

Lombardia: un'inversione di tendenza

La parte dedicata alla sanità del Documento Programmatico Economico Finanziario 2009-2011 della Regione Lombardia presenta alcune criticità: l'ospedale scende sul territorio, il tecnicismo prevale sul "prendersi cura", l'economicismo primeggia sul razionale impiego di risorse e la medicina generale è dimenticata

Il Dpefr 2009-2011 della Lombardia pone l'accento su punti strategici per la Regione in ambito sanitario: sviluppo dell'assistenza territoriale in continuità con quella ospedaliera; miglioramento dell'accessibilità dei cittadini alle cure; qualità e appropriatezza delle prestazioni; sviluppo di progetti internazionali e interregionali.

Quando si entra nei dettagli il documento appare improntato ad un'inversione rispetto a quella che è oggi la tendenza in tutto il nostro Paese, Lombardia compresa. Si ha la netta impressione che l'ospedale scenda sul territorio, che il tecnicismo prevalga sul "prendersi cura", che l'economicismo primeggi sul razionale impiego di risorse, che la medicina generale sia una disciplina misteriosa.

È invece noto che con l'adeguata incentivazione economica, i medici sono pronti a raccogliere la scommessa della gestione integrata della cronicità e della fragilità sul territorio. In tutto il documento, la medicina generale, i medici di famiglia e di continuità assistenziale (ma anche dell'emergenza sanitaria territoriale e della medicina dei servizi) non sono mai nominati. Vi sono invece passaggi che fanno riferimento a "opportuni controlli" attuati sulla spesa farmaceutica che hanno reso molto alla Regione in termini economicistici.

Le proposte

Le proposte Snam sono altre e si dovrebbero discutere anche con gli ordini professionali, l'aspetto deontologico è irrinunciabile quando si allocano risorse in sanità.

Ecco alcuni punti salienti su cui è necessario dibattere:

1. "Il controllo dell'equilibrio della spesa sanitaria è confermato come uno dei punti fondamentali del Ssn; la Regione Lombardia è attualmente l'unica Regione a statuto ordinario che ha raggiunto il pareggio di bilancio e lo conferma costantemente da cinque anni. Al fine di garantire il mantenimento dell'equilibrio della spesa come obiettivo prioritario del sistema, ivi compresa la spesa farmaceutica che riveste notevole rilievo in particolare per i farmaci ospedalieri ad alto costo, occorre che le azioni necessarie di politica sanitaria, ivi compresa la leva della contribuzione sulle prestazioni, siano attuate, nel rispetto dello Statuto, dal livello decisionale esecutivo". Secondo il nostro pensiero, tali azioni non potranno prescindere da percorsi già iniziati e condivisi con gli operatori del sistema tesi all'autocontrollo della spesa sanitaria così da rendere inutili gli interventi della magistratura contabile che provocano, invece, grave danno alla credibilità e all'immagine del sistema.

2. Al punto "Valorizzazione del personale", la realizzazione di azioni a tal fine manca di un punto cruciale che è l'aspetto professionale, che aggiungeremo, oltre al citato aspetto organizzativo.

3. Sul sistema informativo socio sanitario (SISS), oltre agli elementi strategici per la struttura, il Dpefr ha dimenticato che lo sviluppo del sistema dovrà necessariamente valorizzare le funzionalità di supporto a ruoli clinici tenendo conto della sostenibilità per l'operatore. Infatti, il sistema non deve mai interferire, se non marginalmente, per impegno di tempo e attenzione, sull'erogazione del servizio né dovrà essere frustrante per la professionalità del medico.

4. E la medicina del territorio? Figura cardine della medicina del territorio è e dovrà continuare ad essere il medico di medicina generale (Mmg) nella sua qualità di speciale interlocutore del paziente e di irrinunciabile interfaccia fra il livello di governo e il cittadino. Il rapporto duale medico/paziente deve quindi rimanere fondamentale e basilare nell'ambito della medicina del territorio in senso lato e della medicina di famiglia in particolare. Ciononostante, l'evoluzione del sistema salute specie nell'ottica della sua declinazione lombarda, necessita di un nuovo e più dinamico investimento sulla figura del Mmg. In particolare, si valuta che notevoli miglioramenti in termini di qualità dell'assistenza e in termini di economicità del sistema si otterranno con l'implementazione dei seguenti progetti:

- ambulatori distrettuali di continuità gestiti da Mmg (in particolare da medici della continuità assistenziale);
- gestione globale del paziente cronico e fragile e prevenzione della patologia cronico-degenerativa o delle sue complicanze;
- adesione e coinvolgimento attivo del Mmg alla rete oncologica lombarda;
- progetti di *risk management* in medicina generale che portino per la prima volta anche sul territorio questa opportuna metodica di prevenzione dell'evento errore finalizzata al miglioramento della qualità del servizio erogato e alla prevenzione del contenzioso;
- implementazione della presa in carico della cronicità, vale a dire gestione del paziente affetto da: ipertensione arteriosa, diabete mellito, BPCO, in terapia anticoagulante, ecc. e chiusura degli ambulatori di primo livello nelle strutture di secondo e terzo livello.