

CAMBIAMO IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO

La crisi sanitaria indotta dal covid-19 ha rivelato i problemi di un servizio sanitario mercificato come quello lombardo che amministra il bisogno di salute delle persone con un sistema formalmente pubblico che spinge al massimo il meccanismo di mercato di domanda e offerta.

La legge 23 del 2015 (riforma Maroni) ha acuito le inefficienze del servizio sanitario, frutto delle politiche attuate negli ultimi due decenni. Il servizio sanitario pubblico ha dovuto reggere l'impatto dell'emergenza Covid, dimostrando limiti derivanti dal definanziamento (a favore della sanità privata) e dall'indebolimento della medicina territoriale. Il percorso di cura è stato ulteriormente frammentato con la tentata destrutturazione della medicina generale attraverso i gestori, in gran parte privati. Inoltre non si è agito sulla carenza cronica del personale sanitario e si è proseguito nell'ampliamento della sanità privata accreditata.

Entro la fine del 2021, la regione Lombardia dovrà intervenire, su indicazione ministeriale, rivedendo la legge che regola il servizio sanitario. Noi pensiamo che sia l'occasione per rivedere profondamente la filosofia di fondo ed anche l'organizzazione generale. Questi sono gli argomenti che riteniamo debbano costituire argomenti di un pubblico dibattito:

*Governo pubblico,
programmazione e
accreditamento*

Stabilire i bisogni di salute su dati epidemiologici e determinanti sociali favorendo sia la riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi che il diritto alle cure spesso influenzate dai fattori economici e sociali.

Definire un piano socio-sanitario partecipato con la collaborazione determinante dei comuni.

Rivedere l'accreditamento delle strutture private condizionandolo ad obiettivi di salute.

La programmazione favorisce la centralità della salute delle persone e non il numero di prestazioni utili solo ai bilanci delle strutture.

*Bacini d'utenza,
Unità socio-sanitarie
territoriali, distretti,
ruolo dei comuni*

Ridisegnare l'organizzazione socio-sanitaria prevedendo unità locali e distretti con bacini d'utenza definiti e limitati sia numericamente che geograficamente, contrariamente alle attuali gigantesche ats che hanno allontanato i centri decisionali dal territorio e dalla popolazione.

Riconsegnare centralità ai comuni nella programmazione e monitoraggio delle diverse attività di prevenzione, sanitarie, socio-sanitarie e riabilitative.

*Case della salute
(della comunità),
integrazione,
continuità ospedale
territorio,
superamento gestori,
partecipazione*

Prevedere in ogni distretto le case della salute (della comunità) ad esclusiva gestione pubblica. Devono essere luoghi riconoscibili dove si concretizza l'integrazione dei servizi oggi frammentati per fornire risposte veloci ai problemi socio-sanitari della popolazione (cure primarie e domiciliari, croniche, cure ambulatoriali, ospedaliere) con relativo personale ed équipe multidisciplinari (che rendano fruibili i servizi). Non devono essere solo aggregazioni di ambulatori.

Questa struttura deve essere il nucleo della continuità ospedale-territorio anche attraverso l'utilizzo dei nuovi strumenti tecnologici. L'organizzazione socio-sanitaria così integrata determina il superamento dei "gestori" per i pazienti cronici. Nelle case della salute (della comunità) si svolge ed è organizzata la partecipazione della cittadinanza attraverso associazioni, gruppi, sindacati.

Consultori, servizi di prevenzione, tutela ambientale, salute mentale, tossicodipendenze, migranti

Ospedali

Liste d'attesa e organismo di controllo

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

LEA

Autonomia differenziata

Nella casa della salute(della Comunità) devono anche essere previsti i Consultori familiari, per garantire le prestazioni finalizzate alla prevenzione primaria, la salute riproduttiva della donna, per promuovere la maternità e paternità responsabili e per monitorare la corretta applicazione della legge 194/78 (l'interruzione volontaria di gravidanza) e l'andamento della somministrazione della pillola (del giorno dopo) RU 486. Bisogna rafforzare e rilanciare in ogni loro aspetto i servizi di prevenzione con un numero congruo di personale e i servizi di tutela ambientale, di salute mentale e per le tossicodipendenze. Bisogna potenziare i servizi epidemiologici e renderli trasparenti e fruibili attraverso il coinvolgimento della popolazione e con campagne informative di tutela, educazione e promozione della salute considerando i determinanti sanitari, ambientali e sociali. Anche per i migranti "non regolari" deve essere prevista la possibilità di avere il medico di medicina generale.

Gli ospedali pubblici devono essere dotati di tutte le specialità e di un numero di posti letto non inferiore alla media degli altri paesi europei. La costruzione di nuovi ospedali non deve comportare la chiusura dei vecchi ospedali in un'ottica di riduzione dei posti-letto, di speculazione edilizia o finanziaria (es. project financing) e senza un progetto urbanistico condiviso con la popolazione sia per le nuove strutture che per l'utilizzo delle vecchie. I piccoli ospedali devono essere tutelati anche a seconda del contesto sociale e geografico.

Rendere concrete le normative in vigore per la gestione delle liste d'attesa in particolare legando gli obiettivi dei direttori generali e dei responsabili unici delle liste d'attesa, alla massima trasparenza e contenimento dei tempi d'attesa previsti e agire, nel rispetto delle normative nazionali, arrivando al blocco della libera professione intramoenia nei casi di superamento dei limiti previsti. L'organismo di controllo del servizio sanitario regionale deve essere totalmente indipendente dalla giunta regionale e avere personale e finanziamenti sufficienti al buon funzionamento.

Rivedere la gestione della residenze sanitarie assistenziali (RSA), attualmente per la maggior parte private, nelle quali sono ricoverate persone malate croniche non autosufficienti i cui costi per il 50% risulta a carico della persona o del comune di residenza. Viste le condizioni di malattia e di disagio complessivo devono essere ricondotte all'interno del servizio sanitario regionale e quindi a carico dello stesso.

Bisogna rendere fruibili le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio con i medesimi livelli di qualità e quantità.

Per evitare che le diseguaglianze aumentino nel nostro paese, chiediamo che il progetto di autonomia legislativa differenziata venga ritirato.

LA SALUTE NON È UNA MERCE, LA SANITÀ NON È UN'AZIENDA!

<https://www.facebook.com/coordinamentosalutelombardia>

