

CANDIDATO DARIO VIOLI

14 FEB - L'Anaa Assomed, sindacato della Dirigenza Medica e Sanitaria, ha deciso, in Lombardia, di dare il suo contributo alle elezioni regionali inviando un pacchetto di dieci domande "semplici e dirette" ai quattro principali candidati a governatore della Regione Attilio Fontana, Giorgio Gori, Onorio Rosati e Dario Violi.

Eccole:

DOMANDA

1 - PERSONALE MEDICO E SANITARIO E RELATIVA SPESA: il numero di Medici Ospedalieri (e Sanitari in generale) in Lombardia è il più basso d'Italia in rapporto al numero di abitanti della Regione così come la relativa spesa. Cosa intende fare? Ritiene apportare opportuni correttivi?

RISPOSTA

Prima di tutto premettiamo che noi siamo per valorizzare le risorse umane che operano direttamente o indirettamente in ambito sociosanitario, dove deve essere garantita sia una contrattualistica adeguata sia il rispetto della dignità dei lavoratori, delle loro competenze e la loro partecipazione ai processi decisionali.

Detto questo il problema della carenza di medici in Lombardia non riguarda solo il comparto ospedaliero, ma anche quello dei medici di base (MMG).

Di logica deve essere rivista completamente la gestione e dell'impiego professionale del personale sanitario. Un esempio: attualmente esiste una netta divisione fra i medici di base e i medici ospedalieri; questa divisione non esisteva quando il medico di famiglia lavorava anche in ospedale. Il medico e il pediatra di base devono lavorare fianco a fianco con i medici ospedalieri, per una parte del loro tempo lavorativo, in modo da integrarsi con il proprio ospedale di prossimità. Bisogna investire ulteriormente nella formazione del personale: possibilità di integrare il sistema formativo delle scuole di specializzazione mediche, in accordo con gli atenei della regione, per garantire la copertura del fabbisogno professionale del sistema sanitario regionale e del turn over, nel rispetto dei requisiti fissati a livello nazionale, anche attraverso il finanziamento diretto dei contratti di formazione lavoro.

DOMANDA

POSTI LETTO: il numero dei Posti Letto/acuti in Lombardia è inferiore a quanto previsto dalla normativa (3.0 per mille abitanti) in 4 ATS su 8. Pensa sia un problema?

RISPOSTA

Partiamo da un punto ben preciso. Il nostro programma dice: *"Promuovere il*

concetto di Sistema sanitario che paghi la salute e non la malattia da declinare progressivamente nei confronti dei diversi attori e in tutte le politiche". E propone la Promozione della salute, della prevenzione primaria, dell'informazione sulle scelte, dell'educazione alla cura.

Se venissero praticati questi principi avremo un calo sia nelle prestazioni sanitarie, ma soprattutto nella degenza ospedaliera. Se ci fosse una vera riforma sanitaria che potenzi la risposta sul territorio, che si inizi fin dalle scuole a fare prevenzione, crediamo indubbiamente che ci sarebbe una notevole riduzione dei ricoveri. Certo è un cambio culturale, una nuova visione della salute prima e della sanità poi che speriamo si possa attuare negli anni futuri. Di conseguenza non pensiamo che la diminuzione dei posti letto costituisca un problema. A questo dobbiamo aggiungere anche una riflessione finale. Il problema caso mai è dare una risposta sanitaria sempre più qualificata a persone che richiedono le nostre cure come ad esempio i casi di acuzie. Dobbiamo pensare a governare le domande del turismo sanitario extraregione e la mobilità di confine della nostra regione.

DOMANDA

2 - LISTE DI ATTESA: quali le cause e quali i correttivi?

RISPOSTA

Questo è un annoso problema.

E' necessario garantire il rispetto dei tempi indicati sulla ricetta per visite ed esami, verificando l'appropriatezza delle prescrizioni e l'effettiva urgenza indicata dal medico di base. Bisogna innanzitutto che gli utenti abbiano come unico interlocutore un Centro regionale di prenotazione che abbia accesso a tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate per efficientare il sistema di prenotazione e renderlo trasparente. Oggi non è così.

Soprattutto va data una corretta informazione al cittadino-paziente anche su quanto dice il **decreto legislativo n. 124/1998, all'articolo 3 comma 10**. Sono pochi quelli che sanno che questa legge parla chiaro: il malato ha diritto alle prestazioni mediche entro tempi certi che sono: 30 giorni per le visite mediche specialistiche; 60 giorni per gli esami diagnostici. Aggiungiamo che la prestazione richiesta (visita medica specialistica o esame diagnostico) deve essere resa in regime di attività libero-professionale intramuraria (o intramoenia, che dir si voglia), con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del citato **decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13**. (<http://www.sostenitori.info/sanita-lista-dattesa/303906>) (<http://www.handylex.org/stato/d290498.shtml>)

A tal fine dovrebbero essere apposti dei cartelli nelle sedi dei CUP degli ospedali così da informare dei propri diritti il cittadino.

Infine dobbiamo adottare misure disincentivanti per chi non disdice una prenotazione richiesta e non effettuata.

DOMANDA

3 - RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO: il Privato accreditato in Lombardia non è né integrativo né sostitutivo, bensì paritario rispetto al Pubblico, nonostante la differente offerta di Servizi soprattutto per l'Emergenza/Urgenza. Non sarebbe più corretto rivedere i requisiti di accreditamento?

RISPOSTA

Non crediamo che pubblico e privato accreditato siano su un piano paritario. Lo abbiamo visto negli anni di governo di Formigoni e abbiamo continuato a vederlo con la Giunta di Maroni. Ma anche nella LR23/2015 non c'è un approccio paritario. Di conseguenza bisogna potenziare il settore pubblico della sanità rafforzando il suo obiettivo di servizio al cittadino, aumentando la sua proporzione rispetto a quelle incanalate verso il privato accreditato. Dopo anni di politica lombarda e di riforme sanitarie orientate chiaramente a far entrare in modo massiccio i privati nel nostro sistema sanitario, cosa che ha aperto stagioni politiche fitte di scandali e arresti, il nostro obiettivo è quello di riportare al centro del sistema il pubblico. E' quindi necessario rivedere le regole di accreditamento delle strutture private, richiedendo che le prestazioni offerte siano uguali, in termini di completezza, a quelle delle strutture pubbliche e che non vadano a sovrapporsi o a sostituire servizi che vengono già offerti da strutture pubbliche dello stesso territorio. L'accredimento potrà avvenire solo dopo verifica delle condizioni lavorative dei dipendenti di tali strutture che dovranno essere analoghe a quelle del pubblico evitando sovrapposizioni, penalizzazioni e scomparsa di servizi già esistenti nel pubblico. È inoltre indispensabile privilegiare gli investimenti nel pubblico e mettere in atto dei controlli costanti per evitare qualsiasi tipo di infiltrazione e corruzione. Infine non potranno essere accreditati servizi (posti letto, esami, visite specialistiche, etc) a privati se nei 24 mesi precedenti è stato dismesso lo stesso servizio da una struttura pubblica dello stesso territorio.

DOMANDA

4 - LIBERA PROFESSIONE INTRA-MOENIA: in Lombardia vale il 6 % delle prestazioni in rapporto al 94 % effettuate in regime istituzionale. E' da abolire o incentivare a vantaggio del cittadino e competere con i soggetti privati?

RISPOSTA

L'attività di intramoenia deve essere strettamente regolamentata e controllata da parte del sistema di controllo regionale in modo da evitare che venga esercitata in orari in cui i medici dovrebbero visitare con il SSN e che non sia l'unica alternativa per avere visite in tempi brevi. Noi pensiamo di consentire l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia solo per quelle strutture che abbiano adottato un sistema di gestione informatica della Attività di libera professione a pagamento interna all'ospedale, dalla prenotazione alla fatturazione, e che rispettino una corretta informazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, non violino le modalità, le condizioni e i limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione e che in ogni caso garantiscano che la prestazione sanitaria non sia più favorevole per i pazienti trattati in regime di intramoenia. In definitiva non è da abolire/incentivare o da mettere in competenza con i

soggetti privati accreditati, ma è semplicemente da normare così come era previsto dal Decreto Bindi e secondo i punti che ho descritto.

DOMANDA

5 - RIPARTIZIONE DELLA SPESA PER I LEA: la normativa vigente non è rispettata da Regione Lombardia. Ciononostante l'assistenza territoriale continua ad essere deficitaria, quella ospedaliera in grave crisi di finanziamento (qualcuno continua a parlare di sanità ospedalocentrica) e la Prevenzione sottofinanziata.

RISPOSTA

Per quanto riguarda i LEA bisogna valutare attentamente la possibilità di allargare ulteriormente i servizi offerti in SSR (aggiungendo ad esempio la fibromialgia) , prevedendo la costituzione di un apposito Tavolo di lavoro a cui partecipino, a titolo gratuito, specialisti e Associazioni.

Sono d'accordo sul fatto che **l'assistenza territoriale** sia ancora in forte sofferenza, questa è la conseguenza di una politica che per 20anni ha visto in Lombardia una sanità solo ospedalocentrica con un depauperamento della sanità territoriale.

Si dovrebbe invece privilegiare investimenti di fondi per **l'assistenza territoriale** di prossimità e domiciliare, valorizzando le professioni sanitarie, mantenendo attive le piccole realtà ospedaliere , implementandone i servizi in stretto collegamento con il territorio

Nella rete territoriale capillare dovrebbero troveranno posto gli ospedali di medie e piccole dimensioni a forte vocazione territoriale, il cui personale potrà fruire di un aggiornamento continuo, anche ruotando nelle diverse strutture dello stesso territorio, al fine di garantire il mantenimento di un alto livello dei servizi, scongiurando la chiusura e il depotenziamento dei piccoli ospedali e mantenendo la massima attenzione alle esigenze del territorio.

I servizi territoriali dovrebbero avere come obiettivo principale il mantenimento, ove possibile, dei pazienti fragili nella loro rete sociale e familiare, potenziando i servizi a domicilio e i supporti alle famiglie. Attori fondamentali di questa rete devono essere, anche in forma aggregata, i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e gli infermieri di famiglia, in quanto primo punto di riferimento e di informazione sulla salute per il cittadino.

Per quanto riguarda la prevenzione bisogna investire di più. L'educazione alla prevenzione primaria è l'elemento strategicamente più importante della promozione della salute, che deve comunque costruire un contesto favorevole alla salute e rendere facili e convenienti le scelte salutari. Una società più in salute richiede meno risorse per le cure, che possono essere impiegate per promuovere l'educazione alla salute, creando così un volano positivo, per migliorare i servizi offerti e finanziare innovazione e ricerca in sanità.

Per quanto possa apparire paradossale, oggi la salute non è molto conveniente per i diversi attori in Sanità, e per la maggior parte di loro il sistema di remunerazione, e in generale l'intero sistema premiante, è orientato alla malattia, in modo più o meno esplicito.

Una riforma strutturale in Sanità dovrebbe progressivamente riallineare alla

salute della comunità dei cittadini gli interessi di chi opera in Sanità, perché anche questo potente determinante dei comportamenti dei professionisti (e delle organizzazioni in cui operano) agisca per gli obiettivi di salute, insieme all'etica e alle conoscenze scientifiche.

Questo cambio di modello culturale e strutturale richiederà l'attivazione di tavoli di lavoro e approfondimento sul tema con i diversi attori, nella prospettiva di una sperimentazione gestionale in un contesto circoscritto, per la messa a punto e la valutazione dei risultati.

DOMANDA

6 - MAGGIORE AUTONOMIA PER LA SANITA' LOMBARDA: è una delle richieste al Governo in applicazione del Titolo V della Costituzione. Quali vantaggi?

RISPOSTA

La materia "tutela della salute" rientra tra le materie di "competenza concorrente" sulle quali le regioni a Statuto ordinario, quale la Lombardia, possono richiedere, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" allo Stato.

La risoluzione approvata dal Consiglio regionale lombardo lo scorso novembre declina la richiesta relativa a tale ambito competenziale sotto diversi profili, volti unitariamente a riconoscere, coerentemente con la *ratio* della risoluzione stessa e del referendum svoltosi il 22 ottobre, una nuova e accresciuta autonomia della Regione sulla materia. In particolare, si è chiesto il riconoscimento della piena autonomia rispetto alla definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei conseguenti profili organizzativi, anche in ragione della sperimentazione avviata con la legge regionale 23/2015. Conseguentemente, è apparsa altresì, necessaria la definizione di un quadro di risorse autonome di finanziamento del sistema sociosanitario, che consenta una gestione flessibile e senza vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alla possibilità di definire il sistema tariffario, di rimborso e di remunerazione del personale e alla possibilità di modulare la compartecipazione alla spesa sanitaria e sociosanitaria. Il riferimento, in particolare, è alla modulazione del ticket sanitario aggiuntivo nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario assicurato dall'adozione di azioni di efficientamento della spesa sanitaria e di promozione dell'appropriatezza per le attività di specialistica ambulatoriale.

Si è richiesta anche piena autonomia, e le necessarie risorse, per determinare ed effettuare gli investimenti diretti ad adeguare il patrimonio edilizio e tecnologico sanitario e sociosanitario.

Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia da ottenere attengono al riconoscimento della piena autonomia rispetto allo sviluppo del sistema formativo delle professioni sanitarie, nonché al riconoscimento della possibilità di:

- a) avviare percorsi sperimentali relativi all'assistenza integrativa in ambiti specifici non garantiti dai LEA;
- b) sperimentare l'impatto di nuove tecnologie sulla salute delle persone;
- c) acquisire ulteriori competenze legislative, amministrative e gestionali sulle figure apicali del sistema sanitario regionale;
- d) rendere coerenti con le esigenze del territorio il tema delle specializzazioni, ivi compresa la programmazione delle borse di studio per specializzandi e la loro integrazione operativa con il sistema aziendale, in accordo con le università presenti sul territorio regionale al fine di garantire la copertura del fabbisogno professionale del sistema sanitario regionale. Particolare rilevanza ha inoltre (fatto salvo il pareggio del sistema sociosanitario) l'eliminazione dei vincoli in materia di spesa di personale, compresa l'assunzione del personale da impiegare, in particolare, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e per la riduzione dei tempi d'attesa.

E' stata poi richiesta l'attribuzione di ulteriori competenze della Regione in riferimento alla "partecipazione ai Centri operativi di soccorso pubblico (COSP)". Si chiede, infine, il pieno riconoscimento alla Regione della possibilità di legiferare in merito al contrasto al gioco d'azzardo patologico, nel rispetto dei principi generali fissati dalla normativa nazionale, per intervenire a salvaguardia della salute dei cittadini.

Risulta quindi evidente il vantaggio che potrebbe sorgere dal riconoscimento di tali nuove e accresciute competenze; fermo restando che la "trattativa" con il Governo è ad oggi in corso e che l'attribuzione della maggiore autonomia dovrà costituire oggetto di intesa tra lo Stato e la Regione Lombardia, sulla base della quale le Camere dovranno approvare la relativa legge a maggioranza assoluta.

DOMANDA

7 - MERITOCRAZIA: lo sconfinamento della politica in campo sanitario è un fatto innegabile. Quali rimedi?

RISPOSTA

Meritocrazia, professionalità e cultura della legalità dovrebbero essere i tre pilastri su cui reggere un sistema sanitario soprattutto se parliamo di quello lombardo che investe l'80% dell'intero bilancio di Regione Lombardia. E questi dovrebbero essere anche i criteri indispensabili per la corretta selezione delle nomine alla sanità lombarda, e non più basati all'appartenza o alla tessera politica. E' ciò che si aspettano i cittadini lombardi dalla buona politica. Ma purtroppo, cambiano i Presidenti lombardi, ma continuiamo ad assistere a scandali, ad arresti in campo sanitario. Tra le mie proposte l'istituzione di un Assessorato all'Anticorruzione e trasparenza che faccia verifiche a tappeto su bandi e spesa pubblica regionale.

DOMANDA

8 - Criteri meritocratici: nuove regole, trasparenti e meritocratiche, per la nomina dei direttori generali, dei dirigenti di struttura semplice e

complessa (gli ex primari), senza più ingerenze partitiche, politiche e sindacali.

RISPOSTA

Introdurre nuove regole, trasparenti e meritocratiche, che garantiscano la nomina dei direttori generali, dei dirigenti di struttura complessa (primari), liberandole dalle ingerenze partitiche e sindacali. Adottare un sistema di valutazione delle loro *performances*, incentrato su indicatori basati sia sull'individuazione e il contenimento degli sprechi, sia su prove di efficacia, condizioni di appropriatezza e costo-efficacia delle prestazioni erogate dalle strutture da loro dirette, fra cui la valutazione del rispetto dei tempi d'attesa.

Ai fini di monitorare efficacemente gli interventi medici creare dei campioni statisticamente significativi e rivisitare a distanza di tempo i pazienti operati per verificare gli effetti di quell'intervento. Infine la regione dovrà dotarsi di un centro studi indipendente che effettui controlli a campione sull'efficacia della prestazione offerte.

DOMANDA

9 - PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO: in Regione Lombardia il 70% del bilancio della Sanità è assorbito dai pazienti cronici. Secondo la presa in carico del paziente cronico gli Ospedali(ASST) dal 15 gennaio sono chiamati a farsi carico di questa attività che va ad aggiungersi alle prestazioni istituzionali per Acuti. Lei ritiene che le nostre Strutture con gli organici depotenziati dai tagli lineari, siano in grado di assorbire questo nuovo incarico senza ripercussioni sulle liste di attesa ambulatoriali e sulla attività per acuti?

RISPOSTA

No. Non penso proprio che questo sistema possa reggere. La riforma sanitaria (LR 23/2015) all'articolo 9 parla della presa in carico del paziente cronico. Il concetto è da noi condiviso. Però **non siamo assolutamente d'accordo su come invece la regione ha pensato di attuarlo. La nostra prima mossa, in caso di vittoria alle elezioni regionali, sarà quella di abrogato il sistema deliberato dalla Giunta attuale per la gestione della cronicità.** Però non basta dire che si è contrari quindi voglio aggiungere come vorremmo che la cronicità sia gestita adottando un modello che valorizzi la medicina e l'assistenza territoriale, organizzando, in collaborazione con i centri territoriali (piccoli ospedali), un sistema di assistenza coordinato di presa in carico del paziente fra lo specialista, il medico di medicina generale e l'infermiere di famiglia che dovranno tenere aggiornato in tempo reale il fascicolo sanitario elettronico del paziente; implementando la telemedicina per garantire efficaci monitoraggi o esami diagnostici a distanza, evitando allungamenti dei tempi d'attesa; garantendo un'adeguata assistenza psicologica ai pazienti cronici e ai loro familiari.

DOMANDA

10 - MANAGEMENT: Lei ritiene che, alla luce dei risultati attuali sia da rivedere l'assetto della Riforma Sanitaria Lombarda (Legge 23/2015)?

RISPOSTA

Come ben sapete il nostro voto è stato contrario alla Riforma Regionale del centro-destra.

Abbiamo presentato, in fase di discussione in aula, quasi 20mila tra emendamenti e ordini del giorno, per cercare di migliorare il testo di una legge che contiene la prima parte della revisione del TU LR 33/2009 del sistema sanitario lombardo, la più importante e cioè la governace dell'intero sistema. Dobbiamo per correttezza dire che condividiamo due principi dell'intero impianto e cioè: mettere al centro la persona e il ritorno della sanità sul territorio. Ci piace questa unione ospedale-territorio perché la nostra politica sanitaria non è ospedalocentrica, ma al contrario vogliamo che il cittadino-paziente trovi sul territorio una risposta qualificata, efficace ed efficiente e che si rechi in ospedale solo per le acuzie e le urgenze. Siamo però contro a come sono state costruite le proposte e a come sono attualmente programmate. O meglio dire a come oggi - a distanza di quasi tre anni - la riforma non abbia ancora iniziato il suo iter.

Doveva essere una riforma che andava a ridurre i costi delle figure apicali del sistema, abbiamo invece visto l'introduzione di una nuova figura qual è quella del Direttore sociosanitario con conseguente aumento di costi.

Doveva essere una riforma che apriva sul territorio i Presst, che trasformava i piccoli ospedali in POT: stiamo ancora aspettando...

Doveva essere una riforma che non guardava alle grandi opere e cosa c'è in cantiere: due mega nuovi ospedali da oltre 500 milioni l'uno che vedrà uniti gli attuali ospedali San Paolo e Carlo a Milano e l'ospedale di Gallarate e Busto Arsizio nel Varesotto. E poi dall'altra parte vediamo reparti depotenziati, personale carente con doppi o tripli turni di servizio, cooperative che prendono sempre più piede nei servizi, articoli che parlano della mancate forniture basilari per l'attività ospedaliera. Persone che sono in attesa da mesi per un esito di referti per patologie come quelle oncologiche, lunghe liste di attesa con aumento però esponenziale della libera professione, cioè se vuoi la visita subita devi pagare! Ma è questa la sanità d'eccellenza tanto decantata dal centrodestra?

L' unica cosa che questa Giunta sta cercando di attuare è quanto contenuto nell'art. 9 della LR 23 e cioè la presa in carico delle persone più fragili cioè dei pazienti cronici: peccato che anche il privato accreditato e dico privato accreditato - che è sempre l'attore preferito dal sistema sanitario regionale - sia contrario alle delibere regionali attuative. Non parlo poi del mondo dei medici di famiglia, ma anche degli stessi medici ospedalieri che si stanno rivoltando contro tali decisioni assessorili. Come vede crediamo proprio che non ci sia nulla da salvare in questa LR23/2015.

Per chiudere e per meglio far capire il nostro pensiero sulla LR23 credo che non ci sia miglior frase che ricordare quella di Tomasi di Lampedusa nel Gattopardo: *"Cambiare tutto per non cambiare nulla"* o meglio *"Se vogliamo*

che **tutto** rimanga come è, bisogna che **tutto** cambi.» per far capire cosa sta succedendo in Lombardia.