



PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027

Osservazioni presentate alla III Commissione – 25.03.2024

Data la complessità e l'estensione dei temi affrontati nel Piano ci si limiterà, in questa sede, ad evidenziare alcuni punti nodali anche rispetto agli obiettivi statuari della associazione che rappresento, tra le realtà, all'epoca, che hanno contribuito a volere e a definire i contenuti della riforma sanitaria del 1978 e che oggi sostengono l'iniziativa "La Lombardia SiCura" (<https://www.lalombardiasicura.it/>).

Rispetto alle "sfide" che pongono la modifica delle condizioni sociali e demografiche e le "criticità del sistema" il Piano rivendica continuità nella scelte di base del Sistema Sanitario Regionale riassumibili nella equivalenza/concorrenza/collaborazione tra pubblico privato e alla conseguente "libertà di scelta" degli utenti.

Sono postulati che, come associazione assieme ad altre realtà sociali, mettiamo in discussione da tempo sia in quanto negano la preminenza del servizio pubblico (ovvero delle funzioni pubbliche per attuare il diritto costituzionale alla salute) come espresso nelle osservazioni della Tesoreria di Stato alla LR 22/2021 sia in quanto questa impostazione ha mostrato prima delle evidenti crepe nell'impatto con la pandemia da Covid19 (sfilacciamento della medicina territoriale) che poi in quella che definiamo una vera e propria frana in atto (fuga degli operatori sanitari e sociosanitari dal pubblico e difficoltà di arruolamento anche solo per il turn over, ulteriori esternalizzazione di servizi, medici a gettone, case di comunità vuote di servizi e operatori).

Proseguire impertentiti su questa strada aggiungendo qualche misura di emergenza, qualche palliativo e un po' di medicina digitale non crediamo che sia la soluzione all'altezza del ruolo di riferimento che la Lombardia esercita e ancor meno risponda ai bisogni di salute delle persone.

Proprio la "libertà di scelta" rivendicata e confermata nel Piano rappresenta l'aspetto più visibile delle criticità in quanto particolarmente vissuto dagli utenti è il tema delle liste d'attesa a partire dal rispetto dei tempi per l'erogazione delle prestazioni definite con i MMG (priorità indicata nella impegnativa per la prima visita) .

Siamo convinti che sia il risultato della errata modalità di integrazione del privato nel servizio pubblico con la relativa espansione, senza pianificazione, di questo e nel contestuale indebolimento del servizio pubblico. La cosiddetta "libertà d'azione dei soggetti" (in realtà del solo settore privato dati gli obblighi normativi del pubblico) si è innestata in un contesto volutamente di pianificazione insufficiente (se non ex post come i singoli "piani delle regole") producendo nel concreto un accesso

sempre più discriminato per reddito alle prestazioni da cui, nella legge 22/2021 e nel documento di piano, la previsione di estensione nello “sfruttamento” (così nel testo) della “sanità integrativa”.

Se la nostra regione soffre per la difficoltà, soprattutto nel settore pubblico, nel rispetto dei tempi per le prime visite appare altresì critico il rispetto dei tempi per le prestazioni successive (di controllo) a quella dello specialista che andrebbero prescritte dallo specialista stesso senza un ritorno dal MMG come peraltro previsto dal Piano Nazionale Governo Liste d’Attesa sia dei provvedimenti regionali in materia (DGR 1865/2019).

Ulteriore elemento di disordine e di debolezza intrinseca della “libera scelta” (con tempi idonei) è rappresentato dalla assenza di un vero Centro Unico di Prenotazione e della pratica, soprattutto da parte dei privati, di “chiusura” illecita delle agende per governare l’accesso alle prestazioni accreditate e favorire il “trasloco” dell’utente dal pubblico al privato per necessità. Se non si mette mano tempestivamente a tale tema rivedendo il ruolo e il modus operandi soprattutto del privato non si potrà uscire dalla insoddisfazione generale sui tempi di attesa, al netto delle altre criticità esistenti. Non si tratta esclusivamente di un supporto esteso per i servizi di prenotazione ma di un elemento indispensabile per il monitoraggio in tempi reali delle richieste, tra gli obiettivi del piano, e un sistema di controllo sul corretto utilizzo delle agende da parte di tutti i soggetti erogatori. Il tema della disponibilità e della trasparenza dei dati riguardanti i flussi dei servizi erogati risulta irrisolto e non chiaramente individuato tra i nodi decisivi del Piano.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche il piano “ammette” (p. 54) che “il sistema attuale soccombe a scelte di management talvolta tese al solo perseguimento delle performance nel breve periodo”. Si tratta di un nodo fondamentale determinato dalla evoluzione del SSR e della peculiare scelta lombarda di cancellare le ASL e di strutturare un sistema (non più un servizio) fondato su ATS e ASST ove le prime hanno oramai cessato quasi del tutto il ruolo di erogazione di servizi rispetto a quello della “contrattualizzazione” degli stessi tra i diversi attori del SSR. E’ da questa impostazione che deriva tale deriva che non può essere attribuita semplicemente a scelte soggettive del singolo direttore generale ma sono incluse nella struttura via via costruita e politicamente regolata dalle scelte delle Giunte che si sono succedute.

Nelle ATS gli unici servizi erogati, qualificabili nell’ambito “One Health”, sono quelli residui dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria (sicurezza sul lavoro, igiene pubblica, sicurezza alimentare e veterinaria), realtà di cui si intravede la sparizione ovvero il trasferimento per evitare, come indicato nello stesso piano, la creazione di doppioni con i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione da istituire nelle ASST con la LR 22/2021.

Si potrebbe dire che chi è causa del suo male pianga sé stesso soprattutto se non esprime alcuna reale intenzione di modificare le criticità che, lo ribadiamo, sono alla base di un approccio “a budget” anziché a obiettivi di salute (epidemiologici) nella definizione delle funzioni delle strutture sanitarie pubbliche (e diciamo pubbliche perché le funzioni dei DIPS non sono, allo stato, privatizzabili né hanno un interesse per i soggetti privati in quanto non producono una espansione di prestazioni di valenza economica diretta).

Questa deriva originaria rispetto alla impostazione delle USSL (dalla istituzione prima delle Aziende poi delle ATS) porta attualmente, faccio il caso della ATS Milano, a chiudere sedi periferiche (fuori del capoluogo) dei DIPS privando il territorio di presidi essenziali (basti pensare a quelli deputati alla vigilanza sulla sicurezza del lavoro) che unitamente alla falce del numero dei tecnici della prevenzione (spinta al pensionamento e mancato turn over) sono tra le cause dell’incremento degli infortuni sul lavoro, in particolare mortali. Il tutto con motivazioni esclusivamente economiche (di

presunto risparmio di costi). Soprattutto in questo settore una impostazione “manageriale” dei servizi non vede che i costi sono in realtà investimenti in salute utili alla società oltre a costituire dei Livelli Essenziali di Assistenza (singolare che al tema della sicurezza sul lavoro venga dedicata una pagina scarsa nel documento). E’ qui che andrebbe applicata concretamente l’osservazione che gli investimenti in prevenzione costituiscono un risparmio ben più consistente per la società intera.

Siamo convinti che un piano socio-sanitario debba fondarsi sulla rilevazione e analisi dei dati epidemiologici, tenendo conto delle differenze territoriali e dei determinanti locali (es. condizioni ambientali) definendo interventi su quei fattori che l’azione del SSR può modificare con obiettivi di riduzione delle patologie correlabili coi determinanti riconosciuti. Il Piano si concentra esclusivamente al dato epidemiologico delle varianti demografiche (invecchiamento della popolazione) anziché definire un percorso per una individuazione almeno di indicatori di esito socio-sanitari dell’azione della pianificazione pubblica e delle conseguente allocazione delle risorse e valutazione dei risultati.

Proprio per l’accentuazione delle modifiche demografiche cui andiamo incontro, particolare rilevanza rappresenta il tema della non autosufficienza e della fragilità in particolare delle persone anziane.

In diversi passaggi il Piano richiama il dlgs 33/2023 sulla non autosufficienza. Noi partiamo da una critica di fondo di questo provvedimento. Le cure socio-sanitarie di lungo termine (Ltc), oggi rientranti nei Lea e dove sono previsti diritti esigibili con accesso universalistico, si spostano all’ambito delle politiche sociali, con l’erogazione dei Leps nell’ambito del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) aggregato al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro.

Su questo tema la proposta del Piano è in continuità con le scelte precedenti sulla “presa in carico” delle cronicità riproponendo un modello nel quale si considera un problema se il Piano di Assistenza Individuale viene considerato di per sé problematico se il MMG “non afferisca a una Cooperativa” con una scelta univoca verso “gestori esterni” anziché, secondo noi, in quell’ambito di servizi che dovrebbero dare le Case di Comunità anche per superare i limiti intrinseci del ruolo individuale del MMG rispetto a un approccio d’equipe.

Tema particolarmente sentito dalla popolazione è quello delle Residenze Sanitarie Assistenziali (anch’esse quasi tutte private e che si tende a “staccare” dal SSR nonostante la loro motivazione d’essere è principalmente di tipo sanitario). La quota sanitaria a carico del Fondo sanitario nazionale (regionale) deve (dovrebbe) corrispondere al 50% della retta totale, ossia della tariffa giornaliera, o costo pro capite, applicata dalla RSA. La Regione Lombardia interpreta la normativa ministeriale sui LEA applicando tale percentuale non all’importo della retta del singolo paziente ma in relazione ai costi medi dei servizi accreditati dalla regione. Gli adeguamenti tariffari introdotti da Regione Lombardia con apposite DGR (3782/2020, 5340/2021/ 6991/2022), rimangono fondati su una quota sanitaria forfettaria pagata dal fondo sanitario regionale alle RSA parametrata a livello di rimborso giornaliero predefinito a seconda della classificazione della persona (sistema regionale Scheda di Osservazione Intermedia dell’Assistenza “SOSIA”). In altri termini continua a non esistere la garanzia che Regione Lombardia paghi quanto dovrebbe per assicurare la copertura del 50% della spesa previsto dai LEA, per i divari nelle rette esistenti territorialmente e da RSA a RSA; l’importo della retta viene deciso in totale autonomia dagli enti gestori delle strutture, in mancanza di una cabina di regia a livello regionale, ossia di una programmazione pubblica in un settore importantissimo del servizio sanitario nazionale. Non vediamo un cambio di direzione nel Piano, anzi le recenti decisioni di riduzione degli importi disponibili per gli utenti con disabilità ha peggiorato la situazione

(nonostante nel Piano si dichiara il sostegno in particolare nei confronti dei “caregiver famigliari”) determinando la reazione pubblica degli interessati.

Il tema della sostenibilità/compatibilità viene ripreso in quasi tutti i capitoli quale “confine” insuperabile di ogni scelta (“compatibilmente con le risorse disponibili”). Il Piano in esame ha la funzione prima di attuare il diritto alla salute che – al pari di tutti i diritti costituzionali – ha preminenza logico-giuridica sulle esigenze di bilancio. La spesa per i diritti è una spesa costituzionalmente necessaria, che spetta al legislatore soddisfare operando, nell’esercizio della propria discrezionalità politica, sul piano della corretta allocazione delle risorse disponibili. Anziché di vincoli *di* bilancio, bisognerebbe parlare di vincoli *al* bilancio. Viceversa parlare di “equità” come in diversi passaggi del Piano diventa un termine ingannevole e il tutto sposta progressivamente verso obblighi sempre più pesanti di carico economico per le famiglie con costrizione a dover ricorrere al privato.

Rileviamo peraltro che il sistema delle RSA vigente non è oggetto di adeguati controlli per garantire la qualità dei servizi offerti, il contenimento dei costi e i diritti degli operatori a condizioni di lavoro decenti.

Segnaliamo infine alcuni aspetti che andrebbero inseriti nel Piano o maggiormente considerati.

Non rileviamo una considerazione adeguata al tema della partecipazione da parte degli utenti dei servizi se non con riferimento al terzo settore e comunque esclusivamente da un punto di vista “funzionale” del ruolo degli stessi :“ Sarà implementata l’incentivazione e sviluppo del ruolo del Terzo Settore, negli ambiti territoriali di programmazione e organizzazione dei servizi sociosanitari (...), quale soggetto di innovazione ed evoluzione di un modello di welfare sussidiario e partecipato” (pag 20); “ Occorre infatti armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) (LLRR 33/2009 e 22/2021) anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col terzo settore (LR 33/2009 e DLgs 117/2017). Questo è indispensabile per assicurare una regia che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle equipe di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia.”(pag.39).

Contestualmente viene definito un "osservatorio delle diseguaglianze sanitarie" (pag.53) senza determinare chi ne farà parte e senza dire -neanche in questo specifico punto- se sia prevista una partecipazione diretta per favorire l’emergere delle criticità ed anche avere un ruolo "cogente" di valutazione diretta dell’impatto delle politiche sanitarie e organizzative tantopiù, come indicato sopra, se l’azione pianificatoria e organizzativa verrà fondata su indicatori di esito socio-sanitari.

Nel Piano non si fa cenno alle unità spinali (relativo alle persone con lesione al midollo spinale) sulle quali la nostra associazione e non solo, ha condotto una azione per evitarne il ridimensionamento fino ad ottenere una riformulazione normativa regionale (LR 27/2022) che vuole essere un esempio di “presa in carico” integrata e non limitata all’acuzia.

Anche il tema delle prestazioni sanitarie nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio saliti purtroppo alle cronache anche per le incredibili condizioni igieniche e sanitarie, appare immotivatamente assente nel documento di Piano come, più in generale, la necessità di garantire piene prestazioni sanitarie ai migranti, in una visione di universalità di accesso incondizionata.

Non condividiamo la impostazione, non certo recente, dei consultori contenuta nel Piano. I consultori sono uno degli elementi (assieme sicuramente ai servizi di salute mentale) da rafforzare cogliendo l’occasione della configurazione delle Case di Comunità. Il Piano vede il ruolo dei consultori

esclusivamente “nel sostegno alla famiglia, alla maternità e alla genitorialità”, noi li pensiamo invece principalmente dedicati alla tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne.

Un ultimo elemento che intendiamo porre all’attenzione è il seguente: nonostante il richiamo ai passaggi (intrinsecamente deboli a nostro avviso) che il PNRR pone in termini di One Health ovvero di considerazione degli aspetti ambientali tra i determinanti di salute, risulta assente dal Piano un qualche tentativo di colmare la distanza e l’approccio distinto tra competenze sanitarie e ambientali. In una regione come la nostra, ancor più che in altre, caratterizzate da condizioni ambientali (qualità dell’aria ma non solo) particolarmente critiche la separatezza di intervento e di gestione. Si richiama alla “strutturazione del Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)” che non ci risulta operativo se non come attribuzione di compiti nell’ambito della Unità Organizzativa Prevenzione nell’ambito della Direzione Generale Welfare e senza che vi sia, ad oggi, uno sforzo per coordinare le strutture regionali sulle correlazioni tra rischi ambientali e salute. Un aspetto primario da prendere in considerazione e modificare in modo importante è la forma costitutiva e di azione della Agenzia Regionale Protezione Ambientale quale una struttura distinta dagli enti locali anziché integrata nelle funzioni, a partire da quelle regionali, di tutela ambientale.

Per Medicina Democratica ETS

Il Presidente – Marco Caldiroli