

Bozza di documento sulla riforma del SSR lombardo.

Il punto di partenza è il riconoscimento del buon livello di qualità del sistema di welfare in Lombardia, come portato dalla sua storia sociale, testimoniato dalla presenza storicamente radicata nel territorio di Università, Irccs, Ospedali, che ha permesso lo sviluppo di eccellenze che, soprattutto grazie alla professionalità dei loro operatori, attraggono da sempre cittadini provenienti da fuori regione.

Un sistema che risulta però ancora debole nella prevenzione delle malattie non trasmissibili e si colloca nel rapporto ERA tra le sanità italiane circa a metà per le morti evitabili, (dopo il Piemonte e il Molise), quindi presenta ancora margini di miglioramento anche significativi.

Da più parti si riconosce l'esigenza di riformare il sistema, per almeno due ordini di motivi:

- 1) Per gli esiti non positivi della riforma del sistema sanitario attuata nelle precedenti legislature, che confermano le critiche che abbiamo espresso quando la legge 31/97 entrò in vigore:
 - l'introduzione della competizione tra erogatori ha prodotto una crescita non governata di alcune specialità, producendo talvolta un eccesso di offerta rispetto alle reali esigenze del territorio ed uno spostamento di risorse dal pubblico al privato e una distorsione del sistema con un appesantimento del costo dei DRG artificioso in molti casi, privilegiando alcune patologie più remunerative, questo soprattutto nel privato.
 - il governo del sistema è avvenuto attraverso le leve dei tetti di spesa definiti dalle Asl e assegnati ai produttori, il che non sempre ha risposto né ai bisogni di salute della cittadinanza in termini di appropriatezza né alle esigenze, sempre più stringenti, di sostenibilità del sistema;
 - il ruolo delle Asl è stato radicalmente modificato, passando dall'organizzazione e produzione di servizi a quello di programmazione, acquisto e controllo (Pac), confermando il sostanziale indebolimento del territorio, a favore dell'ospedale, che risulta essere il perno attorno a cui gravita tutto, e finendo per privarlo del soggetto che per eccellenza ha il compito di leggere il quadro epidemiologico e di approntare adeguate risposte.

- 2) Per i cambiamenti epidemiologici in atto, questo modello non offre risposte adeguate: l'invecchiamento della popolazione, e l'aumento delle patologie cronico-degenerative e il conseguente aumento della non-autosufficienza, per le quali il solo trattamento in ospedale è a volte inappropriato.

Si è così creato un progressivo scostamento tra una domanda di prestazioni sanitarie, determinata dallo sviluppo delle cronicità che richiede sempre più una capacità di presa in carico e gestione della continuità assistenziale sul territorio ed un'offerta di prestazioni, che invece si è sempre più concentrata sul momento acuto delle patologie, all'interno delle strutture ospedaliere o nei troppi ambulatori privati .

Quando, anche da parte della maggioranza che oggi governa la Regione vengono tracciati i possibili scenari evolutivi del Ssr, si esplicita chiaramente come i cambiamenti di questi anni richiedano un nuovo assetto organizzativo, un riequilibrio tra offerta ospedaliera e territoriale, un vero cambio di paradigma che metta al centro la prevenzione delle malattie. In altri termini viene riconosciuto che il sistema è eccessivamente basato sull'ospedale e necessita di uno spostamento di risorse a favore del territorio con politiche che promuovano la persona soggetto attivo della propria salute.

Anche alla luce delle ricorrenti vicende giudiziarie, che hanno coinvolto in particolare la sanità regionale e portato all'interruzione anticipata della precedente legislatura e che si sono ripresentate recentemente, si è fatta strada la consapevolezza di non potere più governare il sistema come è stato fatto finora.

Il nostro è un sistema in sofferenza: lo testimoniano non solo le difficoltà delle strutture pubbliche a garantire la qualità delle prestazioni, a fronte di una continua riduzione delle risorse e degli organici, ma anche i segnali di crisi che si manifestano nel privato, con chiusure di attività e licenziamenti.

Noi siamo convinti che sia sempre più urgente l'esigenza di attuare una riorganizzazione profonda e complessiva del sistema, a partire dalla "governance" del Ssr, ridefinendo il ruolo dei diversi livelli istituzionali – Regione e Comuni – e delle aziende sanitarie – Asl e Ao - garantendo trasparenza, una più incisiva capacità programmatica, correttezza amministrativa e maggior controllo sull'attività degli erogatori.

La Regione.

È il livello istituzionale che, in concorso con lo Stato, ha la responsabilità della tutela della salute dei cittadini, attraverso l'erogazione dei Lea.

La Regione, valutando anche l'ipotesi di Agenzie, deve svolgere un ruolo di indirizzo e di programmazione, deve individuare i bisogni esistenti ed emergenti, disegnare le aree di intervento e indicare le azioni da sviluppare, garantendo l'universalità nell'accesso nel rispetto dei diritti di cui le persone sono titolari.

Riteniamo che l'unificazione dei due Assessorati – Salute e Famiglia – possa rappresentare una maggior garanzia di integrazione dei sistemi sanitario e sociale, sostenendo così con più forza la necessaria azione di superamento di ogni logica di separatezza anche nel territorio.

La Regione ha il compito di programmare le reti di offerta, decidere i volumi complessivi di produzione necessari per soddisfare il fabbisogno, in relazione agli

obiettivi di salute, indirizzando l'utilizzo delle risorse disponibili e controllare costantemente la corrispondenza tra le prestazioni erogate e il quadro epidemiologico regionale.

L'Asl.

A livello locale la ASL dovrà essere il soggetto responsabile della programmazione sanitaria in stretto contatto con le realtà locali che devono concorrere concordando la programmazione affinché risponda alla domanda dei bisogni di salute del territorio e sappia integrare l'attività sanitaria e sociosanitaria del territorio e preveda nella fase di stesura la fattiva partecipazione dei Comuni e delle forze sociali a partire dai piani di Zona.

Il rafforzamento del ruolo programmatico delle ASL e delle realtà locali in campo sanitario e sociosanitario deve procedere di pari passo con il rafforzamento della capacità di programmazione dei piani sociali di zona; la lettura dei bisogni di salute e la programmazione delle risposte deve trovare integrazione con la capacità di lettura dei bisogni sociali dei territori e della programmazione sociale dei comuni, senza gerarchizzazione dei ruoli.

Le ASL e gli Enti locali devono governare l'integrazione dei servizi e la presa in carico del cittadino; proprio nell'ottica di fornire una risposta integrata e di presa in carico dei bisogni.

A tal fine è importante che si ricomponga l'unitarietà del sistema, a livello delle aziende sanitarie territoriali, che l'Asl riassuma il ruolo di gestione dei presidi ospedalieri per acuti, delle strutture e/o dei p.l. per sub-acuti e dei presidi ospedalieri riconvertiti in servizi territoriali (comunque si vogliano chiamare: Centri territoriali, Centri sanitari H24, Case della salute, ecc...).

Dalla centralità dell'ospedale a quella del territorio.

La separazione tra ospedale e territorio ha accentuato la separazione tra gli stessi servizi sanitari, tra questi ed i servizi sociosanitari e sociali ed ha quindi reso difficile la continuità assistenziale.

Noi pensiamo a un sistema integrato e continuo ospedale/territorio, in cui quest'ultimo risponde ai bisogni che non trovano soddisfazione nel polo ospedaliero o a quei bisogni cui l'ospedale fornisce risposte in maniera inappropriata e senza valore aggiunto rispetto al territorio.

Il territorio, ed in particolare il distretto, al cui interno si colloca la casa della salute, devono diventare il luogo in cui i servizi sanitari e sociali si integrano, con particolare riguardo alle aree degli anziani, dei minori, dei disabili, della salute mentale, delle dipendenze e delle categorie più fragili.

Il potenziamento del ruolo del distretto, al cui interno c'è la casa della salute, è il presupposto indispensabile per una politica sociosanitaria che voglia svilupparsi sul

territorio. In questo caso la casa della salute e più specificamente il distretto, come affermato nell'art. 14 della l.r. 33/2009 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) ha infatti il compito di “garantire il diritto di accesso all'insieme dei servizi offerti e la continuità assistenziale nei diversi luoghi di trattamento”

Il distretto, in cui si situa la casa della salute, è la sede naturale della risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, della gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria, capaci di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.

Il distretto, all'interno del quale sorge la casa della salute, è inoltre il luogo in cui si può realizzare un concorso positivo delle diverse realtà istituzionali (in particolare i Comuni), delle realtà associative presenti nel territorio (volontariato, associazionismo, privato sociale,...) e delle forze sociali, a partire dal sindacato, alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla realizzazione dell'obiettivo costituzionale della tutela della salute.

Centri H24 - Case della Salute.

È a tutti evidente il fatto che lo stesso processo in corso di riorganizzazione della rete ospedaliera, che passa attraverso un ridimensionamento dell'offerta specialistica (alte specialità, punti nascita, ecc...), con il superamento di doppioni e di presidi sottodimensionati e scarsamente utilizzati, potrà essere realizzato e socialmente accettato solo a condizione che alla popolazione dei territori interessati si sappia offrire un'alternativa credibile, perché qualificata ed affidabile.

I modelli, già operativi in altre regioni, cui guardare non mancano (Case della salute, Centri H24, Centri di assistenza territoriale/distrettuale,...), la cosa importante per noi è che si individui un luogo chiaramente riconoscibile, che offra la continuità delle cure, unificando l'offerta attualmente dispersa sul territorio in una miriade di punti di erogazione, che richiedono una faticosa ricerca di risposte da parte del cittadino, che è costretto a ricucire ed integrare tutto quello che magari nel territorio esiste, ma è diviso e sconnesso.

Si tratta di dare una nuova identità al territorio: non più luogo di erogatori disseminati, ma punto di riferimento e di ricomposizione dei percorsi di cura.

Il modello che proponiamo, perché secondo noi risponde con maggiore aderenza a questa esigenza di ricomposizione dell'offerta sociosanitaria nel territorio, è quello della Casa della Salute, che è già stato sperimentato in alcune Regioni, è quindi un modello già testato, che risponde alla necessità di offrire una risposta credibile come alternativa all'ospedale, perché riconoscibile e affidabile.

Nella Casa della Salute, presidio del Distretto, devono essere previste soluzioni organizzative che facilitino l'accesso dei cittadini ai servizi, dalle cure primarie alla specialistica di I livello, alla gestione della non autosufficienza e delle cronicità, alle

attività di igiene e prevenzione, alle attività consultoriali per le donne, la famiglia e l'infanzia, ai servizi per la salute mentale, le dipendenze e l'handicap.

Di fondamentale importanza è il coinvolgimento dei medici di medicina generale, le cui forme associative (AFT e UCCP) vanno promosse, sostenute e integrate, in connessione con la continuità assistenziale, nell'attività di cure primarie.

Tutto ciò è finalizzato a garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso in termini di orari più flessibili, estesi ove possibile alle ore serali andando incontro ad un'esigenza dei cittadini, in particolare i lavoratori, anche in un'ottica di determinare una riduzione delle liste di attesa.

Siamo convinti che per affrontare il nodo dei tempi di attesa, eccessivamente lunghi per molte visite e prestazioni specialistiche non siano sufficienti interventi estemporanei come quelli recentemente attuati, con l'apertura serale di alcuni ambulatori ospedalieri, ma che siano necessari interventi di riorganizzazione, che prevedano una dotazione adeguata di attrezzature e professionalità negli ambulatori specialistici, invertendo la tendenza di questi anni ad un continuo ridimensionamento degli organici, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni di 1° livello anche nella Casa della Salute.

È necessario creare le condizioni anche organizzative per passare da una "medicina di attesa" alla "medicina di iniziativa", un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non è passivo, ma "va incontro" al cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino e si basa sull'interazione tra il cittadino (soggetto attivo della propria salute) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari, attraverso interventi di prevenzione ed educazione alla salute per prevenire e migliorare la gestione delle malattie croniche.

L'integrazione sociosanitaria e la domiciliarità.

L'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali dovrebbe porre al centro:

- L'integrazione in termini di governance, a tutti i livelli a partire da quello regionale, dei PDZ e l'integrazione efficace delle risposte ai bisogni complessivi degli utenti.
- La presa in carico pubblica e globale delle persone con garanzia di un accesso integrato ed universale al sistema. Per farlo è necessario creare quindi un luogo unico di accesso visibile, uno sportello unico per il welfare; rimane da chiarire la relazione con quanto sino ad oggi sperimentato e attuato (Punti unici di accesso, Punti unici disabili, Cead) con i Centri famiglia quali luoghi di accesso al sistema e presa in carico della famiglia.
- Il Potenziamento di tutti quei servizi a partire dall'ADI e il SAD ma non dimenticando le ADP che permettono il mantenimento delle persone al loro domicilio anche in situazioni di fragilità.

- Vanno realizzati i percorsi collegati con le Dimissioni Protette , le rete delle cure oncologiche .
- Vanno previsti processi di integrazione tra medicina del territorio e ospedale facendo in modo che siano gli operatori e gli specialisti che si muovono più che i pazienti.
- Vanno potenziati i servizi di telemedicina per la domiciliarità ma anche nelle diverse strutture residenziali, semiresidenziali e di sorveglianza quale il telesoccorso.
- Vanno realizzate e diffuse risposte diverse come gli alloggi protetti.
- La disabilità legata alle patologie psichiatriche o di disagio psicologico richiedono, per un'effettiva presa in carico, un potenziamento della rete territoriale dei CPS oggi decisamente sotto organico per far fronte ai bisogni peraltro sempre più crescenti e complessi (es. doppie diagnosi).
- Vanno sostenute le famiglie e i *caregiver* , anche prevedendo sostegni di tipo economico come recentemente previsto dalle con le due delibere regionali 740 e 856 del 2013 e completato celermente l'iter della legge sull'assistenza familiare professionale.
- Va promosso la realizzazione della cartella clinica informatizzata che permetta lo scambio di informazioni tra tutti gli attori del sistema .

La Prevenzione.

Lo sviluppo di politiche di prevenzione è la vera leva strategica e fondamentale per il contenimento delle patologie cronic-degenerative, in particolare attraverso la promozione di stili di vita sani.

Il luogo privilegiato delle politiche di prevenzione attiva e di promozione della salute è la casa della salute che proponiamo, dove attuare interventi di educazione sanitaria, sviluppare e potenziare i programmi di screening, attraverso il pieno coinvolgimento dei MMG.

Particolare attenzione deve essere data all'attuazione del Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, recentemente aggiornato.

La riorganizzazione del Sistema Ospedaliero e il rapporto pubblico/privato.

La riorganizzazione del sistema ospedaliero lombardo, finalizzato alla realizzazione di un sistema a rete per l'assistenza ospedaliera che garantisca una copertura omogenea sul piano territoriale, per le diverse tipologie di assistenza, per l'acuzie, sub acuzie, post acuzie. Di particolare importanza l'offerta delle cure intermedie, che dovranno essere a tutti gli effetti comprese nei Lea e quindi gratuite.

Inoltre, nel processo di riorganizzazione va riconsiderato il rapporto pubblico/privato, nel senso che la programmazione regionale deve definire qualità e tipologie dei servizi, per perseguire l'obiettivo generale di assicurare una risposta adeguata e

appropriata ai bisogni, integrando le prestazioni di tutte le strutture del sistema e ponendo fine alla competizione incontrollata e promuovendo una fattiva collaborazione tra pubblico e privato in nome di una integrazione, in un orizzonte di riequilibrio, invertendo la logica di penalizzazione del pubblico.

La regia.

Si pone però la questione di chi assume la regia dei servizi presenti sul territorio. Le soluzioni possibili sono diverse.

- Il territorio potrebbe essere organizzato come una propaggine dell'ospedale. Sarebbe però un'occasione persa perché, in questo caso, non darebbe adeguate risposte ai bisogni sociosanitari, non avrebbe gli strumenti necessari per integrarsi con gli altri soggetti a partire dagli enti locali e, soprattutto, difficilmente riuscirebbe a leggere bisogni complessi come quelli che sono presenti oggi. Se la complessità dei bisogni va crescendo è necessario attrezzare il sistema affinché riesca a leggere tali bisogni, a intercettarli e a soddisfarli attraverso un sistema diffuso di interventi integrati.
- La seconda soluzione attribuisce la responsabilità anche gestionale del livello territoriale all'Asl e Enti Locali, che interviene attraverso i distretti. Ci sembra questa la soluzione più razionale, che riconosce all'Asl e agli Enti Locali la responsabilità primaria nella tutela della salute dei cittadini, attraverso la garanzia dell'erogazione dei Lea.

L'esigenza di garantire una distinzione fra le funzioni di produzione e di controllo anche a livello territoriale non deve necessariamente comportare un'esternalizzazione ed una privatizzazione dei servizi e di tutte le attività di erogazione diretta di prestazioni da parte delle Asl, come è avvenuto nella nostra regione, con la trasformazione delle Asl in Pac.

Personale

Tutte le professionalità e le professioni che hanno sino ad ora garantito i livelli di eccellenza ed efficacia saranno chiamati ad ulteriori sforzi ed a complessi processi d'integrazione. Vi saranno inevitabili importanti ricadute in un'operazione di riordino della rete, sugli operatori, sui modelli organizzativi e sui servizi. A questa operazione di riordino dovrebbe essere legato l'accordo sulle RAR per l'anno 2014, con l'obiettivo del recupero del 15% di taglio operato sulle risorse disponibili nel 2013. Dopo il processo di stabilizzazione dei precari con gli accordi del 2008 e del 2009, occorre una nuova stagione che rilanci l'occupazione nelle strutture pubbliche del SSR, a partire da una ricognizione precisa che fotografi la situazione analiticamente,

per singola struttura, evidenziando inoltre l'insieme delle tipologie contrattuali utilizzate.

Non è più rinviabile un confronto di merito che affronti il tema dei CCNL applicati nelle strutture pubbliche e in quelle private accreditate che operano nel sistema sanitario e del welfare nella nostra Regione, anche alla luce delle oramai sempre più frequenti situazioni di crisi occupazionale. Si rende necessario definire un accordo quadro di linee di indirizzo per la contrattazione aziendale, in attesa dell'emanazione, a livello nazionale, dei contratti di settore, che renda omogenea l'applicazione del CCNL nelle diverse strutture del welfare lombardo.

Si rendono necessari interventi a salvaguardia dei livelli occupazionali, innanzitutto con riguardo alle ricadute legate a:

- gare di appalto, per le quali la modalità di assegnazione degli appalti all'offerta economicamente più vantaggiosa e non al massimo ribasso non è purtroppo stata sufficiente a fermare le continue azioni di contenimento del costo del lavoro, inevitabilmente a discapito della qualità dei servizi. Troppo spesso non è calcolato, nei capitolati di appalto, il corretto costo del lavoro.

Esistono, a livello provinciale, diversi accordi su linee guida per la stipulazione dei capitolati di appalto. Il confronto a livello regionale in materia potrebbe portare alla condivisione di linee guida applicabili in tutto il territorio regionale.

- voucher, modalità di pagamento delle prestazioni finalizzata a favorire la libera scelta del cittadino, che ha però inevitabili ripercussioni sui livelli occupazionali. Molti soggetti del terzo settore segnalano la difficoltà ad avere personale a tempo indeterminato a fronte di una così alta variabilità del numero degli utenti. E' necessario ragionare su soluzioni che consentano anche alle cooperative di piccole dimensioni di garantire al proprio personale attività lavorativa costante nell'arco dell'anno, senza dover continuamente ricorrere all'utilizzo di ammortizzatori sociali in deroga per far fronte ai momenti di carenza di prestazioni

La Compartecipazione

L'attuale sistema di esenzione considera, accanto alle esenzioni per patologia, solo poche condizioni di carattere economico-sociale: disoccupati (entro una soglia di 27.000 di reddito familiare), cassaintegrati e lavoratori in mobilità per i quali – un anno fa - si sono ridotte le esenzioni attraverso l'introduzione di stringenti limiti di reddito, pensionati al minimo e sociali, oltre ai cittadini oltre i 65 anni con un reddito familiare inferiore ai 38.500 euro. Anche il “superticket” di 10 euro è stato applicato rimodulandolo sulla complessità della prestazione finendo per configurarlo come una “tassa sulla malattia”. Accanto a questo non va dimenticata l'addizionale Irpef che è tra le più alte fra tutte le regioni del Centro Nord.

La Regione Lombardia, al netto delle regioni sottoposte a piano di rientro, vanta il primato della maggiore incidenza ed iniquità dei ticket per la specialistica; inoltre

l'area di compartecipazione si è recentemente allargata a causa del trasferimento di molte prestazioni specialistiche dal regime di ricovero, ovvero gratuito, a quello ambulatoriale e, quindi, sottoposte al pagamento dei ticket.

Per questo la Cgil, esortando la giunta ad essere conseguente con quanto dichiarato sino ad ora sull'abolizione dei ticket, a partire dalle MAC e BIC chiede, in attesa che ciò si concretizzi, che da subito venga introdotta maggiore equità, attraverso criteri di esenzione rapportati alle condizioni economiche (ISEE), innalzando le fasce di esenzione, graduando la compartecipazione rispetto alle capacità economiche e che vengano reintrodotti le esenzioni di cui erano titolari i lavoratori in mobilità, in contratto di solidarietà, i cassaintegrati e i disoccupati.

A noi piacerebbe un sistema in cui si paga in proporzione alla propria capacità contributiva e si riceve in relazione al proprio bisogno di salute.

Management sanitario.

Chiediamo che la scelta dei manager delle direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche avvenga attraverso organismi nazionali terzi che agiscano seguendo criteri di trasparenza, correttezza, merito e professionalità escludendo criteri di appartenenza politica.

3 Luglio 2014