

Questi principi sono stati minati dai Decreti legge 502/92 e 517/93 che introducono l'aziendalizzazione delle USL e di alcuni ospedali, il pagamento a prestazione, il maggior ruolo del privato, il minor ruolo degli enti locali; un referendum ha poi sanzionato la divisione tra tutela dell'ambiente e prevenzione individuale.

### ***In che cosa il sistema lombardo differisce***

### ***da quello di altre regioni?***

di Gaspare Jean

Formigoni estremizza quei D.Lgs cercando di trasformare il Sistema Sanitario Regionale in un sistema di assicurazioni pubbliche (quindi, ritorno alle vecchie mutue) e private.

La tutela della salute diventa così assimilabile ad un servizio a domanda individuale con separazione dei cittadini che possono accedere alle assicurazioni private da quelli che hanno solo un'assicurazione pubblica; naturalmente i primi avranno prestazioni più veloci e confortevoli.

Per raggiungere questi obiettivi la Regione Lombardia ha proceduto per tappe (di cui l'ultima in via di completamento).

a) Con la legge regionale 31/97 i servizi pubblici vengono equiparati ai privati e si separano i soggetti produttori di servizi (Aziende ospedaliere che hanno accorpato gli ambulatori territoriali ex-USL) dagli acquirenti, le Aziende sanitarie locali (ASL), che assumono in parte la connotazione dei vecchi Uffici Provinciali dell'INAM; i Comuni vengono depotenziati della loro possibilità di portatori delle esigenze del territorio e subiscono quello che la ASL decide (es.: costose rette per il ricovero di handicappati).

b) Ma è con il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) del 2001 che si fa un ulteriore passo in avanti verso un sistema di tipo assicurativo, con un progressivo disimpegno del pubblico nella assistenza sociale e sanitaria, con l'esternalizzazione di molti servizi, nonché verso il federalismo sanitario. Si parla esplicitamente di assecondare la tendenza dell'ultimo decennio in Sanità come "global healthcare industry". Al centro dell'intervento non c'è la singola persona ma un modello di famiglia idealizzato; il tutto viene propagandato con lo slogan "libertà di scelta". Si persegue un welfare leggero con ASL che dispensano bonus e voucher per servizi che l'esperienza ha dimostrato essere insufficienti a coprire le reali necessità dell'assistito.

Da qui il passo è breve a cercare di avere più prestazioni pagando un premio assicurativo.

### ***Con quali strumenti la Regione vuole realizzare il PSSR?***

Innanzitutto la Regione dismette il ruolo di holding dei servizi sanitari pubblici, di proprietà regionale, per diventare regolatrice del sistema socio-sanitario .

Le Aziende ospedaliere (AO) vanno trasformate in soggetti di diritto privato: fondazioni con coinvolgimento anche di capitali privati. L'indice di posti letto si attesta al 4 per mille, con penalizzazione soprattutto degli ospedali pubblici; le attività più lucrative saranno svolte dal privato, mentre le malattie croniche invalidanti saranno preferibilmente gestite al di fuori delle AO con personale ridotto e meno qualificato.

Le ASL perdono i pochi servizi che ancora detengono (Consultori, Servizi tossicodipendenze (SERT), Commissioni invalidi ecc.) per divenire prevalentemente servizi amministrativi e di coordinamento dei Comuni; viene abbreviata in programmazione, acquisto e controllo (PAC), la loro funzione.

La medicina di base sarà organizzata in centri sanitari con associazioni (consorzi) di più medici di medicina generale, associati a specialisti e ad operatori sociosanitari. I centri medici dovranno accreditarsi. La contrarietà delle corporazioni mediche difficilmente permetterà la realizzazione di questo obiettivo.

Sarà sperimentato per la copertura del rischio di alcune categorie (cronici, disabili, anziani) una mutualità integrativa; alcune famiglie che assistono anziani a domicilio avranno diritto ad un bonus.

Le prestazioni integrate socio-sanitarie saranno svolte da privati profit o non profit attraverso un voucher; si completa così la esternalizzazione dei servizi delle ASL. L'integrazione dei servizi sociali e sanitari, ribadita dalla Legge 328/00 e dal DPCM 14.2.2001, avviene nel distretto sanitario.

Il D.Lgs 229/99 e la L. 328/00 introducevano i Livelli essenziali di assistenza sanitaria

(LEA) e i Livelli essenziali di assistenza sociale (LEAS), prescrivendo che le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali fossero garantite su tutto il territorio nazionale. Anche la Legge costituzionale 3 riafferma la necessità di garantire per l'intero territorio condizioni di protezione sociale adeguate agli obiettivi di salute stabiliti. Nel PSSR si afferma che il problema dei LEA è un problema di risorse trasformando il concetto in livelli minimi invece che essenziali di assistenza. E' quello che tocchiamo con mano nell'appostamento nel bilancio regionale dei bonus-voucher, in cui la cifra non è stabilita sulla base di criteri epidemiologici ma di generiche disponibilità di risorse.

Gli accreditamenti sono stati fatti senza che la Regione svolgesse le dovute funzioni di programmazione né determinando le priorità (vedi LEA e LEAS) e i volumi delle prestazioni erogabili. In senso più generale va criticata la struttura del bilancio regionale che per il settore sanitario ha rinunciato a controllare la domanda di servizi e prestazioni, occupandosi solo del versante offerta.

Nel PSSR l'organizzazione dei servizi sanitari viene declinata anche per quanto riguarda i servizi sociali; questi ultimi si trovano quindi in posizione subordinata rispetto ai primi, con funzioni prevalentemente ancillari. Ne vengono a soffrire le situazioni più complesse di disagio della persona, tali da richiedere interventi multi-dimensionali e pluri-disciplinari.

Le ASL lombarde rispondono direttamente alla Regione; si afferma che i Comuni devono essere

coinvolti, ma non si prevede che l'Assemblea dei Sindaci possa rimuovere il Direttore Generale come previsto invece dal D.Lgs.229/99. Oltre a non tenere conto delle esigenze programmatiche locali ne deriva una notevole difficoltà ad integrare prestazioni assistenziali della ASL con quelle dei Comuni.

### ***Quali sono gli effetti osservati dalla applicazione delle normative regionali?***

#### **a) politiche ospedaliere**

1) La scomparsa della rete degli ospedali locali di ASL ha accentuato il distacco tra AO e i bisogni del loro bacino di utenza, con l'esclusione dei Sindaci dall'indirizzo delle attività dell'ospedale locale. Gli stessi Sindaci, che possono essere consultati per problemi di competenza delle ASL, non possono esprimere le proprie valutazioni circa la gestione delle

AO. Resta poi difficile organizzare una assistenza ospedaliera specialistica secondo modalità moderne, siano esse a rete (cioè con ospedali di livello tecnico e specialistico diverso) o a *hub-spokes* (in cui un ospedale altamente tecnicizzato è collegato con ospedali di ASL integrati con gli altri servizi sociali e sanitari della zona).

2) Finora fallimentare si è rivelata la trasformazione delle AO in fondazioni pubblico/private. Il privato non trova conveniente investire negli attuali ospedali; anche gare per appaltare settori di ospedale (es.: fisioterapia o sale operatorie) sono andate deserte o il vincitore ha rinunciato. Da qui la necessità da parte della Regione di costruire, con risorse pubbliche, ospedali più redditizi da dare da gestire a privati (Ospedale di Legnano, di Garbagnate, di Vimercate, ecc).

## **b) rapporto tra pubblico e privato**

1) La competizione tra pubblico e privato non ha innalzato il livello di appropriatezza delle cure, né la loro efficacia, ma semplicemente ha aumentato il numero delle prestazioni. Il privato seleziona i malati più convenienti, cosa che non può fare il pubblico; seleziona specialità redditizie (cardiochirurgia, oculistica, ortopedia ecc.), ma si guarda bene dall'attivare reparti di pediatria o di psichiatria. Inoltre le AO devono sottostare a regole che il privato non ha (es.: una decina di passaggi amministrativi per acquistare un semplice apparecchio radiologico).

2) L'aziendalizzazione in Lombardia è *sui generis*; infatti i direttori generali sono sotto stretta sorveglianza degli assessorati regionali competenti e godono di scarsa autonomia amministrativa. Questo centralismo regionale distacca non solo i direttori delle AO ma anche quelli delle ASL dai Comuni; i Sindaci vedono il direttore generale impartire loro le direttive che gli assessorati regionali hanno stabilito.

## **c) bilancio del modello sanitario lombardo**

Ma è soprattutto sul piano economico-finanziario che la sanità lombarda rivela le sue manchevolezze. Ma è soprattutto sul piano economico-finanziario che la sanità lombarda rivela le sue manchevolezze. Infatti Formigoni che aveva ereditato nel 1995 un deficit di 300 miliardi di lire, lo ha portato a 4000 in 7 anni; a questo deficit si è cercato di ovviare sia con accise sulla benzina, sia con l'addizionale IRPEF; è però soprattutto con l'introduzione di ticket, più onerosi rispetto al resto d'Italia, che i cittadini hanno avvertito le manchevolezze del sistema sanitario lombardo.

E' vero che in Lombardia, per la favorevole situazione economica, una notevole percentuale di cittadini esegue accertamenti diagnostici e terapie di tasca propria; i costi della sanità appaiono così più controllati di quello che effettivamente sono. Dal 1995 (quando Formigoni si è insediato alla Regione) il numero delle prestazioni sanitarie è costantemente aumentato: secondo i dati regionali le prestazioni ambulatoriali sono salite da 80 milioni nel 1994 a 140 milioni nel 2001; negli ospedali si sono privilegiati gli interventi con valorizzazione (DRG) più favorevole: interventi sul ginocchio da 7304 a 22673, sul cuore da 774 a 2273, sulla mammella da 774 a 2273. Ciò non è sfuggito alla Giunta regionale che nel 2002 ha introdotto i "tetti" di prestazioni. Il sistema ha funzionato (vedi relazione regionale 2004): le prestazioni esterne sono diminuite a 132 milioni; i ricoveri sono scesi del 4,6%, soprattutto per diminuzione di interventi redditizi: interventi sul cristallino diminuiti del 27,7%; per ernia del disco e tunnel carpale rispettivamente del 17%; tonsillectomie meno 25%; bypass coronarico con cateterismo cardiaco meno 96%.

La Regione Lombardia è dunque sulla buona strada? E' vero che sono i medici e non i politici ad aver eseguito prestazioni inutili, però la sinergia che si è verificata tra pagamento a prestazione e accreditamento diffuso delle strutture private, favorito dalla L.r. 31/97, ha fatto decollare il numero degli interventi.

Inoltre la Regione per anni ha ritenuto di dover aumentare il potere di quei dirigenti amministrativi o sanitari che dilatavano le strutture da loro gestite, anche acquisendo alte tecnologie al di fuori di ogni programmazione regionale. In Europa c'è una cardiocirurgia ogni milione circa di abitanti; in Lombardia ne abbiamo il doppio; questi reparti se privati vogliono clienti, se pubblici entrano in competizione tra loro e con altri reparti dell' AO per ottenere più risorse e personale.

I meccanismi che portano ad un aumento di prestazioni inappropriate e redditizie sono quindi strutturali e vanno profondamente modificati e non corretti con artifici come i tetti di prestazioni che sono già (dopo sei mesi dalla applicazione) in parte aggirati soprattutto da strutture private.

Va poi considerato che l'aumento di prestazioni a DRG conveniente, è legata alla diminuzione di prestazioni meno redditizie o qualificanti dal punto di vista professionale; di qui le dimissioni selvagge, non concordate con altri servizi territoriali, che gravano sui parenti.

L'aumento di prestazioni inappropriate vuol dire anche lunghe liste di attesa, ansie, dolore per una operazione chirurgica inutile.

Chi ripaga le sofferenze che le normative regionali hanno indirettamente causato?