

CANDIDATO GIORGIO GORI

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? Ritieni apportare opportuni correttivi

IL medici e il personale sanitario sono certamente la risorsa umana più importante per il sistema sanitario regionale e va tutelata. Il paziente sceglie un ospedale perché conosce e stima il medico che ci lavora. Oggi abbiamo certamente settori in cui la figura del medico è sotto pressione: difficoltà a mantenere la legge sui riposi, turni massacranti e , per il paziente, tempi di attesa che lievitano. D'altra parte sapete bene che lo stato ha posto vincoli di assunzione che Regione Lombardia già supera: non basta quindi voler assumere per poterlo fare.

Io credo però che nonostante questa realtà e questi vincoli si possa ottenere un risultato migliore, soprattutto se lavoriamo insieme a voi, con trasparenza e senza demagogia. Come regione, e sapete come la penso sull'autonomia, penso sia giusto rivendicare con più forza il vincolo sui limiti per le assunzioni: chi rispetta il bilancio e l'erogazione dei LEA deve potersi assumere pienamente tutte le leve per poter organizzare nel miglior modo il sistema. Ssono certo che sareste i primi a segnalarmi aree dove poter effettuare risparmi da reinvestire in assunzioni. Inoltre la stessa indagine cui fate riferimento, fa presente che in Lombardia c'è un po' troppo personale amministrativo: dobbiamo capire perché, e favorire una maggiore aggregazione di questi servizi. Pensiamo alle strutture che si occupano degli stipendi, o degli approvvigionamenti o della formazione. Pensiamo a parte del sistema informativo. Quindi a parità di budget per il personale, vi è la possibilità di utilizzarlo meglio. Dobbiamo avere il coraggio, insieme, di rimodulare la rete di assistenza: non tutti i presidi possono fare tutto e lo sforzo sarà di mantenerli comunque affrontando però nuovi bisogni. Io penso che una rete equilibrata permette di avere standard di dotazioni equilibrate. In ogni caso un problema così complesso non lo si può affrontare che insieme e devo riconoscere che il vostro sindacato, pur facendo la propria parte, ha sempre assunto posizioni di granderesponsabilità

2. 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?

Sono dati da leggere con attenzione: è ovvio che le metropoli più grandi (Milano e Brescia) abbiano indici superiori e se poi sommiamo i letti per acuti a quelli riabilitativi osserviamo che vi è forse anche un modesto eccesso di offerta, che però non ritengo sia mai stato imputato dal governo a regione. Penso che quindi il tema vero sia quello di avere il giusto mix di offerta che, all'interno di un territorio, possa essere utilizzato effettivamente e rispondere ai bisogni reali dei cittadini. Non è semplice e si scontra con convinzioni molto radicate, per questo è importante lavorare insieme ai professionisti, partendo però da una base condivisa del punto a cui si vuole tendere.

3. LISTE DI ATTESA: quali le cause e quali i correttivi?

Le liste d'attesa costituiscono oggi una vera emergenza della sanità lombarda. I tempi stabiliti con un atto della Regione, e che avrebbero dovuto essere garantiti per il 95% dei pazienti, sono disattesi nella maggior parte delle strutture. Il progetto "Ambulatori aperti", che secondo la Giunta Maroni doveva essere la soluzione, non ha avuto alcun impatto sul problema perché non è stato fatto un adeguato investimento organizzativo ed economico. Affrontare, per risolvere, il problema delle liste di attesa richiede una serie di interventi fra loro integrati e una forte attenzione politica del sistema regionale che in questi anni è mancata. Va quindi previsto un piano straordinario di azzeramento delle liste di attesa, anche alla luce delle esperienze positive già attuate in altre regioni.

Proposte:

- **Aumentare l'offerta di prime visite specialistiche ed esami strumentali con tempi attesa critici**, anche **attraverso l'arruolamento di nuovi specialisti**, per garantire ai cittadini una diagnosi tempestiva e una più rapida presa in carico;
- Sistema di monitoraggio dell'offerta e delle attese in tempo reale con la costituzione di una **agenda unica** per tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati consultabile anche dall'utente;
- **l'estensione e semplificazione dell'utilizzo di tutti i canali di prenotazione** (call center, web, farmacie territoriali, sportelli) per facilitare l'accesso al cittadino;

- Indicatore preponderante per la **valutazione dei direttori generali correlato al risultato sulle liste di attesa**

4. 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?

Mi sento di dire che non possiamo generalizzare, perchè nella nostra Regione oggi ci sono anche ospedali privati accreditati che hanno il DEA e forse anche EAS. Il principale pronto soccorso di Milano Est per esempio è certamente il San Raffaele. E' vero però che **è necessario garantire un sistema di controllo ferreo che faccia sì che l’accesso a queste strutture non sia disincentivato o filtrato**. Va poi finalmente **ripensata in modo globale le rete di emergenza e, insieme ad AREU, anche migliorata la rete di trasporto: sappiamo tutti che ci sono pronti soccorsi che non sono in grado di svolgere con qualità il loro ruolo e che, in alcune situazioni, è più opportuno un trasporto efficiente e veloce verso strutture attrezzate, che l’illusione di un presidio locale che poi si rileva inefficiente**.

Più in generale condivido l’idea che **a parità di possibilità occorrono parità di condizioni fra pubblico e privato. I contratti dei lavoratori del privato vanno, almeno gradualmente, allineati a quelli del pubblico e i contratti con le strutture devono indicare che cose ci si attende che una struttura eroghi per il proprio territorio**.

5. 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?

Su una cosa siamo d’accordo tutti: che **il 5% dei proventi della libera professione, come la legge dispone, siano impiegati per aumentare l’offerta in regime istituzionale**. Oggi non avviene io mi impegno a farlo, anche attraverso assunzioni di giovani medici per abbattere le liste di attesa.

Passiamo poi al vostro quesito e permettetemi di estenderlo non solo alla libera professione intramoenia ma a tutte le prestazioni che i cittadini comprano di tasca propria da ospedali pubblici e privati. Escludendo le spese odontoiatriche, i ticket e tutto quanto non attiene alle prestazioni ambulatoriali, i lombardi spendono oltre 1 miliardo e mezzo di euro di tasca propria per comprare prestazioni ambulatoriali: i 4/5 di queste prestazioni vengono però effettuate dal sistema privato, e solo un quinto dai medici del sistema pubblico che optano per la libera professione intramuraria. Il fondo sanitario non potrà crescere quanto i bisogni imporrebbero, e quindi dobbiamo trovare altre fonti di entrata: per questo nel mio programma ho proposto di **incentivare programmi di welfare aziendale perché si rafforzi il canale di sanità integrativa e possano giungere più risorse al sistema sanitario nel suo complesso**. Penso che sia stupido, come qualcuno fa, demonizzare la libera professione quando fa parte di uno dei canali per accedere ad una prestazione, e permette ai medici ospedalieri di poter avere un incremento del proprio stipendio.

6. 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.

D.Lgs 68/2011 art 27 Regione Lombardia

	%	%
Prevenzione	5	4,6
Territorio	51	54,7
Ospedali	44	40,7

I parametri nazionali indicati rappresentano standard per la spesa per prevenzione, per assistenza territoriale e la spesa ospedaliera. Vanno quindi considerati non un diktat ma un riferimento, soprattutto per regioni come la nostra che rivendicano l’autonomia nell’organizzazione della spesa e vogliono invece essere giudicate sui risultati di salute ottenuti. Penso anche che dovremmo riuscire a non mettere in

contrapposizione ospedale e territorio a contendersi le risorse perchè oggi, sempre di più, il trattamento di pazienti complessi richiede prima l'ospedale e poi una gestione territoriale. Sono richiesti quindi percorsi integrati con professionisti che devono sapersi parlare e che devono poter disporre di tutto quello che serve per lavorare bene, Questo è il sistema che mi piacerebbe costruire.

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

Nient'altro di quanto la costituzione oggi prevede. Una **piena autonomia responsabile nell'utilizzare le leve di programmazione e organizzative senza tagliole nazionali** che possono valere per le regioni in piano di rientro ma non per noi. E una **valutazione che tenga conto della qualità dell'offerta erogata anche quando si tratta di ripartire le risorse del fondo sanitario nazionale**

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

Io sogno un sistema democratico nel quale un'area politica che si candida al governo di una regione, indichi una serie di proposte ed impegni che intende assumersi. E se gli viene concessa dagli elettori la possibilità di governare, verrà valutata a sua capacità di aver rispettato quanto aveva proposto. E vorrei tanto che i nostri cittadini utilizzassero questo semplice modo per decidere chi votare.

In un sistema come questo avere la responsabilità delle scelte del management che guiderà gli ospedali deve rispondere esclusivamente alla loro capacità di attuare gli obiettivi che vengono assegnati. Non sceglierò mai un direttore generale per quello che vota ma solo per come sa lavorare. Oggi c'è un elenco nazionale con circa 800 professionisti da cui attingere, e in aggiunta nella nostra regione è prevista la definizione di una short list selezionata da una commissione indipendente che deve identificare i migliori profili per le esigenze di un sistema complesso come il nostro. Penso che, anche per i primariati, vada cambiato il passo. Si assegna un budget, e il direttore generale (e io spero con un lavoro collettivo e di intesa con il collegio di direzione e dal comitato dei sanitari che sono organi che dovrebbero a mio avviso avere un peso superiore) decide su quali posizioni investire. Penso ad un sistema degli obiettivi molto semplice e diretto, che appunto misuri la capacità del DG di ridurre i tempi di attesa nel suo territorio, di mantenere i conti in ordine, di migliorare la qualità del servizio.

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?

Io penso che la riforma della cronicità, che per ora si è tradotta nella lettera di un assessore inviata in campagna elettorale ai 3,5 milioni di cronici lombardi, così come è scritta rischia di mettere in ginocchio l'organizzazione degli ospedali, e di peggiorare i servizi sia per gli acuti che per i cronici. Su quelle delibere dovremo rimettere mano radicalmente e non possiamo farlo se i professionisti, dai medici di medicina generali a quelli ospedalieri, non vengono coinvolti per trovare soluzioni. Sono loro che conoscono e vivono la realtà dei pazienti e queste non sono operazioni che si possono affrontare a tavolino o interrogando un data base. Penso anche, e vorrei confrontarmi con voi se ci sarà occasione, che sia più razionale affidare al medico di medicina generale il ruolo strategico di "gestore" di questo modello di presa in carico affinché rimanga responsabile primo della salute di tutti i pazienti con una o due patologie croniche (escludendo i 150 mila cittadini con tre o più patologie che già oggi sono di fatto in carico alle Aziende sanitarie o alle RSA)

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

La riforma ha diversi punti scritti male, discutibili: è stato un azzardo operare a tavolino una revisione delle aziende e costringere a completare un processo di riconversione che ha coinvolto 100.000 operatori in pochi mesi. E' un errore continuare a procedere senza sperimentare, misurare gli effetti degli interventi che si propongono, e solo dopo estenderli ad un intero sistema che se no va inevitabilmente in sofferenza. Ma non mi appassiona mettere il mio nome su una riforma. Voglio una sanità migliore e correggeremo anche la riforma, quando e nei punti in cui sarà necessario. Gran parte delle cose che proponiamo richiedono capacità di governo, non pervenuta nell'era Maroni, e non continui provvedimenti legislativi.