

Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014

Le opinioni, i commenti e i contributi di CGIL CISL UIL LOMBARDIA

La Proposta di “Piano socio sanitario regionale 2010-2014” è un documento molto sintetico, che contiene una serie di indicazioni che lo caratterizzano più come un documento di “Linee programmatiche” che un vero e proprio documento di programmazione che, secondo l’art. 3 della L.r. 33/2009 dovrebbe indicare “*le attività sanitarie e sociosanitarie da erogare per ognuno dei livelli essenziali di assistenza*”. Il piano non contiene riferimenti ai piani precedenti, né contiene un bilancio degli obiettivi raggiunti, delle parti carenti, di quanto resta da fare.

Nella proposta di PSSR, in particolare, non si ritrovano i contenuti indicati dal Testo Unico: l’individuazione del quadro previsionale dei bisogni della popolazione lombarda, gli indicatori per determinare i volumi di attività per ogni Lea; gli indicatori di risultato da utilizzare per il controllo e la valutazione dell’efficienza, dell’efficacia e dell’economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, i progetti obiettivo e le azioni programmate da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno ed i relativi finanziamenti, le linee di indirizzo del sistema regionale integrato di prevenzione secondo criteri di efficacia e appropriatezza.

Mancano dati epidemiologici e relativi all’offerta di servizi, elementi di conoscenza che sono indispensabili per individuare i punti di criticità del sistema e per programmare gli interventi sulla base di criteri di priorità, in relazione all’evoluzione della domanda.

Il PSSR 2010-14 consegna quindi alla giunta regionale ampi margini di discrezionalità nella definizione dei successivi adempimenti attuativi.

Il piano, inoltre, anche se si definisce socio-sanitario, non indica, programma, delinea alcun tipo di intervento che possa favorire la collocazione geografica di una vera rete territoriale dei servizi utili all’integrazione socio-sanitaria.

Le risorse

Non mancano nel documento indicazioni condivisibili (sulla prevenzione, sul ruolo della medicina di base, ...), che non sono però sostenute da scelte chiare sulla dotazione di risorse e di personale necessarie per attuarle, dato che in questi anni vi è stato un impoverimento delle strutture organizzative che dovrebbero attuarle, dai Dipartimenti di prevenzione ai Distretti (mai citati nel Piano), alla rete dei servizi consultoriali.

Le scelte operate dal governo con la recente manovra economica sia sul piano finanziario che delle dotazioni organiche non devono compromettere la funzionalità del sistema sanitario regionale e la capacità di rispondere ai bisogni di prestazioni e cure richieste dalla popolazione della nostra Regione.

A questo proposito riteniamo che si debba invece proseguire il percorso di qualificazione dei servizi ed attività sanitarie e socio sanitarie, sia in termini di quantità che qualità dei servizi offerti, al fine di promuovere la tutela della salute e benessere sociale dei cittadini, confermando innanzitutto le risorse oggi garantite dal FSR.

In particolare, riteniamo che le trasformazioni demografiche in corso, che hanno determinato un cambiamento nella richiesta di cure (dalle cure intensive necessarie nelle fasi acute delle patologie, alle cure continuative nelle diverse condizioni di fragilità), richiedono una profonda trasformazione del sistema dell’offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale a supporto della non autosufficienza, così come una maggiore attenzione a realizzare una presa in carico “globale” delle persone, di diverse età, in condizione di disabilità.

Occorre individuare modalità diverse di risposta alla cronicità, tenendo sempre al centro la persona, la famiglia e la qualità delle cure erogate, riaffermare la centralità del territorio nella cura e nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative, riconoscendone tutta l'importanza anche attraverso la messa a disposizione di risorse sanitarie adeguate.

Il recente accordo sui temi della non autosufficienza sottoscritto con l'Assessorato alla Famiglia ha indicato un percorso che non può essere interrotto: lo stesso obiettivo di realizzare entro il 2011 una diffusa e efficace implementazione delle cure intermedie su tutto il territorio regionale non è procrastinabile e deve trovare conferma nel PSSR in discussione.

I servizi territoriali

Il Piano, come richiamato in premessa, non contiene una sufficiente indicazione di linee guida strategiche per il miglioramento del sistema e soprattutto delle scelte di riorganizzazione necessarie per determinare una svolta, spesso dichiarata ma non praticata, finalizzata al superamento della centralità dell'ospedale, a favore della territorialità. Per riportare la stessa struttura ospedaliera alla sua "missione" di cura delle acuzie è indispensabile costruire nel territorio un polo assistenziale altrettanto affidabile, che sappia garantire continuità assistenziale, con competenza, garantendo interventi efficaci ed appropriati.

L'obiettivo di superare la centralità dell'ospedale e di realizzare sul territorio nuove modalità di presa in carico delle persone con patologie a lungo decorso, garantendo la continuità assistenziale, passa attraverso l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e una reale integrazione delle diverse figure professionali che operano sul territorio: Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziale, Medici specialisti, Infermieri, Operatori sociosanitari ed altri.

Quando il Piano affronta questo tema, sembra indirizzarsi a un ampliamento della centralità dell'ospedale, che si dirama sul territorio, in un ambito che dovrebbe essere di competenza del distretto e caratterizzato dall'integrazione tra servizi sociali e sanitari per affermare la centralità delle cure primarie e del territorio, qualificando l'offerta assistenziale e garantendo la continuità di cura, attraverso le forme aggregate di cure primarie.

In conclusione appare come una prospettiva che si differenzia non solo dall'esperienza di altre Regioni con SSR analoghi, ma anche dalle proposte contenute nel documento di linee per il nuovo Piano Sanitario Nazionale, che, nel rilevare lo squilibrio esistente tra ospedale e territorio e il conseguente utilizzo inappropriato delle risorse, sottolinea la necessità di affermare la centralità delle cure primarie e del territorio, qualificando l'offerta assistenziale e garantendo la continuità di cura, attraverso le forme aggregate di cure primarie.

Un confronto tra SSR

Il servizio sanitario lombardo si colloca, insieme ad altre tre regioni, tra i punti di eccellenza della sanità italiana ma vi sono alcuni aspetti che ne riducono l'efficacia e la qualità.

Il sistema sanitario lombardo offre risposte di eccellenza, soprattutto nella rete ospedaliera, consolidata e qualificata, ma è innegabile che continuano ad esistere punti di criticità, che riguardano: l'equità nell'accesso ad alcune prestazioni specialistiche, per tempi di attesa spesso incompatibili con l'urgenza di una diagnosi, la necessità di garantire

la continuità assistenziale, la capacità di presa in carico di cronicità e disabilità attraverso le dimissioni protette, a fronte di tempi di degenza sempre più brevi.

Unità del SSR

Il Piano deve indicare quale equilibrio dovrà essere garantito tra le strutture Pubbliche e Private che erogano i servizi, sia in termini di territorialità che di specialità ed infine di dotazione di posti letto per evitare che, eludendo i limiti degli accreditamenti, pezzi di Servizio Sanitario Pubblico, passino al Privato con il meccanismo dell'Appalto.

Integrazione tra servizi sociali e servizi socio-sanitari: il welfare lombardo

Mentre alcuni obiettivi del PSSR precedente, che contemplava aspetti di carattere sociale, risultano essere stati raggiunti (l'implementazione del privato, il consolidamento del ruolo di PAC, la voucherizzazione di alcuni servizi) si è fatto sicuramente meno su altre parti di piano:

- la presa in carico complessiva della persona e della sua famiglia;
- i servizi e le risposte per la domiciliarità, che, così come oggi configurata, risulta carente, con differenziazioni territoriali evidenti e comunque insufficiente per conseguire l'obiettivo di mantenere disabili e persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita;
- è rimasto critico l'intero settore della riabilitazione.

Nel PSSR c'è un impegno generico per lo sviluppo della rete territoriale e dei servizi domiciliari che richiederebbe però un bilancio di ciò che è stato fatto, delle criticità e dei punti di forza, ma soprattutto di indicazioni precise. La stessa integrazione tra sanità, socio-sanitario e sociale o il rilievo dato ai bisogni formativi devono essere affiancati a obiettivi, tappe e strategie chiare per il livello istituzionale, organizzativo, funzionale.

Il ruolo del terzo settore viene implementato nelle fasi della programmazione e della gestione, ma non si parla del ruolo degli Enti Locali.

Nulla si dice né sull'accordo con le organizzazioni sindacali sulle non-autosufficienze né della costituzione del Fondo per la non autosufficienza.

Va delineata una politica regionale sull'immigrazione in una Regione in cui risiedono 1/4 dei cittadini stranieri presenti in Italia.

Nell'assenza del sociale si tracciano, nel nuovo piano, alcune prospettive di riforma anche normative:

- Nel PSSR si parla di post- acuzie, di sub-acuzie, di cure intermedie, di ospedale a domicilio, di riabilitazione a domicilio. Si prospettano pluralità di tipologie di unità di offerta senza definirne nessuna. In questo contesto non è chiaro il ruolo che le RSA potrebbero avere: vengono inserite nel SSS, vengono alleggerite di parte delle funzioni anche riabilitative che oggi svolgono, si rivede il sistema degli accreditamenti e della contrattualizzazione.
- Nel PSSR si accenna a modifiche normative del welfare, a partire da una definizione di una "disciplina organica di governo e di controllo del sistema" sia di una modifica organizzativa. Inoltre, la volontà espressa di mettere mano alla legge sui minori (l.r. 34/2004), a quella sulla famiglia (l.r. 23/99) e alla stessa legge 3/2008, dovrà essere oggetto di una attenta e precisa valutazione.
- L'affermazione e l'impegno per la riforma dei consultori desta altrettanta attenzione trattandosi di strutture regolate con normativa nazionale e preposte all'esercizio di

Livelli essenziali di assistenza. Lo sviluppo di funzioni di prevenzione sociale e informazione, richiede risorse e personale per i consultori pubblici che potrebbero, senza risorse adeguate, trovarsi in difficoltà anche per l'adempimento delle funzioni per cui furono istituiti.

- In materia di tossicodipendenze il PSSR non fa alcun cenno al funzionamento e/o allo sviluppo dei SERT che sono, in molti territori, sotto potenziati rispetto alle necessità e ai compiti. Si dedica invece attenzione oltre che alla prevenzione, auspicabile, alla residenzialità e alla necessità di integrazione con il territorio. La scelta della Regione di porre in capo alle Aziende Ospedaliere i SERT e i CPS pone l'esigenza di una integrazione reale con il territorio e con il piano sociale.

Infine il PSSR non impegna Regione Lombardia e le altri Parti a concordare un rinnovato patto integrato "salute ed assistenza" con le Confederazioni e le Categorie interessate.

Semplificazione amministrativa e normativa

L'introduzione dedica ampio spazio a questo tema; mentre però sono comprensibili e condivisibili gli obiettivi di "Semplificazione e sburocratizzazione degli accessi alle strutture sanitarie anche attraverso il Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale", e di "Sviluppo di un sistema di comunicazione... che consenta alle persone in difficoltà e alla famiglia di conoscere i diversi istituti giuridici di tutela", meno chiari sono altri obiettivi, riferiti ad una ridefinizione delle "regole di sistema" e di "una disciplina organica di governo e controllo del sistema di welfare lombardo che consenta una razionalizzazione delle risorse oggetto di dispositivi plurimi stabilizzi i rapporti e le relazioni, partendo dalla domanda e dal bisogno. Revisione degli assetti organizzativi: razionalizzazione e integrazione tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale". Considerando che è stata da poco rivisitata la normativa in campo sociale e socio-sanitario (l.r. 3/08) ed è stato appena approvato il Testo unico in materia sanitaria (l.r. 33/09), l'obiettivo a cui si tende va meglio specificato.

Il processo di semplificazione amministrativa ha già introdotto in ambito sociale e sanitario il superamento di alcuni istituti come l'autorizzazione al funzionamento delle strutture; il piano richiama la necessità che le Asl assicurino un efficace intervento di controllo sul territorio, anche sulla base di linee guida regionali da emanarsi; sarà quindi necessario che sia garantita la disponibilità di personale dedicato.

Il riferimento a nuovi "percorsi" per la sanità veterinaria, che riguarderanno una "semplificazione delle autorizzazioni per alcune attività", "procedure semplificate" per il rilascio di certificazioni per l'esportazione di prodotti di origine animale verso Paesi terzi e la "riduzione di adempimenti amministrativi da parte degli allevatori" va considerato in rapporto al ripresentarsi di epidemie animali e di malattie pericolose per la salute umana. E' stato più volte riconosciuto il ruolo fondamentale della sanità pubblica veterinaria nella tutela della salute umana; la rete territoriale del sistema dei controlli va quindi rafforzata.

Il PSSR prevede il completamento del servizio di prenotazione attraverso lo sviluppo di sistemi multicanale, nell'ambito del progetto CRS-SISS, con l'implementazione del Cup Regionale, internet, farmacie e l'accesso ai MMG in forma singola e associata.

Riconoscendo l'importanza del percorso di facilitazione di accesso al sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ed esami diagnostici tramite i MMG, sarebbe opportuno valorizzarne il ruolo per la funzione di governo della domanda di salute a cui gli stessi sono chiamati.

In riferimento all'implementazione del Cup regionale evidenziamo la necessità di attivare una verifica circa l'efficacia della risposta alla domanda di prestazione con riferimento

all'ambito territoriale in cui risiede l'utente. Da non sottovalutare inoltre le ricadute sul piano occupazionale nel territorio regionale, soprattutto in questa delicata fase economica, derivanti dall'affidamento del sistema Cup regionale a call center collocati fuori regione.

Revisione Assetti Organizzativi

Il piano prevede una modifica della legge regionale n.20 del 7 luglio 2008, a partire da una riforma dei comparti di contrattazione che ad oggi non si è ancora realizzata.

Nel Piano si accenna ad una riorganizzazione delle aziende sanitarie locali e a processi di razionalizzazione e integrazione tra sistema sanitario, sociosanitario e sociale, anche attraverso una ridefinizione del ruolo delle direzioni sociali, senza d'altro canto esplicitare gli indirizzi ed relativi i percorsi, nonché le modalità di finanziamento. Rispetto a tali processi occorre prevedere un percorso di consultazione delle rappresentanze sindacali e dei lavoratori e delle lavoratrici.

Sistema dei controlli

Viene sottolineato come prioritario l'obiettivo di un controllo regionale sul rispetto degli indirizzi e delle linee guida forniti agli enti e alle società regionali e sui risultati in termini di efficacia dell'attuazione delle politiche, lasciando in secondo piano la problematica relativa ai controlli sull'appropriatezza delle prestazioni ed alla difesa degli utenti da comportamenti opportunistici, quando non lesivi della vita e della salute della persona che si sono manifestati in una certa parte del privato.

Viene riproposto l'obiettivo della "realizzazione di un sistema di governance sanitaria, socio sanitaria e sociale attraverso il fronte normativo (revisione/armonizzazione di alcune disposizioni), formativo/culturale e tecnologico/procedurale (sistema informativo di programmazione e controllo)", di cui vanno precisati i contenuti.

Prevenzione, promozione del ben-essere e tutela della salute nei luoghi di lavoro

Sono indicati obiettivi generali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, che le Asl dovranno perseguire ed è prevista una verifica dei risultati dell'attività di prevenzione, in termini di "guadagno di salute": mantenimento della riduzione degli infortuni sul lavoro, riduzione del numero di fumatori, contenimento dei livelli di obesità, controllo dell'ipertensione, riduzione della mortalità per carcinoma mammario, ecc... Si tratta di obiettivi condivisibili, che vanno però rapportati alle difficoltà operative dei dipartimenti di prevenzione, per il sottodimensionamento degli organici.

Sembra inoltre molto riduttivo il riferimento alla problematica della salute nei luoghi di lavoro, considerando l'incidenza degli infortuni sul lavoro, anche mortali, nella nostra regione.

Se è sicuramente condivisibile l'affermazione che i migliori risultati in termini di prevenzione si possono raggiungere grazie ad "azioni di sistema" e che la prevenzione dovrebbe essere compito diffuso di tutti gli attori del Ssr, ciò non giustifica un depotenziamento dei servizi che all'interno delle Asl sono preposti a questa funzione.

E' quindi necessario garantire un'organizzazione dei servizi pubblici per settore di attività e in grado di dare autonomia, risorse e professionalità agli SPSAL per renderli capaci di rispondere alle richieste dell'utenza, di cittadini/e e lavoratori e lavoratrici, e di agire efficacemente sulle problematiche garantendo operatori dedicati, con risorse di tempo e di mezzi, professionalmente preparati.

E' auspicabile quindi che il piano sociosanitario faccia esplicito richiamo al rinnovo del piano triennale SSL e che per esso vi siano risorse dedicate.

Tra le criticità si segnala anche quella di una riforma dei controlli che "dovrà tutelare la spesa pubblica": la questione ci porta ad evidenziare la necessità di allargare, e non contrarre, l'azione del controllo e della vigilanza in un'ottica preventiva e strettamente rapportata ai rischi lavorativi.

Si sottolinea inoltre che la partita relativa alle risorse, per la quale si evidenzia la volontà di "coniugare la stabilità con la dinamica delle risorse disponibili", non vede ancora l'applicazione del reinvestimento delle entrate ex decreto 758 (che per l'anno 2007 ammonta a € 44.845.251) come previsto dal decreto 81/08 (art. 13 c.6) al capitolo prevenzione nei luoghi di lavoro e non a quella tout court.

Integrazione ospedale/ territorio e assistenza territoriale

E' questa forse la parte più interessante del piano, che si limita però ad elencare i titoli:

- maggiore integrazione operativa tra i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, nonché gli erogatori di prestazioni socio sanitarie,
- costituzione di modelli di aggregazione nell'ambito della medicina generale,
- sviluppo della telemedicina, a supporto della medicina territoriale,
- attivazione di strutture di ricovero intermedie tra ospedale, low care hospital ed ospedalizzazione domiciliare con monitoraggio H24, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero per i trattamenti meno complessi.

Il Piano non assume impegni e non stabilisce priorità.

Qualsiasi scelta non potrà generare un ulteriore peso economico per le famiglie, che, alla luce dei dati attuali sulla crescita della compartecipazione in capo alle famiglie lombarde nei costi dei servizi, risulta essere più elevata che in altri contesti regionali. A nostro avviso va invertita la tendenza.

A tale proposito è necessaria una verifica sull'evoluzione numerica e territoriale dei posti letto di medicina generale e di geriatria negli ospedali lombardi, al fine di una compiuta analisi sulla necessità/opportunità di aumentarne il numero e la diffusione territoriale, invertendo la tendenza messa in atto negli scorsi anni, dove di ogni due posti-letto di geriatria è avvenuta la conversione in un posto-letto di specialistica.

E' sempre più urgente la necessità di sviluppare una fase intermedia delle cure tra ospedale e territorio dedicata alla valutazione delle situazioni più complesse e ad orientare la persona e la famiglia nei successivi percorsi assistenziali, attraverso la conversione di posti letto per la realizzazione di strutture intermedie finalizzate:

- alla riabilitazione, settore oggi non di rado utilizzato impropriamente e mal distribuito tra diversi territori con alcuni significativi sotto dimensionamenti;

degli attuali 7500 posti letto ospedalieri di riabilitazione, 6500 sono di specialistica, dove la durata del ricovero si attesta sui 20/23 gg., mentre è circa il doppio nei 1000 posti di riabilitazione geriatrica;

occorre intraprendere il percorso per invertire il rapporto tra riabilitazione specialistica e geriatrica, mirando a compensare una riduzione di posti-letto nella specialistica, con un significativo innalzamento di quelli in geriatria;

- alla stabilizzazione del quadro clinico con la prosecuzione delle cure mediche/infermieristiche nella fase di convalescenza e all'orientamento

assistenziale che preveda, a seguire, il rientro a domicilio o in strutture adeguate, anche mediante una diffusa riconversione dei piccoli ospedali inseriti nei diversi contesti territoriali

- Al “buon morire” per le persone la cui prognosi prevede un breve tratto di vita successiva alla dimissione ospedaliera, potenziando gli hospice e prevedendo posti letto in RSA senza carico economico sulla persona e i suoi familiari.

L’obiettivo del 2011 per realizzare una diffusa e efficace implementazione delle cure intermedie su tutto il territorio regionale non è procrastinabile.

A tal fine, essendo in atto da tempo la sperimentazione di alcuni posti di cure intermedie, è indispensabile una approfondita analisi degli esiti ad oggi prodotti.

Assistenza ospedaliera

La riorganizzazione dell’ospedale per intensità di cura è volta a caratterizzare lo stesso, sempre più come un luogo di cura delle acuzie, e dovrebbe presupporre:

- una qualificazione dell’offerta territoriale, per una gestione territoriale sanitaria e socio sanitaria ed una presa in carico delle cronicità;
- la garanzia di una continuità del processo di diagnosi e cura programmato tra il domicilio, il territorio e l’ospedale.

Il piano assegna all’ospedale una funzione centrale, riconoscendogli inoltre una “funzione territoriale”, da realizzarsi attraverso i suoi “bracci operativi”, non meglio definiti. All’ospedale viene quindi assegnato il compito di presidiare anche il livello territoriale, in riferimento non solo all’attività di diagnosi e cura di 1° e 2° livello, ma anche a servizi post-acuzie intermedi (low care hospital) e interventi di ospedalizzazione domiciliare, compito che è invece da affidare a un più forte ruolo dei Distretti e della rete integrata dei servizi domiciliari e territoriali.

Il Piano propone inoltre lo sviluppo di nuove “sinergie” con il mondo dell’industria e della finanza per riqualificare la rete ospedaliera: riteniamo che sia indispensabile a questo proposito una riflessione approfondita sui risultati delle sperimentazioni gestionali già avviate, per verificare i risultati in termini di innovazione ed efficienza gestionale e di miglioramento della qualità dell’assistenza.

Psichiatria e Neuropsichiatria

Sulla salute mentale stiamo assistendo ad una sanitarizzazione del fenomeno con il ricorso quasi esclusivamente all’uso dei farmaci e ad un grave ritardo nei percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.

Nel PSSR si evidenzia come prioritario “il passaggio alla residenzialità leggera e la piena integrazione sociale della persona”: in realtà i patti territoriali per la salute mentale in diversi casi evidenziano nell’integrazione tra componente sanitaria e componente sociale uno degli elementi di criticità da affrontare. Va rinforzata attraverso l’utilizzo di nuove risorse la collaborazione con i Servizi Sociali comunali per favorire il reinserimento sociale. Nel merito degli organismi di coordinamento per la salute mentale il coinvolgimento dei rappresentanti delle famiglie deve essere accompagnato da percorsi formativi che siano di utile supporto nello svolgimento del loro ruolo.

Presenta inoltre molti elementi critici il passaggio dei cosiddetti pazienti psichici cronici nelle RSA. Per loro sarebbe opportuna la ricerca di strutture a media e bassa intensità

riabilitativa non sempre disponibili. Il passaggio nelle RSA, restie, in molti casi, a farsi carico di pazienti con una storia clinica psichiatrica trova in molti casi anche l'opposizione delle famiglie non disponibili a sostenere le spese.

La piena attuazione del Piano regionale della Salute Mentale necessita di una cabina di regia a livello regionale, al fine di garantire maggior integrazione con i territori e con i piani di zona.

Anche nel sottolineare la necessità di una mappatura del fenomeno del disagio psichico dei minori e delle loro famiglie si evidenziano ritardi della Regione nell'ambito della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Politiche del personale

Con l'apertura dei nuovi ospedali si avvia la sperimentazione di modelli organizzativi nuovi che prevedono un'articolazione per intensità di cura e assistenza. Rispetto a questo innovativo percorso in tema di cura e assistenza, restano da verificare la reale efficacia e le ricadute ed i risvolti sul piano della gestione ed organizzazione delle risorse umane e professionali, in un'ottica di integrazione tra le diverse professioni addette al governo clinico e all'assistenza, e valorizzazione delle competenze e responsabilità.

E' un percorso innovativo, graduale che necessita particolare attenzione per il cambiamento culturale che presuppone.

Il Piano manca di definire precisi obiettivi di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica.

Oltre a pensare ad interventi di ampliamento delle fasce orarie di apertura al pubblico e a processi di decentramento sul territorio, sarebbe opportuno rivedere e introdurre più adeguati sistemi di regolazione e controllo del rapporto tra l'attività resa in orario istituzionale e l'attività in regime di libera professione.

Il sistema che è alla base della formazione delle professioni in campo sanitario, richiede oggi una particolare attenzione della programmazione dei percorsi universitari.

In particolare la grave e cronica carenza di infermieri nelle strutture sanitarie e socio sanitarie lombarde evidenzia la necessità di correlare maggiormente la programmazione universitaria dei percorsi formativi all'analisi e richiesta del fabbisogno delle professioni sanitarie espresse dal sistema.

Da anni in Lombardia nonostante le domande per accedere al corso di laurea infermieristica siano in crescita, le Università programmano meno posti di quelli richiesti dalla Regione. Questa problematicità, che rischia di mandare in sofferenza il sistema, è presente anche per altre qualifiche come i tecnici di radiologia e i medici anestesisti.

Per questo crediamo sia necessario un ruolo più incisivo della Regione nei confronti del sistema universitario.

Riteniamo si debba assicurare altrettanta attenzione, nell'ambito della revisione dei modelli assistenziali, alla valutazione del fabbisogno delle qualifiche di supporto all'assistenza (OSS), da collegare ai percorsi formativi di riqualificazione, in relazione alle specifiche competenze.

Gli indici di virtuosità del sistema sanitario regionale, con riferimento al personale, presentano una performance superiore alla media nazionale. Questo poiché nel tempo si è sempre più considerata la risorsa umana, non solamente un costo da contenere, ma una leva strategica da utilizzare e di cui avvalersi.

Occorre proseguire e rafforzare il percorso di valorizzazione del personale e delle professionalità che operano nel sistema, contribuendo al perseguimento di obiettivi di efficienza e qualità del SSR, anche attraverso il riconoscimento delle risorse regionali dedicate e collegate alla realizzazione di progetti, in riferimento a macro indicatori di sistema.

La miglior espressione delle competenze e della professionalità del personale si realizza a partire dalla stabilità e continuità del rapporto di lavoro, senza contare che il superamento del lavoro precario evita l'indebolimento della sanità pubblica, strettamente correlato al ricorso a personale non strutturato. E' pertanto necessario completare il processo di stabilizzazione del personale precario del comparto e della dirigenza degli enti del servizio sanitario regionale, per dare una risposta di garanzia occupazionale in una fase caratterizzata da grandi difficoltà di tenuta del mercato del lavoro anche nella nostra regione, e di valorizzazione delle risorse umane operanti nel sistema.

Regione Lombardia dovrà verificare e favorire la piena applicazione dei CCNL, ponendola quale condizione di accreditamento, tra le altre, per i soggetti privati e del privato sociale. In un sistema sanitario in cui operano aziende accreditate sia pubbliche che private, sulla base del possesso di requisiti definiti da norme regionali e nazionali, percependo identiche tariffe per le diverse tipologie di prestazioni rese ai cittadini, si dovrebbe evitare una competizione fondata sul risparmio e dumping contrattuale, quanto piuttosto il confronto dovrebbe svolgersi sulla capacità di valorizzare competenze e definire modelli organizzativi capaci di rispondere alle esigenze e bisogni di salute dei cittadini.

In tale prospettiva sarebbe opportuno avviare un percorso di valorizzazione del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate, a partire da interventi, anche di carattere negoziale tra le parti, tesi a recuperare il ritardo con cui si rinnova il Ccnl, riallineando in tal modo le retribuzioni dei lavoratori e delle lavoratrici che contribuiscono al funzionamento del SSR, che rafforzino la contrattazione di secondo livello.

Anche per questo guardiamo con attenzione all'ipotesi di sperimentazione di contrattazione regionale di secondo livello, tra OOSS, datori di lavoro e Regione, definito nell'intento di valorizzare il personale ed i professionisti operanti nelle unità di offerta socio sanitarie accreditate gestite dal privato, valorizzando i rispettivi livelli di contrattazione definiti nei CCNL

Infine, in un'ottica di verifica dell'organizzazione delle risorse, in termini di qualità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati, si pone oggi la necessità di fare il punto sulle sperimentazioni gestionali in atto per valutarne gli esiti.