



DIPARTIMENTO WELFARE E SALUTE

Responsabile Dipartimento: FABIO RIZZI

Referente Tecnico: FABRIZIO SPINNATO

POLITICHE SANITARIE

(04.07.13)

La Lega Nord ritiene che, **nell'ambito della Tutela della Salute**, i principi fondamentali che vanno preservati come vincolo non eludibile sono:

- 1) Il principio di ***dignità umana***, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
- 2) Il principio della ***libertà di scelta*** dell'erogatore di prestazioni;
- 3) Il principio di ***centralità della persona*** nel percorso di cura;
- 4) Il principio di applicazione del ***Federalismo Fiscale*** in ambito sanitario;
- 5) Il principio della globalità della copertura assistenziale (***livelli essenziali di assistenza e appropriatezza delle prestazioni***);
- 6) Il principio della ***parità di diritti e di doveri*** fra soggetti accreditati di diritto Pubblico e di diritto Privato;
- 7) Il principio del finanziamento pubblico dei ***livelli essenziali di assistenza***;
- 8) Il principio del ***bisogno di salute***;
- 9) Il principio ***dell'equità all'accesso all'assistenza***;
- 10) Il principio della ***qualità della cura*** e della loro ***appropriatezza*** riguardo le esigenze specifiche;
- 11) Il principio ***dell'economicità nell'impiego*** delle risorse da conseguirsi anche tramite l'applicazione dei costi standard;
- 12) Il principio della ***promozione dell'integrazione delle funzioni*** sanitarie con quelle sociali di competenza degli Enti Locali.

LA FINALITA' del dipartimento Welfare e Sanità/Politiche Sanitarie è anche quella di eseguire un ricognizione dei Servizi Sanitari Regionali (Lombardia, Piemonte e Veneto), analizzare le sue criticità ed elaborare nuove proposte di sistema per la programmazione e la gestione della sanità, con spunti per l'implementazione dei servizi sanitari delle altre regioni del Nord, **per la realizzazione della Macro Regione del Nord.**



Nell'ambito della Tutela della Salute si impone la ricerca di un punto di equilibrio tra:

- a) **Uniformità** del Servizio Sanitario;
- b) **Universalità** dell'accesso alle prestazioni da parte del cittadino;
- c) **Specificità** che discende dai bisogni particolari dei cittadini e dalle scelte organizzative dei livelli istituzionali locali.

LA LEGA NORD RITIENE FONDAMENTALE CONSEGUIRE I SEGUENTI OBIETTIVI

1) INFORMAZIONE

Per garantire l'informazione e quindi la "*Libera Scelta*" è assolutamente indispensabile diffondere e perfezionare il processo **d'informazione**, riqualificando le **relazioni tra Istituzioni e Famiglia**. La comunicazione deve consentire il passaggio d'informazione sulle norme di offerta dei servizi, per permettere alle famiglie di sapere sempre e con esattezza "chi fa che cosa".

Favorendo il **progressivo avvicinamento dell'Istituzione:**

- a) **Al cittadino;**
- b) **Alle famiglie;**
- c) **Alle associazioni di Famiglie.**

2) GARANZIA DELLA CURA

La **garanzia di accesso, tempestività e qualità della cura** per tutti presuppone che il cittadino abbia la certezza di poter usufruire di una struttura idonea, con la consapevolezza che i soldi pubblici sono e saranno sempre impiegati al meglio per potenziare la rete di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, a garanzia di sostenibilità, in un welfare universalistico allargato.

Fondamentale diventa la Medicina del Territorio: Medico di Base, Medicina Territoriale, Specialista e Ospedale in un'ottica di razionalizzazione della domanda ancor prima dell'offerta.

E' necessario spostare l'asse di cura dall'Ospedale al Territorio, calcolando il radicale mutamento delle condizioni economiche, sociali, culturali ed epidemiologiche.

3) PATOLOGIE CRONICHE DEGENERATIVE

Patologie come il diabete, il cancro, le cardiopatie, le malattie respiratorie e, più in generale, le malattie connesse all'invecchiamento della nostra popolazione sono diventate le principali cause di decessi. **Il trattamento di queste patologie si contraddistingue** per gli alti costi, perché i malati necessitano di assistenza e di attività clinica perdurante nel tempo. Queste specificità comportano l'organizzazione e l'erogazione di servizi assistenziali molto diversi da quelli normalmente utilizzati nella cura e nella riabilitazione delle malattie acute.

Considerati gli elementi indicati, occorre però ripensare e rifondare la **Medicina Territoriale** attraverso la costruzione di uno specifico paradigma (che oggi non c'è), che comprenda nuove configurazioni di strutture organizzative e contenuti di servizio che sappiano produrre, con proprie regole, nuove modalità di confronto e interazione con il paradigma dell'assistenza ospedaliera.

In questa prospettiva, l'organizzazione Sanitaria Regionale prevede – sia a livello Sanitario e che Socio-Sanitario – **l'accreditamento e la contrattualizzazione di strutture diversificate** (ad esempio: le medicine di gruppo, le R.S.A., ma anche i poliambulatori e, non ultimo, il sistema delle farmacie) anche di dimensioni limitate, molto radicate a livello territoriale. Tali strutture possono rappresentare - se integrate, coordinate e messe in rete attraverso un sistema di una Governance Territoriale - un quadro di riferimento per l'attività diagnostica e di cura orientate in un'ottica appropriata, individualizzata e realizzata nel tempo.

4) **LIMITARE LE DISTORSIONI IN SANITA'.**

Si deve rendere virtuoso il rapporto tra: **Erogazione, Ricerca e Controllo dei Costi.**

Basando il Sistema Sanitario su:

- a) **Meritocrazia e Trasparenza:** Pubblico, Privato, Privato Accreditato;
- b) **Controllo Costante** con un sistema di verifica da parte della committenza Pubblica;
- c) **Separazione tra Programmazione, Controllo ed Erogazione;**
- d) **Verifica periodica dei requisiti.**

5) **RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO**

- a) Implementazione dei **Servizi Territoriali;**
- b) **Mappatura delle risorse** ed una attenta valutazione epidemiologia dell'offerta;
- c) **Riorganizzazione dell'Offerta Territoriale** per organizzare un sistema capace di rispondere in modo efficiente ed efficace alle esigenze del cittadino;
- d) **Riorganizzazione e valorizzazione delle cure Territoriali.**

6) **PRINCIPALI AZIONI**

- a) **Appropriatezza della Cura:** promuovere e sviluppare nuovi modelli correlati al bisogno del paziente e della collettività.
- b) **Programmazione Concreta:** da realizzarsi con la collaborazione di Professionisti, Medici di Medicina Generale, Filiera Assistenziale, ecc. per arrivare ad una programmazione ad ampio raggio.
- c) **Medicina Generale:** il Medico di Medicina Generale deve diventare centrale nel modello d'assistenza e capace di offrire – all'interno della rete dei servizi territoriali propriamente

governata - una risposta completa e integrata che vada dal bisogno alla domanda, fino all'erogazione della prestazione socio-sanitaria, in modo tale da conciliare l'equità di accesso e utilizzo dei servizi, la qualità dell'assistenza e la sostenibilità nel tempo. La sfida della Medicina Generale è arrivare a costituire un **Secondo Polo della Sanità** in grado di rispondere alle esigenze di continuità dell'assistenza, anche attraverso l'offerta di nuove prestazioni, con il supporto di tutte le figure professionali, sanitarie e non sanitarie, necessarie a una moderna Medicina del Territorio.

- d) **La Prevenzione**, da promuovere attraverso l'adozione di stili di vita sani e l'induzione alla partecipazione ai Programmi *screening* per identificare pazienti ad elevato rischio tumorale, soprattutto in età giovanile. Una costante e incisiva prevenzione è in grado di determinare una forte riduzione dei costi, soprattutto per le patologie croniche, ma anche per ridurre significativamente ospedalizzazione e cure, favorendo il prolungamento dell'aspettativa e della qualità di vita.
- e) **Le Professioni Sanitarie**: costituiscono da sempre un nostro cavallo di battaglia. E' fondamentale un riordino delle professioni per valorizzare la modernità delle specifiche competenze professionali, favorendo la loro compartecipazione alla governance regionale e aziendale.
- f) **L'eliminazione del Ticket**: è impensabile che il contribuente lombardo, che già paga la Sanità per sé e per mezza Italia, debba sobbarcarsi anche quest'ulteriore balzello: semplicemente saranno trattenuti i fondi necessari a coprire il mancato introito dai Ticket dai fondi di solidarietà destinati alle altre Regioni.
- g) **Le Cure Odontoiatriche**, devono tornare a essere dei diritti ineludibili e reintrodotti nei LEA, unitamente a tutte le altre patologie, pertinenti alle altre specialità, che erano state escluse nel nome del budget.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ❖ **Costituzione, Art. 32;**

- ❖ **Legge 23 dicembre 1978, n. 833**, Istituzione del servizio sanitario nazionale;
- ❖ **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- ❖ **Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419;
- ❖ **Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3**, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione (Art. 3);
- ❖ **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001**, Definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- ❖ **Regione Valle d'Aosta, Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5**, Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione;
- ❖ **Regione Piemonte, Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18**, Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale;
- ❖ **Regione Lombardia, Legge Regionale 30 Dicembre 2009, n. 33**, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità;
- ❖ **Regione Veneto, Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23** – Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016;
- ❖ **Regione Friuli Venezia Giulia, Legge regionale 17 agosto 2004, n. 23**, Disposizioni sulla partecipazione degli enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina dei relativi strumenti di programmazione, nonché altre disposizioni urgenti in materia sanitaria e sociale;
- ❖ **Regione Liguria, Legge Regionale 27 dicembre 2011, n. 36**, Ulteriori disposizioni di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale e in materia di servizi sociali e di cooperazione internazionale;
- ❖ **Regione Emilia-Romagna, Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29**, Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale;
- ❖ **Regione Toscana, Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40**, Disciplina del Servizio Sanitario Regionale;
- ❖ **Regione Umbria, Legge Regionale 20 gennaio 1998, n. 3** e successive modificazioni ed integrazioni, Ordinamento del sistema sanitario regionale;

- ❖ **Provincia Autonoma di Trento, Legge Provinciale 23 Luglio 2010, n. 16**, Tutela della salute in Provincia di Trento;
- ❖ **Provincia Autonoma di Bolzano, Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7**, Riordinamento del servizio sanitario provinciale.