

MANIFESTO PER UN WELFARE LOMBARDO UNIVERSALE, EGUALITARIO, EQUO

Nel rispetto dei principi costituzionali che disciplinano il diritto alla salute è inderogabile superare la visione del sistema sanitario lombardo, promulgata prima dalla LR 33 del 2009 e consolidata con le successive LR 23 del 2015 e l'attuale 22.

Bisogna riportare l'ordinamento in materia di sanità di Regione Lombardia agli indirizzi contenuti nella L. 833/79, come in parte rimarcato dall'analisi di Agenas e dalle indicazioni ministeriali del dicembre 2020.

Dopo 35.000 morti in Lombardia per COVID-19 il Consiglio Regionale Lombardo, con il voto contrario delle opposizioni, ha approvato una ulteriore modifica della Normativa Sanitaria Lombarda la L.R. 22/2021.

L'approvazione di questa Legge regionale è dovuta ad una prescrizione del Ministero della Salute che, sulla base di un parere Agenas, il 16 dicembre 2020 ha ritenuto non favorevolmente conclusa la sperimentazione quinquennale della Controriforma Maroni (LR 23/2015).

La LR 22 approvata 350 giorni dopo la prescrizione del Ministro della Salute, quindi ben oltre i 120 giorni indicati, ha solo apparentemente e parzialmente adempiuto alle indicazioni del Ministero.

In particolare, persistono o addirittura si accentuano aspetti in palese contrasto con la normativa vigente e con le indicazioni ministeriali come meglio specificato di seguito. Tali aspetti sono tali da porre dei seri dubbi sulla loro legittimità. Risulta anche necessario superare in modo definitivo la logica sperimentale adottata fin dalla LR Formigoni e poi accentuata per la Legge Maroni del 2015.

Rimandando alla Nota del Ministro della salute del 16 Dicembre 2020 per le obiezioni lì emerse, giova qui riportarne in sintesi alcune prescrizioni emanate.

- a) Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST (da intendersi come ASL, mentre in Lombardia le ASST sono ospedali senza un territorio di competenza definito), con le funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione.
- b) Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci e istituendo la figura del Direttore di Distretto selezionato ai sensi della normativa vigente.
- c) Istituire i Dipartimenti di Salute Mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento.
- d) Assegnare alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento.
- e) Attribuire alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta.
- f) Assegnare alla Regione (tramite l'Agenzia di controllo), oppure all'ATS unica, funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali; assegnare alle ASST la funzione di controllo degli erogatori privati accreditati ospedalieri, ambulatoriali e sociosanitari, con valenza locale, con cui hanno stipulato gli Accordi Contrattuali.
- g) possibilmente ridefinire le dimensioni delle ASST al fine di renderle maggiormente funzionali all'organizzazione dei servizi sanitari della popolazione di riferimento ed efficienti nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini.

Dalla lettura della nota del Ministro e suoi allegati, della Normativa nazionale vigente si rilevano delle discrepanze gravi tali da metterne in dubbio la legittimità:

- "equivalenza e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle strutture pubbliche e private accreditate, garantendo la parità di diritti e di obblighi per tutti gli erogatori di diritto pubblico e di diritto privato" La mera e semplice equiparazione tra strutture pubbliche e private è in contrasto con la normativa nazionale (833/79 e successive modifiche) che parla di integrazione nel pur importante contributo del Privato nel raggiungimento degli obiettivi sanitari o Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A) governati dal Servizio Sanitario Regionale (pubblico).

- Non è stato in alcun modo risolta la frammentazione dell'impianto di governance (ATS-ASST), sono rimaste 8 ATS e 27 ASST cui si aggiungeranno Aziende Ospedaliere autonome (almeno due nella ATS della città metropolitana di Milano e Lodi di 3.500.000 abitanti). Questa importante prescrizione non è stata ottemperata, mantenendo la confusione organizzativa attuale, che tanti danni ha fatto in piena Pandemia, per l'estrema difficoltà nel prendere decisioni adeguate e tempestive.
- La implementazione nelle 27 ASST di Dipartimenti della Prevenzione Funzionali con funzioni di erogazione alla persona, in aggiunta agli 8 Dipartimenti di Igiene e Sanità Pubblica (con funzioni di governo della tutela della salute della popolazione) e 8 Dipartimenti Veterinari disgregano in modo tombale la prevenzione in Lombardia e ciò è in contrasto con le norme nazionali (Dlgs 517/93 e succ. mod.) oltre che con le stesse prescrizioni del Ministro.
- Il distretto, secondo la Legge nazionale, è un'articolazione della ASL (ASST per Agens). Nella LR 22 il Distretto è inserito nelle ASST ma senza una rivalutazione dei territori afferenti: un distretto può essere a "cavallo" di più ASST inventando meccanismi di gestione congiunta del distretto da più aziende; i distretti sanitari non collimeranno con quelli degli ambiti sociali comunali persistendo un disallineamento che rende difficili progettazioni congiunte. Manca quindi una vera e propria territorializzazione del Distretto.
- I Sindaci sono e restano esclusi dalla programmazione sanitaria.
- Mancato avvio in 6 anni, dall'emanazione della LR 23, di qualsiasi struttura territoriale che non siano gli ambulatori a pagamento dei privati: non ci sono vere alternative al pronto soccorso per garantire la continuità assistenziale.
- Ruolo marginale dell'Assistenza Primaria (MMG e PLS) nella gestione della salute della cittadinanza: continuano a mancare accordi integrativi centrati su obiettivi programmati e mirati ad un sostanziale impatto clinico (es. riduzione ospedalizzazioni, rispetto LEA vaccinazioni), socioassistenziale (cronicità, domiciliarità, coordinamento con servizi sociali) e gestionale (riduzione codici bianchi e verdi al Pronto Soccorso). La mancata gestione, programmazione e contrattualizzazione riguarda sia i singoli professionisti che le loro associazioni funzionali (AFT).

Sono scelte antitetiche rispetto alla dovuta semplificazione dei processi organizzativi già esistenti ed in sostanziale difformità delle indicazioni ministeriali.

La LR 22 genererà ancora una volta un'inaccettabile confusione organizzativa che comprometterà un servizio sanitario già gravemente provato dagli ultimi 25 anni di gestione ed una recente tremenda pandemia.

La Lombardia ha gestito pessimamente la fase pandemica in atto nonostante sia la regione con più risorse investite nel comparto sanitario.

Ovviamente in Lombardia la densità della popolazione, le grandi realtà urbane ed il tessuto produttivo determina un sistema di relazioni facilitante ogni diffusione virale. Ma proprio perché caratteristiche strutturali del territorio ci si aspetterebbe che dopo mesi dall'inizio della pandemia fossero state risolte alcune storture nella governance del SSR.

Mancanza di una seria politica di prevenzione, caratterizzata dall'esautoramento del Dipartimento Prevenzione dalla gestione, conduzione e valutazione della campagna vaccinale e di quella di sorveglianza sulle scuole inadeguate. Dannoso anche il tardivo e parziale coinvolgimento di MMG e PLS nella campagna vaccinale e nella gestione dei tamponi. Tale scelta è stata consolidata nella LR 22/21 dove si è decretata la disgregazione dei Dipartimenti di Prevenzione nella Regione Lombardia.

Scarso impegno in proporzione della sanità Privata nella campagna vaccinale e nella effettuazione di tamponi sotto il governo del SSR. La regione ha dovuto prescrivere ai privati di intervenire ma la collaborazione fornita non è stata sufficiente.

Ultimo ma non ultimo: tutto questo sulla pelle dei pazienti cronici ed oncologici, le cui visite ed interventi sono rimandati un'altra volta come nella prima ondata Covid: non si è imparato nulla.

E per tutti vale la non gestione delle liste di attesa e il lasciar perdurare il conflitto di interesse economico tra remunerazione da SSN e pagamento out-of-pocket da parte del cittadino. Si continua a lasciare all'erogatore la libertà di deviare i pazienti verso il pagamento diretto in tutti i modi possibili, ad iniziare dai tempi di attesa con visita SSN.

L'esperienza della Pandemia non è servita, manca il concetto di preparedness e la programmazione.

Il governo della Regione Lombardia continua a focalizzare tutta la sua comunicazione (forse è il caso di parlare di vero e proprio marketing) sull'efficacia dei singoli "stabilimenti ospedalieri", tacendo del suo fallimento in termini di efficacia "macro" sulla popolazione che, fra imposte e tariffe inevitabili della sanità privata, paga un costo salatissimo.

Ribadiamo qui i principi fondamentali cui il Servizio Sanitario Regionale lombardo dovrebbe attenersi:

- sviluppo di un servizio (non sistema) sanitario regionale a governance pubblica nel quale il privato accreditato eserciti un ruolo integrativo al raggiungimento degli obiettivi di salute identificati;
- centralità della presa in carico della salute del cittadino al domicilio e nella comunità e dell'equità dell'accesso alle prestazioni;
- restituzione ai sindaci di un ruolo attivo nell'identificazione dei bisogni di salute, nella programmazione degli obiettivi, nella coprogettazione dei servizi e nel controllo dei risultati;
- funzioni di programmazione, accreditamento, acquisto e controllo delle prestazioni in capo alla Regione;
- reintroduzione delle Aziende Sociosanitarie Locali con territorio di norma provinciale (con l'eccezione della Città Metropolitana dove si dovrebbe prevedere un'ASL per la città di Milano ed altre due nei territori limitrofi) con funzioni di erogazione delle prestazioni in ambito di comunità ed ospedaliero;
- garanzia ad opera dell'ASL dell'unità di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione in stretto collegamento con le attività sociali nei Distretti;
- articolazioni funzionali che prevedano Dipartimenti, Distretti e Strutture ospedaliere;
- istituzione di un Distretto di norma ogni 50.000/80.000 abitanti, con funzioni di governo della rete di comunità con eccezione per la città di Milano dove i distretti dovrebbero corrispondere con i municipi.;
- nei distretti devono essere presenti, secondo le indicazioni del PNRR, le Case delle Comunità e gli ospedali di comunità che non siano mere costruzioni fisiche atte ad attirare i finanziamenti del PNRR come sembra pensare RL.;
- potranno essere previste Aziende Ospedaliere secondo le indicazioni nazionali e la presenza di DEA di II livello, come HUB in particolare per l'assistenza delle patologie tempo dipendenti;
- il Dipartimento di Prevenzione, che risponde al Primo Lea, Prevenzione collettiva e sanità pubblica, deve essere unitario e composto dai servizi previsti dalla normativa nazionale;
- sviluppo dell'assistenza primaria.

Rimandiamo per il dettaglio delle nostre proposte al nostro documento "la sanità si fa prossima" rinvenibile sulla pagina Facebook del Dipartimento:

<https://www.facebook.com/groups/404608114034267/permalink/625257725302637/>

Per il Dipartimento Salute Metropolitano

Piera Landoni