

Carlo Borghetti

Per noi quello che si sta facendo in Lombardia nell'ambito della sanità, per noi è necessario cambiare e noi dobbiamo essere certi dei principi che sono a base della riforma che si sta proponendo, perché questi principi, non sempre, li abbiamo visti rispettati in questi anni a partire dalla centralità del cittadino che è il titolare del diritto alla salute che molte volte viene anteposto ad altre scelte. "presa in carico e "accompagnamento" sono i due principi fondamentali che devono essere messi in questo sistema. Vogliamo un servizio sanitario che, a partire dal diritto costituzionale dell'universalità della cura, ha bisogno di fare qualche passo in più: anche nella ricca Regione Lombardia ci sono persone che oggi non possono curarsi perché non hanno soldi sufficienti in tasca, vuoi perché il sistema dei ticket è caro ed è iniquo, vuoi perché la famosa libertà di scelta che è stata messa quasi come unico principio della riforma Formigoni del 1997, in pratica fa sì che la risposta del pubblico non arrivi in maniera soddisfacente, per cui si ricorre al privato (pagando) e si hanno visite ed esami in tempi rapidi. Questo è quanto percepisce il cittadino lombardo per quanto riguarda pubblico e privato.

Questo significa non tenere conto del principio di universalità di accesso alle prestazioni, che è un principio costituzionale. Noi invece vorremmo parlare maggiormente di prevenzione come punto di partenza della sanità lombarda; non rinneghiamo la libertà di scelta, però essa non può essere l'unico principio, come peraltro è stato in questi anni a guidare la gestione della sanità. E poi più ricerca biomedica e sanitaria, più integrazione tra sanitario, socio-sanitario e il sociale: questo è un punto fondante, oltre a più qualità non soltanto sull'assistenza ma anche più qualità tecnica e valutazione delle risorse umane.

Si parla sempre di sanità in termini di strutture, di edilizia sanitaria, di attrezzature, di farmaco, però si parla poco di sanità di chi lavora in questo comparto, cioè il personale che sta soffrendo, vuoi per la spending review, vuoi per il blocco del turn-over, ma anche per una non valorizzazione che in questi anni il sistema ha tralasciato attraverso ad una formazione continua e la valorizzazione delle risorse umane professionali. Torniamo poi a costruire un'etica del servizio pubblico, gli scandali della sanità lombarda ci parlano di una sanità che si è allontanata dal comportamento etico nel curare le persone; vogliamo prevedere una partecipazione dei comuni e degli enti locali alla programmazione vera e non solo di facciata oltre ad una collaborazione con altri soggetti per la prevenzione e cura della salute, quale il mondo delle università, così ricco in questa regione, ma anche il mondo del volontariato e del terzo settore.

Infine l'intreccio con altre politiche che hanno a che vedere con la salute come, ad esempio, le politiche ambientali: attualmente ASL e ARPA non parlano tra di loro. Quindi un settore salute che coinvolge anche la cultura nella cura della salute, gli stili di vita.

In Lombardia abbiamo 208 strutture ospedaliere di cui 106 pubbliche e 102 private e, a proposito di operatori della sanità, parliamo di 125.000 operatori, di cui 21.000 medici; stiamo parlando di un budget di diciotto miliardi l'anno che rappresenta più di tre quarti del bilancio della Regione Lombardia e quindi stiamo parlando di un fattore di sviluppo economico. In Italia, più welfare, più sanità, vuol dire più sviluppo economico di questo paese e di questa regione. Dei diciotto miliardi, solo il 10% va alla parte socio-sanitaria della spesa, cioè quella che riguarda la non autosufficienza, la disabilità, i minori: un bisogno enormemente cresciuto in questi anni, ma la crescita di questi bisogni non è contemporaneamente cresciuta la fetta di bilancio per soddisfare questi bisogni. Il 10% era tale dieci anni fa, ora non lo è più e questo per dire il non adeguamento del bilancio ai nuovi bisogni, spostando finanziamenti dal sanitario al socio-sanitario.

Sembra poi che l'efficienza del sistema sanitario si misura nel numero di posti-letto, tant'è che c'è un indice nazionale di 3,6 per mille abitanti che viene sempre raccontato come indice per regolare le scelte della sanità: per noi questo è poco significativo perché abbiamo circa 36.000 posti letto, siamo dieci milioni di abitanti, quindi quel parametro lo rispettiamo.

Per quanto riguarda il costo, la parte a carico del cittadino in materia di sanità è al 21%, se poi sommiamo i ticket, quel 21% diventa ancora più alto e questo dà la misura di quanto le spese delle famiglie per la sanità siano onerose. C'è poi una serie di realtà che fanno ricerca e non sono ammesse al sistema sanitario: abbiamo venti centri privati, quattro centri pubblici, dodici università, dodici centri del CNR in questa regione: in questo campo di ricerca va costruita una rete con la sanità, tenendo conto che un terzo dei Lombardi è ammalato cronico e utilizza l'80% delle risorse sanitarie.

Ecco allora la necessità di curare di più e meglio questo un/terzo di persone: il progresso della scienza medica, l'età media che si alza, la capacità di curare meglio le persone; questo stato di cose esige il curare sempre meglio le persone e per periodi sempre più lunghi. Di queste ci dobbiamo occupare perché si l'80% delle risorse. Poi ci sono 60.000 posti letto per anziani e disabili, frutto di una tradizione tutta lombarda che va messa a sistema con una azione più coordinata.

In questi anni, in Lombardia abbiamo perso una S, passando alle Unità Socio-Sanitarie (USSL) e alle ASL (aziende sanitarie locali), perdendo quella S che socio-sanitaria che oggi dobbiamo recuperare. Anche la U che è diventata A e che sta per azienda, pone qualche problema, quale la valutazione e la nomina dei Direttori Generali che se hanno rispettato i budget sono bravi. Ma in un sistema di cura delle persone le valutazioni dovrebbero essere altre e cioè, la valutazione della cura sanitaria.

Cosa è che non va? L'enorme accreditamento delle strutture private ha portato anche ad un'offerta non uniforme sul territorio: non c'è stata una strategia territoriale. Infine ci sono gli sprechi, per non parlare della corruzione, dei criteri non adeguati della nomina dei Direttori Generali.

Salviamo pure la libertà di scelta delle varie strutture, ma ci vuole quella che è chiamata "presa in carico" che consiste in un sistema più integrato nella cura della persona,

sulla questione pubblico – privato, vorrei fare riferimento alla campagna elettorale di Ambrosoli, che sembrava volesse smembrare la sanità privata nella nostra regione: è difficile smontare il privato per la sua entità pesante ma insistere sui diritti e, soprattutto, sui doveri di una sanità che fa servizio pubblico mi pare un argomento sul quale insistere maggiormente.

Sulla compartecipazione, nel nostro progetto prevediamo una esenzione totale fino a 30.000 euro familiari e un aumento a scalare, in base alla filosofia chi ha di più deve contribuire di più.

Infine un unico assessorato per famiglia e sanità per migliorare il servizio con un parere vincolante dei comuni che, attraverso l'ASST (associazione socio-sanitaria territoriale) che gestiranno anche gli ospedali di riferimento, di territorio e presidio di comunità, salvo per alcuni ospedali (otto o nove) ad alta intensità tecnologica ai viene riconosciuta una autonomia con i loro Direttori Generali.

Le nostre parole d'ordine "presa in carico", "continuità assistenziale" in un sistema che integri i diversi livelli della cura della persona, dal sociale al sanitario, che oggi vedono attori diversi, budget diversi, regole diverse, dove una persona non viene curata come dovrebbe essere.