

Elezioni regionali del 3-4 aprile 2005

I programmi in materia sanitaria dei candidati presidenti del centro destra e del centro sinistra

Ai candidati dei due maggiori schieramenti nelle 14 Regioni chiamate al voto sono state rivolte da Il Bisturi otto domande, sulle questioni "calde" del mondo sanitario:

- 1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.**
- 2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.**
- 3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.**
- 4. "Governo clinico".**
- 5. Controllo della spesa farmaceutica.**
- 6. Assistenza per anziani e malati cronici.**
- 7. Una priorità del candidato presidente in sanità.**
- 8. Chi sarà l'assessore alla sanità?**

Di seguito, ordinate per Regione da Nord a Sud, sono riportate le risposte dei 28 candidati o, in alcuni casi, gli stralci del loro programma relativi alla sanità.

PIEMONTE

Enzo Ghigo (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Anche in periodi di risorse limitate si investe per una rete nuova e nuove risposte cliniche. Modelli organizzativi basati sui dipartimenti negli ospedali, mentre le strutture piccole diventeranno nodi per il pre e il post ricovero negli interventi ad alta complessità.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

In Piemonte operazioni di questo genere non sono previste.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

È in fase di realizzazione, proprio su proposta dei medici di medicina generale, il nuovo sistema H24 per un servizio di grande efficacia nell'intero arco della giornata, che potrà entrare in funzione dopo gli accordi tra sindacati e Regione.

4. "Governo clinico".

Alcuni passi significativi sono stati effettuati con la creazione delle "reti" oncologica e cardiologia. In fase avanzata sono anche quelle allergologica, della salute mentale e di prevenzione dell'ictus.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

I risultati sono ottimi. Il Piemonte è primo nel contenimento della spesa per il 2004 e il trend positivo prosegue nel primo mese del 2005. La spesa lorda, che ammonta a 74 milioni e 428 mila euro, è all'11,8% rispetto al tetto del 13% stabilito.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

È stata creata una rete per interventi integrati domiciliari; residenziali; semiresidenziali; progetti individuali per la continuità assistenziale; creazione di un sistema di risposte per acuzie, post acuzie e lungodegenze.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Investire nella ricerca e nelle tecnologie, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, sostenere la domanda di welfare. La sanità può essere anche un motore per l'economia, come dimostra la realizzazione del Parco della Salute.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

Ne ripareremo al momento della distribuzione delle deleghe a tutti gli assessori. Posso comunque dire che Galante ha lavorato davvero bene.

Mercedes Bresso (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

L'attuale rete ospedaliera è inadeguata. La ristrutturazione deve essere fondata su valutazioni epidemiologiche e di appropriatezza. Imprescindibile l'integrazione con il territorio e la telemedicina, che colleghi tutte le strutture.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Le varie soluzioni sono degne di attenzione. Tuttavia riteniamo che, con una decisa opzione per la qualità delle cure ed una gestione che adotti efficaci sistemi di controllo dei finanziamenti, l'ospedale pubblico possa reggere bene.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

L'istituzione degli Utap può rappresentare una valida impostazione per il rilancio e la valorizzazione della medicina generale, migliorando anche la capacità di orientare i pazienti verso prestazioni appropriate ed efficaci.

4. "Governo clinico".

"Governo clinico" significa ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi, con precise assunzioni di responsabilità, utilizzando Linee Guida e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. Uno dei suoi cardini è la formazione e l'aggiornamento.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Le risorse non devono essere razionate, ma razionalizzate. Per la farmaceutica dobbiamo elaborare strategie di controllo degli sprechi, con un lavoro di sensibilizzazione a tutti i livelli: ospedale, medicina di base e cittadini.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

Ci attiveremo per l'assistenza domiciliare, attraverso assegni di cura e di servizio, e per sviluppare servizi diurni di assistenza "leggera" per anziani con limitata autonomia.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Intendo lanciare un Patto per la salute nel quale comprendere assistenza, volontariato e terzo settore. Perseguiamo la riduzione dei ticket fino alla loro cancellazione e il principio di progressività per l'Irpef.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

LOMBARDIA

Roberto Formigoni (Cdl)

Il nostro obiettivo è rispondere al crescente bisogno di salute inteso nella più ampia accezione di "benessere". La riforma avviata in questi anni ha già dato risultati positivi in termini di accessibilità, qualità e quantità delle prestazioni, appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Ora, l'attenzione sarà dedicata in particolare alla riabilitazione, sia quella della fase post ospedaliera sia quella legata alle malattie croniche e all'invecchiamento, migliorando i servizi sul territorio e l'assistenza domiciliare.

La nuova sanità che stiamo delineando richiederà importanti interventi di edilizia sanitaria e investimenti in macchinari ed attrezzature. Molta attenzione merita lo strumento della Fondazione: una modalità concreta per "restituire" alle comunità locali gli ospedali, nati grazie alla generosità e alla libera iniziativa dei cittadini stessi.

Il riordino della rete ospedaliera avverrà valorizzando e premiando le strutture di eccellenza, ma contemporaneamente intervenendo sul territorio per realizzare una vera continuità di cura; l'ospedale (pubblico o privato che sia) resta il perno, sostenuto da una rete di soggetti intorno: riabilitazione, l'hospice per i malati terminali, assistenza domiciliare e così via.

Punteremo alla promozione della medicina territoriale nella prospettiva dell'associazionismo, delle comunità professionali e della medicina di gruppo, onde favorire una presa in carico più efficace del paziente.

Daremo piena attuazione del modello del voucher socio sanitario, come strumento di sviluppo del sistema territoriale di assistenza ad anziani, disabili e minori in situazione di fragilità sociale.

Perseguiamo l'obiettivo della costituzione di un fondo per la non autosufficienza su base volontaristica con una copertura a compartecipazione pubblico/privata e di nuove forme di assistenza mutualistica.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.formigoni.it)

Riccardo Sarfatti (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

La rete ospedaliera deve essere ridisegnata. Si dovranno seguire criteri innovativi e costruire una rete, che deve contemplare le strutture private accreditate, distinta in: ospedali ad alta specialità, intermedi e di comunità.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

L'innovazione è realizzabile anche senza le Fondazioni, che sono strumenti creati per rispondere alle difficoltà di rapporto con le comunità locali, ma che hanno dimostrato di non creare vantaggi e rischiare di sfuggire al controllo pubblico.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

I servizi territoriali sono deboli, ma l'efficienza del sistema si gioca sulle cure primarie. È fondamentale una condivisione per la progettazione dei servizi e la loro localizzazione da parte di Asl, Ao, Comuni e operatori socio-sanitari.

4. "Governo clinico".

-

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Serve una maggiore disponibilità di farmaci generici; la distribuzione diretta; la revisione della distribuzione in ospedale; l'adeguamento delle confezioni. Niente ticket su farmaci e pronto soccorso. Gratis le cure per i Lea e riabilitazione.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

Elevare il livello di esenzione per l'IRPEF e finalizzare il gettito per un Fondo per la non autosufficienza amministrato dalla Asl. Saranno valorizzati i Piani di Zona e forme di gestione consortile.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Eliminare le disuguaglianze sociali e riformulare il valore della salute come investimento sul bene comune economico e sociale. Puntare con forza alla riconversione dei bisogni di cura in bisogni di salute.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

-

VENETO

Giancarlo Galan (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

La nuova rete consente la maggior accessibilità alle specialità di base e l'accesso più razionale alle alte tecnologie. L'area vasta prevede una rete di ospedali di diversa complessità e una rete di strutture per i bisogni territoriali.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Su tale aspetto la politica della Regione Veneta è assai netta, in quanto non si è mai neppure ipotizzato l'ingresso di partner privati nella proprietà e gestione dei grandi ospedali pubblici.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Nell'Asl 4 di Thiene si sta già sperimentando il modello UTAP. Inoltre, con l'Accordo regionale per la Medicina convenzionata del 31 dicembre 2001 sono state definite tre nuove forme di medicina: in associazione, in rete e di gruppo.

4. "Governo clinico".

La Regione ha aggiornato l'assetto organizzativo della funzione di controllo esterno, articolandolo a livello aziendale, provinciale (con sette Nuclei Provinciali per i controlli) e regionale (con l'istituzione di un'apposita Commissione).

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Nel 2002 era stata introdotto il ticket. Nel 2003 sono state apportate delle modifiche alla quota di compartecipazione (un ticket di 2 € per pezzo, con un massimo di 4 € per ricetta) e ampliate le categorie esentate dal pagamento.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

L'aumento delle risorse economiche documentano l'impegno a migliorare i servizi socio-sanitari. Dal 1995 al 2004 la spesa per il sociale è passata da 290 milioni di euro a quasi 600; la spesa per il settore anziani da 200 milioni a 420.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

La non autosufficienza. Gli obiettivi sono: creare le condizioni per una migliore qualità della vita ripensando ai modelli delle città e del lavoro; sviluppare l'assistenza domiciliare; istituire un fondo per la non autosufficienza.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

A tempo debito e assieme a tutti gli alleati sarà deciso il nome del nuovo Assessore alla Sanità.

Massimo Carraro (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Il riordino si impone perché i bisogni di salute cambiano e gli ospedali devono essere sempre qualificati. Per garantirne un funzionamento efficiente, le strutture dovranno essere legate al numero di utenti e ai bisogni di quel territorio.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

È un'idea non praticabile. La natura giuridica delle strutture ospedaliere non può essere l'elemento che determina un livello di efficienza. Gli ospedali vanno integrati nella rete assistenziale, senza estraniarli dal territorio.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Le Utap sono un'ottima proposta. L'assistenza territoriale è sempre più centrale nei bisogni di salute della popolazione. Pertanto i distretti socio-sanitari e i medici di medicina generale sono una priorità assoluta.

4. "Governo clinico".

Il Governo clinico è dei medici. Vogliamo valorizzare le professioni e abbandonare il sistema sanitario centralistico. La professione medica vive una situazione di disagio perché subordinata alle logiche del budget.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Non è stata promossa l'appropriatezza dell'uso del farmaco. Mi impegnerò per eliminare il ticket dai farmaci e dalle strutture intermedie e allargare gli esenti per quelle specialistiche.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

È esattamente quello che serve nel Veneto. E per farlo si potrebbero utilizzare i fondi dell'attuale addizionale Irpef che è già una tassazione aggiuntiva per i Veneti.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Non una, ma quattro: programmare, investire sull'assistenza territoriale, attivare strutture intermedie e ridurre l'ospedalizzazione impropria.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

Sarà una persona capace e competente. Che crede nella bontà di un sistema integrato che valorizza il ruolo dei sindaci.

LIGURIA

Sandro Biasotti (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

La sanità ligure era "ospedalocentrica", anche con una utenza impropria a causa delle reti territoriali obsolete. Abbiamo dovuto sviluppare una sanità moderna, attenta alla prevenzione, orientata al territorio; dotata di ospedali ad alta intensità di cura.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

L'elevato numero di strutture per acuti e la spesa che cresce, rende necessario intervenire sulle strutture dell'offerta attraverso un' oculata gestione, privilegiando le necessità dei cittadini, completando le trasformazioni in programma ed individuando ulteriori aree di intervento.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Il Piano socio-sanitario regionale prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'incremento della residenzialità extraospedaliera. Con le Utap si potrà sviluppare un'assistenza H24, rispondendo ad una ampia fascia di fabbisogno di salute.

4. "Governo clinico".

La Clinical Governance consente di erogare servizi sanitari più appropriati e senza sprechi è, dunque, un importante strumento del quale la Regione intende avvalersi per una politica sanitaria incentrata sulla qualità dell'assistenza.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Abbiamo attivato strumenti che hanno permesso di intervenire sugli sprechi. La spesa farmaceutica è aumentata nel 2004 del 7%, a fronte dell'8% nazionale. Per molte patologie c'è l'esenzione dal ticket, così come per i redditi familiari sotto i 36.151,98 euro.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

La soluzione potrebbe essere: la convergenza in unico fondo delle risorse socio-sanitarie di Regione, Comuni e Asl; l'utilizzo del Fondo per servizi domiciliari e residenziali; l'integrazione delle indennità di accompagnamento con un contributo regionale di 400 euro.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Anzitutto valorizzare la prevenzione e il territorio; orientare gli ospedali alla medio alta intensità di cura; realizzare misure forti per gli anziani e la non autosufficienza, sviluppare una efficace integrazione socio sanitaria.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

-

Claudio Burlando (Ulivo)

Sono dell'idea che il cardine su cui costruire un'efficiente politica di servizi socio-sanitari debba essere la centralità della persona. In questi ultimi anni, a causa del peggioramento della qualità del servizio offerto, sono sempre di più i malati costretti a curarsi in ospedali di altre Regioni.

Per migliorare dobbiamo puntare a ricostruire centri di eccellenza con professionisti di grande qualità, scelti esclusivamente per meriti. È anche giusto che una persona ammalata possa avere i farmaci di cui ha bisogno senza pagare il ticket. Spesso ci vogliono troppo denaro e troppo tempo per un esame specialistico, mentre l'accessibilità e la tempestività sono indispensabili per l'efficacia delle cure.

Pensiamo, inoltre, che sia utile aprire una riflessione su un rapporto positivo tra strutture pubbliche e private, con l'obiettivo, tra l'altro, di evitare che le inefficienze del nostro sistema sanitario vadano solo a vantaggio di strutture private convenzionate di altre Regioni.

Abbiamo proposto di istituire un fondo per la non autosufficienza, anche se è auspicabile che questa proposta venga assunta da un nuovo Governo nazionale. La Liguria è notoriamente la Regione più anziana d'Europa. Questi nostri cittadini, però, non sono solo soggetti bisognosi di assistenza ma anche una risorsa. E quanto più saremo capaci di offrire loro spazi di vita sociale e di aggregazione, tanto più sapranno anche restituirci il valore della loro esperienza e della loro memoria.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dall'ufficio stampa del candidato)

EMILIA ROMAGNA

Carlo Monaco (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

È un errore pensare che la razionalizzazione della rete ospedaliera debba avvenire a spese degli ospedali minori che svolgono spesso una funzione importante e un servizio di qualità nelle zone più disagiate del territorio.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

La Fondazione è una forma giuridica snella e efficace se riesce a convogliare nel proprio capitale sociale fondi e risorse aggiuntive rispetto al denaro pubblico. L'efficacia sta nel fatto di riuscire ad accrescere le risorse, altrimenti non serve allo scopo

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap

I mmg, colonna portante dell'organizzazione sanitaria di base, negli ultimi anni si sono trasformati in burocrati produttori di carte. Non vorrei che la nuova proposta di creare le Utap finisse per aggravare tale processo.

4. "Governo clinico".

Ciò che conta sono i risultati effettivi sul piano gestionale e non la sofisticazione programmatoria dei modelli cartacei. Il GC non deve diventare una pratica burocratica per documentare mediante carte la buona efficienza del sistema.

5. Controllo della spesa farmaceutica

Un maggior controllo nell'uso dei farmaci è condivisibile. L'indicazione va rivolta ai produttori, ai medici e infine ai cittadini che devono ridurre il ricorso ai farmaci.

6. Assistenza per anziani e malati cronici

Va favorita mediante assegni di mantenimento, permanenza all'interno delle famiglie e dei luoghi della propria vita. Incentivi possono essere introdotti per il volontariato e la cooperazione sociale senza scopi di lucro.

7. Una priorità del candidato neoeletto in sanità.

L'alleggerimento delle pratiche burocratiche, dalla medicina di base alla medicina del lavoro.

Norme sanitarie di carattere surrettizio sono state inserite in tantissimi campi; della loro efficacia è lecito dubitare.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

L'assessore alla sanità sarà un imprenditore che opera da anni con successo nel settore bio-medicale, Gianni Bellini di Mirandola che saprà guardare la salute pubblica sotto il profilo dell'efficienza e dell'innovazione tecnologica.

Vasco Errani (Ulivo)

Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Abbiamo finito la rimodulazione della rete ospedaliera nel 1999. Abbiamo 4,9 pl ogni mille abitanti, lo 0,9 dedicato alla lungodegenza riabilitativa. La rimodulazione non è stata un taglio di servizi ma una riconversione di posti letto

Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Riteniamo che non vi siano elementi per dire che le Fondazioni sono in grado di migliorare l'efficienza e di recuperare risorse per il funzionamento delle strutture. Non seguiamo questa strada.

Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Nel Distretto c'è l'integrazione tra sociale e sanitario e tra servizi sanitari. Si esercita la funzione di programmazione e controllo. Nel Distretto abbiamo istituito il Dipartimento delle cure primarie per la gestione e l'erogazione dei servizi

Le Utap rappresentano un sistema simile ai Nuclei di cure primarie e alla Medicina di gruppo:

L'applicazione dell'organizzazione distrettuale è stata ribadita nella nuova legge sull'organizzazione e il funzionamento del Ssr

"Governo clinico".

Il GC è per il Ssr un punto di riferimento di grande rilevanza. Con il GC chiediamo ai medici di assumersi la responsabilità di comportamenti professionali che garantiscano appropriatezza e qualità dell'assistenza e un adeguato uso delle risorse.

Controllo della spesa farmaceutica.

Il nostro controllo vuole dunque essere sulla appropriatezza della prescrizione. Abbiamo un programma che agisce su due aspetti: l'appropriatezza delle prescrizioni, la distribuzione diretta di farmaci.

Assistenza per anziani e malati cronici.

La nostra regione è fra le più "vecchie" d'Italia. Il problema della cronicità e dell'assistenza lo stiamo affrontando da molti anni. L'obiettivo è fornire una assistenza fortemente personalizzata ed adeguata alle diverse esigenze delle persone anziane

Una priorità del candidato presidente in sanità.

Due priorità: qualificare la sanità pubblica ed innovare. Su questa strada la prima scelta è proprio quella del fondo per la non-autosufficienza, perché è una questione che tocca ormai tutte le famiglie.

Chi sarà l'assessore alla sanità?

Lo deciderà il Presidente della regione che i cittadini eleggeranno il 3 e 4 aprile.

TOSCANA

Alessandro Antichi (Cdl)

La Toscana ha fatto propria la riforma-Bindi ideologizzando quel modello punitivo nei confronti degli operatori che connotava senz'altro la riforma in questione. Un errore reiterato anche con l'adozione del Psr 2005-2007 che enuncia una serie di "obiettivi-propaganda" e riconferma l'approccio assistenzialista e centralista che caratterizza la Toscana. I cinque anni appena trascorsi sono stati pienamente sufficienti per compiere ai danni della sanità pubblica in Toscana quella che a tutti gli effetti si configura come una burocratizzazione del sistema in piena regola, con tanto di moltiplicazione di consorzi e poltrone.

Le Società della Salute, i Consorzi di Area Vasta, i quattro nuovi ospedali promessi e propagandati ma mai realizzati o il boicottaggio sistematico dei provvedimenti adottati dal governo e dal ministero della salute ne sono la prova.

Il sistema toscano deve essere ripensato per concepire un nuovo modello organizzativo e gestionale: Più servizi e meno burocrazie.

Puntiamo ad una riforma del Sistema in Toscana che garantisca l'effettiva partecipazione e diritto di scelta del cittadino; preveda un ruolo sussidiario del privato; promuova il decentramento dei livelli decisionali.

Il sistema sanitario deve restare pubblico.

Occorre implementare adeguate politiche caratterizzate da una forte responsabilizzazione degli operatori e dalla valorizzazione della professionalità del personale medico e non medico, liberato dalle attuali limitazioni e recuperato come effettiva risorsa.

Promozione del territorio sede primaria per il raggiungimento di obiettivi di assistenza e il diritto alla salute attraverso un'efficace revisione dell'attuale assetto delle aziende sanitarie ed ospedaliere centrata sul compimento del processo di aziendalizzazione, promozione di Centri di alta specialità, potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza, rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici ed agli anziani, un deciso impegno verso la riduzione delle liste di attesa.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.alessandroantichi.com)

Claudio Martini (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Il nostro Ss è molto cambiato: da 93 presidi siamo scesi a 40 strutture, moderne e ben attrezzate. È stata aumentata l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza. Nel 2000-2005 abbiamo fatto 17 nuovi ospedali e consistenti ristrutturazioni.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Non è nei nostri programmi, noi non prevediamo assolutamente la trasformazione dei nostri ospedali in Fondazioni. Le Fondazioni sono di natura privata e la nostra scelta non va nella direzione della privatizzazione.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Nel 2005-2007 sperimenteremo il modello di Unità di Cure Primarie che assicuri l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte dei Mmg, dei pediatri di libera scelta e di altre professionalità presenti sul territorio.

4. "Governo clinico".

È stato rafforzato il processo avviato con il Psr 2002-2004 con la revisione della legislazione in materia di ordinamento del Ssr aggiornando le norme che disciplinano istituti che hanno già subito modificazioni profonde.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

La nostra politica in materia di spesa farmaceutica si è ispirata a principi di contenimento dei consumi e di razionalizzazione della spesa, con evidenti benefici, sia per la salute dei cittadini che per le casse regionali. Questo ci ha evitato i ticket sui farmaci.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

La maggioranza dei nostri anziani è in salute, ma ci sono persone che necessitano assistenza. Il Psr 2005-2007 gli dedica un progetto specifico. Investimenti per l'assistenza e servizi assistenziali come l'Adi, il Progetto Alzheimer.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Due particolarmente significativi: controllo del dolore come diritto del cittadino e un progetto che riguarda le prestazioni ortopediche. Su questo intendiamo ridurre le liste di attesa e riservare attenzione agli anziani.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

-

UMBRIA

Pietro Laffranco (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Il modello potrebbe essere quello di altre Regioni ad esempio: centri ospedalieri ad alta specializzazione, forte diffusione di centri di pronto soccorso, day hospital e poliambulatori, Il tutto coordinato da un'unica struttura regionale

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Trasformare gli Irccs in fondazioni potrebbe significare colmare un passivo gigantesco, nonché abbandonare i vincoli e le lungaggini del pubblico, con le conseguenti sacche di inefficienza.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Il riordino deve passare attraverso la creazione di un'unica Asl, a fronte delle sette ora esistenti. Con le Utap più medici potranno condividere informazioni su uno stesso paziente e fornirgli migliore assistenza in tempi rapidissimi.

4. "Governo clinico".

Il GC rappresenta un obiettivo strategico per assicurare maggiore coerenza, trasparenza ed equità nel sistema di selezione delle risorse professionali mediche e delle verifiche dei dirigenti sanitari.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Razionalizzare la spesa farmaceutica è fondamentale, una direttiva che il nostro governo sta seguendo con grande convinzione. Lo sconto sul margine dei produttori, l'introduzione dei generici stanno dando ottimi risultati

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

L'obiettivo è un Ssr che fa prevenzione, ricovera con professionalità garantendo le moderne tecnologie, fa diagnosi, terapia e riabilitazione. Proponiamo un contributo mensile pari a due giornate di ricovero ospedaliero, spesso non necessario.

7. Una priorità del candidato neoeletto in sanità.

Innovare il Ssr, modernizzandolo e liberandolo dalle maglie dello statalismo. Realizzare investimenti per la qualificazione e la ristrutturazione delle strutture pubbliche, fondamentali per garantire reale competitività tra i vari soggetti.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità.

Top secret (ma è un nome di grande prestigio scientifico e comprovata competenza, oltre ad essere estraneo a logiche partitiche).

Maria Rita Lorenzetti (Ulivo)

Il Piano sanitario regionale ha raggiunto gli obiettivi previsti, a partire dal mantenimento dell'impianto universalistico e della qualificazione e sostenibilità finanziaria del servizio sanitario umbro. Siamo riusciti a ridurre la spesa, in particolare quella farmaceutica, soprattutto grazie alla responsabilizzazione dei medici di medicina generale e la riqualificazione delle prescrizioni. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, emerge in Umbria un basso tasso standardizzato, con una minore durata media della degenza. Grande importanza ha ricoperto la politica di edilizia sanitaria e la riorganizzazione della rete ospedaliera, con una dotazione della strumentazione diagnostica ad alto contenuto tecnologico.

La rete di emergenza/urgenza è attiva su tutto il territorio regionale e sono stati dati nuovi impulsi alla ricerca e alle innovazioni nelle "aree di eccellenza" da parte delle Università, sostenendo anche un progetto relativo alle biotecnologie. Sono stati inoltre introdotti e perfezionati gli strumenti di monitoraggio.

Abbiamo infine dato continuità alle linee del Patto sociale, con il quale abbiamo scelto di mettere al centro delle politiche del welfare la persona e la famiglia. Una particolare attenzione è stata rivolta

alla popolazione anziana autosufficiente e non autosufficiente, destinando loro significative risorse finanziarie. Il nostro obiettivo è realizzare politiche sociali orientate al sostegno della normalità e della quotidianità della vita delle persone, che valorizzino i legami e le relazioni, che promuovano il sostegno alle capacità dei singoli.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.ritalorenzetti.it)

MARCHE

Francesco Massi (Cdl)

L'attuale struttura verticalistica ha duplicato ruoli e funzioni a livello centrale anziché generare quelle economie di scala a cui si voleva giungere.

I miei obiettivi: un livello amministrativo e programmatico; cinque aziende sanitarie; concentrazione delle metodiche ospedaliere di eccellenza; riferimento alla sanità privata finalizzata allo sfruttamento economico delle capacità di economizzare risorse.

L'obiettivo è superare l'aggregazione spinta che non ha dato una risposta coerente con le differenziazioni territoriali ed epidemiologiche espresse dal territorio. Si dovrà procedere a modificare il Psr sulla base dei seguenti sistemi a rete: Specificità territoriale, specializzazione funzionale, economie di scala.

L'articolazione della specificità territoriale trova soluzione nella ricostruzione delle autonomie organizzative e nella autonomia gestionale assistita.

La differenziazione a livello territoriale trova valorizzazione economica positiva grazie alla concentrazione delle risorse economiche ed umane verso la specializzazione funzionale.

L'integrazione funzionale, di processo e la ricerca della maggiore efficienza economica recuperabile dai processi indiretti avviene a livello centrale, dove un solo livello amministrativo e programmatico agisce in relazione di servizio interno con i cinque ambiti territoriali.

Tutta la programmazione sanitaria sarà finalizzata alla convergenza verso la massimizzazione delle efficienze sia di scala economica che di processo per quei servizi fruibili in modalità ordinaria e programmabile.

In questo quadro la ricerca diverrà obiettivo primario del modello sanitario marchigiano attraverso unità ottimali sul territorio al fine di ottenere economie di erogazione con la specializzazione della competenza.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.francescomassi.it)

Gian Mario Spacca (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Credo sia necessario decentrare i servizi sanitari e accentrare quelli amministrativi. Così gli ospedali potranno diventare davvero dei centri di eccellenza, pienamente capaci di offrire equità di accesso, appropriatezza di prestazioni, innovazione tecnologica.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

-

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Lo sviluppo della risposta sanitaria e socio-sanitaria nel territorio è una priorità: realizzare un completo sistema di prevenzione; offrire una prima risposta ai problemi; garantire la continuità assistenziale, in particolare per i soggetti cronici.

4. "Governo clinico".

I depositari del governo clinico sono i professionisti sanitari, ai quali bisogna garantire le migliori condizioni di lavoro. Fondamentale la formazione continua, così da qualificare i percorsi e fornire la migliore gestione dei processi.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

L'assenza di tickets sui farmaci è uno degli indici che contraddistinguono il livello di qualità del nostro sistema regionale. L'obiettivo è salvaguardare i principi di solidarietà ed equità dei servizi, nel rispetto delle compatibilità finanziarie.

6. Assistenza per anziani e malati cronici

Le trasformazioni di cui ho parlato sono rese necessarie proprio dall'invecchiamento della nostra società: gli anziani aumentano e insieme a loro crescono le cronicità e i bisogni assistenziali. Occorre rendere rapidi i tempi di risposta del sistema.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Ci impegneremo a progettare e realizzare una sanità amica, che faccia crescere la salute, salvaguardando e consolidando il carattere pubblico ed universalista del servizio sanitario regionale.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

-

LAZIO

Francesco Storace (Cdl)

La priorità rimane quella di un servizio sanitario umanizzato e deburocratizzato. Un obiettivo da raggiungere seguendo le linee-guida che hanno ispirato il Piano sanitario regionale: centralità della persona, equità, promozione della salute, qualità, sostenibilità economica.

In questo quadro, prevediamo un ulteriore abbattimento delle liste d'attesa, attraverso una gestione "umana" delle liste (Š).

Uno dei progetti più ambiziosi è, poi, la ridefinizione del ruolo dell'ospedale: il nuovo ospedale dovrà farsi carico della gestione del paziente acuto ad alta complessità assistenziale, con percorsi diagnostico-terapeutici rapidi, altamente specializzati e tecnologicamente sofisticati. La rete ospedaliera sarà strutturata per funzioni e livelli di intervento: ospedali per l'emergenza (sedi di Pronto soccorso, Dea I livello, Dea II livello); ospedali di alta specialità; ospedali di insegnamento (Irrcs, Policlinici universitari).

In questo contesto, si inseriscono le seguenti azioni programmatiche: sperimentazione dei centri di eccellenza, già finanziati con 11,4 milioni di euro. Sperimentazione dell'Azienda ospedaliera Sant'Eugenio-Cto. Completamento dell'Istituto oncologico di eccellenza. Potenziamento del Policlinico Tor Vergata. Completamento del programma di edilizia sanitaria. Potenziamento del sistema organizzativo, investendo sulla formazione dei dirigenti con una Scuola superiore regionale di management sanitario.

Ci sarà anche un Centro di assoluta eccellenza, quale il Policlinico del Campus biomedico di Trigoria, che sarà completato nel 2007 e che avrà 400 posti letto. In particolare, punteremo su alcuni progetti qualificanti che arricchiscono il "modello Lazio" anche nel campo sanitario: cento ambulatori; prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie cardiovascolari; rete oncologica regionale; conferimento dello status di azienda ospedaliera al complesso S.Eugenio-Cto; Regione senza dolore; odontoiatria sociale.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.italiatv.it/storacetv)

Piero Marrazzo (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Riequilibrare il rapporto fra Roma e le altre province. Realizzare moderni ospedali ai Castelli, nella Valle dell'Aniene e nel Golfo con la riconversione dei piccoli ospedali fotocopia in presidi integrati alla rete delle cure primarie.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Piuttosto che modificare l'assetto istituzionale degli ospedali di eccellenza è prioritario rilanciarne la missione, investendo in innovazione. Non ha senso che strutture di alto livello siano costrette, per la disorganizzazione della rete, a occuparsi di patologie banali.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

La medicina delle cure primarie, i distretti, l'associazionismo dei medici di famiglia sono temi centrali nella nostra proposta: dare alla medicina del territorio la stessa valenza di quella dell'ospedale porterebbe grandi vantaggi in temine di salute e di appropriatezza

4. "Governo clinico".

... nuovo Collegio di direzione (in parte elettivo) che dia pareri obbligatori sulla politica sanitaria aziendale;

... rilancio dei consigli dei sanitari e dei comitati di dipartimento;

... attribuzione di autonomia gestionale, finanziaria e operativa ai dipartimenti.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Appropriatezza delle prescrizioni in stretto rapporto con i medici di famiglia, distribuzione diretta in accordo con i farmacisti, coinvolgere anche gli specialisti e l'ospedale in un monitoraggio dell'andamento della spesa.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

Un fondo per la non autosufficienza e corsie preferenziali per anziani e malati cronici sono risposte concrete e dirette, da unire ad una politica del tutto nuova sull'assistenza domiciliare, integrando veramente attività sanitarie e sociali

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Presa in carico degli utenti e continuità dell'assistenza nelle 24 ore; trasparenza e competenza nella attribuzione di tutti gli incarichi e legalità nella vita delle aziende sanitarie.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

Chiunque avrà questo incarico lo assolverà all'interno di un percorso decisionale che vedrà oltre il mio personale impegno anche il coinvolgimento degli enti locali e delle associazioni dei cittadini

ABRUZZO

Giovanni Pace (Cdl)

Più volte è stata sollecitata una riforma della sanità e la elaborazione del terzo piano sanitario regionale. Purtroppo non è stato possibile cogliere quest'obiettivo nel tempo della legislatura appena trascorsa a causa del pesante indebitamento ereditato in 10 anni di gestione. Si è imposta una scelta sulle altre: ripianare i conti.

Oggi ci sono le condizioni per programmare una sanità moderna, responsabile e funzionale.

Anzitutto sarà riorganizzata la rete ospedaliera nell'ottica di offrire al territorio il servizio di emergenza-urgenza (Deu) e di lungo-degenza post-acuzie e riabilitazione di cui ciascuna area ha bisogno, concentrando nei grandi ospedali e nelle cliniche i centri di eccellenza per l'acuzie.

In questo scenario, sarà avviato un processo di riconversione degli ospedali periferici in dipartimenti polispecialistici di emergenze-urgenza, in modo da offrire cure primarie e interventi di pronto soccorso in tempo reale, decongestionando i reparti di pronto soccorso nei grandi ospedali urbani.

La cura post-acuzie, la lungo-degenza, la riabilitazione in centri dedicati e le case di riposo saranno incentivate a livello territoriale potenziando le Residenze Sanitarie Assistite, evitando penosi trasferimenti ai cittadini sofferenti.

Confidiamo che tale modello di riorganizzazione della rete ospedaliera permetterà di ridurre drasticamente la inappropriatazza dei ricoveri, causa di gravosi costi, e di perseguire quanto dettato dai Livelli Essenziali di Assistenza.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.giovanpace.com)

Ottaviano Del Turco (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

Anche in sanità rischia di affermarsi il principio dei tagli ai servizi "in nome dell'efficienza". Noi invece crediamo che sia possibile coniugare l'efficienza del sistema con la presenza dei servizi sanitari in tutto il territorio regionale

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Lavoriamo all'ipotesi di una unica Asl regionale, collegata alla trasformazione in aziende dei quattro ospedali delle città capoluogo di provincia, per contenere le ingenti spese di funzionamento amministrativo e coordinare interventi ed investimenti, evitando sprechi e inutili doppioni.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

La natura del nostro territorio impone di rinunciare definitivamente alle ipotesi di prestazioni sanitarie concentrate nei grandi agglomerati urbani e nei relativi ospedali, lanciando definitivamente un progetto di sviluppo sull'intero territorio regionale di una vera e propria rete di servizi sanitari

4. "Governo clinico"

-

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Per cinque anni la gestione della sanità in Abruzzo è stata affidata alla sola improvvisazione, perchè sono volutamente mancati tutti gli elementi di conoscenza e di analisi del sistema e qualsivoglia attività di programmazione. Noi abbiamo progetti più ambiziosi per un servizio davvero più efficiente

6. Assistenza per anziani e malati cronici

Intorno ai presidi ospedalieri andrà realizzata una rete adeguatamente distribuita di servizi di base vicini ai cittadini, integrati con modalità di ricovero per malati cronici e lungodegenti, in stretta integrazione con i servizi sociali dei Comuni.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

La priorità delle priorità è riguadagnare un sentimento di fiducia dei cittadini sull'organizzazione della sanità nella nostra Regione. Quindi, anche miglioramento delle strutture ospedaliere e della loro capacità di accoglienza

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

Una cosa per volta. Per il momento abbiamo un "listino" con una presenza femminile molto ampia (cinque donne su sette), unico caso in Italia, e abbiamo lavorato intensamente alla stesura di un programma di governo da arricchire con l'esperienza di ogni giorno

CAMPANIA

Italo Bocchino (Cdl)

È ormai di dominio comune che la Regione Campania è indicata tra le Regioni d'Italia dove si verificano maggiori sprechi dovuti alla smodata ed irrazionale distribuzione della spesa sanitaria. Mi riferisco ad esempio alla problematica di alcuni ospedali fatiscenti, ritenuti "inutili", che là dove possibile meriterebbero tantomeno di essere riorganizzati, razionalizzando la distribuzione del personale e della spesa sanitaria garantendo comunque la risposta alle reali esigenze del bacino d'utenza.

In parole povere urge annullare la lottizzazione della sanità (§).

Nell'ambito della spesa farmaceutica è da registrare che nonostante una serie di provvedimenti legislativi del governo Berlusconi, volti a razionalizzare tale spesa senza peraltro incidere sul

livello di servizio garantito dalla stessa, il deficit accumulato negli ultimi anni, dovuto ad una errata gestione e programmazione nella nostra regione, ha raggiunto cifre inusitate. Non si è saputo programmare un riequilibrio nel settore, come ad esempio è stato fatto nella Regione Puglia (Š). È necessario inoltre promuovere una stretta integrazione tra medico ospedaliero e di territorio, con la possibilità di diversificazione della spesa a livello distrettuale, coniugando esigenze di bilancio con il rispetto e la tutela dei diritti del paziente(Š).

Non c'è dubbio comunque che il modello a cui ispirarsi è quello di altre Regioni come ad esempio la Lombardia (Š). In tali Regioni l'organizzazione del sistema sanitario distrettuale ha previsto una equilibrata partecipazione del privato accreditato, riconoscendo in esso un'importante espressione della classe imprenditoriale regionale.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile e non essendo ancora stato reso noto il programma, riportiamo alcuni stralci tratti da una relazione del professor Vincenzo Mirone, consigliere di Bocchino in materia sanitaria)

Antonio Bassolino (Ulivo)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei grandi ospedali

Ci proponiamo la razionalizzazione dell'intera rete di servizi sanitari pubblici, puntando su una forte integrazione tra università, ospedali, ambulatori e medici di famiglia. Le grandi strutture ospedaliere "generaliste" non sono più bastanti a rispondere ai bisogni del territorio, per questo punteremo alla realizzazione di centri di eccellenza specializzati per specifici settori, all'apertura di nuovi presidi ospedalieri in aree attualmente non servite, alla qualificazione dei servizi territoriali.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in fondazioni

La trasformazione degli Ospedali in Fondazioni non deve aprire la strada a processi di privatizzazione della sanità pubblica. L'istituto della Fondazione può rappresentare uno strumento giuridico e gestionale utile per favorire una maggiore efficienza, ad esempio permettendo la messa in rete di numerosi servizi oggi dispersi in varie strutture per realizzare un sistema unitario nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

3. Riordino delle reti territoriali e istituzione Utap

Il riordino della rete territoriale va di pari passo con quello della rete ospedaliera. Il distretto, infatti, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni ambulatoriali, rendendo talvolta obbligatorio per il cittadino l'utilizzo improprio del ricovero al pronto soccorso. È necessario realizzare nuovi modelli assistenziali che possano riqualificare le capacità di risposta del distretto, modulare le competenze operative dell'ospedale e migliorare la reciproca integrazione delle loro funzioni.

4. Governo clinico

Il primo cambiamento è quello di assegnare ai medici la responsabilità clinica delle aziende sanitarie, basata sulle risposte al bisogno di salute in termini di appropriatezza e qualità delle prestazioni. In questa cornice va letto il rapporto di esclusività che deve legare il medico alla struttura di appartenenza, nella quale è necessario possa trovare le migliori condizioni per l'esercizio della propria professionalità, consentendo anche l'esercizio trasparente della libera professione.

5. Controllo spesa farmaceutica

Ci muoveremo lungo due direttrici principali: il rafforzamento culturale per un utilizzo appropriato del farmaco e interventi di regolamentazione del mercato. Le Aziende Sanitarie devono formare i medici per una migliore conoscenza sulle innovazioni, ma vanno al tempo stesso implementate regole per un corretto rapporto con l'industria farmaceutica. La proposta è quella di realizzare una regolamentazione condivisa che, oltre a definire il prezzo del singolo farmaco, possa stabilire modalità per il reinvestimento dei profitti in ricerca e occupazione.

6. Assistenza per malati cronici e anziani

Dobbiamo pensare al potenziamento di una risposta integrata e trasversale, quella più efficace rispetto a bisogni complessi nella vita dell'individuo e delle famiglie, come quelli posti dal grave disagio fisico, psichico e sociale.

Queste logiche di integrazione debbono contrastare la tendenza alla separazione del prodotto sanità dal contesto sociale in cui la materia prima malattia si determina. Pertanto la risposta idonea è quella della visione unitaria del cittadino paziente e del suo ambiente, concretizzata in un maggiore e più qualificata offerta di prestazioni territoriali.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità

La priorità è una forte battaglia contro le disuguaglianze, che con la devolution si aggraverebbero. Il miglioramento dello stato di salute, diritto delle popolazioni e obiettivo primario dei Servizi Sanitari Regionali e dell'intero Paese, si dovrebbe realizzare nel rispetto di un ordinamento omogeneo dove l'autonomia federale sia in grado di realizzare un maggior benessere delle singole comunità che compongono il sistema, anche attraverso una positiva competizione e confronto tra i diversi territori.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

-

PUGLIA

Raffaele Fitto (Cdl)

Era un dovere, da parte della Regione che ha a cuore i diritti del cittadino, razionalizzare le spese ed avviare ricoveri opportuni e non impropri destinando posti-letto alle vere emergenze. Perciò nessun ospedale è stato chiuso ma sono stati accorpati i reparti, riorganizzati i servizi, attivati i poliambulatori, ammodernate le strutture.

Col nuovo Piano Sanitario regionale, la Regione si è preoccupata dei diritti dei cittadini e delle opportunità degli operatori sanitari.

Dalla parte dei cittadini la Regione: rispetta il parametro di 5 posti-letto ogni 1000 abitanti; avvia nuovi posti per la lungodegenza; stabilisce un parametro di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti; destina le risorse del Fondo sanitario per il 5% alla prevenzione, per il 45% all'assistenza ospedaliera, per il 50% all'assistenza extra ospedaliera (medici di famiglia, prestazioni specialistiche, assistenza farmaceutica, assistenza domiciliare, il 118 ed i sistemi di emergenza); attiva Residenze Socio Assistenziali in zone disagiate; istituisce il servizio d'emergenza 118; avvia strutture per l'alta specialità, l'oncologia e la riabilitazione; estende l'opportunità dell'assistenza domiciliare in tutte le città; prevede altri 700 posti letto entro il 2005 attivando 14 nuove Residenze Socio Assistenziali; attiva nuove unità di Rianimazione ed anestesia (Š).

Dalla parte degli operatori sanitari la Regione: prevede l'Ecm; inserisce nuove risorse umane (Š)
Il totale delle risorse sanitarie impiegate è di 433.300.000 euro.

Il fondo sanitario, rispetto al 2001, è stato incrementato di oltre 1000 milioni di Euro.

Anzi, grazie all'attuazione del Piano Sanitario, la Puglia è stata nel 2002 l'unica regione a registrare l'equilibrio economico del sistema sanitario.

Per agevolare le fasce sociali più deboli entro il 2005 saranno 900.000 i pugliesi esenti dal ticket.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma tratti dal sito www.fittopresidente.it)

Nichi Vendola (Ulivo)

Il riordino della rete ospedaliera e la riorganizzazione della sanità territoriale, hanno rappresentato le fase più controversa dell'attuale legislatura regionale. Ed anche uno dei fallimenti più evidenti della Giunta Fitto. Nostro compito sarà quello di ridisegnare il Piano di riordino ospedaliero ripartendo dai servizi distrettuali e ponendo al centro del nostro lavoro la salvaguardia della assoluta pubblicità della salute attraverso la difesa strenua della sanità pubblica, pur avendo presente le carenze e gli aspetti negativi ed inaccettabili del suo funzionamento.

Sarà pertanto nostro impegno avviare provvedimenti che:

- * che riducano sensibilmente -fino al loro superamento -le lunghe liste di attesa;
- * che incrementino in modo diffuso e articolato sul territorio i centri di senologia;
- * che operino un rafforzamento del 118;
- * che diano impulso e sviluppo al piano di emodialisi;
- * che pongano al centro la politica di prevenzione e le scelte ad essa conseguenti;
- * che riorganizzino radicalmente la medicina di base in ragione, tra l'altro, di una gestione integrata di percorsi assistenziali per determinati profili di cura (ipertensione,diabete, ecc.);
- * che sviluppino -o meglio -avviino la medicina del territorio;
- * che attivino, finalmente l'integrazione socio-sanitaria con riferimento particolare al coordinamento tra Enti Locali, Asl e comunità;
- * attivino una sufficiente articolazione dei servizi riabilitativi in particolare nel settore psichiatrico; guardino ad un adeguato utilizzo dei posti letto per la lunga degenza post-acuzia;
- * attivino la rete delle RSA;
- * mettano in grado di gestire in modo adeguato le risorse umane.

Dunque ripartire dal Piano Sanitario Regionale, perché con il contributo delle Province, delle Autonomie locali, delle organizzazioni sindacali e del terzo settore, si possa ridisegnare il volto delle politiche sociali e sanitarie.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.nichivendola.it)

BASILICATA

Cosimo Latronico

Sono stato designato dalla "Casa delle Libertà" a cui si è aggiunto il gradimento di altre formazioni politiche e sociali nella prospettiva di rappresentare un largo schieramento di mondi e di sensibilità della nostra Regione.

La nomina a tale ruolo, del tutto inaspettata, mi riempie di responsabilità perchè ho in mente la gravità delle emergenze sociali presenti in Basilicata (lavoro, emigrazione, arretratezza) ed avverto

nel contempo la necessità di costruire una possibile via di cambiamento, atteso fortemente dai lucani.

La mia proposta unita a quella dei candidati nelle liste a me collegate:

vuole lanciare una sfida per il cambiamento della Basilicata, dopo un decennio di governo del centro sinistra che ha mancato di raggiungere gli obiettivi dello sviluppo;

vuole far crescere la Regione attraverso la valorizzazione delle sue risorse umane e naturali;

vuole arrestare il declino che si registra in molti comuni lucani afflitti dal degrado demografico e civile;

vuole offrire un messaggio di speranza ai giovani perchè siano i protagonisti del futuro che insieme vogliamo costruire;

vuole accrescere la capacità produttiva delle imprese valorizzando la tenacia e la creatività;

vuole proporre un'idea di politica che apra più spazi di libertà per tutti contro quella del centro-sinistra che ha sprecato le risorse pubbliche generando dipendenza ed arretratezza;

vuole opporsi a chi oggi considera le elezioni una formalità dall'esito scontato, di cui si potrebbe benissimo fare a meno!

Ho un'altra idea della Basilicata che merita molto di più.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile e non essendo ancora stato diffuso il programma, riportiamo alcuni stralci della lettera di presentazione tratta dal sito www.cosimolatronico.it)

Vito De Filippo (Ulivo)

L'interpretazione lucana della riforma federalista ha preso strade ben diverse da quelle indicate dal governo nazionale di centro destra e si è andata traducendo nell'evoluzione del sistema pubblico regionale verso un modello di governance cooperativa. Obbediscono a tale impostazione gli strumenti messi incampo per alimentare le politiche locali dello sviluppo: i Pit della programmazione comunitaria, i Piani socio-assistenziali e la prima sperimentazione del Piano della Salute (Š).

Ma anche l'ulteriore stadio del riordino del sistema degli organismi strumentali, ivi comprese le Aziende sanitarie, dovrà essere effettuato secondo logiche manageriali di "gruppo pubblico" regionale, ossia con la ridefinizione degli strumenti di programmazione, controllo, finanziamento e comunicazione (Š).

Nonostante le drastiche riduzioni dei finanziamenti nazionali al sistema socio-sanitario regionale, non abbiamo rinunciato a sviluppare un welfare regionale sempre più equo ed inclusivo (Š). La rete ospedaliera regionale non ha subito amputazioni, anzi è interessata da ambiziose azioni di modernizzazione e specializzazione dell'offerta, anche se i cittadini devono essere informati e resi consapevoli della necessità di tener d'occhio gli oneri crescenti del sistema sanitario regionale e di monitorare permanentemente la sostenibilità organizzativa e finanziaria dei piani di sviluppo dei servizi e delle strutture.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.vitodefilippo.it)

CALABRIA

Sergio Abramo (Cdl)

1. Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali.

In Calabria solo il 4 % dei posti letto sono ubicati in presidi ospedalieri che superano i 200. La riconversione dei presidi ospedalieri consentirà di sviluppare i presidi ospedalieri di riferimento aziendali e le strutture di eccellenza regionale anche per ridurre l'emigrazione sanitaria.

2. Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni.

Sono favorevole. Possono essere eventualmente sperimentate soluzioni gestionale innovative anche per l'assistenza territoriale che vedano la partecipazioni degli enti locali, dei cittadini, delle associazioni non profit, con l'apporto di capitali privati.

3. Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap.

Vanno sviluppate le strutture sanitarie territoriali e gli ospedali di comunità o di distretto che siano effettivamente in grado di seguire una quota di popolazione che oggi si rivolge impropriamente alla degenza ospedaliera per acuti. In questo contesto trova collocazione l'Utap.

4. "Governo clinico"

La professione medica deve recuperare il proprio ruolo di responsabilità nella gestione della malattia. La buona qualità dell'assistenza richiede l'autocontrollo e il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi.

5. Controllo della spesa farmaceutica.

Non se ne può occupare solo la GdF. Il potenziamento del territorio, la maggiore responsabilità e il coinvolgimento dei medici prescrittori nella gestione delle risorse sono la garanzia migliore per un saggio utilizzo dei farmaci.

6. Assistenza per anziani e malati cronici.

Mancano ancora posti nelle strutture, ma la vera sfida è potenziare l'assistenza domiciliare, poco diffusa nella Regione. L'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali è indispensabile così come la collaborazione tra istituzioni, prevedendo forme di supporto economico alle famiglie.

7. Una priorità del candidato presidente in sanità.

Garantire i Lea. Per farlo occorrerà impiegare tutte le risorse finanziarie ancora non utilizzate per ammodernare le strutture sanitarie e perseguire una efficace azione di razionalizzazione della spesa corrente, puntando alla riduzione carico fiscale delle famiglie.

8. Chi sarà l'assessore alla sanità?

Non ho ancora nomi. Vorrei comunque che fosse un calabrese competente, capace di rappresentare l'unità dell'azione di governo e in condizione di guidare con mano ferma la complessità del sistema sanitario regionale.

Agazio Loiero (Ulivo)

Il Sistema sanitario regionale deve garantire una distinzione tra compiti di programmazione e funzioni gestionali, con l'attribuzione alla Regione dei compiti di programmazione, allocazione delle risorse, controllo del sistema e introduzione di criteri di autonomia, efficienza e produttività nelle gestioni aziendali. In questa ottica, è indispensabile coordinare tutta la produzione legislativa in materia sanitaria; mantenere e potenziare un governo unitario del sistema, dalla rete ospedaliera al territorio, al fine di consentire un'offerta sanitaria articolata ed integrata e di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero. Vanno altresì perseguiti rapporti di collaborazione con le Università, il CNR ed altri enti di ricerca; va riorganizzato il Dipartimento sia con la possibile strutturazione di un'Agenzia regionale per i servizi sanitari e la realizzazione di un moderno sistema di comunicazione digitale.

Il Sistema sanitario regionale deve garantire i livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini. Perché ciò avvenga è indispensabile acquisire le risorse finanziarie e manageriali necessarie, organizzare in modo efficiente l'intera filiera settoriale (dalle attività di prevenzione alle cure primarie, all'integrazione dei servizi, all'attività dei centri di eccellenza), ripensare gli attuali livelli di contribuzione e di ticket a carico dei cittadini. In tale direzione occorre articolare le attività di assistenza e cura attraverso un processo di integrazione operativa e funzionale tra Distretto sanitario, la Rete ospedaliera e i Centri di eccellenza. In particolare, è necessario: potenziare il ruolo del Distretto sanitario come fulcro dell'intero sistema (Š); che il Distretto diventi il canale di collegamento per il ricovero ospedaliero (Š); che le Aziende ospedaliere possano affrontare le emergenze, le alte specialità e le eccellenze.

(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, di seguito riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.agazioloiero.it)