



Riflessioni e proposte sul “Futuro del Sistema Sanitario Regionale”¹

Premessa

Il sistema sanitario della Regione Lazio, nei prossimi anni, dovrà confrontarsi con elementi di criticità, che riguarderanno, aspetti economico-finanziari, sempre più vincolanti e gli effetti indotti dai cambiamenti demografici, prevalentemente ascrivibili all'invecchiamento della popolazione e quindi della cronicità e all'aumento dei costi per lo sviluppo di alte tecnologie.

Attualmente il nostro sistema presenta limiti strutturali sia sul versante prettamente sanitario sia sul versante socio assistenziale, in quanto non è stato capace nel corso degli anni di procedere ad una reale e concreta integrazione tra i due aspetti, con una eccessiva frammentazione tra servizi sociali, sanitari e assistenziali. *Per la Cisl* l'attuale sistema presenta iniquità di accesso alle prestazioni a livello di singolo territorio (Province) con situazioni al limite per l'erogazione e rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) , sia per numero di posti letto che per prestazioni di medicina distrettuale e specialistica ambulatoriale.

Il sistema attuale risulta essere penalizzante nei confronti dei cittadini (lavoratori-pensionati), la mancata applicazione dell'ISEE come strumento per stabilire la gratuità/compartecipazione alla spesa sanitaria e l'introduzione di nuovi ticket, a cui la **Cisl** si è dichiarata da subito fortemente contraria, causerà ulteriori penalizzazioni difficilmente sopportabili.

Sono presenti problemi non solo di natura economico-finanziaria, ma anche strettamente sanitari, legati all'accessibilità delle cure/prestazioni. Il problema delle liste di attesa è uno dei tanti problemi non risolti. La lunghezza dei tempi di attesa , non è più giustificabile, se si considera l'abbondanza dell'offerta sanitaria, così come il ricorso all'intramoenia, più che una libera scelta è divenuta una via obbligata/necessaria per il cittadino. Occorre dunque, per la **Cisl**, trovare soluzioni per una maggiore efficienza e allo stesso tempo stabilire regole certe sui tempi di erogazione. Le indicazioni contenute nel PSR 2010-2012 , vanno nella giusta direzione, anche se necessario definire tempi certi per la messa a regime del sistema.

Un nuovo Modello

Per la **Cisl**, il modello a cui necessariamente si dovrà fare riferimento è quello di privilegiare una visione multidisciplinare, organica ed integrata dei servizi rivolti alla persona, tenendo presenti gli aspetti di sostenibilità economica e i nuovi bisogni di salute.

Il nuovo modello dovrà essere capace di concepire i servizi alla persona nella sua integrità e nell'offerta personalizzata e differenziata, rispetto al formarsi dei diversi bisogni di salute, fondato su una visione integrata dell'insieme delle prestazioni e servizi, sia pubblici che privati, privilegiando lo sviluppo della sussidiarietà sia di tipo verticale che orizzontale. Per far questo sarà necessario attribuire al sistema pubblico, la determinazione delle linee di intervento e il controllo sulla qualità delle prestazioni, con particolare attenzione alla programmazione e allo sviluppo del territorio. Il territorio infatti rappresenterà sempre di più la dimensione più idonea per soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, l'ambito più idoneo per la realizzazione di risposte integrate, dove andranno a svilupparsi la prevenzione, la diagnostica precoce, le cure primarie e l'assistenza domiciliare , la gestione e la presa in carico della cronicità.

¹ Proposta elaborata dalla Cisl del Lazio su indicazioni della Commissione Sanità

In tale ambito quindi si dovrà procedere allo spostamento dell'attenzione, ancora oggi fortemente condizionante, dalla fase acuta alla prevenzione primaria e secondaria, alla promozione di stili di vita, ai rapporti tra salute, sicurezza, ambiente di vita e di lavoro, da cui fare derivare un nuovo modello di ospedale che opera in reti, strettamente collegato con il territorio e la medicina di prossimità. Necessario dunque sviluppare la medicina generale, che in quest'ottica riveste un ruolo strategico, quale collettore di tutte le energie e risorse presenti sul territorio, con l'aumento delle forme di associazionismo e di collaborazione con la continuità assistenziale e la medicina specialistica presente sul territorio.

Ricerca del necessario equilibrio finanziario per una maggiore sostenibilità economica

Altro elemento da considerare nel prossimo futuro, non tanto lontano, è quello relativo alla sostenibilità economica, quale prerequisito per garantire coesione sociale senza ostacolare la crescita. Negli ultimi dieci anni, la nostra Regione, ha accumulato enormi disavanzi, i debiti contratti per far fronte alla spesa sanitaria sostenuta, condizioneranno le scelte economiche e di sviluppo della Regione per i prossimi anni. Ne è evidenza l'accensione del mutuo a 30 anni, con rate annuali di oltre 300 milioni, per il debito contratto fino al 2005, e la necessità negli ultimi 4 anni di far fronte con risorse regionali alla copertura del deficit sanitario per oltre 700 milioni, in aggiunta all'aumento della pressione fiscale a carico dei lavoratori, pensionati ed imprese per oltre 900 milioni di euro/anno. Negli ultimi 4 anni sono state sottratte alle imprese circa 500 milioni di euro/anno, i cittadini e pensionati hanno visto aumentare la pressione fiscale per oltre 350 milioni di euro/anno. Tali risorse potevano e dovevano essere utilizzate per lo sviluppo territoriale e per migliorare i servizi ai cittadini (trasporti, formazione, assistenza alla non autosufficienza, potenziamento infrastrutture, etc). Il nuovo Patto per la salute, stabilisce la possibilità per le Regioni in forte disavanzo di utilizzare i fondi FAS, possibilità che la Regione ha dovuto necessariamente cogliere, impegnando per la copertura del disavanzo sanitario per l'anno 2008, oltre 450 milioni, rispetto ai 950 milioni disponibili per il 2010-2011. A tutto questo deve aggiungersi che per il 2010 e per gli anni a seguire, stante la normativa previdente, eventuali disavanzi dovranno esclusivamente essere coperti attraverso l'aumento della fiscalità generale a carico dei cittadini e delle imprese.

Ricerca di nuove e diverse forme di finanziamento

E' necessario, che il SSR accetti la sfida, oltre che per una totale riorganizzazione anche per ricercare nuove forme di finanziamento, che non possono essere esclusivamente quelli derivanti dalla ripartizione del FSN, dalla pressione fiscale e contributiva già al massimo. Per la **Cisl**, è *necessario ricercare nuove forme aggiuntive di finanziamento* attraverso l'utilizzo di fondi per "l'assistenza integrativa". Per fare questo e quindi attrarre nuove risorse "private", è necessario che il sistema pubblico nel suo complesso (aziende Pubbliche), sia capace di rispondere al meglio alle esigenze dei cittadini titolari di fondi integrativi a vario titolo. Occorre dunque riflettere su questo aspetto, premesso che almeno il 20% dell'ammontare dei fondi sarà destinato all'assistenza sanitaria con particolare attenzione alle persone non autosufficienti. Da una ricerca effettuata a livello regionale per il solo "FondoEst", delle 31 strutture per acuti convenzionate con il fondo, nessuna è pubblica così come per le 85 strutture per prestazioni di FKT. Se a questo si aggiunge che il Lazio presenta la più alta percentuale (33.91%) di iscritti che usufruiscono di prestazioni sanitarie a carico del fondo, rispetto al numero degli iscritti a livello nazionale, si può ben immaginare, quante risorse potrebbero essere indirizzate all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.

Federalismo fiscale ed istituzionale

Quanto rappresentato per la **Cisl**, ha tanto più valore, se si considera, la riforma istituzionale sul federalismo fiscale, nell'ambito della quale è di estrema rilevanza il passaggio basato sulla spesa storica (ancora in parte valida per le aziende pubbliche), a quello sui costi standard. Nella prospettiva, necessariamente da perseguire, di un federalismo sostenibile e responsabile, le risorse necessarie a finanziare il complesso delle prestazioni sanitarie ricomprese nei LEA, sono generate a livello regionale, da un mix di fonti. Allo stesso tempo però, sarà necessario arrivare ad un ripensamento dei LEA, affinché diventino strumento in grado di conciliare la sostenibilità del sistema, i diritti del cittadino, l'accesso ai servizi, l'appropriatezza e sicurezza delle cure. Per fare questo sarà necessario sviluppare all'interno del SSR nuove modalità gestionali ed organizzative, capaci di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti nelle scelte economiche, assistenziali, didattiche e di ricerca, con la consapevolezza di implementare un sistema in grado di premiare e incentivare le realtà più virtuose, non solo da un punto di vista economico ma un punto di vista della qualità delle prestazioni erogate in termini di appropriatezza, accessibilità e tempestività

RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Per raggiungere il giusto equilibrio tra sostenibilità economica e diritto dei cittadini ai LEA, per la **Cisl** occorre dunque pensare ad una riforma dell'attuale modello di riferimento sia sul versante dell'assetto istituzionale che sul versante dell'appropriatezza assistenziale e dimensionamento dell'offerta ospedaliera.

Il presente documento tenta di dare alcune indicazioni su come migliorare l'assetto istituzionale e su come procedere al dimensionamento dell'offerta ospedaliera e favorire il potenziamento della medicina distrettuale e territoriale.

ASSETTO ISTITUZIONALE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Per la **Cisl** la necessità di procedere a una valutazione sull'opportunità di un riassetto del sistema sanitario regionale deriva da molteplici fattori in gran parte dovuti alla crescente complessità del sistema e all'evoluzione del quadro demografico, socioeconomico ed epidemiologico che la regione Lazio oggi presenta. Le esperienze di riassetto realizzate in altre Regioni italiane, pur tenendo conto della varietà di estensione e approcci (aree vaste in Toscana e Veneto, quadranti in Piemonte, ASL uniche in Emilia Romagna, Marche, Puglia) denotano una tendenza a integrare competenze, responsabilità e funzioni in una visione più articolata e complessa della realtà dei servizi.

Obiettivi

I principali obiettivi da perseguire nell'attuazione di una riorganizzazione che ridefinisca i territori di competenza delle ASL in aree più vaste e differenzi i gestori di attività diverse possono essere identificati come segue:

- ricerca del miglior equilibrio possibile tra domanda e offerta di servizi sanitari, attraverso gli strumenti della programmazione e controllo, e valutazione della compatibilità economica;
- creazione di reti e collegamenti funzionali interaziendali;
- promozione dell'appropriatezza delle prestazioni mediante la definizione e l'adozione condivisa di linee guida e percorsi assistenziali integrati (tra discipline e professioni, tra ospedale e territorio) e governo clinico;
- conseguimento di economie di scala.

Modello di riferimento per la definizione e revisione delle ASL

Gli attuali confini aziendali, quando non coincidono con i territori delle province, raccolgono quelli dei municipi amministrativi, che a loro volta ricalcano quelli degli antichi collegi elettorali. Il futuro sviluppo di reti ospedaliere e/o dipartimentali (ospedalieri e territoriali) per migliorare l'accesso ai servizi e l'integrazione delle risorse disponibili si dovrà accompagnare alla necessità di assicurare l'assistenza a livello locale il più convenientemente possibile per il cittadino. Di conseguenza, solo il superamento dei confini aziendali attualmente esistenti, potrà permettere di programmare le reti e riorganizzare i servizi nell'ottica dell'efficienza e dell'efficacia delle cure necessarie per soddisfare i bisogni di salute.

Sono mature le condizioni nel Lazio per un riassetto e una diversa ripartizione di funzioni, più confacenti alle esigenze di modernizzazione e di maggiore efficienza del SSR, da compiersi nel breve-medio periodo, per meglio affrontare le sfide poste in essere dal nuovo patto per la salute a valere per il 2010-2012.

Sicuramente la proposta richiede scelte coraggiose e forse anche impopolari, ma necessaria per accogliere la sfida per offrire ai cittadini il migliore servizio possibile.

Modello di riassetto delle ASL di Roma e Provincia

Le principali criticità dell'attuale sistema ed articolazione delle ASL, sono da ricercare nell'area di Roma e provincia.

Alla luce dei nuovi indici, stante l'attuale assetto, verranno a configurarsi scenari, dove alcune ASL della Provincia di Roma vedranno ulteriormente ridursi i posti letto (ASL G, F e B) che già presentano posti letto sottodimensionati, al contrario altre ASL di Roma (ASL A ed E), risulteranno con indici abbondantemente sopra gli standard di riferimento.

Occorrerà prevedere quindi per Roma e provincia, la riorganizzazione amministrativa in un numero di ASL adeguato, tale da coprire le diverse aree che insistono sull'intero territorio. Il diverso riassetto a cui fare riferimento dovrà essere basato sul modello "a raggiera", in maniera tale da considerare all'interno della stessa ASL territori oggi compresi in ASL della provincia (ASL F,G.), fortemente penalizzati per indice di posti letto e per assenza di strutture ospedaliere di eccellenza e di grandi dimensioni. In definitiva dunque la strutturazione delle nuove ASL dovrà prevedere la presenza al loro interno di territori ad oggi afferenti ad ASL di Roma e provincia.

Funzioni delle Aziende Sanitarie Locali (ASL)

Altra misura da accompagnare all'assetto istituzionale ed organizzativo è rappresentato dalle diverse funzioni da assegnare alle ASL. *Le funzioni della ASL dovranno riguardare l'esercizio della tutela della salute dei cittadini residenti, l'erogazione dell'assistenza territoriale e le funzioni proprie del Dipartimento di prevenzione, attraverso il rafforzamento e perfezionamento del loro ruolo nel governo della domanda :*

- da una parte, l'orientamento dei cittadini verso le prestazioni sanitarie e la definizione delle prestazioni accessibili, acquistabili, appropriate e di buona qualità;
- dall'altra, il controllo di tali prestazioni (sotto il profilo dell'appropriatezza) e degli erogatori (sotto il profilo della qualità dei servizi).

Le ASL dunque capaci di far funzionare gli strumenti di regolazione del sistema sia dal punto di vista della generazione della domanda, sia dal punto di vista amministrativo-valutativo, sia infine, dal lato tecnico-organizzativo attraverso i servizi territoriali e di medicina generale.

Il nuovo modello dovrà essere capace di definire i termini organizzativi che favoriscano da parte dei soggetti erogatori la modulazione dell'offerta sulla base della domanda governata dalle ASL, andando a modificare quello che fino ad oggi sono state fonte di inefficacia e inefficienza, integrando attività e organizzazioni per favorire una risposta adeguata alle esigenze e realizzando economie di scale.

Ruolo delle Aziende Ospedaliere, Presidi e strutture per acuti pubbliche e private

Le funzioni di assistenza ospedaliera dovranno essere affidate interamente alle Aziende Ospedaliere (da valutare se inserire anche i Policlinici Universitari, se trasformati in Aziende integrate) che le eserciteranno avvalendosi di tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private del territorio loro assegnato. Per ogni ASL dunque dovrà essere prevista una struttura Hub di coordinamento .Il diverso assetto delle ASL dovrà prevedere anche l'esistenza nelle ASL di una equa distribuzione di strutture ad alta specializzazione (A.O, Policlinici –Ircsss- pubblici e privati e Classificati, con caratteristiche di Alta Specializzazione).

L'Azienda ospedaliera (e i Policlinici qualora trasformati in Aziende integrate) dovrà assolvere ai seguenti compiti:

- gestire l'attività ospedaliera di tutte le strutture pubbliche e private della ASL di afferenza;
- organizzare l'assistenza ospedaliera in reti cittadine;
- curare le relazioni delle reti con le altre strutture regionali.

In definitiva quindi un nuovo modello istituzionale capace di separare le funzioni delle ASL dalle Aziende ospedaliere ed altre strutture per acuti. Alle ASL verranno esclusivamente affidate compiti di programmazione e valutazione delle prestazioni erogate (LEA), congiuntamente ai compiti di prevenzione oltre che la determinazione e la valutazione di tutte le attività di integrazione ospedale-territorio attraverso il coinvolgimento dei municipi, del Comune e della Provincia. Inoltre le ASL dovranno preoccuparsi dell'organizzazione delle cure intermedie, della medicina distrettuale-territorio, e in generale della medicina di prossimità (convenzionale, infermieristica di comunità, etc).

Per la Cisl la realizzazione di un modello così articolato, necessariamente dovrà tenere conto di diversi parametri quali: fattibilità, sostenibilità, equità, efficienza, organizzazione delle reti, accessibilità. Tale processo di riorganizzazione necessariamente dovrà trovare riscontro attraverso un adeguato strumento legislativo (legge regionale), attraverso la revisione della Legge Regionale n°18 del 1994, capace di coniugare tale assetto con il rafforzamento del distretto socio-sanitario, le modifiche del titolo V della Costituzione e le novità introdotte dalla legge n°42/09 sul Federalismo fiscale”.

Ruolo Regionale per la governabilità del sistema.

Il modello sopra descritto, inevitabilmente comporta l'assegnazione di un diverso ed innovato ruolo regionale, capace di assolvere al compito di unico e vero soggetto in tema di programmazione sanitaria e garante della sostenibilità economica dell'intero sistema. Per fare questo occorre :

- ridisegnare l'apparato amministrativo, attraverso il potenziamento delle strutture in capo all'assessorato alla sanità ed il potenziamento dell'ASP (ruolo tecnico e di supporto alla programmazione e determinazione dei bisogni sanitari);
- tracciare le politiche e le regole complessive del sistema attraverso la definizione dei sistemi di programmazione e controllo delle aziende a gestione diretta, dei sistemi di finanziamento della spesa, del rapporto con gli erogatori privati, della definizione dei sistemi tariffari, degli investimenti, del sistema di accreditamento e del rapporto con le Università;
- tracciare le politiche di governo in ambiti di attività quali la medicina generale, assistenza farmaceutica, sviluppo del territorio, costruzione e implementazione di reti di specialità ospedaliere regionali;
- definire il sistema delle regole e di governo delle aziende a gestione diretta a partire dalla nomina dei direttori generali delle aziende, degli organi collegiali , nonché definire un sistema di reclutamento del personale del SSR, a partire da un diverso ed innovativo reclutamento dei direttori di struttura complessa, secondo criteri di trasparenza e professionalità, delineando criteri più stringenti sulle incompatibilità;
- progettare norme generali per l'organizzazione, il funzionamento e la contabilità delle aziende, attraverso una nuova legge di contabilità in armonia con i nuovi principi del federalismo fiscale ed un regolamento inteso come testo unico delle procedure contabili. Esiste infatti la necessità di un maggior raccordo tra il bilancio economico delle ASL ed il bilancio finanziario della Regione, al fine di quantificare in maniera più puntuale i disavanzi sanitari ed individuare le rispettive coperture finanziarie.

RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA

L'attuazione del nuovo patto per la salute, vedrà ancora per i prossimi anni, impegnata la Regione Lazio sia sul versante della riduzione della spesa sia sull'ulteriore ridimensionamento dell'offerta ospedaliera per acuti. Stime ancora parziali, prevedono un dimensionamento dell'offerta ospedaliera (acuti, riabilitazione e lungodegenza) di ulteriori 2.500 posti letto. Il maggior dimensionamento si avrà a carico dei letti per la riabilitazione e lungodegenza, dove si dovrà realizzare un indice dello 0.7 per mille abitanti a fronte dell'1 oggi esistente. Alla luce di quanto accaduto nel corso degli ultimi tre anni, sulla riduzione dei letti per acuti, dove è mancata la contestualità sulla disattivazione e l'attivazione di servizi alternativi al ricovero, è necessario riflettere su quali linee di intervento agire per lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali per lo sviluppo ed il potenziamento della medicina di prossimità ed in generale per l'assistenza alla non autosufficienza. E' necessario agire su più fronti, uno sulla ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri, l'altro sulla creazione di strutture alternative attraverso la riconversione di strutture in presidi di comunità (PTP), sulla attivazione di letti di residenzialità e semiresidenzialità per la non autosufficienza ad oggi fortemente carenti a livello regionale, e sullo sviluppo dalla continuità assistenziale all'assistenza h/24 (assistenza domiciliare). La **Cisl**, si dichiara contraria al depotenziamento dell'attuale rete ospedaliera, in assenza di interventi che non assicurano contestualità tra chiusura/trasformazione e attivazione di strutture intermedie e potenziamento del territorio. Per la **Cisl** è necessario che la nuova riorganizzazione della rete ospedaliera assicuri in tutti i territori (province) l'indice di posti letto del 4 x 1000 abitanti (3.3 per acuti e 0.7 Lug.za e Riab.ne) previsto dal nuovo patto per la salute 2010-2012.

- **Appropriatezza dei ricoveri**

La ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri, è da perseguire mediante azioni mirate ad evidenziare e contrastare atteggiamenti clinici e gestionali a carico delle strutture erogatrici pubbliche e private. In questo senso occorre potenziare i sistemi di verifica già previsti da norme nazionali e regionali, sul controllo dei ricoveri per acuti su campionamenti randomizzati e il controllo analitico su tutti i ricoveri che norme regionali indicano quali inappropriati e/o a rischio inappropriatezza. E' da questo che bisogna partire per liberare risorse da destinare ad altre attività, bisogna rendere omogenei i controlli sull'appropriatezza, obbligare le ASL ad uniformarsi sulle metodiche e sulla percentuale di verifica. I controlli devono valere sia per il settore pubblico che per quello privato.

- **Dimensionamento delle reti ospedaliere.**

L'obiettivo è quello di standardizzare il numero di posti letto per acuti al 3.3 per 1000/abitanti e dello 0.7 per 1000/abit per la riabilitazione e lungodegenza. Tale obiettivo passa attraverso la riduzione del tasso di ospedalizzazione (oggi ancora troppo elevato, circa 200 per 1000/abit rispetto allo standard di 160) e l'aumento del numero di PL in regime di D.H con l'obiettivo di raggiungere almeno il 25%. Necessariamente le politiche e le azioni da ideare, programmare, organizzare e realizzare al fine di perseguire in modo efficace gli obiettivi sopra delineati, richiedono interventi che per natura e portata devono essere pensati e realizzati in un orizzonte temporale realistico e socialmente sostenibile, che il nuovo patto per la salute sembra non offrire alle regioni già sottoposte a PdR. Per la **Cisl** le scelte da perseguire, dovranno essere capaci di garantire sostenibilità al sistema attraverso interventi in grado di coniugare il rispetto dei parametri previsti e l'attivazione contestuale di forme di assistenza oggi fortemente carenti (assistenza domiciliare, integrazione socio-sanitaria, strutture dedicate alla non autosufficienza sia di tipo residenziale che non residenziale, RSA). Per queste ultime oltre che raggiungere indici di posti letto al pari di altre regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia) per numero di abitanti, occorre mettere in atto nel breve periodo una diversa politica tariffaria (compartecipazione alla spesa-oggi tra le più alte a livello nazionale) a favore delle fasce più deboli della popolazione (anziani e non autosufficienti) introducendo il criterio alla compartecipazione attraverso l'utilizzo dell'ISEE.

- **Investimenti economici**

Altra condizione necessaria per l'avvio e l'attuazione del programma di riordino ed il perseguimento di una assistenza ospedaliera efficiente e qualificata, è lo stanziamento di un valore congruo di risorse finanziarie per l'ammodernamento tecnologico ed edilizio delle strutture

interessate, nonché l'attuazione contestuale di interventi sostitutivi che consentano il passaggio dall'ospedale al territorio. Occorre dunque ripensare i piani sull'edilizia sanitaria predisposti e non ancora approvati, da orientare necessariamente verso il potenziamento della medicina di prossimità (PTP,Hospice, RSA,) e sviluppo dell'assistenza territoriale.

- **Sistemi tariffari**

Altro elemento che dovrà accompagnare il dimensionamento e la ricerca dell'appropriatezza è l'applicazione sistematica a tutte le strutture erogatrici sia pubbliche che private del sistema tariffario riferito alle attività di ricovero e di specialistica, utilizzando allo stesso tempo metodologie chiare e trasparenti per l'assegnazione di ulteriori risorse per finanziare funzioni non tariffabili (emergenza, didattica, ricerca, centri di riferimento,etc). Il finanziamento a prestazioni certamente favorirà la responsabilizzazione delle direzioni tecnico professionali, l'introduzione di sistemi capillari sui controlli di gestione e la sistematizzazione in ogni struttura del completamento del processo di effettiva adozione ed operatività di un sistema di contabilità analitica per centri di costo, ancora oggi, non completamente a regime. Per il sistema privato l'applicazione di un nuovo sistema tariffario dovrà comportare l'assunzioni di maggiori responsabilità fino ad oggi dimostrate, a partire dal rispetto delle dotazioni organiche, strumentali e strutturali e la garanzia a tutti i lavoratori dell'applicazione ed aggiornamento/rinnovi dei Contratti Collettivi di lavoro.

- **Sviluppo della Residenzialità, della continuità assistenziale e dell'assistenza domiciliare.**

Lo sviluppo dell'assistenza residenziale e della semi-residenzialità a favore della popolazione non autosufficiente, oggi e fortemente carente nella Regione Lazio.

I dati riferiti al 2007 (unici disponibili) per queste attività, mettono in evidenza come, la Regione Lazio, presenta rispetto alle altre Regioni (Veneto, Toscana-Emilia Romagna) numero di posti letto inferiori di 1/3-1/5 (5.041 versus i 10.131 della Toscana, i 17.872 dell'E.R, i 25.683 del Veneto, i 54.000 della Lombardia). L'indice di utenti per 100.000 abitanti trattati nel Lazio risulta essere di 592,5 a fronte dell'indice di 3.500 dell'E.R, dei 3.900 del Veneto e dei 4.300 della Lombardia. La migliore aspettative di vita, l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative, vedono sempre di più l'esigenza di riorganizzare l'attività residenziale e ancor di più il sistema delle cure primarie.

Il PSN 2006-2008, considerava quale importante ambito di rinnovamento del SSN e quindi di quello Regionale, la riorganizzazione delle Cure Primarie, attraverso il riassetto organizzativo e funzionale , prevedendo un maggiore coinvolgimento dei MMG, dei PLS, nella medicina specialistica territoriale e nelle altre funzioni presenti nel distretto. Ad oggi quello che più manca al SSR è proprio un adeguato sviluppo di tali attività capaci di garantire quel continuum tra ospedale e territorio. Le scelte future, dovranno orientarsi su queste linee di attività, anche grazie all'accelerazione del processo di cambiamento strategico dell'ospedale, che dovrà perdere le caratteristiche di generalismo, per diventare luogo di cura per trattamenti specializzati e tecnologicamente avanzati.

Per la **Cisl** , è necessario far crescere e sviluppare la consapevolezza sulla necessità di una forte integrazione tra sistema delle cure ospedaliere con il sistema delle cure domiciliari, attraverso un maggior coinvolgimento dei MMG ancora troppo isolati e marginali rispetto agli episodi acuti di malattia. Il coinvolgimento potrà realizzarsi migliorando le modalità di comunicazione tra l'ospedale e i MMG, in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostico e terapeutici condivisi. Necessario dunque lo sviluppo di strumenti informatici e telematici per consentire e rendere obbligatori gli scambi di informazione cliniche. In questo quadro sarà quindi necessario sviluppare le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), e la realizzazione dei Presidi di Prossimità (PTP).

Nell'ambito delle risorse vincolate agli obiettivi del PSN 2006-2008, le regioni hanno condiviso l'attivazione di progetti sperimentali, che consentono la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Tale riorganizzazione dovrà essere affiancato da uno specifico programma di formazione per gli operatori che dovranno spostarsi dall'ospedale al territorio, da investimenti in sistemi informatici e

l'avvio di campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi territoriali ed ospedalieri.

CREAZIONE DI UN ORGANISMO TERZO ED AUTONOMO PER L'ACCREDITAMENTO E LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE

Il nuovo patto per la salute stabilisce che le regioni avranno l'obbligo di mettere a regime l'accreditamento definitivo a partire dal 2011. Per la **Cisl** l'occasione è buona per riflettere se non è il caso di pensare alla *creazione di una organismo indipendente*, a cui affidare la valutazione e la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali oltre che la verifica e valutazione delle performance di tutte le strutture sia pubbliche che private che erogano prestazioni per conto del SSR. *Organismo nominato ed alle dirette dipendenze del Consiglio Regionale*.

La creazione di un organo terzo per la valutazione indipendente della qualità delle prestazioni sanitarie a livello regionale, rappresenterebbe la vera novità rispetto alle diverse ipotesi fin'ora avanzate, in materia di ammodernamento e razionalizzazione del SSR.

Scopo dell'agenzia è quella di porre tutti, erogatori pubblici/privati e operatori, su una assoluta eguaglianza di diritti e doveri, in modo che tutti forniscano uniformemente un'assistenza di qualità in condizioni di assoluta trasparenza, garantendo a tutti i cittadini l'equità nell'accesso ai servizi.

A livello regionale, mutuando quanto già fatto da altre Regioni, si potrebbe prevedere l'introduzione di un "sistema di valutazione della performance". Il sistema oltre che valutare e misurare le performance delle diverse strutture, potrà risultare uno strumento fondamentale di affiancamento e sostegno alla funzione di governo del livello regionale.

Il sistema risulta essere innovativo rispetto agli altri già esistenti, in quanto presenta alcune caratteristiche: è trasparente e condiviso, è capace di monitorare non solo i risultati in termini economico-finanziari, ma anche le modalità con cui le strutture si organizzano e ottengono risultati nel processo di erogazione delle cure, della qualità clinica e la soddisfazione dei cittadini.

L'attivazione di un sistema così concepito, capace di misurare sistematicamente i risultati, permetterebbe di verificare, la validità delle scelte organizzative della Regione nel medio-lungo periodo, oltre che, idoneo per la misurazione sistematica dei risultati per il confronto infraregionale, particolarmente rilevante in vista dell'entrata a regime del federalismo fiscale, dove i costi standard risulteranno una discriminante fondamentale, per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in rapporto alle risorse disponibili.

Conclusioni.

Il presente documento ha l'obiettivo di stimolare un dibattito sull'attuale situazione del SSR, in previsione di una riforma complessiva del sistema capace di accettare e trovare soluzioni adeguate e sostenibili per le sfide che ci attendono in vista del "federalismo fiscale".

Il modello di federalismo istituzionale è stato già delineato (L.n°42/09), quello che rimane da stabilire è come lo stesso dovrà essere applicato a livello regionale.

Non basterà dichiarare la sola scelta del modello istituzionale, ma quello che conterà realmente è come la valutazione e misurazione, riusciranno a garantire la possibilità ai cittadini del Lazio di essere davvero al centro del sistema.

Non si è stati capaci in questi ultimi 4 anni di risolvere i problemi relativi ai debiti pregressi e ai disavanzi sanitari, e quindi l'avvento del federalismo fiscale per la nostra regione parte in condizione di svantaggio rispetto alle altre, dove i costi del sistema sanitario risultano compatibili sotto l'aspetto economico-finanziario.

La definizione dei costi standard (di cui il patto per la Salute 2010-2012 a partire dal 2010 prevede l'avvio di un sistema di autovalutazione e di un monitoraggio, anche se non definitivo, ma propedeutici alla loro definitiva approvazione) mettono la Regione Lazio di fronte a scelte a cui la politica non potrà sottrarsi, pena l'accentuarsi delle già presenti differenze con le altre regioni e tra i cittadini.

Va tenuto conto però che qualsiasi modello e/o qualsiasi riforma del sistema deve tener conto alle domande del “domani” e non come avvenuto fino ad oggi cercare di dare risposte alle “domande dell’oggi”. I cambiamenti, saranno lenti ma inevitabili, in quanto il sistema nel suo insieme è complesso. Il primo cambiamento richiesto è il cambiamento culturale e dei comportamenti quotidiani di milioni tra di persone (utenti e operatori). Qualsiasi riforma deve “sapere” che le modifiche che si vorranno indurre sulla vita dei pazienti e degli operatori saranno lente e i loro risultati si vedranno nel medio-lungo termine.

Ogni strategia di riforma sarà dunque complessa perché dovrà , contestualmente, dare risposte emergenziali a breve ma soprattutto costruire uno SSR che abbia “insita” la capacità di dare risposte nel tempo al mutare dei bisogni sociali e di salute.

Ovvero quelle capacità del sistema di prefigurare, per quanto possibile, l’evoluzione dei bisogni (domanda) e dei saperi (offerta) a medio periodo e di adottare un modello culturale, gestionale ed organizzativo che si ponga l’obiettivo di “saper cambiare” per corrispondere dinamicamente al variare di entrambi e della loro infinite possibili combinazioni.

In definitiva quindi quello che si chiede alla politica è una visione strategica capace di cogliere le opportunità e ridurre gli effetti pericolosi del cambiamento, attraverso l’implementazione di un possibile modello nel suo complesso capace di prefigurare il futuro, a partire da dati di realtà (e quindi dalla situazione reale- per la nostra regione è da riferirsi al deficit economico e di sistema), e tracciarne la strada migliore. Solo con questo approccio sarà possibile che i cambiamenti organizzativi, attraverso una seria e reale concertazione e condivisione, diventino poi una variabile secondaria, un mezzo per raggiungere gli obiettivi che rispondono a criteri e logiche di sostenibilità sociale prima che di sostenibilità economico-finanziaria.

Documento redatto dalla Commissione Sanità della Cisl Lazio
(USR, UST, FP Roma e Lazio, FNP Lazio, Cisl Lazio Università, Cisl Lazio Medici)

Roma 10/02/21010