

ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI

Servizio Sanitario Regionale
Lombardo

UNA RIFORMA DA RIFORMARE?

28 ottobre 2020
Ore 15.30-18.30



La riforma sanitaria lombarda ovvero “Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo”, approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Lombardia (Burl) nel mese di agosto, nasce con l’obiettivo di una vasta riorganizzazione della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009

L’analisi

Come in tutte le Riforme è quasi fisiologico l’alternarsi di luci ed ombre, di aspetti positivi e non, di fronte a cui il metodo adottato dalla Segreteria Regionale Anaaò è stato quello di sollecitare e stimolare il confronto con le istituzioni regionali, la discussione con le altre rappresentanze dell’Intersindacale e del personale sanitario, non risparmiando critiche, anche dure, avanzando proposte, emendamenti, correttivi, trovando il naturale interlocutore a livello di Commissione 3[^] Sanità. Dove con Presidenza, maggioranza e opposizione è stato portato un contributo di modifiche, in qualche caso anche sostanziali. Anche se, non nascondiamocelo, saranno le modalità applicative - estremamente delicate - che da qui in poi saranno approvate, a determinare la concreta e positiva evoluzione della sanità lombarda.

Dopo una prima attenta lettura abbiamo evidenziato:

A cura di

FABIO FLORIANELLO
Presidente Consiglio Nazionale e Segretario Amministrativo Regionale
SERGIO FINAZZI
Componente Direzione Nazionale e Vice-Segretario Regionale

AURELIO CASTELNUOVO
Segretario Organizzativo Regionale
SILVERIO SELVETTI
Segretario Regionale

PUNTO DI PARTENZA PRE-PANDEMIA

BOZZA DI PSSR 2019-2023

- Audizione 29 gennaio in Commissione III

ITER POI INTERROTTO DURANTE LA PANDEMIA,
PER APPROFONDIMENTI ULTERIORI IN VISTA
DI MODIFICHE DELLA LR 23/2015

LUCI E OMBRE DELLA RIFORMA SANITARIA DEL 2015

POCHE LUCI, FIEVOLI

- Riduzione delle aziende
(forse ancora troppe e spesso "artificiali", favoriscono la frammentazione)
- Leggero aumento della sinergia e delle reti (molto lavoro da fare)

TANTE OMBRE

- Mancata integrazione ospedale-territorio, nei fatti
- Penalizzazione di molti ospedali importanti che si sono "caricati il territorio" non essendosene mai occupati.
Clamoroso ritardo rispetto ad altre Regioni
- Ancora troppo "leggero" il ruolo del territorio, nonostante l'impegno economico maggioritario
- Scarso impatto delle ATS su controlli e vigilanza (e il COVID non c'entra nulla...)
- Il predominio del privato nelle scelte "di comodo"

LA RETE OSPEDALIERA

UN LODEVOLLE LIBRO DEI SOGNI MAI ATTUATO

- Delineare i ruoli che ciascuna struttura sanitaria deve svolgere all'interno del sistema per poter soddisfare il mandato specificamente attribuito
- Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi che aiutino gli operatori a svolgere in modo più sicuro, efficiente ed efficace il proprio lavoro all'interno della struttura ospedaliera
- Portare a compimento il percorso di riordino della rete d'offerta prevista dal DM 70/2015

DIFFICOLTÀ OGGETTIVE: LA POLITICA?

Tale programmazione, che dovrà riguardare tanto l'**offerta pubblica** che quella **privata**, è sicuramente un impegno difficile per i decisori e per i professionisti e richiede un **puntuale coinvolgimento** dell'intera popolazione.

Fondamentale sarà la **capillare comunicazione degli obiettivi** che si intendono perseguire e delle motivazioni tecniche che li supportano: a loro volta le **proposte tecniche dovranno essere approfonditamente preparate** attraverso il coinvolgimento dei referenti più autorevoli del mondo clinico e scientifico, degli **organismi rappresentativi degli operatori**, delle associazioni dei pazienti e delle istituzioni territoriali.

ECCO IL SOGNO...

L'attuale sistema necessita
di definire i diversi livelli di cura
superando contestualmente
la frammentazione dei processi
erogativi che ancora persistono.

E IL CONTRASTO CON LA REALTÀ

L'intera offerta ospedaliera lombarda da anni, oltre ad assicurare al cittadino il **diritto alla libertà di scelta della struttura cui affidarsi**, garantisce ottimi livelli qualitativi di assistenza, oggettivamente documentati dai dati di attività e di esito. La situazione sembra ideale, tuttavia la sanità pubblica risulta chiaramente penalizzata rispetto a quella privata.

DIMOSTRAZIONE: - 6.3% DI VALORE ECONOMICO DEI RICOVERI NEL PUBBLICO

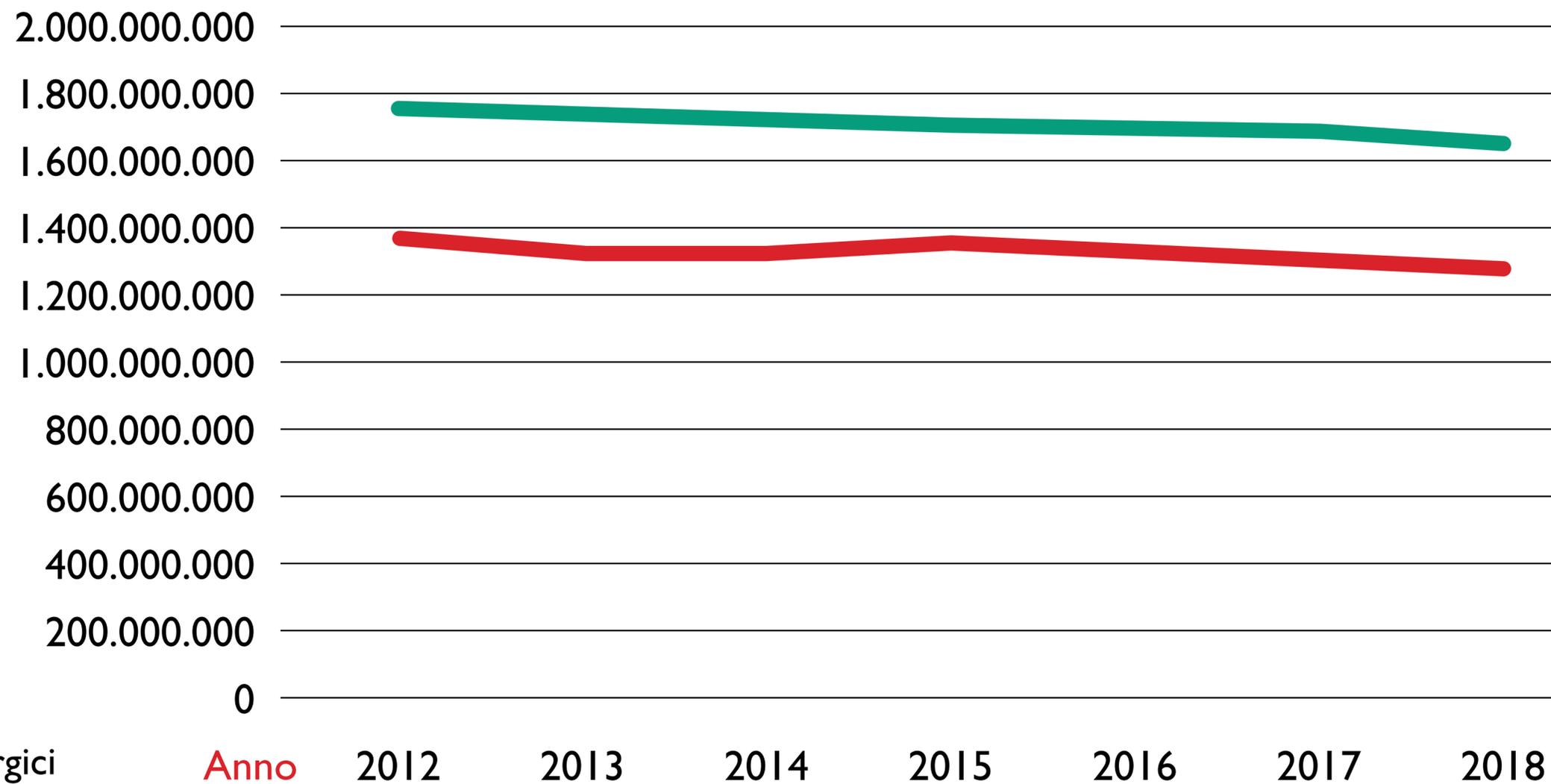
ATS Erogazione

Tipo Ente: Pubblico

| Valore Ricoveri | Tipo Ricovero | | |
|------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| Anno Riferimento | Ricoveri Chirurgici | Ricoveri Medici | Totale Complessivi |
| 2012 | 1.764.142.711 | 1.374.719.909 | 3.138.862.620 |
| 2013 | 1.743.260.262 | 1.337.144.313 | 3.080.404.575 |
| 2014 | 1.726.752.797 | 1.334.956.297 | 3.061.709.094 |
| 2015 | 1.707.378.746 | 1.353.507.084 | 3.060.885.830 |
| 2016 | 1.698.644.256 | 1.329.374.653 | 3.028.018.909 |
| 2017 | 1.696.405.499 | 1.310.341.959 | 3.006.747.458 |
| 2018 | 1.663.302.761 | 1.278.333.874 | 2.941.636.635 |

DIMOSTRAZIONE: - 6.3% DI VALORE ECONOMICO DEI RICOVERI NEL PUBBLICO

Valore Ricoveri



— Ricoveri chirurgici
— Ricoveri medici

INVARIATO IL VALORE NEL PRIVATO, A FRONTE DI UN LIEVE CALO NEL NUMERO DI RICOVERI

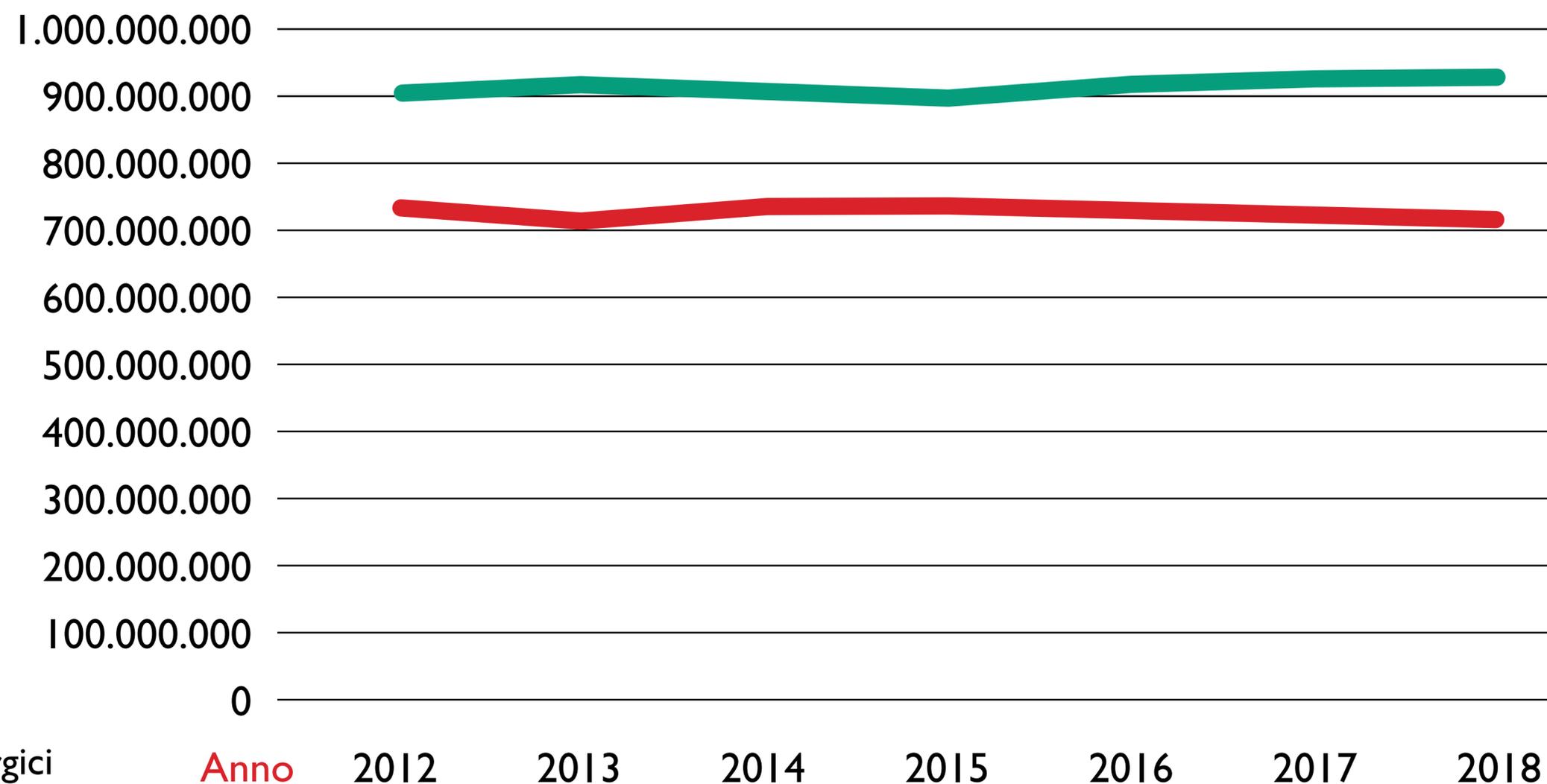
ATS Erogazione

Tipo Ente: Privato

| Valore Ricoveri | Tipo Ricovero | | |
|------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| Anno Riferimento | Ricoveri Chirurgici | Ricoveri Medici | Totale Complessivi |
| 2012 | 903.198.419 | 731.594.868 | 1.634.793.287 |
| 2013 | 917.659.993 | 716.051.950 | 1.633.711.943 |
| 2014 | 910.720.461 | 734.562.130 | 1.645.282.591 |
| 2015 | 900.636.816 | 734.727.543 | 1.635.364.359 |
| 2016 | 924.900.474 | 727.077.821 | 1.651.978.295 |
| 2017 | 931.142.976 | 723.957.046 | 1.655.100.022 |
| 2018 | 928.723.575 | 718.131.730 | 1.646.855.305 |

INVARIATO IL VALORE NEL PRIVATO, A FRONTE DI UN LIEVE CALO NEL NUMERO DI RICOVERI

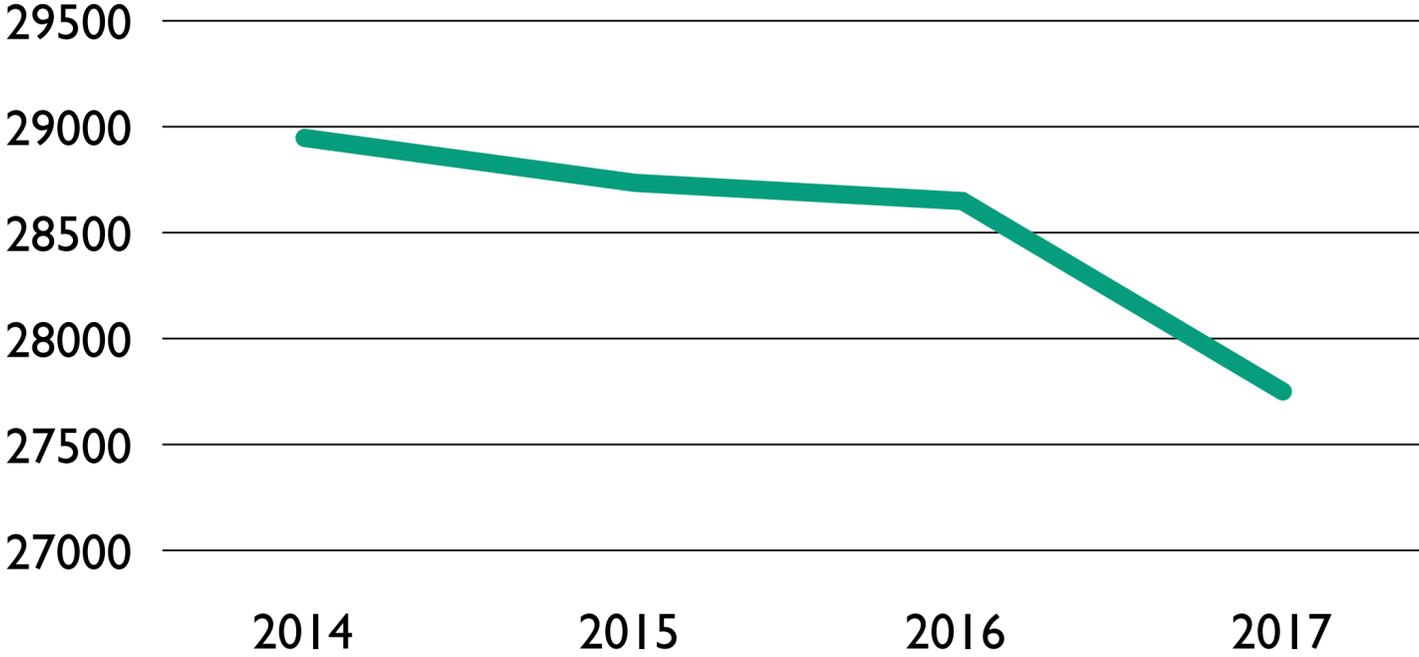
Valore Ricoveri



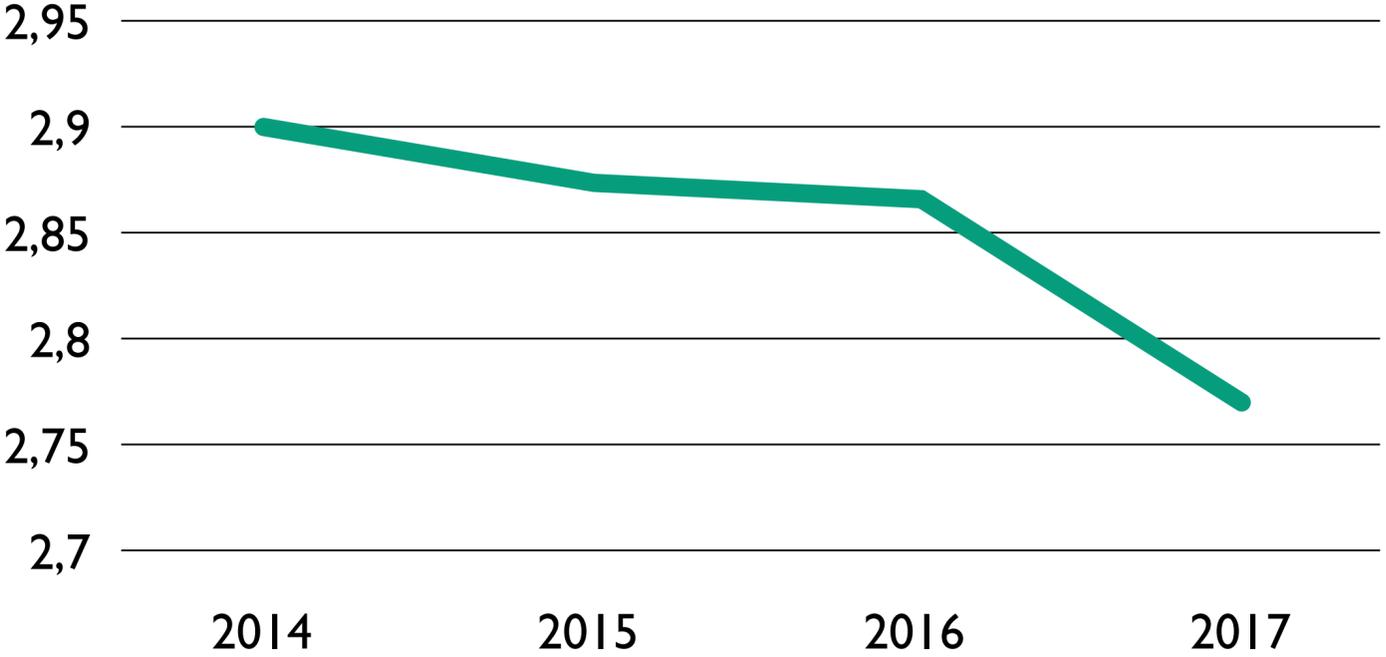
— Ricoveri chirurgici
— Ricoveri medici

CALO REALE DEI LETTI PER ACUTI

Posti letto per acuti Lombardia (Fonta ISTAT)



Posti letto per 1000 abitanti Lombardia (Fonta ISTAT)



UNA PAROLA SULLA RETE PER L'ASSISTENZA MATERNO NEONATALE

- Si raccomanda di adottare stringenti criteri per la riorganizzazione della rete assistenziale, fissando il numero di almeno 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, nel triennio, per il mantenimento/attivazione dei punti nascita (accordo Stato-Regioni del 2010)
- Persistenza di punti nascita sotto i 1000 parti zone NON disagiate, circostanti le aree metropolitane, con gravi problemi di reclutamento di medici specialisti

MA IN REALTÀ...

L'assessore regionale:
"Riattivazione dei reparti e del punto di Stradella".
Via alle assunzioni

Riattivazione di tutti i reparti dell'ospedale di Stradella dal 15 settembre, ripartenza a ottobre del punto nascite e attivazione di quattro posti di terapia sub intensiva nei prossimi mesi. Lo ha confermato l'assessore regionale al Welfare, Giulio Gallera, che ieri pomeriggio, insieme al direttore generale dell'Asst Pavia, Michele Brait, e all'assessore regionale pavese Silvia Piani, ha incontrato una delegazione di sindaci dell'Oltrepo orientale per parlare del futuro del presidio, Gallera, inoltre, ha assicurato la prossima assunzione di 18 nuove figure, tra medici e infermieri, tra cui 6 ostetriche (al cui bando di concorso hanno aderito circa 300 candidati).

IL TERRITORIO STRETTO TRA ATS E RETE TERRITORIALE ASST

- Alla ATS è rimasto in sostanza solo un ruolo di indirizzo e controllo su mandato regionale
- Trasformazione da "azienda" ad "agenzia" che a differenza delle precedenti ASL non eroga prestazioni e riveste un esclusivo ruolo di governo e di integrazione
- Sarebbe opportuno ricostituire l'unità e sinergia fra i vari attori del processo riportando il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, meglio ancora l'intero Dipartimento di Prevenzione nell'ambito di ASST

I DISTRETTI SONO "SPARITI"

- Ogni Distretto quindi è articolazione di ATS ma si estende su un territorio corrispondente alle singole ASST (con l'eccezione di Milano città) e a esso afferiscono le istanze dei Comuni, dei vari stakeholder e dei singoli cittadini relativi a problematiche sanitarie e sociali
- Il Distretto potrebbe essere quindi inserito più efficacemente in ASST ove fungerebbe da interfaccia fra ASST e "mondo esterno" inteso come Comuni, Enti, associazioni varie, che riportano bisogni e aspettative del territorio di competenza

LE CURE PRIMARIE

- Il Dipartimento delle cure primarie è allocato in ATS
- I medici di medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta afferiscono all'ATS
- Tuttavia il MMG e il PLS per il ruolo di presa in carico del cittadino, collaborazione nelle attività di sanità pubblica (es. vaccinazione antinfluenzale, screening) e interazione con gli specialisti ospedalieri troverebbero migliore e più logica collocazione nel polo territoriale delle ASST

I CONTROLLI

- Alla ACSS non è attribuito personale con funzione di vigilanza e controllo
- La vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, è attribuito alla ATS a cui invece afferisce il personale di accreditamento, vigilanza e controllo (NOC)
- Vi sono in sostanza una serie di funzioni sovrapposte che non giovano alla linearità del sistema

CONCLUSIONI

- MOLTISSIMI PROBLEMI SUL TAPPETO
 - Territorio "sguarnito"
 - Assenza di presidi diffusi
(POT, PRESST senza una particolare vocazione prestazionale)
 - Il privato partecipa in minima parte alle agende ambulatoriali comuni gestite dai CUP e dal Call Center Regionale
 - Rete ospedaliera insostenibile, disegnata più di venti anni fa
 - Separazione programmatore/erogatore a livello periferico inefficiente
 - Controlli inefficaci/insufficienti
- VOLONTÀ POLITICA DI CAMBIARE DA PROVARE: CAMBIARE COSTA VOTI!
- URGENZA DI AGIRE

PROPOSTE IN PILLOLE

IL CORAGGIO DI RIDEFINIRE LA RETE OSPEDALIERA

- Rivedere criteri di accreditamento
 - Emergenza/urgenza da garantire secondo standard attuali.
- No piccoli PS in zone non disagiate

COLLOCARE TUTTE LE ATTIVITÀ NON PROGRAMMATORIE IN ASST

- Ruolo di committenza solo a Regione.
- Le ATS hanno fallito il loro compito per insufficienza strutturale
- Da ridefinire le dimensioni ed il ruolo di ATS

TUTTA LA CONVENZIONATA DEVE ESSERE GESTITA DA ASST

I CONTROLLI DEVONO ESSERE PIÙ EFFICIENTI (APPROPRIATEZZA E ACCREDITAMENTO)

ANAAO
ASSOCIAZIONE



ASSOMED
MEDICI DIRIGENTI