

Gruppo consiliare



# Riforma della Sanità lombarda

Tour delle Province – 14 Luglio 2014

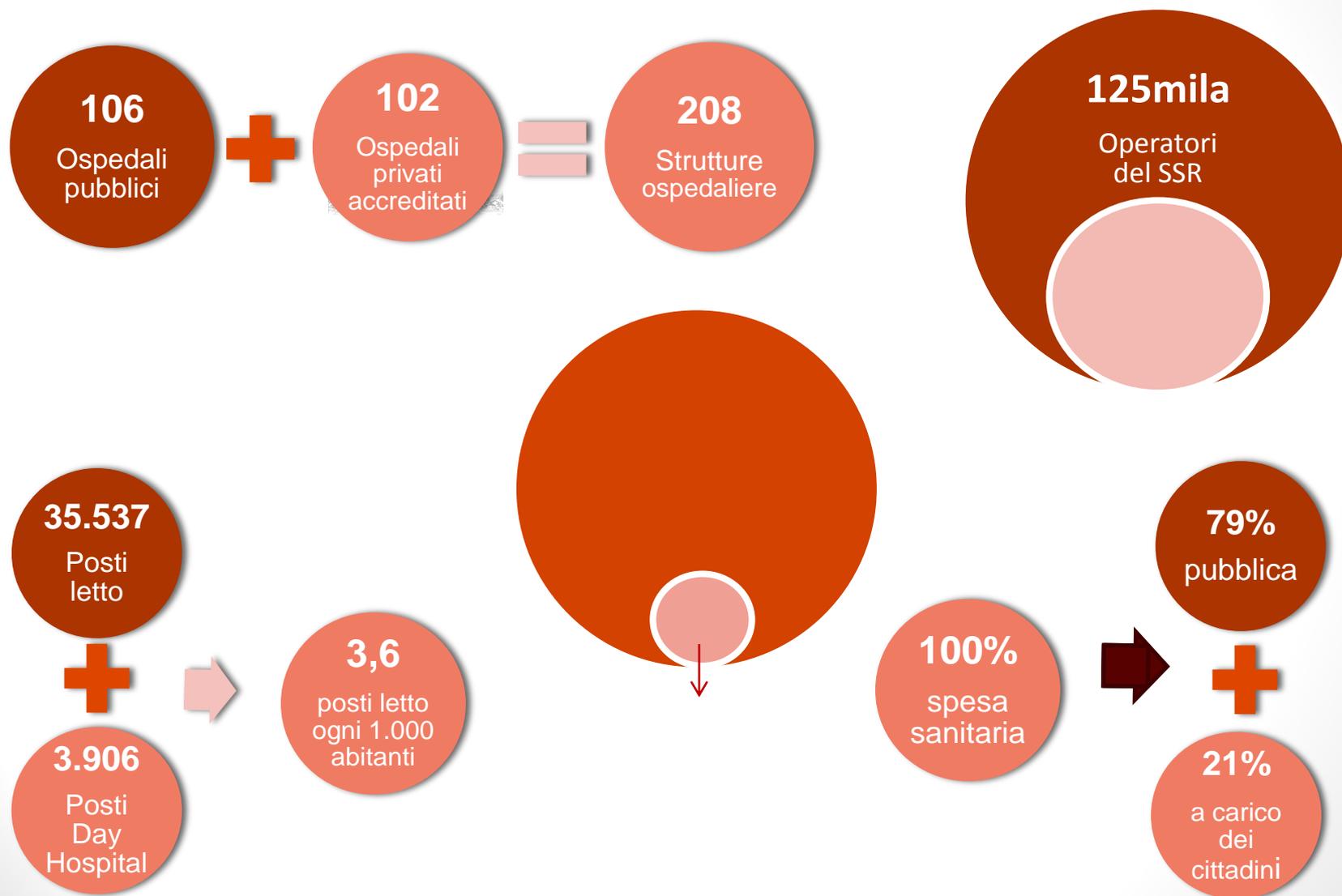


1. la centralità del **cittadino** titolare del diritto alla salute
2. l'**universalità** e l'**equità** di accesso alle prestazioni
3. il **contrasto alle diseguaglianze** di salute
4. la **presa in carico** e la **continuità** assistenziale
5. la promozione della **prevenzione**
6. la **libera scelta** 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**

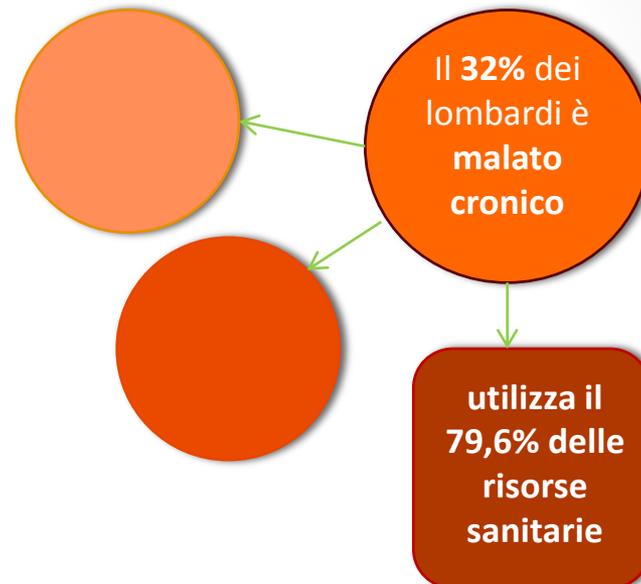
# La fotografia del sistema attuale

1/2



# La fotografia del sistema attuale

2/2



**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

**Pres** in  
carico

# 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

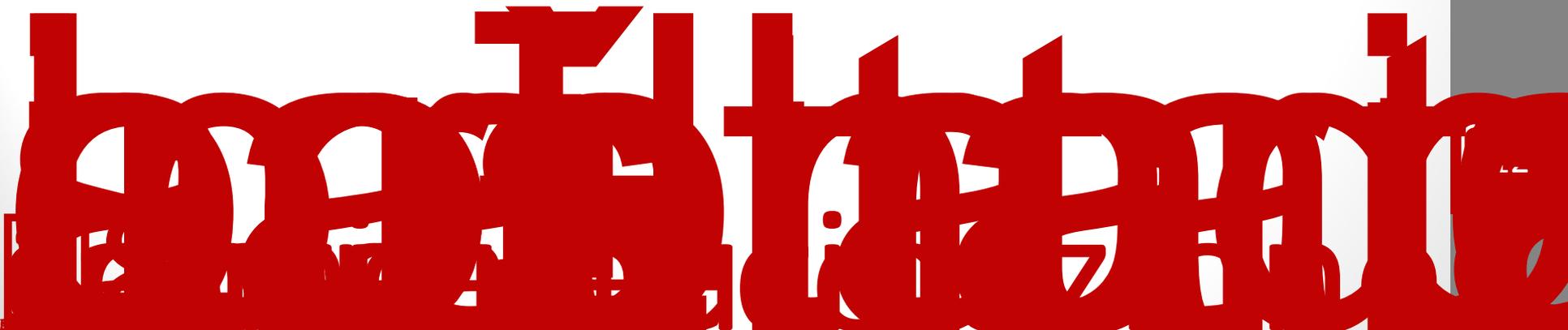
- ⊙ Gli erogatori privati accreditati e autorizzati **sono parte integrante** del SSSR e le loro attività devono essere **coerenti** ai principi del SSSR.
- ⊙ L'accREDITAMENTO e relativa contrattualizzazione con il SSSR degli erogatori privati è determinata dal criterio di **sinergia** con le strutture 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*

**Chi ha meno**



# Un Assessorato unico

dirige il Sistema Socio-Sanitario Regionale

(Art.3)

**PIU'** Sistema Sanitario Regionale (SSR)

**Sistema -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)

~~Eliminati  
un Assessore  
e un Direttore  
Generale~~

# 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



**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 -

# I Presidi di Comunità

*I Presidi di Comunità sono strutture a bassa intensità di cura, diffuse capillarmente su tutto il territorio regionale, la cui missione è quella di con le cure erogate dalle altre strutture del sistema ospedaliero, **l'attuale** 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 *dell'Assessorato e con*

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’ 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).*

s’è investito in questi anni, che tocca solo le patologie gravi, mentre cresce l’

*(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