

Gruppo consiliare



Riforma della Sanità lombarda

Linee Guida del Progetto di Legge
del Partito Democratico

Indice della presentazione

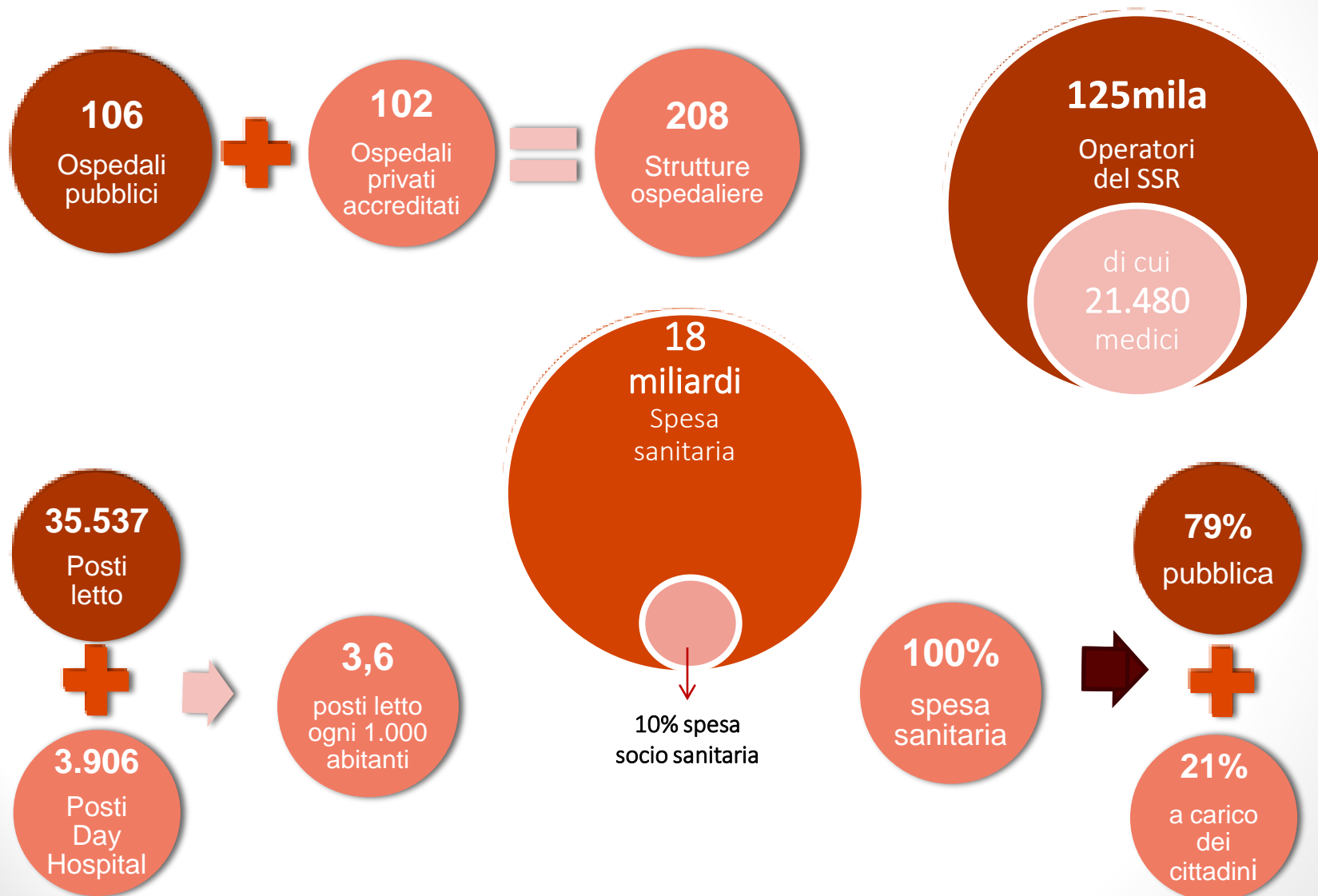
- ⊙ I **Principi** che guidano la Riforma
- ⊙ La **fotografia** del sistema attuale
- ⊙ **Cosa non va** oggi
- ⊙ La **nostra ricetta**
- ⊙ La **Prevenzione** viene posta al centro
- ⊙ **Pubblico e Privato** entrambi più virtuosi
- ⊙ La **Compartecipazione** si fa più equa
- ⊙ L'**Assessorato unico** dirige il Sistema Socio-Sanitario Regionale
- ⊙ Le **ASST** governano l'integrazione e la presa in carico
- ⊙ Il **Sistema Ospedaliero** assume identità
- ⊙ **Ospedale di riferimento e Ospedale di territorio**
- ⊙ I **Presidi di Comunità** garantiscono la continuità assistenziale
- ⊙ **Centri ad elevata intensità e complessità**
- ⊙ **Rete della ricerca e della formazione**
- ⊙ **Tre Agenzie Regionali** fanno acquisto & controllo, innovazione e sicurezza
- ⊙ **Un sistema sanitario senza confini**
- ⊙ La legge **“Daccò”** è abrogata
- ⊙ I **Comuni** assumono più ruolo
- ⊙ Il **Personale** è valorizzato e formato tutto
- ⊙ Le **Nomine** diventano trasparenti
- ⊙ La **Salute Mentale** torna sul territorio
- ⊙ L'**Odontoiatria** è per tutti

1. la centralità del **cittadino** titolare del diritto alla salute
2. l'**universalità** e l'**equità** di accesso alle prestazioni
3. il **contrasto alle diseguaglianze** di salute
4. la **presa in carico** e la **continuità** assistenziale
5. la promozione della **prevenzione**
6. la **libera scelta** del luogo di cura
7. la promozione della **ricerca** biomedica e sanitaria
8. l'**integrazione** sanitaria, socio-sanitaria e sociale
9. il miglioramento continuo della **qualità tecnica, clinica, assistenziale**

10. la valorizzazione delle **risorse umane** e professionali
11. la **formazione continua** degli operatori
12. la ricostruzione dell'**etica del servizio** pubblico
13. la partecipazione dei **Comuni** alla programmazione
14. la collaborazione con le **Università**
15. il contributo allo **sviluppo** socio-economico di Regione e Paese
16. la collaborazione con il **Terzo Settore** e il **Volontariato**
17. l'integrazione delle politiche socio-sanitarie con le **altre Politiche settoriali**

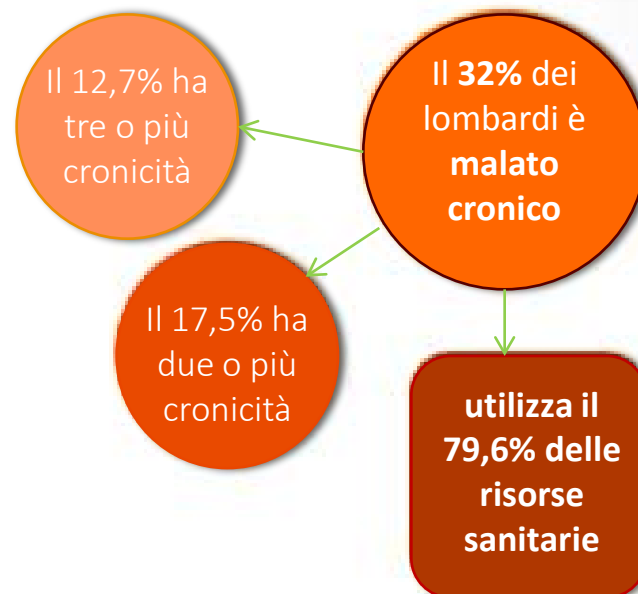
La fotografia del sistema attuale

1/2



La fotografia del sistema attuale

2/2



Cosa non va oggi

1/2

NO

sinergia Ospedale-Territorio

NO

efficaci politiche per la prevenzione

NO

integrazione tra sociale, sociosanitario, sanitario

NO

accompagnamento

NO

riconoscimento ruolo ai Comuni

NO

presa in carico

NO

strutture per cure intermedie

NO

Risposta adeguata alla cronicità

SQUILIBRIO

di offerta per territori e funzioni

INIQUITA'

nei ticket

MANCANZA DI STRATEGIA

per la rete ospedaliera

CORRUZIONE

come da recenti scandali

SPRECHI

come i costi esorbitanti per la Carta Sanitaria

CRITERI INADEGUATI

per le nomine dei Direttori

INSUFFICIENZA

del sistema dei controlli

DISPARITA' DI REGOLE

tra pubblico e privato

TEMPI LUNGHISSIMI

per le liste d'attesa

La nostra ricetta

Presenza in carico & Libertà di scelta

Liberi di scegliere e di muoversi
ma in un sistema **integrato** e che **accompagna**

La Prevenzione viene posta al centro

Prevenire significa ridurre il peso e la frequenza delle patologie croniche e contenere e ri-orientare la spesa sanitaria.

- ⊙ promozione di **stili di vita** sani in particolare rispetto ad alimentazione ed esercizio fisico
- ⊙ incremento programmi di screening per patologie tumorali, malattie cardiovascolari e diabete tramite differenziazione dei metodi di “chiamata” ed estensione degli attuali target
- ⊙ più presa in carico attraverso maggiore coinvolgimento dei MMG e assistenza specialistica-ospedaliera in caso di **diagnosi precoce**
- ⊙ estensione programmi di **vaccinazione** (Hpv, influenza, meningococco) oltre gli obbligatori
- ⊙ maggiore **integrazione fra ASL e ARPA** per ricomporre il sistema della prevenzione
- ⊙ più sostegno ai programmi di prevenzione, sicurezza e benessere organizzativo nei **luoghi di lavoro** con il pieno coinvolgimento di parti sociali e imprenditoriali
- ⊙ i proventi delle **sanzioni** alle aziende inadempienti vengono reinvestiti in prevenzione.

Publico e privato entrambi più virtuosi

(Art.9)

...due gambe dello stesso Sistema, ma...

...per il Privato... pari diritti e doveri del Pubblico

...per il Pubblico... più capacità competitiva con il Privato

- ⊙ Gli erogatori privati accreditati e autorizzati **sono parte integrante** del SSSR e le loro attività devono essere **coerenti** ai principi del SSSR.
- ⊙ L'accreditamento e relativa contrattualizzazione con il SSSR degli erogatori privati è determinata dal criterio di **sinergia** con le strutture di diritto pubblico nei campi della **ricerca** e dell'**assistenza**, con l'obiettivo di **evitare duplicazioni** e **conflittualità**.
- ⊙ Gli erogatori privati autorizzati e non a contratto, collaborano con il SSSR previa valutazione e controllo della **qualità** e **appropriatezza** delle prestazioni fornite con particolare attenzione al regime **“low cost”** .

La Compartecipazione si fa più equa (Art.1.4)

*L'eventuale partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni è determinata dalla Regione prevedendone la modulazione e le esenzioni **in base alla capacità reddituale.***

Chi ha meno deve pagare meno.

La nostra proposta sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria è improntata all'equità e alla garanzia per tutti di poter accedere alle prestazioni sanitarie:

- ⊙ **niente** Ticket su farmaci e Superticket su visite ed esami ambulatoriali per i lombardi con **reddito familiare inferiore ai 30mila euro/anno.**
- ⊙ sopra i **30mila euro/anno** compartecipazione **progressiva.**

Un Assessorato unico

dirige il Sistema Socio-Sanitario Regionale

(Art.3)

NON PIU' Sistema Sanitario Regionale (SSR)

MA Sistema **Socio-Sanitario Regionale** (SSSR) con:

- ⊙ unico Assessorato Sanità + Welfare
- ⊙ unico bilancio
- ⊙ unica Direzione e governance
- ⊙ garanzia di sinergia tra:
 - Piano Socio-Sanitario Regionale (della Regione)
 - Piani Socio-Sanitari Locali (delle Aziende Socio-Sanitarie)
 - Piani Sociali di Zona (dei Comuni)



Le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali

governano l'integrazione e la presa in carico

(Art.4)

Non più **ASL**, ma **ASST**, a garantire l'integrazione, per le quali:

- ⊙ si sottraggono le funzioni di acquisto e controllo di prestazioni sociosanitarie che vengono trasferite all'Agenzia regionale preposta
- ⊙ si danno nuove funzioni di produzione di servizi
- ⊙ si definiscono gli ambiti d'intesa con i Comuni, la Città Metropolitana e le aree vaste

Il cittadino
saprà
finalmente a chi
rivolgersi
nel bisogno.
Avrà un unico
punto di
accesso che
raggrupperà
tutte le funzioni

Caratteristiche e principali competenze:

- **gestione diretta degli Ospedali di Riferimento, di Territorio e dei Presidi di Comunità**
- cure primarie
- cure intermedie
- prestazioni specialistiche e ambulatoriali
- servizi territoriali
- raccordo con i Comuni
- prevenzione con evidenza di efficacia

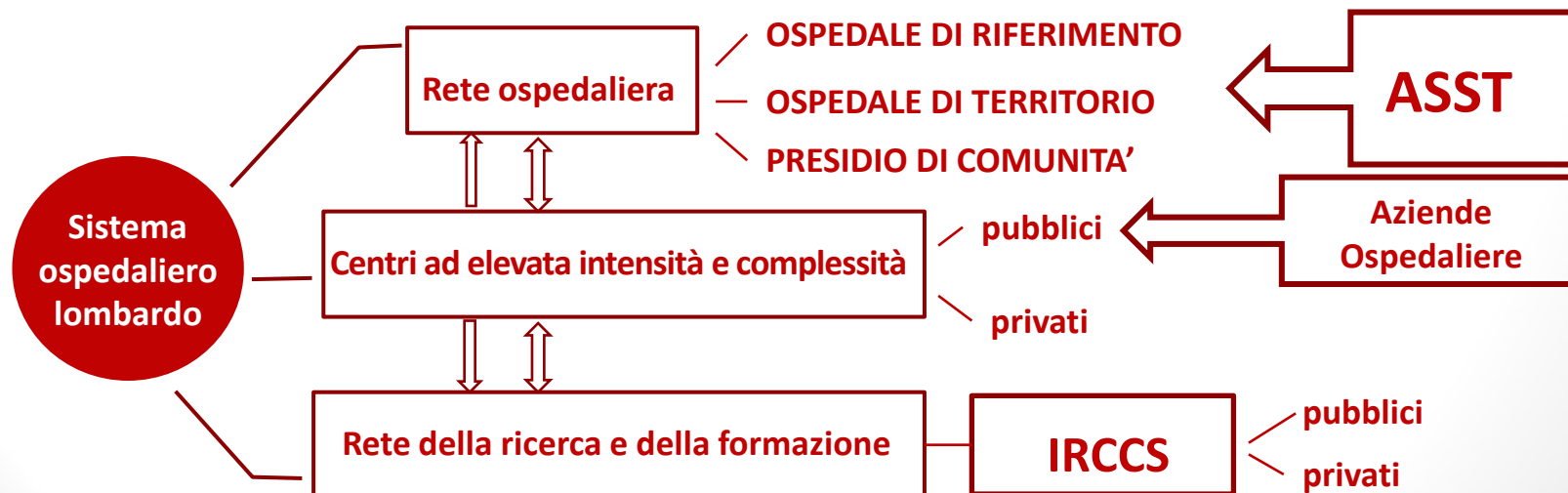
Il Sistema Ospedaliero assume identità

(Art.7)

Il Sistema Ospedaliero lombardo è composto da tre reti: **Rete Ospedaliera** (gestita direttamente dalle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali - ASST), **Centri ad elevata Intensità e Complessità**, **Rete della Ricerca e della Formazione**.

I criteri per la classificazione delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate tengono conto di:

- bacino d'utenza
- livello di complessità e intensità della cura
- presenza di strutture dedicate all'emergenza
- tipologia di specialità mediche, chirurgiche e di servizi di supporto



Ospedale di riferimento e Ospedale di territorio

Gli Ospedali di Riferimento sono presidi ospedalieri ad alta intensità e complessità di cura, hanno un bacino di utenza medio alto, sono dotati di DEA (Dip. Emergenza Urgenza) e vi sono presenti molteplici specialità. Sono dotati (o disponibili in rete H24) di servizio di radiologia con Tac ed ecografia, Laboratorio e servizio immunotrasfusionale.

Gli ospedali di Territorio sono presidi ospedalieri a media intensità di cura, hanno bacino di utenza medio, sono dotati di Pronto Soccorso, hanno un numero limitato di specialità, letti per subacuti e servizio di pronta disponibilità H24 di Radiologia, laboratorio ed emoteca.

Sono **gestiti direttamente dalle ASST.**

I Presidi di Comunità garantiscono la continuità assistenziale

*I Presidi di Comunità sono strutture a bassa intensità di cura, diffuse capillarmente su tutto il territorio regionale, la cui missione è quella di **garantire appropriata continuità assistenziale** con le cure erogate dalle altre strutture del sistema ospedaliero, **superare l'attuale frammentazione** fra i servizi territoriali e assicurare il coordinamento con gli altri presidi della Rete Ospedaliera:*

- **dipendono dalle ASST di riferimento**
- erogano prestazioni, sia in regime di ricovero (posti letto per subacuti e post acuti), sia in regime ambulatoriale e di Day Hospital
- sono luogo di integrazione e coordinamento territoriale: vi convergono gli ambulatori dei medici di base e dei pediatri, gli ambulatori specialistici e quelli di riabilitazione.
- sono nodo funzionale della rete di servizi per la presa in carico e la cura di pazienti cronici e con pluripatologie
- sono in diretto collegamento con gli altri ospedali della Rete ospedaliera

Centri ad elevata intensità e complessità

I centri ad elevata intensità e complessità hanno bacino d'utenza compreso tra 600.000 e 1.000.000 abitanti. Sono strutture dotate di un *Dipartimento d'Emergenza ad Alta Specialità* (EAS) e in esse sono concentrate le maggiori tecnologie e le equipe specializzate per gli interventi con la più elevata intensità e complessità di cura.

Gli ospedali ad altissima intensità e complessità di **diritto pubblico** sono identificati come **Aziende Ospedaliere**.

I centri ad elevata intensità e complessità e gli IRCCS pubblici e privati svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili alle altre strutture della rete ospedaliera.

Rete della ricerca e della formazione

- La regione promuove la ricerca quale fattore caratterizzante di un servizio socio-sanitario efficiente ed efficace che supporta lo sviluppo delle competenze e conoscenze scientifiche, coinvolgendo in essa tutte le strutture del SSSR, in coerenza alle proprie vocazioni.
- **La rete della ricerca** comprende: gli **IRCCS** (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico) di natura pubblica e privata, **le Università**, e gli **Enti e le Istituzioni di ricerca** presenti sul territorio regionale. La rete della ricerca valorizza le informazioni prodotte nelle diverse attività di ricerca favorendone la condivisione e il coordinamento tra strutture.
- La regione individua correttivi tariffari relativi alle prestazioni di ricovero (**maggiorazioni tariffarie**) per dare agli IRCCS un riconoscimento adeguato, sulla base di indicatori oggettivi, alle attività di ricerca.

Tre Agenzie Regionali

fanno acquisto & controllo, innovazione e sicurezza

(Art.3)

a supporto dell'Assessorato e con articolazioni territoriali

Agenzia Regionale per la **programmazione**, accreditamento, **acquisto** e **controllo** delle prestazioni:

- Garantisce **uniformità e adeguatezza** rispetto ai territori
- programma e regola i servizi accreditati
- ha funzioni di acquisto di prestazioni socio sanitarie
- ha funzioni di controllo sulle procedure amministrative

controllo

Agenzia Regionale per l'**innovazione**, la **ricerca**, l'**Health Technology Assessment** e il **governo clinico**:

- garantisce l'innovazione del SSSR anche ai fini della competitività internazionale
- Garantisce uniformità e adeguatezza rispetto ai territori
- sostituisce la Fondazione Biomedica per la ricerca
- ha funzioni di vigilanza sulla appropriatezza clinica

innovazione

Agenzia Regionale per l'**Emergenza Urgenza**

- in coerenza col nuovo SSSR l'Azienda Areu si trasforma in Agenzia Regionale per l'Emergenza e Urgenza.

sicurezza

Un sistema sanitario senza confini

Il Sistema Socio Sanitario Regionale assume il processo di globalizzazione come scenario nel quale operare e sviluppare opportunità di crescita delle competenze, di acquisizione di risorse e di aumento di spazi di qualità, efficacia e universalità.

I pazienti sono sempre più mobili e, alla luce delle nuove direttive EU, **il SSSR eroga prestazioni anche a cittadini residenti in altre nazioni** con l'obiettivo di sviluppare competenze e tecnologie e rendere disponibili maggiori risorse economiche.

Il SSSR valorizza i processi di mobilità internazionale, di confronto scientifico e culturale per gli studenti, gli operatori e i professionisti della sanità.

Il SSSR sostiene le capacità delle proprie strutture e istituzioni sanitarie a muoversi nel mercato dei finanziamenti per la ricerca, favorendo la costituzioni di **network regionali, nazionali e internazionali**.

La «Legge Daccò» è abrogata

Abrogazione dell'art. 25 della L.R. 33/09 che prevede contributi a favore dei soggetti no profit operanti in ambito sanitario per miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici.

La norma è all'origine dei recenti scandali. E' mancato (tra l'altro) un **monitoraggio** sulla appropriatezza delle proposte da parte delle strutture richiedenti i contributi, e sulla conformità delle richieste rispetto alle indicazioni date dalle Asl.

Gli obiettivi strategici che dovevano essere colti con la “legge Daccò” quanto alla innovazione tecnologica, sono posti in capo all’Agenzia Regionale per l’innovazione e la ricerca.

NB: Nemmeno della prima annualità del bando (2007/2008) è stato mai fatto monitoraggio, né valutazione, degli interventi messi in atto con le risorse assegnate dalla Regione (200 mln. di euro ca. per i tre bandi emanati).

I Comuni assumono più ruolo

(Artt. 1, 6, 7, 10)

Ai **Sindaci**, alle **Conferenze** dei Sindaci delle ASST, alla **Città Metropolitana** e alle **aree vaste** sono riconosciuti ruoli **più pregnanti** su:

- **programmazione**
- **scelte strategiche**
- **individuazione degli ambiti territoriali ottimali**

Art. 1: partecipazione dei Comuni alla **Programmazione** delle attività e alla **verifica dei risultati** di salute.

Art. 6: parere **vincolante** della Conferenza dei Sindaci delle ASST sul **Piano Socio-Sanitario Locale** delle ASST.

Art. 7: riorganizzazione della **Rete Ospedaliera** definita dalla Giunta Regionale previa acquisizione del **parere** del Consiglio delle Autonomie Locali (CAL).

Art. 10: nomina dei **Direttori Generali** effettuata dalla Giunta Regionale **d'intesa** con i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci (e con i Rettori universitari per AO e IRCCS sedi di Università).

Il personale è valorizzato e formato tutto

(Art. 14)

- ⊙ La Regione per garantire la appropriata dotazione di personale al SSSR **adotta un Piano pluriennale** di determinazione dei contingenti per le professioni mediche, specialistiche e sanitarie, per i MMG e per i PLS.
- ⊙ Le strutture sanitarie afferenti al SSSR, in coerenza con il programma ECM, attuano percorsi formativi per il personale in servizio e **assicurano la valorizzazione** di ogni professionalità per raggiungere sempre migliori livelli di competenza.
- ⊙ Le strutture sanitarie afferenti al SSR, anche per gli **operatori non-sanitari**, **assicurano la formazione continua**.

Con il nuovo SSSR le Nomine dei Direttori:

- si **sottraggono** alla discrezionalità assoluta della politica
- si **riducono** di numero (riduzione AO ed eliminazione dei Dir. Sociali)
- Oltre ai titoli, requisito indispensabile è l'**esperienza** in strutture ad alta complessità analoga a quella da dirigere.
- Una **commissione** esterna al governo Regionale, eletta dal Consiglio regionale, valuta e sottopone alla Giunta una rosa di nominativi secondo il criterio del merito.
- Direttore Sanitario e Amministrativo sono selezionati mediante **avviso pubblico** e non più scelti direttamente dal Direttore Generale.

La salute mentale torna sul territorio

(Art.5.3)

“E’ trasferita alla ASST la tutela sociosanitaria delle persone con patologia psichiatrica. L’esercizio di tale funzione è realizzato attraverso le strutture che compongono il Dipartimento di Salute Mentale delle ASST” (Art.5, comma 3).

Una **nuova** politica per la **Psichiatria** deve prevedere l'incremento dei **progetti territoriali**, anche a scapito degli investimenti più ingenti sulla residenzialità, su cui s’è investito in questi anni, che tocca solo le patologie gravi, mentre cresce l’**emergenza** per le patologie non acute. Va inoltre potenziata la **Neuropsichiatria infantile**, in ginocchio (*solo 18 posti letto ospedalieri in tutta la Lombardia...*).

Serve un potenziamento di:

- **organico dei CPS**, vere cabine di regia per la presa in carico
- **semi-residenzialità**, modulata in “leggera” e “pesante”
- **inserimenti lavorativi protetti**, che dimostrano efficacia terapeutica

L'odontoiatria è per tutti

Un fondo integrativo per la cura dei denti

Il 90% della spesa odontoiatrica privata oggi è costituita da pagamenti diretti interamente a carico dell'assistito.

- Vi è una forte diseguaglianza nell'accesso alle cure dei denti: il **40%** dei cittadini non è mai stato dal dentista e chi vi accede lo fa solo in caso di emergenza.
- Bisogna affrontare in modo **preventivo** le cure dentali di base dei cittadini per evitare situazioni più complesse e di conseguenza più costose.
- La Regione contribuisce alla diffusione di **polizze assicurative** veicolate dai fondi dei lavoratori o dalle società di **mutuo soccorso**, per rafforzare il sistema di tutele.
- La Regione istituisce un **fondo integrativo regionale** a gestione **pubblico/privato** alimentato attraverso la sottoscrizione del singolo cittadino, con una quota predefinita in base alla propria situazione reddituale