

Per quanto riguarda il turn-over del personale le ultime notizie in merito alla manovra finanziaria (fonte Ministero della Funzione Pubblica) sembrano scaricare sulle regioni l'onere della decisione nel

merito del personale sanitario. E' però ormai assodato che, in mancanza di risorse un ulteriore blocco potrebbe risultare inevitabile con la conseguenza che, malgrado le intenzioni della Lombardia, fra il 2011 ed il 2013, si potrebbe determinare una sensibile riduzione del personale medico ed infermieristico del servizio sanitario regionale, con effetti maggiori nelle aree storicamente più deboli (es. prevenzione, continuità assistenziale).

Ci si deve chiedere se i contenuti del PSSR saranno rispettati, e se su questo aspetto la Lombardia farà valere a livello romano le proprie ragioni (pareggio di bilancio) e la propria autonomia, ma, in particolare, è necessario che il PSSR preveda la risorsa necessaria per mantenere uno standard di personale che consenta la realizzazione degli obiettivi dichiarati.

Il Piano contiene un capitoletto relativo ad un utilizzo più esteso di medici specializzandi nelle strutture ospedaliere che crea qualche inquietudine: sappiamo infatti che già oggi alcuni reparti basano il loro buon funzionamento, per quanto riguarda il personale medico, sulla presenza degli specializzandi. E' del tutto corretto che la Regione programmi con l'Università il numero di specialisti necessari per le diverse branche, ma il periodo di formazione non deve mai trasformarsi in una supplenza di quelle che sono le carenze di personale delle strutture.

Per quanto riguarda questo punto si segnala, inoltre, che il rapporto con le università lombarde, come descritto dal PSSR, non appare sufficiente per garantire una migliore preparazione dei professionisti da impegnare nel SSN per una efficace assistenza e per una reale promozione della salute specie nei confronti delle malattie di maggiore rilevanza sociale. Le situazioni più carenti, anche nel campo della programmazione, si verificano in alcune specializzazioni mediche e nella formazione di un numero adeguato di laureati in scienze infermieristiche. Inoltre, la formazione dei laureati e degli specialisti non deve riguardare solamente le Aziende ospedaliere, ma anche le Aziende Sanitarie Locali, come accade, già oggi, nelle realtà più avanzate.

## **Prevenzione**

Per quanto riguarda la prevenzione il quadro tracciato si presenta piuttosto carente.

Per alcuni settori gli obiettivi previsti sono di solo mantenimento, quasi si fosse già raggiunta una situazione ottimale. Questo non corrisponde alla realtà: basti citare la situazione di alcune vaccinazioni (antimeningococcica, antipneumococcica, antipapilloma virus), nettamente meno praticate in Lombardia rispetto ad altre Regioni. Le vaccinazioni efficaci devono essere incentivate e attivamente promosse, mentre la Lombardia si limita al solo acquisto dei vaccini. Su altri settori il PSSR elenca degli indicatori che dovrebbero essere tenuti sotto controllo per valutare la bontà degli interventi realizzati, ma non si indicano obiettivi specifici, né sono riportate proposte concrete.

Inoltre, dai dati che emergono dal Ministero della Salute, che ha analizzato e pubblicato un paio di mesi fa le performance sanitarie di tutte le regioni a confronto per provare a costruire i costi standard della sanità annunciati dalla riforma del federalismo fiscale, il "pagellino" della Lombardia lascia a desiderare infatti il Grado copertura vaccino antinfluenzale per anziani vede la Lombardia 16° posto, l'Adesione allo screening mammografico al 10° e allo screening colon retto al 9° posto.

Nel Piano si prevede, correttamente, che i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinari siano inseriti in un moderno sistema della qualità, della certificazione e dell'accREDITAMENTO all'eccellenza. Non si capisce perché la Giunta Regionale non imponga lo stesso obbligo anche per i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione Medici.

All'interno del capitolo sulla prevenzione è trattato anche il fenomeno dell'abuso di sostanze, e si riportano le indicazioni europee sui risultati ottenuti là dove è alta l'integrazione fra servizi sanitari, sociali, educativi. La nostra Regione si è distinta in questi 15 anni di Governo di centro-destra in una sistematica azione di frammentazione della rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari. I servizi per le dipendenze si sono impoveriti di personale a fronte di una crescita del fenomeno tra i giovani e non solo. Ricostruire non sarà facile, ma comunque auspicabile.

Anche nel documento delle regole, la prevenzione sembra relegata ad un ambito residuale, nonostante autorevoli indicazioni (es. al recente Forum Ambrosetti Sanità) sottolineano che un investimento pari ad un miliardo di euro in prevenzione può generare un risparmio di oltre 3 miliardi di euro nel fondo sanitario e che l'Italia è in controtendenza rispetto al resto dei paesi occidentali, per quanto riguarda gli investimenti in prevenzione.

Non rilancia sul rapporto ambiente/salute ed erroneamente identifica come prevenzione primaria gli screening. Su questo tema l'ultimo documento approvato dalla Giunta è il piano della prevenzione ancora da vagliare e su cui è stato formalmente chiesto, anche da esponenti della maggioranza consigliere, un passaggio in commissione.

### **Sistema informativo SISS**

Nel piano si parla di implementazione del Sistema Informativo Socio Sanitario per realizzare la completa integrazione degli enti socio sanitari, sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico, pagamento ticket, ampliamento e perfezionamento del servizio di prenotazione con possibilità di consultare le agende di tutte le strutture collegate con il SISS, con l'obiettivo ridurre le liste e dei tempi di attesa attraverso l'eliminazione di errori o doppie prenotazioni.

Il progetto della SISS ha ormai 11 anni, nel tempo solo lievitati in maniera considerevoli i costi e la tempistica. Gli obiettivi di questo piano per la Carta sanitaria non introducono novità rispetto al progetto originario, evidenziando come il costo non sia assolutamente commisurabile all'utilità dello strumento. La stima è di più di un miliardo di euro (spannometrica visto che non è mai stato possibile, anche con ripetute interpellanze, avere dati certi tra canoni, addendum vari, rimborsi delle spese sostenute da medici e strutture per aderire al progetto) e c'è un impegno anche per i prossimi tre anni di circa 100milioni di euro l'anno. Di contro l'adesione con richiesta del PIN da parte degli utenti (condizione per poter accedere ai servizi) è ancora parziale. E intanto, come leggiamo in una delibera recente, la carta va già sostituita e rispedita ai cittadini lombardi con un ulteriore impegno di spesa di 25 milioni di euro.

### **Nomine nelle Aziende Sanitarie pubbliche**

Le modalità con cui sono state fatte le nomine dei direttori generali delle ASL e delle aziende ospedaliere, confermano ciò che avevamo sottolineato con uno specifico emendamento, in occasione della discussione del piano socio sanitario.

Il perseguimento degli obiettivi di efficacia, efficienza e trasparenza nel sistema pubblico deve anche riguardare i criteri di nomina del management sanitario e persino della dirigenza clinica. A tale proposito si rende necessaria la definizione di linee guida o di una modifica legislativa specifica, come è stato fatto in Puglia, che improntino la scelta dei direttori generali di ASL, A.O., AREU, a criteri di trasparenza, indipendenza e valorizzazione del merito, anche allo scopo di migliorare qualitativamente e rendere maggiormente efficace il governo della rete sanitaria regionale.

Tali criteri dovranno prevedere un comitato di valutazione delle candidature composto, oltre che da componenti istituzionali, anche da valutatori esterni o terzi con competenze scientifiche e/o manageriali, rappresentanti di istituzioni come il Cergas della Bocconi, il Cerismas della Cattolica, le Scuole di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva della Statale e della Bicocca.

Per rendere più efficace ed efficiente la gestione delle aziende pubbliche si indica che il mandato dei direttori generali abbia la durata di cinque anni ripetibile per una sola volta, fissando inoltre il limite massimo di età a 70 anni.

Per quanto riguarda i criteri di valutazione dell'operato dei direttori, che pure dovranno operare in sintonia con gli obiettivi di politica sanitaria regionale, è auspicabile che la percentuale attribuita al raggiungimento degli obiettivi legata al mandato raggiunga l'80% e lasci una minima percentuale del 20% di valutazione basata sul rapporto fiduciario che lega il dirigente all'Ente che lo ha nominato.

Per quanto concerne infine le cause di rimozione del dirigente, in analogia con quanto avviene nella quasi totalità delle aziende, dovranno essere riconducibili ad azioni oggettivamente ritenute lesive per l'azienda e per i cittadini e quindi verificabili e valutabili sul piano contabile e amministrativo, in qualsiasi caso la Giunta regionale non può effettuare rimozioni o avvicendamenti sulla base di criteri unicamente discrezionali e non verificabili."