

La Riforma sanitaria lombarda

Fabio Florianello(*) Sergio Finazzi() Aurelio Castelnuovo(***) Silverio Selvetti(****)**

(*) *Presidente Consiglio Nazionale e Segretario Amministrativo Regionale*

(**) *Componente Direzione Nazionale e Vice-Segretario Regionale*

(***) *Segretario Organizzativo Regionale*

(****) *Segretario Regionale*

La riforma sanitaria lombarda ovvero “ Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo”, approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Lombardia (BURL) nel mese di agosto, nasce con l’obiettivo di una vasta riorganizzazione della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009.

Come in tutte le Riforme è quasi fisiologico l’alternarsi di luci ed ombre, di aspetti positivi e non, di fronte a cui il metodo adottato dalla Segreteria Regionale ANAAO è stato quello di sollecitare e stimolare il confronto con le istituzioni regionali, la discussione con le altre rappresentanze dell’Intersindacale e del personale sanitario, non risparmiando critiche, anche dure, avanzando proposte, emendamenti, correttivi, trovando il naturale interlocutore a livello di Commissione 3^a Sanità. Dove con Presidenza, maggioranza ed opposizione è stato portato un contributo di modifiche, in qualche caso anche sostanziali. Anche se, non nascondiamocelo, saranno le modalità applicative – estremamente delicate - che da qui in poi saranno approvate, a determinare la concreta e positiva evoluzione della sanità lombarda.

Dopo una prima attenta lettura abbiamo evidenziato:

Aspetti Positivi

- *Assessorato unico*: riunisce Sanità e Sociale (finora separati) rappresenta una delle condizioni indispensabili nel tentativo di diminuire il gap tra ospedale e territorio attualmente estremamente profondo (art. 27 ter)
- *“Osservatorio integrato del SSL”* (Sistema Sanitario lombardo n.d.r.): almeno sulla carta coinvolge, tra gli altri, le OOSS maggiormente rappresentative con il compito prioritario di valutare il Piano Sanitario preventivamente alla sua trasmissione in Consiglio Regionale. E inoltre, attraverso l’insediamento di tavoli tematici, anche permanenti, dà la possibilità alle varie componenti per di poter esprimere pareri, se pure consultivi, sulle varie materie in discussione (art. 5 c.14)
- *Gestione del rischio e coperture assicurative*: l’obiettivo è di “*garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori*” a livello di strutture pubbliche assieme a “*forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure*”. Rappresenta uno degli aspetti più qualificanti nel panorama legislativo del Paese (art 5 c. 10).
- *Personale*: “*è risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi. Nel rispetto dei principi generali dell’ordinamento delle professioni*”, Regione Lombardia, “*promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie*”. Inoltre in ottemperanza a quanto contenuto nei CCNL “*che prevedono integrazioni regionali finalizzate all’efficacia ed all’efficienza, la Giunta regionale, sentito l’Osservatorio di cui all’articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell’ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato*” (art 18 c1 e 2).

- *Contratti Collettivi Integrativi Aziendali (CCIA):* entro 12 mesi dalla definizione dei nuovi assetti organizzativi sono sottoscritti i nuovi CCIA. Al personale delle ATS e delle ASST si applica il CCIA dell'azienda di provenienza fino alla sottoscrizione dei nuovi CCIA che in ogni caso non debbono determinare alcun onere aggiuntivo a carico del SSL. (Allegato 1, articolo 2 c10 -Disposizioni finali e transitorie
- *Libera professione:* declinata e regolamentata nelle sue versioni di intramoenia ed intramoenia allargata dovrebbe mettere la parola fine ad annose polemiche e diversità di comportamenti da parte delle direzioni generali le cui scelte autonome e non di rado miopi hanno spesso ignorato i diritti legittimi dei medici e della dirigenza sanitaria (art 18 c.7)
- *Osservatorio epidemiologico regionale:* potrebbe costituire un altro punto qualificante della Riforma verso un decisivo rilievo della domanda consentendo quell'attività di programmazione fondamentale per coniugare domanda/offerta, appropriatezza clinica/organizzativa (art 5 bis c.1)

Aspetti critici (da sottoporre ad una nostra attenta lente di ingrandimento)

- *Riorganizzazione del Sistema:* passa attraverso l'abolizione delle 14 ASL che diventano 8 ATS (Aziende di tutela della Salute) con compiti di governo, acquisti e controllo. Le attuali Aziende Ospedaliere ed IRCCS confluiscono invece nelle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) che a loro volta risponderanno alla ATS di riferimento. Ogni ASST si articolerà in un polo ospedaliero ed in uno territoriale, affidati rispettivamente al Direttore Sanitario e Socio-Sanitario, con autonomia organizzativa, economico-finanziaria, contabilità separata nell'unico bilancio aziendale. Il rischio non troppo remoto è quello di re-introdurre quel gap ospedale/territorio che si vorrebbe colmare (artt. 6 e 7). Anche perché a complicare il tutto intervengono i *"Distretti, presenti in ogni ATS in numero pari alle ASST comprese nelle ATS medesime"*, i cui compiti, funzioni e governance risultano oscuri o per lo meno di non facile comprensione soprattutto in ordine alle *"risorse assegnate, autonomia economica-finanziaria, contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale..."* (art 7 bis)
- *Professioni Sanitarie:* afferiscono alla Direzione Sanitaria o Socio/Sanitaria *"ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale (POA n.d.r.), che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (art 7 c. 8).*

Quanto proposto da questo articolo necessita di alcune precisazioni:

- La 251/2000 prevede l'autonomia delle professioni sanitarie, la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza, ma non la loro direzione (art 1 c.2 lettera a)
- L'attribuzione del Personale Sanitario alla DS/DSS , peraltro specificamente organizzata dai singoli POA, lo sottrae in modo ufficiale alla gestione della U.O in netto contrasto con l'art 15 D.L.229/99 che prevede 1) *" Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalita' preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. 2) Il dirigente e' responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. 3) I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione".*

- Si viene in pratica a configurare il superamento della Legge nazionale attraverso un provvedimento legislativo regionale, non considerando che le risorse sono attribuite alla singole UU.OO./Dipartimento, che i risultati della gestione sono oggetto di verifica dell'operato del Direttore di Struttura, che la contabilità è per centri di responsabilità e costo. Creando così una singolare situazione in cui il Direttore di Struttura dovrebbe essere responsabile e governare senza una risorsa fondamentale quale il personale di assistenza, i cui costi sono comunque attribuiti alla UU.OO./Dipartimento.
- La legge 81/2008 prevede che il Dirigente *“organizzi e diriga le attività”*, tenga conto delle *“capacità e delle condizioni (dei lavoratori) in rapporto alla loro salute e alla sicurezza”*, di cui è responsabile. Responsabile del personale che lavora nella UO che dirige
- Da ultimo, la sottrazione alla U.O. del personale di assistenza ripropone quella assurda ed inaccettabile suddivisione della attività clinica da quella assistenziale, già ritenuta illegittima dalla recente sentenza del TAR Lazio
- **Polo territoriale ASST:** si articola in una serie di organismi e strutture contrassegnate da altrettante sigle, POT, PreSST, UCCP, AFT (alcune delle quali in applicazione degli Standard nazionali) le cui funzioni non sono di immediata comprensione soprattutto nella *“presa in carico del paziente fragile”*, nella *“valutazione multidimensionale del fabbisogno”*. Non è prevista una chiara organizzazione né ruoli definiti e non sono identificate le responsabilità, con il rischio che il territorio rimanga con scarsi o nulli cambiamenti (artt. 7, 9 e 10)
- **Rete dei poli ospedalieri:** è demandata al Piano Sanitario da approvare entro un anno, rete che potrà essere tuttavia realizzata con tempistiche differenziate. Una delle misure più urgenti, quale la riorganizzazione della Rete Ospedaliera viene pertanto rinviata praticamente sine die (Disposizioni finali e disciplina transitoria, art. 2).
- **Consiglio dei Sanitari:** nell'ambito degli organismi aziendali non è previsto, mentre a norma dell'art 3 c.12 del D.Lgs. 502 e s.m.i. è obbligatorio.
- **Strutture private accreditate:** *“mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa, rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante”* (artt. 8 c.1 e 15). Ma tra i requisiti non sono previsti:
 - attuazione di *“strategie di risk management”* previste per le strutture pubbliche
 - recepimento della legge Balduzzi che comunque estende l'obbligatorietà della copertura assicurativa anche agli operatori del Privato Accreditato.
 - Tutela di utenti e operatori è praticamente ignorata nel Privato
 - Presenza di servizi per l'Emergenza/Urgenza che conserva modalità discrezionali
 - Disparità pubblico/privato riguardo alla governance delle sale operatorie
- **Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo:** è un organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente che programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, con sede, struttura organizzativa, patrimonio, risorse professionali e finanziarie definite dalla Giunta Regionale. L'Agenzia controlla le ATS che a loro volta controllano le ASST. E l'Agenzia stessa è controllata dalla Giunta..... (art 11c.4 e c.9).
- **Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale:** due pagine particolareggiate in cui non viene esplicitata la ripartizione del Finanziamento ai LEA che nelle Regole di Sistema 2015, pur non indicate, ammontavano al 4,4 % per gli ambienti di lavoro, al 42,3 % per gli ospedali, al 53,2% per il territorio, a fronte di quanto previsto dal D.Lgs. 68/2011- art 27, rispettivamente del 5 %, 44 %, 51 % (art 27)
- **Maggiorazioni tariffarie (25 %) a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari.** L'articolo prende in

considerazione le strutture riconosciute quali sede didattica per i Corsi di Laurea. Non contempla né considera le numerosissime Strutture Ospedaliere convenzionate con le Scuole di Specialità, specie nelle branche chirurgiche. Queste Strutture assicurano ai medici specializzandi oltre alla concreta formazione sul campo, anche per il favorevole rapporto con i Posti letto, una efficace vicinanza con i Tutor (peraltro nominati dai Direttori delle Scuole di Specialità) di norma direttori di struttura complessa, la copertura assicurativa come a un qualsiasi medico strutturato, abbigliamento di servizio e buoni pasto. Tutti oneri a carico delle aziende senza il benchè minimo riconoscimento

- *Direzioni Generali*: ne sono previste 42 (rispetto alle 48 attuali) di cui: 8 ATS, 27 ASST, 4 IRCCS, 1 Agenzia Emergenza/Urgenza, 1 Agenzia di Promozione del SSL, 1 Agenzia di Controllo.

A conclusione di questa prima e non ancora conclusiva analisi possiamo ribadire che è proprio un alternarsi di luci ed ombre a caratterizzare la Riforma Sanitaria Lombarda **e che saranno soprattutto le modalità di applicazione a determinare il prevalere degli aspetti positivi ed il miglioramento di quelli negativi.**

Il testo è stato approvato dopo un percorso non scontato, lungo e impegnativo che ci ha visti come ANAAO ASSOMED coinvolti in prima persona.

Sono stati mesi intensi di difficile ma costruttivo confronto.

Siamo tuttavia consapevoli che si tratti solo dell'inizio, la prima fase con cui viene definito lo schema progettuale del nuovo Sistema Sanitario Lombardo.

Sono state tracciate le linee di un percorso ancora da definirsi nei suoi dettagli.

E' con lo stesso spirito di responsabilità e disponibilità al confronto che la nostra Associazione si è riproposta come interlocutore delle istituzioni Regionali nella definizione della fasi attuative.