



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

Milano, 27.12.2021,

On. Roberto Speranza,

Ministro della Salute

ROMA

Signor Ministro,

Come è noto, la legge della Regione Lombardia 11 agosto 2015 n. 23, "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo, modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, recante il Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", aveva introdotto un modello organizzativo che presentava caratteristiche non rinvenibili negli altri ordinamenti regionali. Per tale motivo una modifica introdotta dalla legge regionale 22 dicembre 2015 n. 41 ne aveva specificato il carattere sperimentale, confermato dal Protocollo d'intesa dell'aprile 2016 fra la ministra Lorenzin e il presidente della Regione Maroni. Il protocollo stabiliva che dopo cinque anni il Ministero della Salute, in collaborazione con la Regione, avrebbe valutato i risultati della sperimentazione.

In una lettera indirizzata il 16 dicembre 2020 al presidente della Regione Lombardia Fontana Lei ha scritto che il Ministero della Salute, col supporto dell'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, aveva svolto un'approfondita analisi del modello lombardo e dei risultati raggiunti in termini di impatto sull'assistenza sanitaria dei cittadini. Questa analisi si era conclusa con la stesura del documento "La riforma del sistema socio-sanitario lombardo (legge regionale 23/2015) a cinque anni dell'avvio. Analisi del modello e risultati raggiunti".

Il documento prendeva atto di alcune rilevanti criticità del modello e avanzava una serie di proposte per la riorganizzazione del servizio socio-sanitario lombardo che rispondevano all'esigenza di riallineamento alla normativa statale, con particolare riguardo alle disposizioni di principio del DL 502/1992. Le proposte includevano alcune prescrizioni correttive ritenute necessarie e alcune raccomandazioni in grado di favorire un miglioramento del sistema in termini di efficienza. Alla Regione venivano dati 120 giorni per attuare tale riallineamento.

Le prescrizioni necessarie erano le seguenti:

1. Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione.

2. Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci.
3. 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.
4. Istituire la figura del Direttore di Distretto, selezionato ai sensi della normativa vigente.
5. 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.
6. Attribuire alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta.
7. 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 e 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.

Vi erano poi alcune indicazioni non strettamente necessarie, ma fortemente raccomandate in quanto ritenute utili per introdurre cambiamenti migliorativi nel nuovo modello organizzativo del Servizio Sociosanitario Lombardo:

1. Costituire un'ATS unica con funzioni tecnico amministrative specialistiche a livello accentrato, con il compito di coordinamento delle ASST e supporto nel miglioramento dei processi tecnico amministrativi e di organizzazione sanitaria e sociosanitaria ed infine con l'incarico tecnico di supporto alla programmazione regionale (valutazione epidemiologica, analisi, dati, informazioni, supporto tecnico per l'adozione di provvedimenti regionali).
2. Assegnare all'ATS unica, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, la negoziazione e la contrattazione con gli erogatori privati di profilo regionale e extraregionale.
3. Assegnare all'ATS unica, o in alternativa alla Regione secondo il modello rappresentato, le attività di controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale, ferme restando le attività di controllo sul rispetto degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di valenza locale alle ASST.
4. Assegnare alla Regione, oppure all'ATS unica, l'incarico di stipula degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati per attività di ambito regionale o extraregionale, ed assegnare alle ASST, previa valutazione del fabbisogno locale, l'incarico di stipula degli Accordi Contrattuali con gli erogatori privati accreditati di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie per attività in ambito locale.
5. Attribuire all'Agenzia di controllo (quale organismo regionale terzo tecnico scientifico) compiti di programmazione, analisi, vigilanza e supervisione dell'attività di controllo svolta sul sistema di erogazione delle prestazioni da parte di aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati.
6. Attribuire alla Agenzia di Controllo la competenza all'emanazione di direttive, di analisi sui risultati dell'attività di controllo, di risoluzione delle contestazioni sorte a seguito dei controlli svolti.

7. 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.

Il Consiglio Regionale della Lombardia ha approvato, su proposta della Giunta, il 14.12.2021 la legge regionale 22/2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VI della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", che nelle intenzioni del governo regionale dovrebbe avere accolto le prescrizioni correttive ritenute necessarie e le raccomandazioni per il riallineamento del servizio sanitario regionale alla normativa nazionale, risolvendo le criticità evidenziate dall'analisi da Lei presentata.

È dunque importante verificare in che misura le prescrizioni e le raccomandazioni sono state prese in considerazione nella stesura della nuova legge regionale. **A questo scopo abbiamo predisposto un'analisi comparativa delle indicazioni contenute nel documento da Lei inviato e delle disposizioni contenute sui punti in questione negli articoli della legge 22/2021.**

Le sottoponiamo innanzitutto un esame delle indicazioni contenute nella nuova legge sulle singole prescrizioni obbligatorie che abbiamo precedentemente elencato:

1. L'art. 8 conferma quanto previsto dall'art.6 della legge precedente, cioè che il Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria fa parte dell'ATS, specificando al comma 3 che all'ATS sono attribuite le seguenti funzioni: *governo e diffusione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST; programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico.* Per quanto riguarda le ASST, il comma 11 bis dell'art. 9 indica che *al polo territoriale delle ASST affrisce comunque il Dipartimento funzionale di prevenzione che tuttavia, come specificato nel comma 12, svolge le attività di prevenzione sanitaria in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS.* Peraltro, anche le Case della Comunità, secondo il comma 16, *promuovono percorsi di prevenzione.* È chiaro che questa confusa frammentazione di competenze non rispetta la prescrizione di istituire il Dipartimento di Prevenzione come articolazione delle ASST con funzione sia di governo che di erogazione degli interventi.
2. L'art. 10 col comma 1 istituisce i Distretti *il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona,* specificando che *è possibile istituire distretti in comune tra diverse ASST confinanti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona.* 2. *I distretti comprendono una popolazione di norma non inferiore a 100.000 abitanti, tenuto conto della densità demografica territoriale e di quanto previsto al comma 1. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, il distretto può comprendere una popolazione di norma non inferiore a 20.000 abitanti.* Non è specificato quanti distretti vanno istituiti per ciascuna ASST e quale sia il loro bacino di utenza. Il comma 6 specifica che *i distretti afferiscono direttamente al polo territoriale delle ASST e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei*

*piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e dei rappresentanti delle comunità montane, al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies del d.lgs. 502/1992. Pertanto il Distretto è uno dei vari erogatori delle prestazioni territoriali, che interagisce con altri erogatori pubblici e privati, ma non li coordina. Questo costituisce un problema in particolare rispetto agli erogatori privati che, secondo i commi 1 e 2bis dell'art. 12 possono concorrere all'istituzione di qualunque presidio territoriale *mantenendo la propria autonomia giuridica e amministrativa.**

3. L'art. 10 col comma 11 bis specifica che all'ASST afferisce il *Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze.*
4. L'art. 10 col comma 1 specifica che *il direttore del distretto è scelto fra soggetti, anche medici convenzionati da almeno dieci anni, che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione. In caso di nomina di medici convenzionati il rapporto di lavoro è regolato da un contratto di diritto privato.*
5. L'art. 8 ha lasciato invariato il comma 2 dell'art. 6 della precedente legge, in cui si specificava che *le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie.* Il comma 3 include tra le funzioni dell'ATS *l'analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta al fine di proporre alla Regione la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private nell'ambito del territorio di competenza idonee a soddisfare pienamente i bisogni rilevati, ferma restando la competenza della Regione stessa ad autorizzare la realizzazione di tali strutture in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale anche con riferimento a caratteristiche dimensionali e ferma restando l'osservanza delle norme relative all'individuazione del soggetto realizzatore.* Per questi scopi *l'ATS si avvale del dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e del dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sanitaria sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza, come era già indicato dal comma 6 dell'art.6 della precedente legge, che su questo è rimasto sostanzialmente invariato.* Il ruolo delle ASST per assicurare l'attuazione degli indirizzi di pianificazione e programmazione regionale nel loro territorio è citato solo in due punti: il comma 11 dell'art. 7 specifica che *le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati dall'ATS* e il comma 2e dell'art. 7 bis che indica come contributo delle ASST *fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività.* È quindi evidente che programmazione e pianificazione a livello locale sono compiti delle ATS.
6. È rimasto invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 5, comma 2, secondo cui *la Regione definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché le relative tariffe delle prestazioni, dall'art. 15, comma 2, secondo cui la Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce: a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie*

comprehensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della segnalazione di inizio attività, b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a); c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti e dall'art. 15, comma 4 secondo cui le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico. Quindi la Regione definisce regole e procedure, ma l'accreditamento istituzionale dei soggetti che lo richiedono rimane in capo alle ATS.

7. *L'art. 6, comma 3, specifica che alle ATS sono attribuite le funzioni di garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale, nonché di vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo. L'Agenzia di controllo del servizio socio-sanitario lombardo, secondo l'art. 11, a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei protocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL svolgono la loro attività in coerenza con i contenuti del piano annuale dei controlli; b) verifica la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS. Non risulta in alcun punto della legge che le ASST abbiano funzioni di controllo degli erogatori privati accreditati ospedalieri, ambulatoriali e sociosanitari con valenza locale, considerando che peraltro non spetta ad esse stipulare gli accordi contrattuali.*

In secondo luogo, passiamo all'analisi delle decisioni della Regione in merito alle prescrizioni non obbligatorie ma raccomandate:

1. *È rimasto invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 6, che ha istituito le 8 ATS come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. Quindi il numero delle ATS rimane invariato e non viene istituita l'ATS unica.*
2. *È rimasto invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 6, comma 2 e 3, dove si specifica che le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL e inoltre alle ATS sono in particolare attribuite le seguenti funzioni: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla*

Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale. È rimasto altresì invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 8, comma 2, che specifica i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST. L'intero processo di negoziazione e contrattazione rimane quindi in capo alle singole ATS e non alla Regione.

3. L'art. 8, comma 3b, indica tra le funzioni dell'ATS *garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale.* È rimasto invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 6, comma 3i, dove si specifica che *vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11.* Le attività di controllo rimangono quindi in capo alle singole ATS e non alla Regione. Non risulta che siano attribuite alle ASST funzioni di controllo sul rispetto degli accordi contrattuali con gli erogatori privati a livello locale.
4. Vedi quanto osservato prima nei punti 2 e 3. Non risulta che sia attribuito alle ASST l'incarico di stipulare accordi contrattuali con gli erogatori privati a livello locale.
5. Vedi quanto osservato nel commento al punto 7 delle prescrizioni obbligatorie.
6. Vedi quanto osservato nel commento al punto 7 delle prescrizioni obbligatorie
7. È rimasto invariato quanto indicato nella precedente legge dall'art. 7, comma 1, che ha istituito le 27 ASST come da allegato 1. Va rilevato che L'art. 10 della nuova legge col comma 1, prevedendo che *sia possibile istituire distretti in comune tra diverse ASST confinanti il cui territorio coincide con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona,* implica che, almeno in alcuni casi, la definizione territorio di riferimento delle ASST non è funzionale all'organizzazione dei servizi sanitari della popolazione di riferimento, come raccomandato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Non risulta quindi in alcun punto che sia stata considerata l'indicazione di ridefinire le dimensioni delle ASST.

A conclusione di questa analisi ci sembra evidente che la Regione Lombardia ha disatteso quasi del tutto non solo le raccomandazioni ma anche le indicazioni obbligatorie che Lei ha trasmesso al Presidente Fontana, perpetuando quindi le criticità evidenziate nel documento allegato alla Sua lettera. Riteniamo quindi che sussistano pienamente le condizioni per rinviare la legge 22/2021 al Consiglio Regionale della Lombardia, ribadendo la necessità di aprire un ulteriore percorso legislativo per adeguarla in tempi brevi alle indicazioni formulate già più di un anno fa.

Rimaniamo in attesa di un Suo cortese riscontro a questa lettera e di una decisione in merito a quanto da noi osservato, anche in riferimento a quanto previsto dalla legge 241/1990 e in proposito Le chiediamo la possibilità di poter avere un confronto con Lei per poter esprimere meglio il nostro pensiero

Distinti saluti,

Per il Coordinamento lombardo per il diritto alla salute - Campagna Dico 32!

Angelo Barbato (Forum per il Diritto alla Salute)

Marco Caldiroli (Medicina Democratica)