



ISTITUTO INTERNAZIONALE
GIUSEPPE SARAGAT

CENTRO D'INIZIATIVA POLITICO-CULTURALE

Tavola Rotonda

*Piano Socio Sanitario Regionale
2002-2004*

*Strumento di tutela della salute?
Parliamone!*

Moderatore: Prof. Giancarlo Palmieri

ore 20.30 Apertura lavori

Intervengono:

ore 20.30 on. Fabio Minoli

*Componente Commissione
Affari Sociali della Camera
dei Deputati*

ore 20.40 dr. Carlo Borsani

*Assessore alla Sanità
Regione Lombardia*

ore 20.50 dr. Giancarlo Abelli

*Assessore alla Famiglia
e Solidarietà Sociale
Regione Lombardia*

Tavola Rotonda

ore 21.00 Introduzione: Stefano Pillitteri

*Presidente Istituto
Internazionale Giuseppe Saragat*

*ore 21.10 Quale ospedale vogliamo
(dr. C. Molinari)*

dr. A. Tropicano - dr. G. Broich

ore 21.30 Il problema delle risorse

(dr. A. Tropicano - dr. G. Broich)

dr. C. Dell'Agnola

dr. C. Molinari)

ore 21.45 Il medico di medicina generale:

quale ruolo

(prof. G. Palmieri)

dr. M. Stuflessen - dr. M. Grandini

dr. A. Angrisano)

*ore 22.05 La salute della madre e la tutela
del bambino e dell'anziano*

(dr. S. Garsia - dr. G. Moro)

dr.ssa A. Brambilla

dr. M. Stuflessen)

ore 22.30 Conclusioni

Massimo Guarischi

Consigliere Regione Lombardia

Vice Presidente Istituto

Internazionale Giuseppe Saragat

*Lunedì 17 giugno 2002
ore 20.30*

*Via Santa Marta, 18
20123 Milano*

IL PIANO SOCIO SANITARIO LOMBARDO 2002 - 2004

IL PROBLEMA DELLE RISORSE

Il piano socio sanitario 2002-2004 approvato dal Consiglio Regionale ci offre innumerevoli spunti per discutere del problema delle risorse : risorse umane, gestionali, finanziarie. Molti di questi problemi vengono affrontati con "innovazioni". Tra i tanti argomenti ritengo particolarmente interessante confrontarmi con voi sulle sottonotate innovazioni per le quali auspico che la Giunta Regionale emani i relativi provvedimenti di attuazione:

- Innovazione dell'impiego delle risorse umane
- Innovazione delle forme gestionali

Risorse umane.

E' indubbio che la "qualità" dei servizi ed il miglioramento delle prestazioni passa dalla programmazione e dalla realizzazione della formazione continua delle risorse umane.

Il costo del personale è la principale voce di costo del sistema sanitario: nella rete ospedaliera privata assorbe il 50% del costo totale, mentre negli ospedali pubblici si aggira intorno al 63%. Tale differenziale è una delle cause della maggiore competitività della rete privata. Torneremo su questo argomento quando discuteremo della competizione pubblico - privato.

In questa sede non intendiamo parlare dell'impiego del personale medico nelle strutture sanitarie pubbliche, tra l'altro oggetto di un imminente progetto legislativo da parte del ministro della sanità, ma intendiamo richiamare l'attenzione sul personale infermieristico e tecnico.

Il nuovo quadro normativo di riferimento prevede per i giovani che vogliono intraprendere la professione infermieristica, il diploma di scuola media superiore e tre anni di scuola formativa universitaria. Ne discende che i compiti, le funzioni, i ruoli di tali operatori non possono essere quelli sino ad oggi svolti, molte volte demotivanti ed anacronistici. Le direttive regionali di attuazione del Piano dovranno prevedere linee guida o protocolli operativi sui nuovi compiti, ruoli, funzioni e responsabilità- del personale infermieristico la cui azione sarà supportata dalla nuova figura di operatore sociale denominata nel Piano "OSS" e che assorbe i due precedenti profili denominati OTA e ASA a cui saranno delegati compiti e funzioni specifiche. Il personale infermieristico oltre che dagli OSS dovrà essere coadiuvato da figure amministrative di medio livello a cui delegare tutte quelle incombenze burocratiche amministrative che oggi gravano su queste figure professionali

Le linee guida o protocolli operativi potrebbero essere differenziati a seconda che i compiti o le funzioni vengano svolte in strutture per acuti o ad alta intensità sanitaria o in residenze sanitarie od a bassa intensità sanitaria.

Tale nuovo ruolo del personale infermieristico e l'inserimento di queste due nuove figure di operatori sanitario ed amministrativo nei reparti ospedalieri oltre a dare motivazioni professionali a tale personale, darà soluzione all'emergenza infermieristica.

Forme gestionali

In tutti i Paesi occidentali il finanziamento della spesa sanitaria trova difficoltà nonostante le notevoli risorse finanziarie che vengono messe a disposizione nei vari modelli sanitari europei.

Le motivazioni si possono così sintetizzare:

- Invecchiamento della popolazione
- "sopravvivenza" di tutte le età (emodializzati, giovani neurolesi, trapiantati, portatori di bay pass etc.)
- tecnologie sempre più avanzate.
- Aumento continue delle aspettative della miglior salute.

Il Piano Socio Sanitario Lombardo nella consapevolezza del contenimento del finanziamento pubblico sopperisce a tale carenza con:

- Sperimentazioni di forme sostitutive, in relazione ad alcune tipologie di prestazioni, salvaguardando il rapporto di fiducia dei cittadini con i medici di medicina generale;
- Introducendo un sistema assicurativo mutualistico obbligatorio per garantire la copertura del rischio socio sanitario per le categorie più deboli;
- Favorire l'accesso di soggetti senza finalità di lucro, con compiti di acquisizione di servizi sanitari e socio sanitari per conto degli associati.

Il "Piano" stimola l'utilizzo di strumenti telematici in ambito sanitario. Indubbiamente rappresenta un valido strumento sia per migliorare la qualità dei servizi, sia per diminuire i costi.

Si pensi alle molteplici applicazioni della Telemedicina, allo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), gli acquisti online previsti dalla "finanziaria" del 2001.

In questa sede vogliamo richiamare l'attenzione quale strumento gestionale l'acquisizione di beni in forme collettive di acquisto che consentono di avere un maggiore potere contrattuale nei confronti dei venditori, nonché vantaggi nella politica delle scorte, risparmi sul fronte dei costi finanziari.

Per la verità è uno strumento conosciuto nelle realtà lombarda. Infatti la legge regionale n.106/80 che dettava norme di contabilità alle ex USSL all'art115 prevedeva gli acquisti collettivi. Purtroppo per motivi vari che non è qui il caso di richiamare raramente è stato utilizzato. Ma quando si è verificato i risparmi sono stati significativi e consistenti al punto che riteniamo di proporre alla giunta regionale, nei provvedimenti attuativi del "Piano", che venga disposta l'aggregazione delle Aziende per attività omogenee od aree omogenee affinché le gare per l-'acquisizione dei beni (iniziando dal materiale diagnostico e dai presidi chirurgici)avvenga per conto di tutte le strutture che sono state aggregate

Oltre tali strumenti di contenimento della spesa, auspico una direttiva regionale in merito alla gestione (anche sperimentale) dei poliambulatorii delle ex U.S.S.L. trasferiti alle Aziende Ospedaliere della città di Milano con la legge regionale 31/97

Tali poliambulatorii che hanno costituito da sempre un patrimonio non solo immobiliare ma soprattutto di attività specialistica ambulatoriale negli ultimi anni hanno perso attività e , peggio ancora progettualità e stimoli da parte di coloro che operano in tale strutture.

A mio parere , bisogna recuperare l'attività di tali poliambulatorii capillarmente presenti in tutto il territorio di Milano (si tratta di ben 27 strutture) che bisogna riorganizzare come veri filtri dell'attività ospedaliera .In tutte le strutture debbono essere previste punti prelievo(e naturalmente l'abolizione della prenotazione) il potenziamento dell'attività ambulatoriale di primo livello, il potenziamento dell'attività di radiodiagnostica nelle strutture più consistenti quali quella di piazzale Accursio, Via Stromboli, Via Gola etc. Tutto questo si può concretizzare se le singole aziende ospedaliere delegano un soggetto terzo per gestire tale attività. Non sto pensando a privatizzare ma semplicemente ad una forma associativa dalle aziende ospedaliere cittadine coinvolte in cui un apposito gruppo di professionisti abbia mandato ed autonomia per riorganizzare tali strutture con l'obiettivo di alleggerire il congestionamento ospedaliero ed abbattere le liste di attesa delle prestazioni specialistiche.

Si ricorda che per l'attività specialistica ambulatoriale il "pubblico" ha perso mercato rispetto al "privato"Se si ritiene necessario nel corso del dibattito si possono citare dei dati sia in termini di attività che di fatturato:

Conclusione

I fatti successi il 18 aprile scorso al "Pirelli" ci debbono far riflettere come possono essere possibili le emergenze per eventi straordinari o per bioterroismo.

Auspico che il gruppo di lavoro previsto nel "Piano" nella parte inerente " la rete dell'emergenza urgenza" possa concludere nel minor tempo possibile il piano operativo delle grandi emergenze. Si rammenta che in occasione del disastro del Pirelli per un certo periodo di tempo tutte le comunicazioni tramite telefoni cellulari

non sono stati possibili per mancanza di collegamenti.: Ne discende l'esigenza che in tempi brevi il sistema di emergenza possa disporre di bande radio utilizzabili solo in via esclusiva per tale scopo.