

NUOVI *argomenti*

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Supplemento al numero 12 • Dicembre 2020

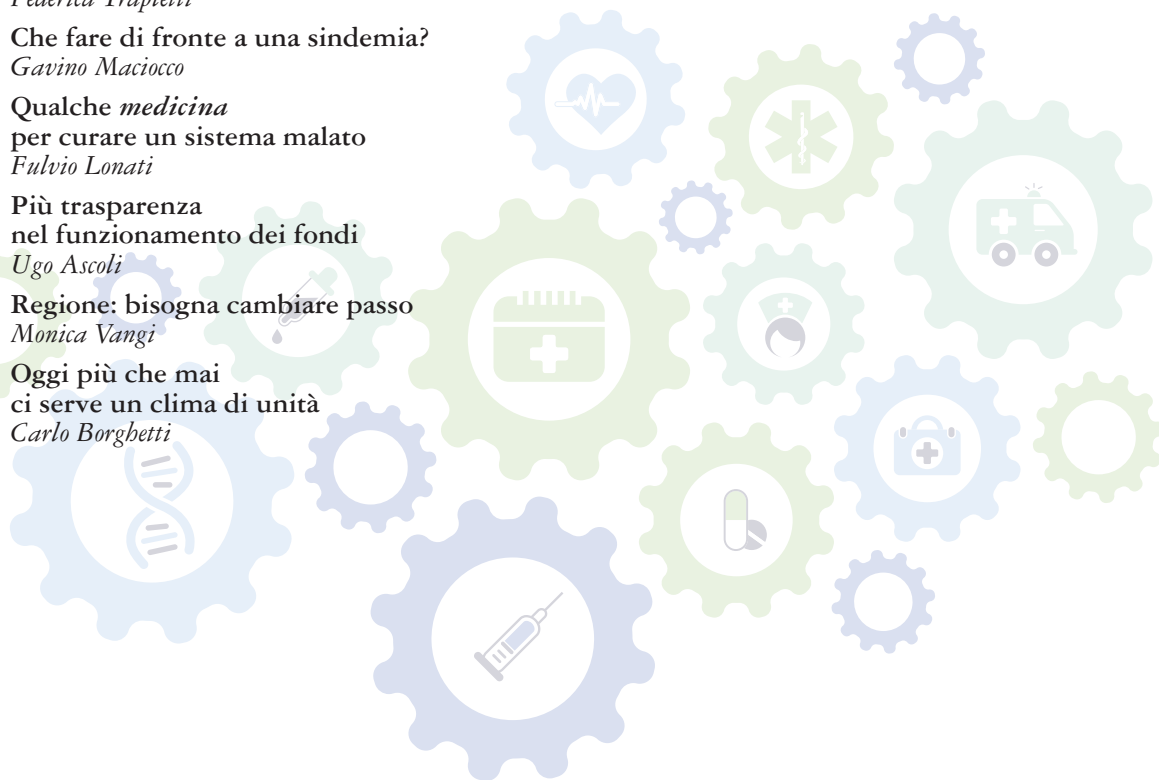
Spedizione in abbonamento postale 45% art. 2 comma. 20/B legge 662/96 - filiale di Milano

QUALE CURA per una sanità malata?



Sommario

- 2** **Introduzione**
Quale cura
per questa sanità malata?
Valerio Zanolla
- 7** **IL DIBATTITO**
*Quale cura
per questa sanità malata?*
- 8** Abbiamo bisogno
di una rivoluzione “copernicana”
Federica Trapletti
- 13** Che fare di fronte a una sindemia?
Gavino Maciocco
- 17** Qualche *medicina*
per curare un sistema malato
Fulvio Lonati
- 33** Più trasparenza
nel funzionamento dei fondi
Ugo Ascoli
- 51** Regione: bisogna cambiare passo
Monica Vangi
- 55** Oggi più che mai
ci serve un clima di unità
Carlo Borghetti
- 61** **Conclusioni**
Il coraggio di avanzare
proposte radicali
Ivan Pedretti
- 69** **LETTI PER VOI**
Per saperne di più



Introduzione

QUALE CURA PER QUESTA SANITÀ MALATA?

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

Che il sistema sanitario italiano avesse bisogno di essere ripensato era per molti chiaro, ben prima che l'emergenza scatenata dal Covid-19 mettesse allo scoperto i suoi difetti.

Troppi sono stati i tagli alla sanità territoriale effettuati negli anni ed enormi sono stati i contributi dati a sostegno della sanità privata, contributi economici e legislativi, oltreché di carattere contrattuale.

Noi come sindacato avevamo da tempo posto l'attenzione sulla gravità della situazione, sia nella nostra regione che sul piano nazionale. Avevamo programmato già dallo scorso anno diversi momenti di mobilitazione e di discussione con la Regione incitandola affinché modificasse le sue politiche anche in previsione del confronto sulla Legge regionale 23 di riforma sanitaria. Una di queste era il convegno, dapprima programmato a primavera che oggi riusciamo a concretizzare, pur a distanza e in una situazione che è tornata drammatica.

Sapevamo e sappiamo che si tratta di una materia complessa e che è necessario elaborare proposte altamente qualificate elevando il livello di progettazione e di coinvolgimento nel dibattito affinché tutta l'opinione pubblica compren-



da la necessità di modificare l'azione governativa e regionale sulle politiche sanitarie. Per quanto ci riguarda in Lombardia crediamo sia necessario prendere spunto da quanto condiviso nel settembre 2014 nell'accordo sottoscritto con la Regione in occasione della presentazione della Legge 23 di riordino della sanità. Accordo che possiamo ben dire è stato completamente inap-

plicato nello spirito e nella lettera e sul quale stiamo in queste settimane lavorando con la regione seppure non con il livello di coinvolgimento sperato.

Sappiamo, purtroppo bene, che sui temi della salute e della sanità nel nostro paese non si fanno le campagne elettorali e non si vincono le elezioni, così come del resto capita per le battaglie ambientaliste e di tutela del territorio.

L'opinione pubblica viene più facilmente attratta dal tema degli immigrati o dalle tasse. La salute drammaticamente è sempre collocata in secondo piano.

Quando ci si ammala si è soli o se va bene con qualche familiare e allora è tardi per recuperare sulla medicina territoriale mentre il sistema sanitario balza agli onori della cronaca solo quan-

do si parla di malasanità o di eroi in corsia e allora è purtroppo tardi per adeguarsi a comportamenti corretti e a stili di vita che solitamente vengono dileggiati.

La medicina non ha bisogno di eroi che combattono a mani nude. Contro il virus l'eroismo è deleterio, servono strumenti e protocolli da rispettare, non martiri, anche se è solo grazie all'abnegazione di molti medici e infermieri che abbiamo retto in primavera.

Di questo noi dello Spi Cgil ne siamo e ne eravamo ben consci e da tempo ci impegniamo con i nostri attivisti su questi temi, negoziando e confrontandoci nei territori, con le Ats, in rapporto con molte Rsa, con i vari assessori regionali e con l'Anci.

Ci impegniamo anche con i nostri iscritti informandoli regolarmente su argomenti quali la salute, il benessere e gli stili di vita

Il *lockdown* ha interrotto la nostra azione in presenza, non l'attenzione che tutto il sindacato ha rivolto al tema della salute e del sistema sanitario.

A sostegno della nostra proposta a giugno sono stati attuati tre presidi unitari sotto ai palazzi della Regione. Il documento che abbiamo chiamato *Patto per la sanità in Lombardia* è stato uno sforzo di elaborazione unitaria e un contributo proposto ai cittadini purtroppo ancora irretiti e illusi dalla logica della libertà di scelta tra pubblico e privato.

A questo punto crediamo sia doveroso andare oltre alle polemiche sugli scandali e sulle difficoltà riscontrate durante il *lockdown*, vogliamo invece analizzare nel profondo le politiche sanitarie attuate in questi anni nella nostra regione e nel paese.

Ad esempio possiamo dire che sono stati tagliati 37 miliardi alla medicina dei territori e girati agli ospedali e noi sappiamo che il punto debole sono le cure primarie e la sanità territoriale così come possiamo sostenere che ventuno sistemi sanitari diversi, con risposte differenziate sono delle criticità da esaminare. Vi sono Regioni come la nostra che individuano nell'ec-

cellenza ospedaliera l'unica risposta utile per i cittadini. Possiamo sostenere anche che la copertura sanitaria nelle periferie è fortemente problematica e che le aree interne, anche per la mancanza di una sanità territoriale sono costrette ad un lento e doloroso spopolamento. Proprio là dove risiedono le persone anziane che pur avendo bisogno più di altre, faticano a ricevere risposte efficaci.

Assistiamo poi all'invecchiamento della popolazione, che ha un serio impatto sul sistema sanitario con la diffusione delle malattie croniche che sempre di più sono aggravate dalle multi morbosità e che paiono trascurate con un forte calo delle prescrizioni di terapie anche preventive.

C'è poi la stretta relazione tra stato di salute e condizione socioeconomica. I poveri e chi ha studiato di meno vivono in condizioni peggiori, fanno lavori più faticosi, hanno meno possibilità di attingere alla cultura, si ammalano più sovente e vivono di meno. C'è anche la crisi economica che, da tempo, viene presa a pretesto per il taglio delle risorse. E oramai chiamarla crisi è un eufemismo, infatti non si tratta di emergenza ma di normalità, gli equilibri economici sono in continuo mutamento e la ricchezza si sta concentrando sempre di più in poche mani. Forse è ora di affrontare, non solo il problema della povertà, ma della eccessiva ric-

chezza di un sempre minor numero di individui che orienta l'informazione e le scelte sociali e politiche in proprio favore.

Sempre di più si indica nel privato la risposta a tutti i problemi, sanitari, scolastici previdenziali. Non ci rendiamo conto che quando tutto sarà privato, saremo privati di tutto.

E, a proposito di risorse, se davvero si vuole ridisegnare la sanità italiana servono o non servono i miliardi che ci potrebbero derivare dal MES? Cosa aspetta il ministro della Salute, Roberto Speranza a presentare il piano sul quale ci dicono stia lavorando da mesi? Si dice sia un piano organico dal costo di 65 miliardi, che coprirebbe un arco di dieci anni e andrebbe fi-



nanziano parzialmente dal Recovery Fund. Non sarebbe male trasformare l'emergenza Covid in un'opportunità, modificando l'organizzazione sanitaria nel segno dei servizi territoriali

Noi diciamo che l'assistenza sanitaria deve essere il più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora, essendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza.

Questa è l'enorme sfida delle cure primarie e della sorveglianza epidemiologica che il sistema sanitario si trova a dover affrontare a fronte dei bisogni di salute più complessi.

Sul territorio c'è quindi molto da fare, particolarmente in Lombardia, da noi il sistema è centrato sull'equilibrio tra sanità pubblica e privata, perseverare su questa strada indebolirà le risposte pubbliche ai bisogni sanitari e socio sanitari ed è per noi è vitale che nella riforma della legge 23 si inverta la direzione.

Bisogna sedersi al tavolo con i medici di base e trovare un accordo per assistere la popolazione 24 ore su 24.

Sono necessari luoghi vicini a noi che ci curino, che rispondano ai nostri dubbi e insegnino la

prevenzione, che sappiano fare la prima diagnosi, che garantiscano un controllo su cosa succede nel paese anche nelle periferie, nelle valli e nelle campagne.

Già, i medici di base. Leggiamo e sentiamo dire che il lavoro di medico di base attrae di meno rispetto a quello specialistico, oltre a essere pagato di meno. Si sostiene che sono molti i laureati in medicina e chirurgia e che, in gran parte, emigrano all'estero, per quale motivo? Solo per danaro? Sentiamo dire che è ospedalocentrico anche il percorso universitario e che dopo la laurea il tutto si risolve con un mese di praticantato negli studi dei medici dove si impatta con i pazienti con i problemi più disparati, cosa che non pare attragga il giovane laureato.

Qui oggi, seppure senza illuderci di esaurire il tema cercheremo qualche risposta alla domanda *Quale cura per questa sanità malata?*

Malata per colpa di leggi sbagliate? Malata per colpa dell'eccessiva autonomia delle Regioni? Malata per colpa delle politiche di privatizzazione? Malata per colpa dell'invecchiamento della popolazione? Malata per colpa degli ospedali che non hanno collegamento con il territorio?

Dove si trova la strozzatura che impedisce di avere un numero sufficiente di medici e di infermieri?

Le graduatorie nazionali, i test di ingresso? Manca la vocazione a svolgere la professione? È un tema di organizzazione sbagliata? Oppure servono più risorse e basta?

Da un lato il numero chiuso all'università, dall'altro la mancanza di copertura del turnover: il rischio futuro, anzi l'evidenza, è che manchino sia i medici di base, sia quelli ospedalieri. Un rischio che, dovremmo averlo capito, non si può correre. Poi ci si deve fare una domanda: il sistema privato in che modo danneggia, se danneggia, la salute pubblica?

Toglie risorse? Non collabora con il pubblico? Ha senso dare profitto a chi investe sulla salute? I soldi ci sono per gli azionisti e non per i medici costretti a emigrare? E la sanità contrattuale? Quanti soldi toglie alle entrate fiscali che potrebbero essere utilizzate per la sanità pubblica e che senso ha, se dà copertura solo alle persone giovani e attive che hanno meno bisogno del medico e di cure. Quando saranno anziane au-

QUALE CURA PER QUESTA SANITÀ MALATA?

29 OTTOBRE 2020
STREAMING DIRETTA FACEBOOK SULLA PAGINA [SPI CGIL LOMBARDIA](#)

Ore 9.30
Apertura lavori:
Valerio Zanolla - Segretario Generale Spi Cgil Lombardia

Introduce:
Federica Trapletti - Segreteria Spi Cgil Lombardia

Modera l'incontro:
Giangiaco Schiavi - Corriere della Sera

Intervengono:
Gavino Maciocco - Docente di Igiene e Sanità Pubblica presso l'Università di Firenze
Ugo Ascoli - Professore ordinario di Sociologia Economica presso l'Università Politecnica delle Marche e docente presso l'Alta Scuola Spi Cgil
Fulvio Lonati - ConnettereSalute
Monica Vangi - Segreteria Cgil Lombardia
Carlo Borghetti - Vicepresidente Consiglio Regionale Lombardia
Giulio Gallera - Assessore Welfare Regione Lombardia

Conclude:
Ivan Pedretti - Segretario Generale Spi Cgil Nazionale





Giangiaco Schiavi

menterà il loro bisogno, non avranno più la copertura contrattuale oppure se la dovranno pagare a caro prezzo.

Infine una questione importante in questo momento. Con l'arrivo dell'influenza sarà fondamentale nella nostra lotta contro l'epidemia, il vaccino.

Vaccinare tutti contro l'influenza stagionale, serve a evitare che si sommi il Covid-19 con i malanni di stagione e deflagri ancor di più la bomba epidemica. Ne avremo a sufficienza? Pare ne siano stati ordinati in Italia diciassette milioni di dosi. E qui da noi in Lombardia? E sempre a proposito di vaccini, se le difficoltà a reperirli per un evento oramai consueto come l'influenza stagionale sono così elevate cosa succederà nel momento che ci sarà da distribuire il vaccino contro il Covid-19?

Ho omesso di inserire il tema delle Rsa, che sarà trattato nella relazione, ma riveste per noi una importanza primaria e sul quale abbiamo già programmato una serie di iniziative specifiche.

Tra le domande che stanno dietro al titolo del convegno ce ne sarebbero molte altre da fare a governo e Regione. E per cercare di dare qualche risposta abbiamo chiamato personalità importanti come il professor **Gavino Maciocco**,

docente di Igiene e Sanità Pubblica presso l'Università di Firenze. È autore di numerose pubblicazioni in materia di sanità oltre che direttore della rivista *Salute e sviluppo*, il professore ci segue e interverrà in videoconferenza. **Fulvio Lonati**, medico, Presidente di *APRIRE, Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km zero*, associazione che coordina una rete nell'ambito dell'assistenza primaria coraggiosamente in presenza. **Ugo Ascoli**, professore ordinario di Sociologia Economica all'Università Politecnica delle Marche, anche lui in videoconferenza. **Monica Vangi**, segreteria Cgil Lombardia e responsabile del dipartimento Welfare. **Carlo Borghetti**, vicepresidente consiglio regionale Lombardia. **Giulio Gallera**, assessore Welfare Regione Lombardia. I lavori saranno conclusi da **Ivan Pedretti**, segretario generale Spi nazionale mentre la relazione introduttiva è di **Federica Trapletti**, segretaria Spi Lombardia.

L'incontro è moderato da **Giangiaco Schiavi**, de *Il Corriere della Sera* che si occupa di cronaca di Milano e giornalismo da quarant'anni, ma con un particolare interesse alla sanità perché, come ama affermare: "nelle corsie degli ospedali c'è lo specchio più rappresentativo di un Paese". ■

IL DIBATTITO

Quale cura per questa sanità malata?

*Streaming diretta Facebook
sulla pagina Spi Cgil Lombardia
29 ottobre 2020*



ABBIAMO BISOGNO DI UNA RIVOLUZIONE "COPERNICANA"

Giorgio Schiavi: Buongiorno a tutti, vi do il benvenuto, a questa che può essere una giornata importante, utile per costruire una nuova idea di sanità. Una nuova sanità è quanto mai necessaria per superare questa fase molto difficile: la pandemia ha reso necessario affrontare un tema troppe volte rinviato nel nostro Paese.

Viviamo momenti drammatici, tragici. In questi mesi sono emersi con forza due elementi che saranno oggetto della discussione di questa mattina: l'importanza del servizio sanitario pubblico universalistico, come conquista da difendere e da tutelare, e la necessità di adeguarlo alle nuove esi-

genze di cura correggendo errori, storture e anche miopie della politica.

Personalmente credo che tocchi, a Milano e alla Lombardia, dare un segnale di svolta perché è qui che il Covid ha lasciato, e ancora lascia, ferite aperte.

È giusto sollevare il tappeto sotto il quale è stata nascosta per anni la polvere che non si voleva vedere, e rientrare nel metodo di una discussione che riguarderà un sistema troppo sbilanciato verso il privato e una medicina tarata troppo sulle acuzie e sugli ospedali, con poca attenzione al territorio e ai medici di famiglia, concentrata molto sul pronto soccorso, diventato negli ultimi anni una sorta di porta girevole.

Si potrebbero elencare i tanti errori accumulati in questi ultimi vent'anni: parlare di ospedali come azienda, trattare la sanità con logiche di mercato, ridurre i medici di famiglia a burocrati, non rendersi conto dell'invecchiamento della popolazione, distruggere anche la rete territoriale concentrando tutto nelle eccellenze, togliere posti letto alle medicine perché considerate poco redditizie, trattare i malati a livello di budget e basta, applicare una lottizzazione spietata nelle nomine dei dirigenti, a volte anche dei primari, creare questa finta competizione fra il pubblico e il privato – che in realtà competizione non è perché il pubblico ha le mani legate mentre il privato si muove a volte anche scegliendo le patologie – e, soprattutto, la-



Federica Trapletti

vorare a compartimenti stagni. Tutti questi elementi, tutte queste difficoltà, sono emerse in maniera evidente, anche brutale, con la pandemia, facendo riemergere il valore della sanità, dell'ospedale, del territorio, della comunità.

Il valore della comunità è il valore della rete di assistenza, il valore di quello che bisogna ricostruire e che bisogna ridare sia al servizio sanitario nazionale che a quella che è stata una grande riforma, quella del 1978. Quel sistema universalistico che ci è stato, e ci è tuttora, invidiato da tutto il mondo ma che oggi risente dei limiti dettati dall'invecchiamento della popolazione ma soprattutto delle risorse che sono via venute a mancare.

Diamo ora la parola Federica Trapletti, segretaria Spi Lombardia.

Non ho trovato modo migliore per introdurre i lavori se non partire dall'art. 32 della Costituzione, del resto, nei momenti di maggiore difficoltà o disorientamento politico o sociale, la Costituzione ha sempre rappresentato un faro che ha saputo indicarci la via.

È indubbio che il nostro sistema sanitario, di cui abbiamo celebrato due anni fa il quarantesimo anniversario, affonda le sue radici nella Costituzione e noi pensiamo che è proprio lì che dobbiamo continuare, o meglio, ritornare a guardare.

Si è parlato tanto in passato, e anche nelle ultime settimane, dell'art.32 della Costituzione, ma in particolare del secondo comma di quell'articolo, la parte che definisce i limiti alla tutela della salute legati all'autodeterminazione della persona. Se n'è parlato e se ne parla ad esempio per quello che riguarda il fine-vita, il testamento biologico o i vaccini.

Si parla meno, invece, del primo comma dell'art.32, quello che sancisce la salute come un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività.

Forse abbiamo sempre dato per scontato questo principio fondamentale, pensando che fosse sufficiente averlo lì, scritto nero su bianco, per poterlo esigere in ogni momento e che la salute fosse un fenomeno *individuale*, per cui ai mo-

menti di malattia si debba far fronte con un sistema sanitario basato su una efficiente prestazione erogativa.

Proprio per questo, soprattutto in Lombardia, siamo sempre stati convinti di avere a nostra disposizione il migliore sistema sanitario possibile, basato sull'alta specializzazione, sulle migliori tecnologie e sui migliori ospedali. Cose assolutamente vere ma non sufficienti a garantire una sanità di comunità.

Se il Covid ha avuto un qualche effetto positivo, questo è stato da una parte riordinare la scala delle priorità e mettere la salute al centro delle politiche economiche (non fosse altro perché abbiamo capito tutti chiaramente che se non c'è la salute, non ci sono né il lavoro, né la vita sociale quindi la salute è la premessa per la partecipazione alla vita sociale ed economica del Paese). Dall'altro lato, il Covid ci ha messi di fronte al fatto che la salute è un grande tema collettivo: c'è una stretta relazione tra la salute degli individui, la salute di comunità ed il contesto di vita e di lavoro e ci sono molte determinanti sociali della salute, tra cui sicuramente la povertà, che è ai primi posti come fattore di rischio. Quindi... se la mia salute dipende anche dalla salute degli altri, allora le disuguaglianze economiche, sociali, territoriali che incidono sull'accesso alle cure hanno effetti non solo su coloro che le vivono direttamente, ma sull'intera collettività.

La legge 833, che Rosy Bindi ha definito una delle opere pubbliche più importanti realizzate in Italia a partire dagli anni '70, nata nel corso di una stagione di grandi riforme rese possibili da una straordinaria partecipazione democratica di lavoratori, donne e giovani, (di cui la Cgil è stata protagonista) ha introdotto non solo un nuovo modello di sanità e di welfare, ma anche un nuovo modello di comunità.

Sebbene il nostro attuale servizio sanitario sia stato istituito solo trent'anni dopo l'emanazione della Carta costituzionale, i suoi principi cardine si ispirano profondamente a essa: universalità, uguaglianza ed equità.

E sono proprio questi principi a essere successivamente messi in discussione dalle riforme degli anni '90 che hanno portato alla aziendalizzazione e alla regionalizzazione della sanità, non-

ché all'introduzione della competizione pubblico/privato, con l'intento di rendere la sanità pubblica più efficiente e con il risultato invece di averla indebolita e resa disomogenea.

Gli stessi Lea, che dovrebbero rappresentare, in un regime di convivenza tra autonomia regionale e garanzia di assistenza, il ruolo garante del governo, così come definiti e monitorati, non sono riusciti a garantire i principi di universalità e uguaglianza.

E poi abbiamo assistito per troppi anni al sottofinanziamento del sistema sanitario che ha determinato una pesante riduzione del personale e ridimensionamento dei servizi.

E allora iniziamo proprio dal tema delle risorse che sono, insieme all'organizzazione, tra gli aspetti fondamentali per la sostenibilità del sistema.

La riduzione di risorse economiche per il personale ammonta a quasi due miliardi di Euro tra il 2010 e il 2018 e, sempre nel 2018, il nostro Paese ha destinato alla sanità pubblica risorse economiche pari al 6,5 per cento del Pil (con una media Ocse del 6,6 per cento), collocando l'Italia al di sotto della quota stanziata invece degli altri Paesi dell'Europa settentrionale.

Per questo nella legge di bilancio del 2020 abbiamo accolto con grande soddisfazione la decisione dell'attuale governo di aumentare gli investimenti per la sanità, invertendo finalmente la tendenza in atto da diversi anni. Ma diciamo anche che solo un sistema fiscale progressivo dove ognuno versa secondo la sua capacità e usufruisce dei servizi secondo il suo bisogno, è in grado di finanziare un servizio sanitario universalistico.

Questo lo diciamo per ricordare a tutti noi che soltanto due anni fa ci confrontavamo con un governo che lavorava alla flat tax, ma lo diciamo anche perché continuare a chiedere la defiscalizzazione e la decontribuzione come stru-

menti con cui affrontare il problema salariale nel nostro Paese, rischia di portarci nella stessa direzione.

Non possiamo discutere di un modello sanitario veramente universalistico senza affrontare il tema del cosiddetto Secondo pilastro. È necessario, anche al nostro interno, aprire una discussione molto franca su come si può conciliare la richiesta di una più forte sanità pubblica col mettere i fondi sanitari integrativi e il welfare aziendale al centro dei rinnovi contrattuali. Innanzi tutto cominciamo col dire che gran parte dei fondi sanitari contrattuali non sono integrativi ma sono sostitutivi (secondo l'Anagrafe dei fondi istituita presso il ministero della Salute, nel 2018 i fondi sanitari realmente integrativi come previsto dal D.Lgs 502 del 1992 erano solo il 3 per cento dei fondi totali) e questi fondi stanno sempre più cogliendo opportunità e riempiendo spazi all'interno del sistema pubblico lasciati vuoti dai

continui tagli, ai quali paradossalmente essi stessi concorrono visto e considerato che, secondo quanto dichiarato dal MEF, nel solo 2018, le agevolazioni fiscali per i fondi sanitari hanno rappresentato per lo Stato italiano una mancata entrata stimabile in almeno 500 milioni di Euro.

Lo stesso Ufficio Parlamentare di Bilancio, nel suo rapporto sullo stato della sanità in Italia dello scorso anno rilevava come l'aumento del costo delle prestazioni a compartecipazione tende a spostare la domanda di servizi verso il privato e lo stesso risultato hanno le agevolazioni fiscali concesse alle misure di welfare aziendale che favoriscono un sistema alternativo al servizio pubblico. Il rapporto prosegue dicendo: *“assecondare questa tendenza e contemporaneamente continuare nella direzione del de-finanziamento del servizio pubblico potrebbe mettere in discussione l'universalità del sistema”*.



Senza considerare poi il fatto che il welfare aziendale si sta rapidamente dirigendo verso i cosiddetti nuovi bisogni degli iscritti, come la non autosufficienza, ma anche si sta occupando di temi che sono sempre stati terreno di attività per il sindacato, come l'orario di lavoro e la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il tutto nella totale disintermediazione sindacale e con esclusivo rapporto diretto tra azienda e lavoratore.

Al sindacato ormai compete solo, ma non è nemmeno necessario, la sottoscrizione dell'accordo che consente di poter usufruire dei vantaggi fiscali e contributivi (in maggior parte a beneficio del datore di lavoro).

Molti contratti nazionali sono scaduti e Confindustria ha già espresso una posizione molto decisa su come sarà possibile rinnovare questi contratti, indicando proprio la sanità integrativa e il welfare aziendale come i soli capitoli dove collocare le risorse economiche. È necessario allora procedere alla revisione della normativa vigente in modo da riconoscere i vantaggi fiscali alle sole prestazioni realmente integrative (e magari erogate all'interno del Ssn), e per introdurre trasparenza garantendo il potere di vigilanza da parte di organismi pubblici.

Veniamo al sistema sanitario lombardo. La pandemia non ha svelato nulla... ha solo reso evidenti e ineludibili le criticità che da tempo stavamo denunciando. Nell'accordo del 2014 con Regione Lombardia avevamo condiviso i capisaldi sui cui si sarebbe dovuto costruire il sistema sanitario regionale: integrazione socio-sanitaria, continuità ospedale/territorio e presa in carico. Proprio questi aspetti sono rimasti purtroppo scritti solo sulla carta e il sistema sanitario realizzato è invece un sistema ospedalocentrico che ha assorbito la maggior parte delle risorse a discapito della rete territoriale delle cure primarie.

Nel corso di questi cinque anni, la normativa ha via via favorito una grande espansione del

privato, che può contare su investimenti sempre più ingenti che di fatto rendono illusoria la possibilità per il settore pubblico di una concorrenza alla pari.

E proprio il rapporto tra pubblico e privato è uno dei temi più delicati, emersi anche durante la pandemia: l'attività del privato non può limitarsi all'esercizio di un business, concentrato sulle prestazioni più remunerative prescindendo dal fatto che è integrato con il resto del sistema sanitario.

Il privato, invece tende a colmare sempre più i vuoti lasciati liberi dai continui tagli alla sanità pubblica e dalle continue riorganizzazioni, anche nel territorio.

Forse il privato ha capito prima di tutti (o forse l'abbiamo lasciato fare) che *prossimità* è una parola chiave del servizio sanitario: basta vedere tutti i poliambulatori o gli info-point che stanno nascendo all'interno dei centri commerciali e che fanno capo ad alcuni dei maggiori istituti privati della Lombardia.

Inoltre, il riordino della rete ospedaliera basata sull'applicazione secca del DM 70, ha portato ad una sostanziale riduzione dei posti, (riduzione avvenuta soprattutto nelle strutture pubbliche) senza che prima venisse costruita una robusta rete di servizi di medicina primaria, preventiva e territoriale.

Nei territori invece, siamo in presenza di servizi socio sanitari dispersi e frammentati, la cui programmazione non è né preceduta da un'analisi dei bisogni del territorio, né tantomeno seguita da una valutazione d'impatto rispetto alle misure che vengono adottate.

Continuiamo a pensare che i servizi attraverso cui si realizza la continuità ospedale / territorio e l'integrazione socio sanitaria sono il cuore di un servizio sanitario incentrato sulla persona perché il territorio è il luogo dove i bisogni nascono e si manifestano ed è lì che bisogna dare le risposte.



Anzi, dovremmo lavorare perché i servizi siano non solo visibili e accessibili, ma in grado di intercettare i bisogni senza aspettare che le persone si rivolgano ai servizi, anche perché troppo spesso le persone i servizi non li conoscono proprio.

Quasi sempre, inoltre, i servizi socio sanitari sono sostituiti da bonus monetari (molte volte una tantum) che non aiutano le famiglie.

È necessario individuare dei luoghi fisici che diventino punti di riferimento dei cittadini per i bisogni di salute e questi luoghi per noi devono essere i Distretti Socio-sanitari, all'interno dei quali deve realizzarsi l'integrazione socio sanitaria e concretizzarsi la presa in carico della persona. Il Distretto socio sanitario deve fare da tramite tra la persona, il medico e le altre figure sanitarie, l'ospedale, i Pdz, gli assistenti sociali e la rete dei servizi.

E poi c'è il tema importantissimo delle Rsa.

Le Rsa non possono essere l'unica risposta alla non autosufficienza ed invece, negli ultimi anni, a fronte di un aumento inevitabile della non autosufficienza si è spesso risposto con l'aumento dei posti letto in Rsa.

Così come alle richieste di aiuto da parte delle famiglie che si trovano a dover gestire un parente non autosufficiente si è risposto con il riconoscimento di risorse economiche che quasi sempre vengono poi utilizzate per pagare rette sempre più insostenibili e non invece con l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata.

Questo non significa che le Rsa non devono più esistere, ma significa che la non autosufficienza richiede una risposta ad intensità graduale e servizi differenziati.

E invece, anche in Lombardia, il settore della residenzialità sta diventando terreno per grandi investitori e multinazionali che vedono nella residenzialità la possibilità di ricavare consistenti profitti.

La non autosufficienza, invece, richiede soluzioni innovative non solo per quanto riguarda gli aspetti sanitari, ma anche nell'ambito delle politiche abitative, urbanistiche e del trasporto.

Per questo motivo chiediamo da tempo a Regione Lombardia di istituire un Osservatorio anziani con il coinvolgimento dell'assessorato al Welfare e dell'assessorato alle politiche

sociali, all'interno del quale riportare questa discussione.

Concludo dicendo che se è vero che storicamente i grandi cambiamenti avvengono sempre nei momenti di crisi, allora questo è il momento! Anche perché non abbiamo alternativa... ritornare a come eravamo prima della pandemia significherebbe ritornare alla condizione che ha contribuito a generare l'emergenza sanitaria.

Per la prima volta l'Europa ha abbandonato le politiche di austerità e ha stanziato una quantità tale di risorse che non avremmo mai immaginato prima orientandole verso la sanità. Utilizziamole per riavvicinare il nostro sistema sanitario alla Costituzione, senza preclusioni ideologiche. È una rivoluzione copernicana quella di cui abbiamo bisogno: la persona e il territorio al centro del sistema sanitario, potenziare il sistema di prevenzione e promozione della salute fino ad arrivare all'obiettivo di una comunità che produce salute, nei contesti di vita quotidiana, del lavoro, dell'ambiente.

La Cgil, con i lavoratori e i pensionati, è stata protagonista nella conquista del Ssn. Ecco perché anche oggi, noi dello Spi abbiamo fortemente voluto questo convegno, è il momento di ritornare a difendere la sanità pubblica e questo è il contributo che vogliamo dare all'interno della discussione politica in corso. ■

CHE FARE DI FRONTE A UNA SINDEMIAMIA?

Schiavi: Diciamo che c'è qualche altra cosa da mettere in evidenza. La nostra sanità ha componenti straordinarie per quanto riguarda l'umanità, l'efficienza e anche la competenza. Il nostro sistema sanitario, e questo me l'hanno detto alcuni medici americani in visita proprio nei nostri ospedali, non lascia per strada nessuno, ha questo pregio straordinario, il diritto alla cura, come da dettato costituzionale, applicato a Milano come a Siracusa. Diversamente negli Stati Uniti, dove prima di essere curato, ti chiedono qual è la tua carta di credito per verificare se hai accesso a determinate cure e se non ce l'hai ti lasciano per strada. Questo è un elemento che fa la differenza, che ha fatto per tanto tempo la differenza e la fa ancora, però il sistema si è inceppato. Si è inceppato il sistema nazionale perché è stato corroso dalla burocrazia, dalla politicizzazione eccessiva e, forse, anche da una disattenzione di fondo. Mancanza di risorse, ma anche considerare la sanità un costo e non una funzione, qualche cosa di essenziale, qualche cosa che va semplicemente al di là del budget e del dare e dell'avere, della contabilità aziendale. Il tema del servizio sanitario nazionale e della sua attuale situazione verrà affrontato da **Gavino Maciocco, docente di Igiene e sanità pubblica all'Università di Firenze.**

Vi ringrazio dell'invito e spero di poter dare due tipi diversi di messaggio e di conte-

nuto della mia relazione. Uno è un messaggio e un contenuto più di contesto, cioè cercare di capire perché questa epidemia è un'epidemia completamente diversa da quelle che abbiamo visto precedentemente. È un'epidemia devastante a livello planetario e, quindi, dobbiamo cercare di capire perché ci troviamo in questa situazione.

La risposta può essere questa: ci troviamo di fronte non a una vera e unica epidemia, ma a quella che viene definita una *sindemia*, cioè al fatto che si sono manifestate insieme, hanno interagito insieme, due epidemie, due pandemie. Una è quella di cui parliamo tutti i giorni, quella da Coronavirus, Covid-19, l'altra una



Gavino Maciocco

pandemia meno visibile, meno nota, che è quella delle malattie croniche che si è sviluppata insieme a quella dei virus, che sono circolati in questi ultimi quarant'anni.

Per capire la durezza, la profondità e la devastazione di questa crisi, dobbiamo pensare a queste due pandemie – quella da Coronavirus e quella da malattie croniche – che hanno avuto un rafforzamento reciproco, soprattutto nel fatto che, come tutti noi vediamo, sono due pandemie che colpiscono maggiormente i gruppi più poveri della popolazione. L'alta mortalità della pandemia da Coronavirus interessa persone anziane con malattie croniche, quindi dobbiamo chiederci come mai questo sia potuto avvenire. Quando noi parliamo di determinanti della salute, dobbiamo pensare a quanto è avvenuto negli ultimi quarant'anni, che ha le sue radici nelle politiche ambientali e commerciali che si sono sviluppate avendo come scenario generale quello della globalizzazione, quello delle politiche neoliberiste.

Due sono i fenomeni che hanno contraddistinto questo periodo. Uno si trova sul versante delle malattie infettive, quello che viene chiamato il salto di specie dei virus a cui è stato dato anche un nome in inglese di *spillover*, cioè il traboccamento, il passaggio dei virus dagli animali all'uomo. Un passaggio avvenuto perché i due habitat, quello degli animali e dell'uomo, si sono avvicinati troppo per diverse cause. La deforestazione, la crescita delle megalopoli, i cambiamenti climatici, hanno favorito questo passaggio e se noi andiamo a guardare cosa è successo negli ultimi quarant'anni, da questo punto di vista, troviamo che tutte le principali, gravissime pandemie che si sono susseguite, hanno avuto come agente causale, proprio dei virus nati attraverso questo meccanismo: il passaggio dall'animale all'uomo.

Il primo è stato quello dell'Aids, negli anni '80, una pandemia disastrosa che ha colpito decine di milioni di persone provocando decine di milioni di morti. Ebola, anche questo con passaggio dalla scimmia all'uomo, come quello dell'Aids, poi, nel 2003, abbiamo avuto il primo avviso della pericolosità del Coronavirus con la Sars, in questo caso era il passaggio dal pipistrello all'uomo. Poi abbiamo avuto l'influenza aviaria, nel 2005,

l'influenza suina nel 2009 e, di nuovo, una devastante epidemia di Ebola nel 2014/2015. Erano tutte forme che ci lasciavano pensare che questo fenomeno del salto di specie, alla fine avrebbe comportato una pandemia devastante come quella che è avvenuta.

I sistemi sanitari si sono ben guardati dall'attrezzarsi di fronte a questa eventualità, e quindi si sono trovati, in larghissima parte impreparati, tranne quelli che avevano subito l'epidemia del 2003 della Sars che invece – come Singapore, la Corea del Sud, in parte come il Giappone e Taiwan – hanno dato una risposta estremamente efficace subendo minimi danni.

Questo è il primo elemento, il secondo è quello dell'epidemia delle malattie croniche che ha più o meno, dal punto di vista concettuale, le stesse radici, le radici del fenomeno della globalizzazione.

In questo caso è avvenuto che per gli interessi commerciali si è sviluppato un sistema alimentare caratterizzato dalla commercializzazione di prodotti ad altissimo contenuto calorico e di bassissimo contenuto nutrizionale. Pensiamo ai fast food o alle bevande gassate, ecc. che hanno portato a una epidemia di obesità e diabete in tutto il mondo, non soltanto negli Stati Uniti ma anche nei Paesi più poveri. Pensiamo all'India, pensiamo anche a Paesi africani che vedono lo sviluppo di malattie croniche come l'ipertensione e l'ictus, come prime cause di morte, soprattutto nelle grandi città.

Queste due pandemie si sono mosse insieme e stanno rappresentando una minaccia enorme per la sanità mondiale senza che ci siano, finora, delle difese adeguate. Anche dal punto di vista concettuale noi abbiamo questi processi che dal punto di vista politico sono, come avete sperimentato in Lombardia, tutti fenomeni che si collegano poi a ideologie che privilegiano il settore privato, che destabilizzano il settore pubblico e che ricordano gli slogan di Reagan e della Thatcher: “*il governo non è mai la soluzione del problema, il governo è il problema, non esiste la società, esistono gli individui*”, queste politiche si sono infiltrate anche in quello che doveva essere l'organismo mondiale che avrebbe dovuto vigilare su questi fenomeni, l'Oms.

L'Oms, in questi ultimi anni, per gli stessi mec-

canismi di privatizzazione che abbiamo detto, è diventato un organismo in cui il peso del settore privato è fortissimo. Basta pensare che il primo finanziatore dell'Oms è la Fondazione di Bill e Melinda Gates, che è un grande filantropo, ma anche un portatore di enormi interessi di varie catene di aziende private, non ultime anche di aziende farmaceutiche.

Questa è la prima osservazione.

La seconda. Guardando quali dovrebbero essere le soluzioni per affrontarle queste due pandemie, viene fuori che tutte e due hanno in comune il fatto che – per affrontare sia una pandemia di malattie respiratorie, che una pandemia di malattie croniche – gli strumenti necessari sono quelli di sistemi di cure primarie, proattivi, in grado di affrontare questi fenomeni attraverso diagnosi precoci, attraverso interventi tempestivi, di riconoscimento nelle fasi iniziali della malattia per evitare l'aggravamento. Questo vale sia per una malattia infettiva che per una malattia cronica.

Questo ci porta alla seconda parte della mia riflessione, che tipo di organizzazione sanitaria ci vorrebbe per affrontare queste due situazioni che nel futuro continueranno a essere i veri problemi della salute mondiale?

Abbiamo quindi bisogno di cure primarie all'altezza della situazione.

Noi abbiamo visto come questa pandemia abbia avuto degli effetti così gravi proprio per la mancanza di una prima linea che riuscisse a identificare precocemente i casi, riuscisse a tracciare i contatti, che riuscisse a trattare a domicilio quelle tantissime situazioni che non richiedono il ricovero ospedaliero.

La Regione che negli anni precedenti ha devastato il settore delle cure primarie, dei distretti, voi sapete benissimo che è la vostra Regione, la Lombardia, ma guardate che questo fenomeno è avvenuto anche altrove. Anche nella Regione Toscana, il servizio delle cure primarie, i servizi distrettuali, sono stati fortemente depotenziati e anche in Toscana, con modalità diverse da quelle della Lombardia, il settore privato l'ha fatta

da padrone soprattutto per l'assenza di un'offerta pubblica di servizi che fosse sufficiente a rispondere ai bisogni della popolazione.

Che tipo di cure primarie abbiamo bisogno?

Il mio amico e collega, Fulvio Lonati, lo esporrà egregiamente e nella maniera più ampia, io mi limito a due osservazioni. Oggi si scontrano due visioni di cure primarie e servizi territoriali. Una è quella che sta emergendo dall'ultimo documento della federazione dei medici che vede, in fondo, un territorio, un deserto da cui spuntano dei gruppi, dei micro-team fatti da medici e infermieri in cui l'infermiere non è un infermiere del servizio pubblico ma è anch'esso privato perché, in questa logica di privatizzazione, il medico convenzionato non può avere rapporti con un infermiere pubblico, anche l'infermiere deve avere un rapporto di carattere convenzionale privato.

Questa è una visione in cui si nega l'idea di un distretto sanitario strutturato, cioè di una parte del sistema sanitario più strutturato che si occupa in maniera organizzata delle cure primarie dei servizi territoriali, cioè riesce a fare una valutazione dei bisogni primari della popolazione, riesce a organizzare i servizi, riesce a creare delle infrastrutture come le case della salute, riesce a creare al suo interno delle strutture con dei team disciplinari costituiti da medici,

infermieri, specialisti, che svolgono attività di cura ma anche di prevenzione, che riescono ad applicare quelle strategie di sanità d'iniziativa che tendono, sia per le malattie infettive che per quelle croniche, a intercettare il bisogno prima che questo diventi troppo grave.

C'è un altro problema da risolvere, che è quello del ruolo della medicina di famiglia, quello della pediatria. Noi non possiamo pensare che un modello di questo tipo, di una sanità territoriale organizzata e strutturata poi si trovi ad avere a che fare con dei professionisti che non rispondono a quelle che sono le priorità di una organizzazione come sta succedendo adesso.

Non lo fanno in parte per dei motivi di tipo



contrattuale, in parte soprattutto perché la formazione dei medici, negli anni, è stata una formazione che ha assolutamente privilegiato questo approccio individualistico, questo approccio quasi ottocentesco alla medicina di famiglia quando invece, ovunque nel mondo, la formazione dei medici di famiglia avviene all'interno dell'università. Avviene in un mondo in cui si studiano le innovazioni nel campo delle cure primarie, di cui si conferma l'importanza del lavoro di equipe all'interno delle cure primarie. Tutto questo in Italia non viene svolto, la formazione è una formazione di serie B e serie C affidata alle Regioni, affidata in maniera molto autoreferenziale alla stessa categoria, sono i sindacati a farla da padrone, quindi anche con livelli di competenza che lasciano spesso a desiderare. Questi giovani medici in formazione sono penalizzati non solo a causa del basso livello di formazione a cui vengono esposti, ma anche a una remunerazione che è la metà rispetto ai medici specialisti dell'università, per cui questa professione è meno attraente rispetto ad altre specialità, anche perché le università tendono a privilegiare i percorsi ospedalieri, tendono a privilegiare un approccio della sanità legato alla malattia rispetto alla salute.

Credo che all'interno delle tante battaglie che ci sono da fare e che sono state enumerate, ce ne sia una in particolare che è quella di premere per avere una medicina di famiglia nuova a partire dalla formazione.

Qual è la buona notizia, insieme a tutte queste osservazioni che non ci lasciano grandi livelli di soddisfazione?

La buona notizia è che si stanno formando dei gruppi di giovani medici di famiglia che si rendono perfettamente conto di aver vissuto la fase di formazione così poco attraente, che si rendono conto di quali dovrebbero essere i modelli nuovi di cure primarie e di professione della medicina generale, basata sul lavoro gruppo, a sua volta basato su strutture come le case della salute che consentono di svolgere un'attività multidisciplinare, di collaborazione con altre discipline, con infermieri, con gli specialisti, in cui anche l'aspetto contrattuale del medico di famiglia viene rimesso in discussione non escludendo un rapporto di dipendenza, che sarebbe

più funzionale a un sistema pubblico che mette la salute dei cittadini al primo posto.

Questi medici stanno, proprio in questi giorni, presentando un manifesto, un libro azzurro, loro lo chiamano *Libro Azzurro*, mutuandolo da un progetto simile avvenuto in Portogallo in cui negli anni scorsi c'è stato un profondo cambiamento della medicina di famiglia. Prendono spunto da questo documento, che ha dato ottimi risultati, e che quindi, per chi si occupa di questi problemi, è un ottimo punto di riferimento per il cambiamento. Sarebbe utile supportare e dare un aiuto a questi giovani, potete trovare il manifesto del *Libro Azzurro* nella rivista on-line che dirigo, *Salute internazionale*. <https://www.saluteinternazionale.info/2020/09/un-manifesto-per-rinnovare-le-cure-primarie/>

Per finire. Sono assolutamente favorevole alla questione del Mes perché sarebbe il segnale che qualcuno vuole veramente investire in maniera massiccia almeno questi settantasette miliardi nella sanità.

La mia sensazione è che chi dice di non volerlo per i motivi più svariati, alla fine non lo vuole perché non ha interesse a investire in maniera decisiva nella sanità in questo momento. ■

QUALCHE *MEDICINA* PER CURARE UN SISTEMA MALATO

Schiavi: Concludendo il suo intervento Gavino Maciocco ha parlato di MES, di fondi per la sanità, di investimenti necessari alla sanità proprio per poter cambiare in meglio le cose che non vanno e che non funzionano. I costi della sanità sono un tema importantissimo, la sanità fa spesso notizia sui giornali non solo per gli scandali, ma anche per i costi. Ci sono bilanci in rosso in molte Regioni; i costi, una volta, andavano al cosiddetto piè di lista che spesso aveva delle distorsioni perché penalizzava i virtuosi e premiava gli spreconi con ripianamento dei costi eccessivi e dei deficit a carico dello Stato.

Nel 1995 c'è stata una grande innovazione, un'innovazione che qualcuno oggi pensa sia all'origine di tante distorsioni, quella dei pagamenti attraverso i cosiddetti Drg. I Drg sono le tariffe a prestazioni – importati dagli Stati Uniti dove la sanità è affidata per i pagamenti alle assicurazioni e quindi ha bisogno di tariffe – questa tariffazione stabilisce un prezzo per chi offre un servizio e un costo per chi compra questo servizio.

È opportuno dire e far sapere che questo ha determinato un certo consumismo sanitario in molte regioni. C'è stato un caso clamoroso alla fine degli anni '90, in Lombardia, in cui era stato calcolato che c'erano più cardiocirurgie che nell'intera Francia: erano ventidue, questo perché i Drg erano particolarmente remunerativi per

gli interventi legati alla chirurgia, quindi tutti gli ospedali, soprattutto quelli privati, si attrezzavano per avere questi reparti. Per affrontare il tema della regionalizzazione dei sistemi sanitari do ora la parola a **Fulvio Lonati, di ConnettereSalute.**

L'obiettivo di questo mio intervento è di provare a collocare le problematiche del servizio sanitario lombardo, prendendo spunto dal titolo *Quale cura per questa sanità malata*: ho provato a sviluppare la mia presentazione proprio andando a concepire i problemi del servizio sanitario lombardo come malattie.

Innanzitutto: il sistema sanitario lombardo è



Fulvio Lonati

stato presentato come eccellente; ma è eccellente o è malato? L'assessorato regionale continua a puntare sull'idea di eccellenza del servizio sanitario negando la presenza di una "malattia"; ma l'esplosione del Covid in primavera, e anche l'attuale ondata, fanno pensare proprio che una malattia grave vi sia; anzi, più che di malattia dovrei parlare di una riacutizzazione di "comorbidità" preesistenti. Tra l'altro, quanto esponeva prima Maciocco parlando di sindemia, dove l'epidemia si associa all'epidemia delle malattie croniche è estremamente interessante.

Per vincere le malattie è necessario: riconoscerle; diagnosticarle, quindi capire di che cosa si tratta; accettare di averle, perché finché non si accetta di avere una malattia, in particolare le malattie croniche, ma non solo, non è possibile procedere; poi bisogna decidere di curarle.

Adesso proverei a usare questa metafora, questa immagine, parlando non delle malattie delle persone, ma delle malattie del servizio sanitario per provare a dare un contributo di schematizzazione dei problemi e delle proposte.

Vediamo ora il primo aspetto.

I sintomi. Durante l'esplosione epidemica le persone sono state assistite a fatica, in modo sconsiderato, dagli operatori e dai servizi del territorio, impossibilitati a dar loro delle risposte. Per esempio, le farmacie si sono trovate a dare risposte estemporanee senza avere nessuna indicazione, ma ancora di più, i medici di famiglia hanno avuto una situazione di assoluto abbandono dove ciascuno doveva inventarsi una risposta andando, eventualmente, a confrontarsi con i colleghi. È mancata assolutamente una indicazione, così come sono mancati i supporti organizzativi e logistici, ma anche la possibilità di comunicare in modo efficace. Con le Rsa questo fenomeno è avvenuto in modo più drammatico: le Rsa sono state abbandonate, per cui ciascuna ha dovuto trovare al proprio interno le possibili risposte.

La malattia. Gli operatori e i servizi lasciati soli e caricati di responsabilità che non possono soddisfare.

La fisiopatologia: Regione Lombardia lascia la libertà agli enti di scegliere quali servizi erogare, come e dove, ma assume che possono e devono

risolvere in autonomia ogni problematica, anche, addirittura, in caso di questa grave epidemia, e scarica, in modo coerente rispetto al proprio disegno organizzativo, ogni responsabilità su di loro. Quindi gli enti si devono "arrangiare ad affrontare" un'epidemia: quindi una condizione estremamente problematica che evidenzia come la Regione intende il governo, solo come un governo di programmazione, acquisto e controllo di prestazioni. Vedremo anche più avanti come si conferma questa situazione.

Secondo aspetto.

Sintomi: durante l'epidemia le persone ricevono servizi tra loro sconnessi, privi di una progettualità unitaria, quindi sono i singoli assistiti che si devono arrangiare a "collegare le parti". Per cui un medico dice che bisogna fare il tampone, l'assistito deve trovare il modo per andare a fissare l'appuntamento affinché gli venga fatto il tampone e capire dove andare a farlo.

La malattia: i diversi attori, i medici, addirittura il 118, i Pronto soccorso, le farmacie, erogano i propri interventi come singole prestazioni.

La fisiopatologia: Questo concetto dell'erogatore e della prestazione si è estremamente radicato negli ultimi venti-trent'anni in Lombardia. Regione Lombardia incentiva gli erogatori a competere tra loro – magari fosse per ottenere risultati di salute – no, è fatto in una prospettiva in cui "devo utilizzare a pieno il budget". Per esempio, con i tamponi si è verificata, in occasione di questa pandemia, questa condizione paradossale per cui gli erogatori commissionati dall'Ats a fare i tamponi, che siano pubblici o privati, fanno solo quelli che sono stati "comprati": "ne ho comperati mille, ne faccio mille, non quelli di cui c'è bisogno; sono pagato per mille, non ne faccio novecentonovantanove perché comunque me ne pagherebbero uno in meno, non ne faccio milleuno perché verrei pagato solo per mille".

In questa condizione l'erogazione diventa l'elemento cardine perdendo completamente il significato finale: addirittura, che il tampone sia positivo o negativo. A me erogatore non interessa per niente, l'importante è che io faccia il tampone dentro questa logica contrattuale.

Terzo quadro.

I sintomi: durante l'epidemia le persone vivono

ritardi, impossibilità di fare i tamponi, controlli, quarantene e riammissioni.

La malattia: si sono verificate situazioni paradossali dove il medico di famiglia individua il caso sospetto di malattia Covid, il tampone viene effettuato con un certo ritardo, e a distanza di una settimana arriva la risposta e si attiva la quarantena una settimana dopo che il problema era stato evidenziato come sospetto. Quindi una completa e assoluta frammentazione, fra l'altro, con questo passaggio di responsabilità per cui il medico di famiglia denuncia attraverso il sistema di denuncia delle malattie infettive, l'Ats prende atto di questa denuncia, commissiona ad uno degli erogatori di fare il tampone, l'erogatore programma con l'assistito quando farlo, esegue l'indagine, la risposta viene restituita all'Ats che dovrà prendere i provvedimenti conseguenti. Un disegno assolutamente problematico.

La fisiopatologia: Regione Lombardia dal 2016 ha frammentato i compiti, le risorse – per esempio gli operatori – ma anche gli strumenti, le strutture, i sistemi informativi tra Ats e Asst, per cui, in una provincia in cui ci sono una Ats e due o tre Asst, quelli che prima erano gli operatori e anche i dirigenti dell'Asl, sono ridistribuiti, creando così unità operative di dimensione esigua con dispersione anche dei dirigenti di maggiore esperienza. Tale disgregazione impedisce una chiara e univoca catena di comando perché per qualsiasi cosa bisogna costruire, poi, un meccanismo di coordinamento.

Quarto aspetto.

I sintomi: durante l'esplosione pandemica, le persone sono assistite in modo quasi "volontaristico" dagli operatori-servizi del territorio, senza indicazioni, senza supporti, senza la possibilità di comunicare in modo efficace; i singoli operatori dei servizi sul territorio lavorano in modo "volontaristico" che cercano e "si arrangiano" per trovare le soluzioni; addirittura si rischia che l'assistito non sia nemmeno accettato in ospedale.

La malattia: nella fase epidemica ci sono state vicende paradossali dove anche il 118 non prendeva le persone nonostante fossero state individuate come gravi dal medico di famiglia. Con l'assetto attuale, solo nell'ospedale è pos-

sibile diagnosticare, assistere, curare e l'accesso al Pronto Soccorso è quindi l'unica via. Ne consegue la saturazione degli ospedali, che è avvenuta in modo chiarissimo con l'esplosione epidemica; ma è un problema che si pone comunque perché le liste di attesa non ci sono solo per l'attività specialistica ambulatoriale, ma anche per i ricoveri.

La fisiopatologia: Regione Lombardia, negli ultimi decenni, ha investito solo sugli ospedali, specialmente sulle specialità ad alta intensità specialistico-strumentale proprio perché remunerate in modo più pesante, trascurando del tutto il territorio, medici di famiglia in primis, che non sono stati orientati, guidati, coordinati, indirizzati e anche controllati. Allo stesso modo non ha creato le condizioni perché le risorse extra-ospedaliere fossero coordinate e valorizzate nelle singole comunità locali. I Distretti sono stati addirittura sviliti nell'ultima legge regionale, la 23 del 2015, diventando di 400/500/600 mila abitanti, una dimensione assolutamente priva di senso. Non erano assolutamente nella logica del Distretto Sanitario concepito con la Riforma Sanitaria del '78, e senza alcun coinvolgimento dei Comuni e delle realtà locali.

Questa mancanza di punti di riferimento nel territorio fa sì che l'unica soluzione la si trovi verso l'ospedale con la porta del Pronto Soccorso.

Quinto aspetto.

I sintomi: le persone non ottengono visite e interventi ambulatoriali in tempi congruenti: l'epidemia ha drasticamente acuito la situazione.

La malattia: finita la prima ondata si è cercato di rimettere mano a tutte le attività ambulatoriali che erano state "congelate" nel periodo di esplosione e si sono verificate delle situazioni assurde, assolutamente improponibili: questo, però, è un problema preesistente.

La fisiopatologia: cosa c'è dietro tutto questo: in Lombardia l'attività specialistica non si configura come una attività territoriale, distrettuale come dovrebbe essere, ma è come una attività accessoria dell'ospedale, è un'attività di serie B del servizio ospedaliero e dell'ospedale; a questo punto il ricorso alla libera professione diventa strutturale e chi può permetterselo non trova altra soluzione che andare in questa direzione.

Le assicurazioni integrative vanno a sostituire inappropriatamente gli spazi lasciati vuoti da questa criticità.

Probabilmente il professor Ascoli andrà a toccare, questa perversione, per cui lo sviluppo dei fondi assicurativi e in qualche modo quello delle polizze assicurative individuali, va ad intercettare e inserirsi in quelli che sono i Lea non soddisfatti; si crea veramente una distorsione anche nell'immaginario, per cui si dà per scontato che il servizio sanitario non possa e non debba assolvere una serie di funzioni aprendo questa prospettiva di soluzione che, benché nei fondi integrativi sia collettiva, va a finire che è una soluzione individulistica.

Un aspetto da approfondire – e che è curioso – è che mentre ciò che viene dato dal servizio sanitario nazionale viene ritenuto come qualcosa di dovuto (a prescindere che le tasse poi dobbiamo pagarle, per avere i servizi dovuti ci vuole che le tasse vengano adeguatamente pagate con un sistema congruente) con le forme assicurative c'è l'idea di poter scegliere e acquistare il servizio. Quindi viene valorizzato di più quanto si ottiene col fondo integrativo rispetto a quanto viene dato dal servizio sanitario nazionale.

A fronte del fatto che il servizio sanitario risponde a tutte le esigenze, i fondi integrativi rispondono a degli elementi del tutto parcellari. Ulteriore aspetto.

I sintomi: le persone sono libere di scegliere a quale erogatore rivolgersi, ma durante la pandemia, questa libertà è stata stravolta. Questa condizione ha reso evidente che apparentemente c'è una libertà di scelta per una serie di prestazioni, ma rispetto all'esigenza di un approccio di salute pubblica, evidentemente tutta una serie di servizi, non sono svolti dal privato e devono rimanere dentro a un sistema di governo, di controllo, di programmazione e di gestione di natura pubblica.

La malattia: solo la componente pubblica – il servizio sanitario regionale – ha affrontato la si-

tuazione in toto, mentre il privato è stato coinvolto in un secondo tempo e solo per le cure ospedaliere, dopo che si è andati a negoziare il contratto, perché le strutture private hanno reso la propria disponibilità solo dopo aver siglato un accordo con la Regione. Accordo che non hanno fatto gli enti pubblici che, invece, hanno dovuto rispondere fin dal primo

giorno a tutto, anche per le singole prestazioni... vedi il problema dei tamponi e dei sierologici fatti con un un meccanismo veramente mercantile.

La fisiopatologia: Regione Lombardia incentiva la competizione tra operatori pubblici e privati in una condi-

zione dichiarata di parità; ma, come è già stato detto negli interventi precedenti, i privati sono liberi di scegliere le attività da intraprendere, come acquisire risorse, umane, strutturali e strumentali, mentre il pubblico deve svolgere tutte le attività necessarie, ha vincoli nell'acquisizione di risorse, e dipende direttamente dalla Regione. Questo apparentemente dovrebbe creare i presupposti di facilitazione per il pubblico, cosa che invece non avviene, il che è paradossale perché noi ci troviamo ad avere il "padrone", che è la Regione, che ha delle proprie aziende alle sue dipendenze, alcune con funzione di programmazione, acquisto e controllo, altre con funzione di erogazione, però volutamente mette in un situazione di competizione, per altro non paritaria, le proprie aziende con quelle private: in un mondo di vero mercato ciò non potrebbe assolutamente esserci.

Settimo quadro.

I sintomi: durante l'esplosione epidemica, le persone chiedono ai Comuni indicazioni e aiuti, ma i Comuni non ricevono informazioni dall'Ats e si attivano dovendo decidere autonomamente come agire.

La malattia: ho sentito numerosi sindaci veramente disperati perché la popolazione si rivolgeva al Comune come prima interfaccia, non avendo Case della Salute o Presidi SocioSanitari Territoriali attivi. I Comuni si sono mossi in modo autonomo.



La fisiopatologia: anche questo aspetto è preesistente e strutturale; i servizi sanitari e i Comuni si muovono su binari separati che non si incontrano. Regione Lombardia non prevede, nella sostanza, che i Comuni abbiano un'interazione strutturata con il sistema socio sanitario.

Ultimo aspetto.

I sintomi: tanto più nell'epidemia, le persone hanno difficoltà a reperire i propri documenti sanitari.

La malattia: il SISS, il Sistema Informativo SocioSanitario regionale è assolutamente non funzionale sia per gli assistiti che per gli operatori ed è estremamente complesso utilizzarlo.

La fisiopatologia: nonostante ingenti investimenti profusi, il SISS non è di facile uso per gli assistiti, non è funzionale per gli operatori e non consente un'efficiente comunicazione tra assistito e curanti.

A questo punto iniziamo a vedere le cure.

Innanzitutto: risolvere le ambiguità del modello organizzativo e complessivo del servizio sanitario regionale.

Ats, solo agenzia di programmazione, acquisto e controllo? Unica a livello regionale? Senza compiti di coordinamento locale? E l'Asst: solo erogatore o responsabile dei risultati di salute? La legge 23 ha molte ambiguità da questo punto di vista, perché attribuisce alle Asst anche il compito di coordinare ciò che avviene nei Distretti, ma non affida alle Asst gli strumenti di governo che sono tutti attribuiti all'Ats.

Questa cosa ha generato conflitti continui, tanto più durante l'esplosione epidemica e anche adesso, per gestire la ripresa.

In particolare, i Medici e i Pediatri di Famiglia, a chi fanno riferimento? Il Coordinamento distrettuale, a chi fa riferimento? Coordinamento distrettuale che si riferisce a: servizi sanitari; servizi socio-sanitari, come le Rsa o le comunità terapeutiche o i consultori; servizi sociali, vale a dire dell'area di competenza del Comune e del volontariato. Chi ha il compito di fare questo coordinamento? L'Ats o la Asst?

Come legare gli erogatori in una prospettiva di salute pubblica e di obiettivi e non solo di erogazione?

Questo aspetto è estremamente lacunoso e, for-

se, il più "macro" che deve essere risolto, perché, diversamente, a cascata, tutti i vari aspetti rimangono inquinati e confusi.

Seconda linea di cura: Organizzare la prevenzione. Il Dipartimento di Prevenzione è stato frammentato tra Ats e Asst: l'Ats ha il compito di governare la prevenzione, le Asst devono erogare i servizi della prevenzione, ad esempio fare la vaccinazione o i tamponi. È una disgregazione che crea veramente problemi, ma ha dietro anche la difficoltà legata alla dispersione di persone esperte, strumenti, spazi di lavoro. Quindi una frammentazione che crea grossi problemi e va assolutamente ricomposta.

Durante l'epidemia andava almeno costruita, in modo funzionale, un'unica unità di lavoro per cui chi lavorava in questa chiave della prevenzione – individuare i focolai e stringerli in una condizione di isolamento preciso – doveva avere una catena di comando unica e non come quello che sta accadendo tuttora.

Attivare poi un vero osservatorio epidemiologico con report regionali e locali aggiornati e pubblici, in grado di supportare in tempo reale anche il monitoraggio delle emergenze.

Coinvolgere infine anche i Comuni nella logica della prevenzione, in modo di non lasciarli soli. Ulteriore linea: Organizzare l'Assistenza Primaria. Attualmente, anche con questa frammentazione, abbiamo nelle Ats Dipartimenti Cure Primarie ridotti a "uffici stipendi" dei Medici di Famiglia; c'è bisogno di coordinare il lavoro della medicina generale, dei Pediatri e dei Medici di famiglia, della Continuità Assistenziale, in stretto raccordo con gli altri servizi del territorio con una capacità di organizzazione contestualizzata al territorio.

Dall'altra parte c'è proprio bisogno di sviluppare una logica di attività dei Medici di Famiglia che li faccia uscire da questa solitudine: va benissimo il rapporto di libera scelta, di fiducia, però dentro un disegno organizzativo. La legge Balduzzi del 2012 – che spingeva in questa direzione con la creazione di organizzazioni di Aggregazioni Funzionali Territoriali di circa venti medici per una popolazione di circa 30mila assistiti – potrebbe essere una via importante, con l'aggancio all'infermiere di famiglia e ai centri servizi, ma collocati nel Distret-

to, non lasciati in quella logica privatistica di cui parlava prima Maciocco.

Quarta linea di cura: Organizzare il Distretto SocioSanitario.

La Regione Lombardia ha abbandonato completamente i Distretti, a parte alcune province dove si era “tenuto duro”; nel 2015/2016, con l’applicazione del nuovo modello si è andati verso la disgregazione. Noi abbiamo bisogno di ritornare a territori di 50/100mila abitanti ben definiti che hanno al proprio interno una serie di risorse che devono essere coordinate, collegate, supportate con almeno un presidio territoriale, chiamiamolo come vogliamo – PreSST, Pot, Casa della Salute – ma che sia ben riconoscibile, strutturato, a gestione distrettuale, un luogo dove si facilita il coordinamento.

Ulteriore linea di cura: Pensare e agire l’organizzazione socio-assistenziale-sanitaria.

I Comuni devono poter partecipare: i Piani di Zona potrebbero essere lo strumento più adeguato, ma devono essere sostenuti e attuati, diventare degli strumenti veri; le associazioni di volontariato devono entrare in una logica di rete e non muoversi in modo autonomo.

Sesta linea di cura: abbattere le liste di attesa.

Investire in risorse umane perché, ovviamente, la riduzione delle risorse umane comporta problemi; ma anche avere un sistema di prenotazione efficace, non così farraginoso e complesso come quello adottato in Lombardia: basta prendere esempio dai privati che sono bravissimi a organizzare queste cose, basta usare una delle loro modalità. Ma soprattutto riconoscere e incentivare l’appropriatezza; spesso si fanno indagini e interventi che non hanno un motivo: potrebbero essere riorientati e ricondotti a veri obiettivi di salute.

Settima linea di cura: una rete ospedaliera progettata in funzione dei bisogni della popolazione. Con ospedali di primo e di secondo livello: questo concetto Regione Lombardia l’ha un po’ nascosto, perché fa molto comodo che le strutture private possano avere al loro interno alcune attività di secondo livello senza essere ospedali di secondo livello. Il pubblico, invece, viene schiacciato perché i grandi ospedali pubblici – che in Lombardia hanno una grande tradizione e una organizzazione secolare di buona am-

ministrazione e di grande capacità scientifica e professionale – non sono stati riconosciuti come ospedali di secondo livello, quindi appiattendone le potenzialità.

Infine: Un sistema informativo funzionale.

Superare l’attuale Siss, il Sistema informativo sociosanitario lombardo, dove i tanti investimenti sono andati nella direzione di costruire un sistema molto arruffato che non ha le basi fondamentali e soprattutto è costruito non pensando all’assistito e agli operatori, ma pensando solo ai bisogni organizzativi e di governo amministrativo-istituzionali.

Con *Connettere Salute* stiamo organizzando a Brescia il 7 novembre una iniziativa dove cerchiamo di mettere attorno a questi temi le diverse componenti, gli ordini professionali, le associazioni dei malati, le organizzazioni sindacali, il terzo settore, i rappresentanti dei medici di famiglia e dei pediatri, i gestori dei servizi socio sanitari con l’idea di promuovere un fronte allargato di forze sociali che individuino e si attivino su contenuti e obiettivi comuni e condivisi per rinnovare i servizi, la promozione della salute delle persone e delle comunità, in particolare in Lombardia.

Quanto emerge da questo convegno è importante: che non rimanga nell’alveo solo dello Spi Cgil! Abbiamo bisogno di trovarci alleati, componenti diverse con sensibilità diverse, su obiettivi comuni, per costringere la Regione a rivedere l’attuale modello organizzativo del Servizio sociosanitario regionale. ■



***Il “Sistema SocioSanitario Lombardo”
è “ ECCELLENTE ” o “MALATO”?***

L’esplosione COVID19 di primavera
e l’attuale seconda ondata
in Lombardia
deporrebbero per un “malattia”,
anzi per la “riacutizzazione” di “comorbidity”



Ma per vincere le malattie è necessario

- riconoscerle
- diagnosticarle
- accettare di averle
- curarle



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Durante l'esplosione epidemica: persone assistite a fatica e in modo sordo dagli operatori e dai servizi del territorio impossibilitati a dare risposte

La malattia

Operatori (MMG, PDF, MCA) e servizi (RSA, Farmacie, Consulenti, Servizi per le disabilità e la salute mentale) lasciati soli e caricati di responsabilità che non possono soddisfare

Fisiopatologia

Regione Lombardia lascia libertà agli enti privati di scegliere quali servizi erogare, come e dove.

Ma assume che possano e debbano assolvere in autonomia ogni problematica (anche in una pandemia!).

E scarica, coerentemente rispetto al disegno, ogni responsabilità su di loro (anche di arrangiarsi ad affrontare l'epidemia)



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Durante l'epidemia: le persone ricevono servizi tra loro sconnessi, privi di una progettualità unitaria: devono arrangiarsi a "collegare le parti", se ci riescono

La malattia

I diversi attori, MMG-118-pronto soccorso-farmacie, "erogano" i diversi interventi (tamponi-quarantene-terapie-controlli...) come singole "prestazioni"

La fisiopatologia

Regione Lombardia incentiva gli "erogatori" a competere tra loro non in una prospettiva di salute pubblica ma in funzione di potersi avvalere a pieno del "budget" assegnato



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Durante l'epidemia: le persone vivono ritardi-impossibilità di effettuare tamponi, controlli, quarantene, riammissioni

La malattia

Focolai epidemici individuati-isolati non sempre / con ritardi / con incompletezza > rischio di perdita del controllo epidemico

La fisiopatologia

Regione Lombardia dal 2016 ha frammentato compiti, risorse e sistemi informativi tra ATS e ASST

(specie per la prevenzione e le cure primarie)

generando unità operative di dimensione esigua

con dispersione anche dei dirigenti di maggiore esperienza.

Tale disgregazione impedisce una chiara-univoca catena di comando.



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Durante l'esplosione epidemica: persone assistite in modo "volontaristico" nel territorio, senza strutture di riferimento e a rischio di sotto-accettazione dall'ospedale

La malattia

Solo nell'ospedale è possibile diagnosticare, assistere e curare: l'accesso al pronto soccorso, e quindi al ricovero, è l'unica via; ne consegue la saturazione degli ospedali

La fisiopatologia

Regione Lombardia negli ultimi decenni ha investito solo sugli ospedali, specialmente sulle specialità ad alta intensità specialistico-strumentale, trascurando il territorio, medici di famiglia in primis.

E non ha creato le condizioni perché le risorse extra-ospedaliere fossero coordinate e valorizzate nelle singole comunità locali, i Distretti SocioSanitari, con il coinvolgimento dei Comuni



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Le persone non ottengono visite-interventi specialistici ambulatoriali in tempi congruenti: l'epidemia ha drasticamente acuito la situazione

La malattia

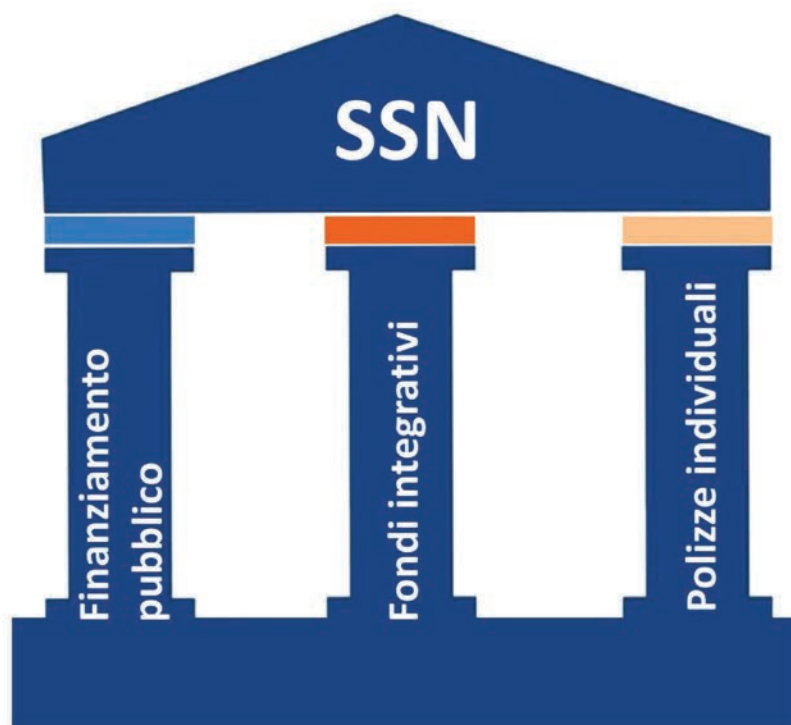
Liste di attesa "assurde" per accedere alla specialistica ambulatoriale. Sistemi di prenotazione sovra-saturi.

La fisiopatologia

In Lombardia l'attività specialistica non si configura come attività distrettuale ma come "attività accessoria" dell'ospedale.

Il ricorso alla "libera professione" è strutturale... per chi può permetterselo.

Le assicurazioni integrative vanno a sostituire, inappropriatamente, gli spazi vuoti lasciati da questa criticità.





malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Le persone sono libere di scegliere a quale “erogatore” rivolgersi ma, durante l’epidemia, questa libertà è stata stravolta

La malattia

Solo la componente pubblica del SSR ha affrontato la gestione dell’emergenza “in toto” mentre il privato è stato coinvolto in un secondo tempo, solo per cure ospedaliere o per singole “prestazioni”

La fisiopatologia

Regione Lombardia incentiva la competizione tra erogatori, pubblici e privati in una condizione -dichiarata- di parità... ma:

- i privati sono liberi di scegliere le attività da intraprendere e di come acquisire risorse, umane, strutturali e strumentali;
- il pubblico deve svolgere tutte le attività necessarie, ha vincoli nell’acquisizione di risorse... e dipende direttamente dalla Regione (ciò dovrebbe essere un fattore favorente, ma così non appare)



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Durante l’esplosione epidemica le Persone chiedono ai Comuni indicazioni e aiuti ma i Comuni non ricevono informazioni dall’ATS e si attivano dovendo decidere autonomamente come agire

La malattia

I servizi sanitari e i Comuni si muovono su binari separati, che non si incontrano

La fisiopatologia

Regione Lombardia non prevede, nella sostanza, che i Comuni abbiano un’interazione strutturata con il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari



malattie del SSR Lombardo

Sintomi

Tanto più durante l'epidemia: le persone hanno difficoltà a reperire i propri documenti sanitari

La malattia

Difficile accesso ai documenti sanitari individuali informatizzati che risultano poco gestibili sia per assistiti che per operatori

La fisiopatologia

Il SISS - Sistema Informativo SocioSanitario Lombardo, nonostante gli ingenti investimenti profusi, non è di facile uso per gli assistiti, non è funzionale per gli operatori e non consente un'efficiente comunicazione tra assistito e curanti



Le cure

> risolvere le ambiguità del modello di SSR

Ridefinire radicalmente il ruolo di ATS e ASST chiarendo l'attribuzione di funzioni (e risorse).

- **ATS**: solo agenzia di programmazione - acquisto - controllo? unica a livello regionale? senza compiti di coordinamento locale?
- **ASST**: solo erogatore o responsabile dei risultati di salute?

e in particolare:

- **MMG e PDF** fanno riferimento a ATS o ASST?
- il **coordinamento distrettuale** (servizi sanitari, socio-sanitari, sociali del comune e del volontariato) è affidato ad ATS o ASST, e con quali strumenti?
- come legare gli "erogatori" ad una prospettiva di salute pubblica?



Le cure
> organizzare la prevenzione

- Ricomporre il **Dipartimento di Prevenzione** attribuendo tutte le funzioni-risorse ora disperse tra l'ATS e le ASST, per garantire un **unico governo** ed una **effettiva capacità di intervento** all'interno di un **disegno complessivo e organico**
- Attivare un **vero osservatorio epidemiologico**, con report regionali e locali aggiornati e pubblici, in grado anche di supportare in tempo reale il monitoraggio delle emergenze
- **Coinvolgere i Comuni** nella pianificazione dei servizi e delle attività di promozione della salute e prevenzione nelle comunità.



Le cure
> organizzare l'Assistenza Primaria

Valorizzare davvero MMG e PDF quali responsabili del percorso di prevenzione e cura delle persone, lungo la loro vita, in particolare per chi ha problemi di salute cronici:

- **compiuta applicazione delle AFT** - Aggregazioni Funzionali Territoriali - adeguatamente supportate, ad esempio con l'**Infermiere di Famiglia** e con Centri Servizi **ma** distrettuali
- **coordinare MMG-PDF con l'insieme dei servizi** dell'Assistenza Primaria e con l'Assistenza Ospedaliera tramite un **vero Dipartimento Cure Primarie**, non un "ufficio stipendi"



Le cure

> organizzare il Distretto SocioSanitario

- **Rivitalizzare il Distretto SocioSanitario:**
 - un territorio di 50–100 mila abitanti
 - con risorse sanitarie, socio-sanitarie e sociali (comunali e del volontariato) collegate e **coordinate in una rete locale, organica ed efficiente**
 - con **almeno un presidio territoriale** (PRESST; POT; Casa della Salute?) ben riconoscibile e strutturato, a gestione distrettuale.



Le cure

➤ pensare e agire l'integrazione socio-assistenziale-sanitaria

- **Partecipazione attiva dei Comuni** alla pianificazione del Distretto
- **Piani di Zona** a livello distrettuale sostenuti e attuati
- **Associazioni e Volontariato** valorizzati e integrati nella rete



Le cure
> abbattere le liste d'attesa

- **Investire in risorse umane**
- Sistema di prescrizione-prenotazione-accettazione-esecuzione-referto **semplificati e resi efficienti**
-
- Riconoscere e incentivare l'**appropriatezza**
- Ricondurre a **veri obiettivi di salute**



Le cure
➤ una rete ospedaliera progettata
in funzione dei bisogni della popolazione

- ***Ospedali di Primo Livello***
devono garantire le prestazioni specialistiche più diffuse curando elettivamente la continuità delle cure tra Ospedale e Distretto di riferimento,
- ***Ospedali di Secondo Livello***
interessano un bacino d'utenza sovraregionale, curando malati di particolare complessità clinica ed assistenziale



Le cure
> un sistema informativo funzionale

Un nuovo sistema informativo-informatico del servizio sociosanitario lombardo

completamente ridisegnato e semplificato affinché

- consenta la **comunicazione** tra assistito e i diversi operatori che l'hanno in cura
 - sia di **supporto ai professionisti**
 - orienti alla **partecipazione attiva del cittadino**
- e, non da ultimo,
- garantisca il congruente e aggiornato **monitoraggio epidemiologico**.



SALUTE & SOCIETÀ
LA SANITÀ BRESCIANA DOPO IL COVID



ConnettereSalute invita cittadini, professionisti della sanità, associazioni, forze sociali, politiche e del volontariato, rappresentanti istituzionali **per un confronto** sulle prospettive di sviluppo degli Spedali Civili e della sanità bresciana, alla luce della imminente scadenza della sperimentazione del modello di sanità regionale proposto dalla legge 23/2015 **per promuovere** un cambiamento di paradigma su obiettivi di salute condivisi

PROGRAMMA

9.30 **IL MANIFESTO DI ConnettereSalute PER MIGLIORARE IL SERVIZIO SANITARIO LOMBARDO**

10.00 **I CONTRIBUTI**

UNIVERSITÀ
 MAURIZIO TRIA, RETTORE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA
ORDINI PROFESSIONALI
 OTTAVIO DI STEFANO, PRESIDENTE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
 FRANCESCO RASTRELLI, PRESIDENTE ORDINE DEI FARMACISTI
 STEFANIA PACE, PRESIDENTE ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
 LUIGI PERONI, PRESIDENTE ORDINE TSRM PSTP
ASSOCIAZIONI DEI CITTADINI E DEI MALATI
 MARISA CLEMENTONI TRETTI, PRESIDENTE MOVIMENTO DIRITTI DEL MALATO
ORGANIZZAZIONI SINDACALI
 FEDERICA TRAPLETI, SINDACATO PENSIONATI SPI FNP LILP LOMBARDIA
 RAPPRESENTANZA SEGRETERE SINDACATI CONFEDERALI
TERZO SETTORE
 VALERIA NEGRI, IN RAPPRESENTANZA DI FEDERSOLIDARIETÀ
ENTI SOCIO SANITARI
 CHIARA BENINI, IN RAPPRESENTANZA DI LUPIA ARLEA E LINEA
MEDICI E PEDIATRI DI FAMIGLIA
 RAPPRESENTANZA PEDIATRI DI FAMIGLIA
 ERMINGIO TABAGLIO, SEGRETARIO SEZIONE PROVINCIALE SIMG

12.00 **SINTESI DEI CONTRIBUTI E RIFLESSIONI CONCLUSIVE**
 EMILIO DEL BONO, SINDACO DI BRESCIA
 SAMUELE ALGHISI, PRESIDENTE DELLA PROVINCIA
 GIAN ANTONIO GIRELLI, PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE REGIONALE COVID
CHIUSURA DELL'INCONTRO

SABATO 7 NOVEMBRE
 IN DIRETTA SUI CANALI
 FACEBOOK E YOUTUBE
ConnettereSalute



**promuovere
 un fronte allargato
 di forze sociali
 che individuano
 e si attivano
 su contenuti-obiettivi
 comuni-condivisi
 per rinnovare i servizi
 e la promozione
 della salute
 delle persone
 e delle comunità
 in Lombardia**

PIÙ TRASPARENZA NEL FUNZIONAMENTO DEI FONDI

Schiavi: Debbo dire che Lonati ha già fatto una riforma della riforma, perché nel suo intervento ci sono tutti i contenuti di cui abbiamo parlato, in ordine sparso, questa mattinata.

Riprendiamo il tema dei costi e dei fondi che finanziano il sistema sanitario con il professor **Ugo Ascoli**, professore ordinario di Sociologia economica presso l'Università Politecnica delle Marche e docente presso l'Alta Scuola Spi Cgil, ricordando un particolare: la spesa italiana per la sanità è inferiore alla media europea e molto spesso ci sono spese che sono a carico del cittadino.

Un esempio è il caso dei vaccini che non si trovano in Lombardia e che ha generato una corsa alla ricerca. Corsa che ha creato una spesa aggiuntiva a carico del cittadino che è disposto a pagare anche cifre dalle tre alle cinque volte superiori a quello che sarebbe il costo se il servizio fosse affidato al medico di famiglia o se il vaccino fosse acquistabile in farmacia, procurato dalla Regione.

Tanti aspetti dei costi della sanità incidono sulle famiglie, sulle persone, un altro costo è quello dell'assistenza domiciliare, anche questo un servizio sul territorio, carente, e che molto spesso viene affidato alle badanti. Non se n'è parlato ma è bene ricordare che l'Italia è il Paese con il maggior numero di badanti in Europa.

A lei, professor Ascoli, la parola.

Parlare di fondi sanitari, come già è emerso, non è una questione secondaria, perché effettivamente occupano e occuperanno, probabilmente, uno spazio crescente visto l'attuale panorama sindacale e delle relazioni industriali. Ci muoviamo in un contesto di spesa pubblica sanitaria pro-capite che è nettamente inferiore alla media europea occidentale. Negli ultimi venti anni è cresciuta del 37 per cento contro un 79 per cento della UE a quindici, abbiamo, quindi, un contesto di de-finanziamento. C'è stata, soprattutto, una fortissima attenzione al contenimento dei costi, vista anche la disastrosa situazione del mezzogiorno, mentre la spesa *out-of-pocket*, quella cioè sostenuta diret-



Ugo Ascoli

tamente dai cittadini, in Italia è sempre stata poco orientata verso forme di assicurazione collettiva tramite assicurazioni o fondi privati. I dati Ocse del 2010 dimostrano come all'inizio di questo decennio in Italia solo il 2,6 per cento della spesa sanitaria totale fosse orientato verso forme di assicurazione collettiva, mentre in Spagna tale valore era pari al 6,3 per cento e in Gran Bretagna al 7,9 per cento.

La tipologia dei fondi sanitari prevede, sulla carta, due tipi di fondi, i cosiddetti 'Fondi sanitari integrativi', frutto della riforma legislativa del 1992 (più altre modificazioni), che prevedono prestazioni non comprese nel Lea: parlare quindi di Fondi integrativi qui ha un senso. Poi c'è l'altra famiglia degli 'Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali', che hanno addirittura un'origine precedente (1986) e possono comprendere sia prestazioni sanitarie comprese nei Lea, così come extra Lea: qui troviamo tutti i fondi categoriali.

Circa la metà dei Fondi è stata creata prima della riforma Bindi del 1999: realtà con radici antiche, addirittura ottocentesche o nate dalla contrattazione anni 70-80, magari in imprese pubbliche. Nell'ambito dell'altra metà, quella che ci interessa più da vicino, occorre evidenziare soprattutto negli ultimi dieci-dodici anni la forte espansione dei nuovi 'Fondi categoriali'.

Ora andiamo ad analizzare la già richiamata Anagrafe dei fondi sanitari del ministero della Salute, (dati pubblicati nel 2019 relativi al 2017): contiamo ben 322 fondi di cui, in realtà, solo nove sono i fondi sanitari integrativi di cui abbiamo parlato; nell'ambito dei 313 rimanenti troviamo i fondi categoriali. I fondi, complessivamente intesi, riguardano oramai in Italia circa undici milioni di iscritti, soprattutto aderenti agli Enti, Casse o Società di mutuo soccorso (10.605.308), mentre a poco più di undicimila (11.097) ammontano quelli iscritti ai Fondi sanitari integrativi.

Prendiamo ora in considerazione la distribuzione degli iscritti ai fondi: il 63 per cento è rappresentato da lavoratori dipendenti, il 10 per cento da lavoratori autonomi, appena il 5 per cento da pensionati e il 22 per cento da familiari di lavoratori o pensionati. Se andiamo a misurare l'incidenza, ovvero la copertura dei fondi nel mercato del lavoro, complessivamente troviamo che riguardano circa un terzo, dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti); se prendiamo invece in considerazione solo l'universo dei lavoratori dipendenti privati contrattualizzati, riscontriamo come ormai ai fondi aderisce quasi la metà (46 per cento) di tale segmento del mercato del lavoro.

I fondi sanitari (che io non chiamo più 'integrativi', dal momento che i 'veri' integrativi ne rappresentano solo una piccolissima parte, come si è visto) teoricamente potrebbero avere un ruolo 'complementare' quando riguardano soprattutto prestazioni non rientranti nella soglia delle risorse vincolate dal Decreto Sacconi del 2008; oppure un ruolo 'integrativo' allorché riguardano le prestazioni rientranti nella soglia delle risorse vincolate dal già citato decreto Sacconi (assistenza infermieristica, cure dentarie, interventi chirurgici odontoiatrici, fisioterapia); oppure infine un ruolo 'sostitutivo' allorché riguardano prestazioni fornite in alternativa a quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale, nell'ambito dei Lea.

Diciamo quindi che esistono due famiglie: i fondi sanitari che dovrebbero integrare ciò che la sanità pubblica non riesce a garantire e i fondi sanitari che, invece, sono liberi di intervenire in alternativa a

pressoché tutte le prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico, comprese quelle dei Lea.

Perché i fondi sanitari hanno avuto negli ultimi anni un grande successo, tanto da coin-



volgere oggi milioni e milioni di lavoratori? Le spiegazioni sono molte e diverse fra loro; possiamo subito evidenziare un elemento già emerso nella nostra discussione, ovvero l'insoddisfazione per il funzionamento del servizio sanitario nazionale. Ciò costituisce un tema di grande rilievo: vale certamente anche per la Lombardia, ma non dimentichiamo il panorama sanitario di molte altre Regioni, le cui performance lasciano davvero molto a desiderare. Poi c'è da riconoscere che i fondi offrono un ampio spettro di prestazioni, almeno sulla carta, ottenibili subito: tale dimensione temporale rappresenta certamente una delle ragioni che spiega il grande successo dei Fondi sanitari ed allo stesso tempo il sostanziale fallimento dei Fondi pensionistici.

Occorre anche evidenziare un elemento non privo di importanza: l'adesione a un Fondo induce un uso più efficiente di risorse che comunque i cittadini spenderebbero privatamente. Occorre inoltre sottolineare come la grande spinta all'adesione ai fondi sia dovuta anche alle modifiche intercorse negli ultimi anni nell'ambito delle relazioni industriali, ai rinnovi contrattuali dove ormai il fondo sanitario rappresenta per tutte le categorie un punto fermo. Come qualcuno prima ricordava, la Confindustria a tutt'oggi sta cercando di puntare soprattutto su politiche di welfare aziendale e fondi sanitari, piuttosto che su aumenti salariali consistenti. C'è un motivo, su cui ci soffermeremo più avanti, per cui ciò avviene, non certo perché Confindustria sia diventata filantropa e amante della salute dei lavoratori.

Da ultimo, fra gli elementi che stanno dietro l'espansione dei Fondi, non possiamo non ricordare come gli ultimi governi abbiano promosso una forte incentivazione fiscale a favore di lavoratori e imprese.

Le cifre sulle agevolazioni fiscali sono un po' 'ballerine': ho ascoltato la valutazione fatta all'inizio di questo nostro incontro, dove si evidenziava come le mancate entrate nelle casse dello Stato a causa delle agevolazioni fiscali ammonterebbero a circa cinquecento milioni; altre ricerche in via di pubblicazione, cui ho preso parte anche personalmente, sono giunte alla cifra di seicento milioni; recentemente in una audizione presso la Commissione parlamentare per

gli Affari sociali nel luglio del 2019, l'autorevole studiosa Nerina Dirindin, citando alcuni studi di scienziati delle finanze, ha parlato di un mancato gettito fiscale per il 2016, parliamo di quattro anni fa, pari ad un miliardo e duecento milioni di Euro.

Tale mancato gettito fiscale per poco più di due terzi (67 per cento) avrebbe beneficiato singoli lavoratori (meno Irpef, meno contributi a loro carico) e per un terzo (33 per cento) sarebbe andato invece a favore delle imprese, che risparmiano i contributi a loro carico, qualora tali risorse risultassero in busta paga.

Il totale dei contributi versati ai fondi sarebbe pari a 1,9 miliardi.

Se una somma corrispondente alle agevolazioni fiscali fosse corrisposta in maggiori retribuzioni lorde o nette, ciò comporterebbe un aumento non trascurabile del gettito fiscale che a sua volta potrebbe essere destinato alla spesa sanitaria pubblica. Come vedete, c'è già un primo problema che fa scricchiolare questo edificio.

Andiamo ora ad analizzare che cosa viene erogato dai fondi sanitari e scopriamo come in molti casi le prestazioni dei Fondi vadano a rimborsare i costi dei ticket dei cittadini, a loro volta pari a 1,3 miliardi. Ha senso allora da un lato rinunciare a un gettito fiscale incentivando la crescita dei fondi sanitari e, dall'altro, indirizzare una parte consistente di tale spesa verso la copertura dei costi di compartecipazione, che lo Stato chiede a una parte dei suoi cittadini?

Qualcosa non funziona in questa macchinosità, in questa costruzione davvero 'barocca' dei fondi sanitari.

Complessivamente come si allocano le risorse dei Fondi? Qui siamo in presenza di una grande opacità del sistema informativo; ciò vale sia per il campo ministeriale che per il versante del sindacato, che, come è noto, è coinvolto direttamente nella gestione dei Fondi.

In base ad una recente indagine della Regione Toscana, fatta uguale a cento la totalità delle risorse versate ai fondi dai lavoratori, le prestazioni poi erogate equivarrebbero a meno del 25 per cento. Ciò significa che una quota rilevantissima, i tre quarti delle risorse versate ai fondi, rimangono nei fondi per coprire le spese amministrative, le spese di gestione dei Fondi e per

costituire fondi di riserva destinati a fronteggiare rischi futuri. Voglio infine ricordare che molti fondi hanno una platea di riferimento assai scarsa: gli studiosi ci ricordano come per una gestione efficiente dovremmo riscontrare in ciascun Fondo almeno sessanta/settantamila iscritti, e ciò in molti casi non avviene, vista la polverizzazione dei fondi che abbiamo già avuto modo di evidenziare.

L'impressione è allora che le risorse versate servano spesso soprattutto, a garantire il funzionamento della 'macchina' dei Fondi, piuttosto che far arrivare prestazioni appropriate ai cittadini. Che effetti hanno, oggi, questi fondi?

Capirete fra un po' perché non li chiamo più integrativi. Costituire fondi riduce innanzitutto i costi del lavoro per la parte datoriale, questo è un punto fermo viste le agevolazioni; aumenta inoltre il giro di affari delle intermediazioni finanziaria e assicurativa, dal momento che dirotta verso il mondo privato una domanda in forte crescita.

Per i lavoratori c'è innanzitutto una minore remunerazione in busta paga, dal momento che, in cambio, c'è un corrispettivo accesso a servizi: tuttavia ciò questo comporta un minore Tfr, una minore pensione futura, e soprattutto una copertura sanitaria che spesso appare duplicativa rispetto al Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda gli effetti sul Ssn non v'è dubbio sullo scenario: più sviluppiamo questi fondi, più si incentiva a non potenziare la sanità pubblica.

C'è, inoltre, indubbiamente una spinta verso il consumismo sanitario: si incentivano screening non necessari, si accede a visite specialistiche saltando la mediazione del medico di medicina generale, talvolta si offrono pacchetti che mischiano sanità con wellness, salute e benessere, in una corsa, soprattutto, ad attivare circuiti privati.

Infine, occorre sottolineare come i Fondi sanitari incrementino a dismisura le disuguaglianze sociali, innanzitutto fra gli assicurati (che possono godere di prestazioni aggiuntive rispetto al welfare pubblico) e i non assicurati. Le agevolazioni fiscali inoltre, procurando un minor gettito per le casse dello Stato, ricadono su tutta la collettività nazionale: quindi i non assicurati si trovano

a dover sopportare il costo per un pacchetto di misure che favoriscono solo gli assicurati.

Chi è dentro o chi è fuori da questi fondi sanitari? Fa impressione scorrere questo elenco: dentro ci sono coloro che lavorano con un contratto collettivo nazionale, le medie e grandi imprese piuttosto che le piccole, ma c'è anche una grande differenziazione fra sistemi produttivi; c'è poi una differenziazione territoriale giacché le aree più industrializzate con maggiore occupazione (Centro e Nord), sono più "coperte" dai fondi rispetto a quelle meno industrializzate e con minore occupazione (il Sud). Quindi le differenze, le disuguaglianze sociali vengono ulteriormente alimentate dalla macchina dei Fondi. Esaminiamo ora le coperture settoriali: in base ad una ricerca recente (curata da alcune università marchigiane e dalla Cgil nazionale) emerge come il settore bancario-assicurativo assicuri ormai il 100 per cento dei propri dipendenti; la manifattura, il commercio e il turismo, almeno l'80 per cento; le costruzioni e le telecomunicazioni il 50 per cento; nell'ambito infine del pubblico impiego e dei servizi collegati, dei servizi sociali e sanitari, dei trasporti, la copertura appare molto limitata.

Chi è fuori? I non occupati, gli occupati saltuari e intermittenti, la gran parte dei dipendenti pubblici (dal momento che lo Stato, come datore di lavoro, non ha attivato quasi mai i fondi sanitari per motivi di cassa), molti lavoratori autonomi, i pensionati. Capite bene come sia davvero rilevante l'universo degli esclusi dalle coperture dei Fondi, la cui mission dovrebbe essere quella di garantire più welfare rispetto alle misure pubbliche.

Noi abbiamo condotto una Survey nel 2012 (insieme all'Ires Cgil Nazionale), la prima Survey condotta in Italia sul cosiddetto welfare aziendale: lì emergeva un 'pezzetto' di ragionamento che ci interessa moltissimo, relativamente al tema della non autosufficienza. Considerando le aziende sopra i cinquecento addetti che avevano attivato i Fondi sanitari, risultò come meno del 10 per cento destinasse risorse del proprio Fondo alle problematiche della non autosufficienza; dove ciò avveniva eravamo in presenza soprattutto di modeste prestazioni monetarie, di pochissimi servizi. Tali fondi dedicati alla non au-

tosufficienza, per altro, godevano di un grandissimo favore da parte dei lavoratori che si rendevano perfettamente conto di quale fosse il rischio di trovarsi fuori dal mercato del lavoro, in condizione di non autosufficienza e avere un sistema pubblico che garantisce ben poco.

Le motivazioni delle grandi imprese nazionali per l'introduzione dei fondi sanitari per i due terzi erano dovute al fatto che rappresentavano un'alternativa agli aumenti salariali; eravamo nel 2012. Oggi le odierne relazioni industriali si basano sempre più su aumenti salariali moderati ed una forte promozione del cosiddetto welfare aziendale, dove i Fondi giocano un ruolo cruciale.

In conclusione, qual è oggi il ruolo dei Fondi sanitari? È un ruolo prevalentemente sostitutivo, lo dobbiamo dire; ecco perché è bene non usare il termine "integrativi" per i fondi contrattuali. Nel 2016 oltre i due terzi (68 per cento) delle prestazioni erogate dai Fondi erano di tipo "sostitutivo", riguardavano cioè prestazioni incluse nei Lea.

Più aumenta il numero di coloro che 'fuoriescono' dal servizio sanitario nazionale, più il sistema pubblico si delegittima.

Allo stesso tempo, più aumentano il ruolo ed il peso dei Fondi, più si pongono nuovi problemi nella loro gestione: se la domanda aumenta, dovranno aumentare i 'premi' pagati da imprese e lavoratori? o si dovrà abbassare il volume delle prestazioni? Quale filtro per l'appropriatezza delle prestazioni? E la non autosufficienza? E le cronicità?

Siamo di fronte ad una evoluzione del nostro sistema di welfare che potrebbe condurci ad alcuni scenari preoccupanti. Innanzitutto si accentuano alcune caratteristiche storiche del Welfare State all'italiana: il particolarismo e la frammentazione delle misure.

Si rischia poi di ritornare nelle politiche sanitarie all'impianto 'categoriale' (superato in Italia solo con la riforma del 1978), che progressivamente va a sostituire l'impianto 'universalistico' nato con la riforma e si 'legittima' in qualche modo l'abbassamento della copertura pubblica.

Infine si pospongono sine die le scelte sulle sfide poste dai 'nuovi rischi sociali', fra cui la non autosufficienza.

Onde evitare scenari così preoccupanti si impongono allora misure volte da un lato a ridurre le differenziazioni e le disuguaglianze sociali, alimentate dalla crescita di importanza dei Fondi; e, dall'altro, a riorientare le agevolazioni fiscali. Infine si richiedono con urgenza scelte del decisore pubblico volte ad aumentare la trasparenza nel funzionamento dei Fondi, così come un maggiore controllo delle loro modalità operative ed una razionalizzazione del sistema.

Procediamo allora con ordine: si impone un maggiore 'coordinamento' a livello nazionale e territoriale tra i Fondi onde omogeneizzare maggiormente le prestazioni fra settori e fra lavoratori. Occorrerebbe poi, nell'ambito della scelta di privilegiare misure realmente 'integrative', prevedere Fondi Sanitari Nazionali, magari con differenziazioni regionali, che vadano oltre i confini settoriali e/o Fondi Sanitari Intersettoriali: in tal modo si otterrebbe anche una maggiore efficienza in termini economici, raggiungendo più facilmente una soglia critica di adesioni, che alcune fonti autorevoli stimano intorno a 60mila.

Si potrebbe inoltre andare anche alla creazione di Fondi Sanitari Regionali 'aperti' sul territorio, possibilmente gestiti dal pubblico, che garantiscano prestazioni 'integrative' anche dopo l'uscita dal mercato del lavoro.

Occorre infine varare finalmente una politica nazionale per la non autosufficienza, prevedendo Fondi Regionali dedicati. Vanno profondamente rivisitate le modalità di incentivazione fiscale da parte dello Stato: andrebbero decisamente riorientate le agevolazioni fiscali, onde garantire le agevolazioni fiscali solo a quelle prestazioni che da tempo il Servizio sanitario nazionale non riesce a fornire, l'odontoiatria e il sociosanitario (con in grande evidenza le prestazioni per la non autosufficienza).

Trasparenza, controlli e razionalizzazioni devono infine orientare la bussola del decisore pubblico: i bilanci dei Fondi vanno pubblicati periodicamente e resi visibili da tutti.

Occorre un controllo sul funzionamento dei Fondi esercitato da soggetti indipendenti. Va creata una base comune di dati generali, confrontabili e comparabili. Va 'regolata' la platea dei fornitori. ■

“I Fondi sanitari”

Ugo Ascoli

Tre caratteristiche della spesa sanitaria in Italia

- ▶ La spesa pubblica sanitaria pro-capite inferiore alla media Europa Occidentale e cresciuta negli ultimi venti anni del 37% (vs.79% UE 15)
- ▶ Soprattutto fortissima attenzione per il contenimento dei costi ,anche per la disastrosa situazione del Mezzogiorno
- ▶ Spesa out-of-pocket poco orientata verso forme di spesa collettiva tramite assicurazioni o fondi privati: dati OCSE 2010, (% spesa sanitaria totale: 2,6% Italia ,6,3% Spagna , 7,9%UK)

La tipologia dei Fondi Sanitari

- I «Fondi Sanitari integrativi» (ex art.9 D.LGS 502/092 e successive modificazioni (2008 e 2009):

comprendono prestazioni non comprese nei LEA, rimborso ticket, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

- «Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale» (ex art. 51 DPR 97/1986) e successive modificazioni (2008 e 2009:)

possono comprendere **sia prestazioni sanitarie comprese nei LEA che quelle extra LEA**. Qualora gli stessi enti, casse e società di mutuo soccorso intendano iscriversi all'Anagrafe dei fondi, devono garantire che almeno il 20 per cento delle risorse complessive annuali, siano destinate all'erogazione di prestazioni extraLea integrative rispetto a quelle garantite dal SSN

Origine dei Fondi

- Circa la metà è stato creato prima della Riforma Bindi (1999): realtà con radici antiche, ottocentesche, o nate dalla contrattazione anni 70-80, magari in imprese pubbliche
- L'altra metà dopo il 1999 : nascita e forte espansione dei nuovi Fondi categoriali , **soprattutto negli ultimi 10/12 anni.**

Anagrafe dei Fondi al 2017 (Fonte Ministero Salute 2019)

- ▶ **322** Fondi registrati presso l'Anagrafe dei FS presso il Ministero della salute (di cui 9 fondi sanitari integrativi e 313 enti, casse o società di mutuo soccorso aventi esclusivamente un fine assistenziale).
- ▶ Circa **11 milioni di iscritti** :
 - 10.605.308 a enti, casse o sms
 - 11.097 ai Fondi Sanitari Integrativi

Gli iscritti ai Fondi

- ▶ 63% lavoratori dipendenti
- ▶ 10% lavoratori non dipendenti
- ▶ 5% pensionati
- ▶ 22% familiari di lavoratori o pensionati

COMPLESSIVAMENTE:

- ▶ circa 1/3 lav. dipendenti e non dipendenti
- ▶ quasi la metà (46 %) dei lavoratori dipendenti privati contrattualizzati



IL ruolo dei Fondi Sanitari: complementare

- riguarda le prestazioni integrative non rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex decreto Sacconi ed anche altre prestazioni non individuate in tale decreto:

(rimborsi ticket
specialistica, lenti/occhiali, protesi
ortopediche e acustiche, check
up o prevenzione, ricovero SSN,
grandi interventi SSN, ecc.)



Il ruolo dei Fondi Sanitari: integrativo

- riguarda le prestazioni rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex decreto Sacconi:

assistenza infermieristica, cure
dentarie, interventi chirurgici
odontoiatrici, fisioterapia

Il ruolo dei Fondi Sanitari: sostitutivo

- ▀ Riguarda le prestazioni fornite in alternativa a quelle erogate dal SSN, nell'ambito dei LEA:

ricovero, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, parto, alta specializzazione, visite specialistiche e diagnostica ordinaria, chirurgia refrattiva (miopia), cure oncologiche.

IL successo dei Fondi :

Il successo in termini di diffusione dei FS è dovuto :

- ▀ all'**insoddisfazione** per il funzionamento del SSN
- ▀ all'ampio spettro di prestazioni offerte dai Fondi e **ottenibili subito**
- ▀ All'obiettivo di usare in modo più efficiente risorse che comunque i cittadini spenderebbero privatamente
- ▀ ai cambiamenti nel mondo delle relazioni industriali e dei **rinnovi contrattuali**, dove il Fondo Sanitario è ormai un punto fermo
- ▀ alla **forte incentivazione fiscale** promossa dagli ultimi governi

Le agevolazioni fiscali

- Il mancato gettito fiscale, sulla totalità dei contributi versati (pari a 1,9 miliardi):
nel 2016 : **-1,2 miliardi di euro**,
di cui poco più dei 2/3 (67%) a favore delle persone (meno IRPEF e contributi a loro carico)
e 1/3 (33%) a favore delle imprese che risparmiano i contributi a carico delle imprese.
Il totale dei contributi versati ai Fondi è pari a 1,9 miliardi.

Incentivare i Fondi Sanitari: per rimborsare i ticket ?

- *Se la somma corrispondente alle agevolazioni fiscali (1,2 miliardi) fosse corrisposta in termini di maggiori retribuzioni lorde o nette, comporterebbe un aumento non trascurabile del gettito fiscale che potrebbe essere destinato alla spesa sanitaria pubblica*
- una quota non indifferente delle prestazioni dei fondi sanitari va a rimborsare i costi dei ticket dei cittadini (pari a 1,3 miliardi) per l'accesso al SSN. Allora, ha senso, da un lato rinunciare ad un gettito fiscale incentivando la crescita di fondi sanitari, e, dall'altro, indirizzare una parte consistente di tale spesa verso la copertura dei costi di compartecipazione, che lo Stato chiede ad una parte dei suoi cittadini ?

Differenze fra contributi ai Fondi e prestazioni erogate

- ▶ Fatto uguale a 100 la totalità delle risorse versate ai Fondi dai lavoratori **le prestazioni erogate equivalgono al 25 % !!!!.**
- ▶ Le restanti risorse (75%) coprono:
 - A) spese amministrative,
 - B) spese di gestione dei Fondi,
 - C) la costituzione di fondi di riserva destinati a fronteggiare rischi futuri

FONTE: indagine Regione Toscana

EFFETTI dei FONDI oggi

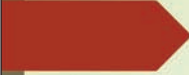
- ▶ Datori di lavoro: riduce il costo del lavoro
- ▶ Intermediazione finanziaria e assicurativa:
aumenta il del giro di affari
- ▶ Lavoratori: crea **uno scambio** fra meno remunerazione in busta paga vs. meno TFR, minore pensione e copertura sanitaria spesso duplicativa rispetto al SSN
- ▶ SSN: incentiva a non potenziare la sanità pubblica

EFFETTI dei FONDI oggi

- ▶ Consumismo sanitario: si incentivano screening non necessari, si accede a visite specialistiche saltando la mediazione del Medico di Medicina Generale
- ▶ Disuguaglianze sociali: aumentano fra gli assicurati e i non assicurati, anche perché il mancato gettito, dovuto alle agevolazioni fiscali è sopportato da tutta la collettività nazionale (assicurati e non assicurati).

Dentro e fuori i Fondi Sanitari

- ▶ Sono dentro coloro che lavorano con un Contratto Collettivo Nazionale
- ▶ Dimensione di impresa: medie e grandi imprese più che PMI
- ▶ Differenziazione settoriale: maggiore generosità in alcuni settori produttivi rispetto ad altri
- ▶ Quindi anche differenziazione territoriale fra aree più industrializzate e con maggiore occupazione (Centro Nord) e quelle meno industrializzate e con maggiore disoccupazione (Sud)



La differenziazione delle coperture settoriali

- Settore bancario-assicurativo : 100% dipendenti
- Manifattura, commercio e turismo: almeno l'80%
- Costruzioni e telecomunicazioni: il 50%
- Area pubblico impiego e servizi collegati, sociali e sanitari, trasporti: copertura molto limitata



Dentro e fuori i Fondi Sanitari

- Sono fuori i non occupati
- Sono fuori gli occupati saltuari
- Sono fuori gli occupati intermittenti
- Sono fuori la gran parte dei dipendenti pubblici
- Sono fuori molti lavoratori autonomi
- Sono fuori i pensionati

I Fondi sanitari presso le grandi imprese (Survey 2012) per la Non autosufficienza

- ▶ Tali Fondi sono presenti appena nel **9,8% delle aziende sopra i 500 addetti**
- ▶ Il 58,8% istituiti a livello nazionale, il 35,3% a livello aziendale
- ▶ Grandissimo favore presso i lavoratori : nell'82% dei casi hanno aderito oltre i quattro quinti degli occupati

Motivazioni delle grandi Imprese per l'introduzione dei F.S. (Survey 2012)


- ▶ Alternativa agli aumenti salariali 19,3%
- ▶ Mix fra aumenti salariali moderati e offerta di prestazioni di welfare per fidelizzare i lavoratori 43,3%
- ▶ Potere di pressione del sindacato 21,6%
- ▶ Collaborazione impresa- lavoratori 33,3%
- ▶ Paternalismo datore di lavoro 2,3%

(possibili due risposte: quindi % superiori a 100)



Verso un ruolo sostitutivo del SSN ?

- ▶ **Nel 2016 il 68% (oltre quindi i due terzi) delle prestazioni erogate dai Fondi erano di tipo sostitutivo, per prestazioni incluse nei LEA**
- ▶ C'è una relazione fra tagli alla sanità pubblica, ticket e quantità di prestazioni sostitutive ?
- ▶ Verso una sempre maggiore frammentazione della tutela della salute, riportando in auge il principio della categorialità ?



I Fondi fra delegittimazione della sanità pubblica e rischi di gestione

- ▶ Più aumenta il numero di coloro che 'fuoriescono' dal SSN più il sistema pubblico si delegittima
- ▶ Più aumenta il ruolo dei Fondi più si pongono nuovi problemi ai gestori: se la domanda aumenta, aumentano i premi, si abbassano le prestazioni ? Quale filtro per la 'appropriatezza' delle prestazioni ? E la Non Autosufficienza ? E la cronicità ?

I rischi di tale evoluzione del sistema di welfare

- ▶ Accentuazione del modello di welfare particolaristico e frammentato
- ▶ Un ritorno all'impianto 'categoriale' al posto di quello 'universalistico'
- ▶ Abbassamento copertura pubblica
- ▶ La posposizione sine die del dibattito sui 'nuovi rischi sociali', fra cui la non-autosufficienza

Per ridurre le differenziazioni

- ▶ Maggiore **coordinamento** a livello nazionale e territoriale tra i Fondi per omogeneizzare maggiormente le prestazioni fra settori e lavoratori
- ▶ Prevedere **Fondi sanitari nazionali**, con differenziazioni regionali e/o **Fondi sanitari intersettoriali**: in tal modo si otterrebbe anche una maggiore efficienza in termini economici, raggiungendo più facilmente una soglia critica di adesioni che alcuni stimano intorno a 60.000
- ▶ Creazione di **Fondi sanitari "aperti" sul territorio, regionali**, possibilmente gestiti dal pubblico, che garantiscano prestazioni anche dopo l'uscita dal lavoro



Riorientare le agevolazioni fiscali

- Garantire le agevolazioni fiscali soltanto a quelle prestazioni che da tempo il Servizio sanitario non riesce a dare, l'odontoiatria e il sociosanitario (con in grande evidenza le prestazioni per la non autosufficienza).
- Varare una politica nazionale per la **Non Autosufficienza** prevedendo **Fondi Regionali dedicati**.



Trasparenza, controlli e razionalizzazione

- Bilanci pubblici dei Fondi, pubblicabili e visibili da tutti.
- Controlli da soggetti indipendenti
- Creazione di una base comune di dati generali
- Regolazione platea dei fornitori
- Rivisitazione delle modalità di incentivazione fiscale da parte dello Stato

REGIONE: BISOGNA CAMBIARE PASSO

Schiavi: Invito Monica Vangi della segreteria Cgil Lombardia per il suo intervento. Mi fa molto piacere che ci sia un'altra figura femminile in questo convegno, perché è importante che sia la vostra voce considerato il sempre più importante ruolo delle donne nella sanità: donne medico, donne infermiere, donne che si occupano anche di sanità... e ce ne vorrebbero di più. Come guardare alla sanità non soltanto con un atto di accusa ma anche come partecipazione a cambiare questo comparto?

Credo davvero sia necessario mantenere i riflettori puntati sul tema della sanità, sul socio sanitario, sul welfare in generale, lo era prima della pandemia, per quanto ci riguarda, lo è oggi in modo particolare.

Innanzitutto direi che le criticità della sanità italiana non cominciano con l'emergenza sanitaria. La pandemia, purtroppo, in ordine di tempo è stato l'ultimo terribile colpo che è arrivato dopo tagli al servizio sanitario nazionale per un valore di 37miliardi e, aggiungiamo, dieci anni di blocco del turn over che determinato un taglio radicale di professionisti, medici, infermieri, operatori e di tutte le professioni sanitarie.

Lo scorso 9 marzo, giorno in cui ci ricordiamo tutti c'è stato il *lockdown*, tutte le Regioni registravano e lamentavano carenze di organico significative sia per gli ospedali che per le attività ambulatoriali e l'assenza, la carenza importante di medici di medicina generale e di pedia-

tri di libera scelta. Mancavano allora, all'appello, circa 60mila professionisti del servizio sanitario nazionale e più di 20mila medici di medicina generale.

Purtroppo non finisce qui, non solo non ci sono medici e infermieri a sufficienza, ma sono anche pochi quelli in cerca di lavoro. Abbiamo, infatti, un altro problema che è strutturale: il numero chiuso nelle facoltà universitarie e nelle scuole di specializzazione medica e ha avuto e continua ad avere come effetto la scarsità di professionisti formati e, soprattutto, pronti ad essere assunti.

Mancano, e lo sappiamo bene perché ci viene ricordato spesso, pediatri, ginecologi, ma mancano



Monica Vangi



soprattutto anestesisti e rianimatori, quei professionisti che servono nelle terapie intensive.

Il governo è intervenuto con il Decreto del 9 marzo e poi con il Decreto rilancio nel quale, fra le altre cose, sono state previste procedure e risorse utili a reclutare e ad assumere personale sanitario per far fronte all'emergenza pandemica.

In Lombardia, noi viviamo a cinque anni dall'approvazione di questa Legge Regionale la 23, la cui sperimentazione sappiamo essere in scadenza proprio quest'anno. Come organizzazioni sindacali abbiamo detto, e continuiamo a dirlo, che gran parte degli interventi previsti in quella Legge non hanno trovato attuazione, o spesso sono stati contraddetti nella prassi e nei risultati, a partire dall'insoluta debolezza della nostra sanità nel territorio che molto ha contribuito nel determinare un impatto più grave nell'epidemia da Covid-19.

Ricostruire le fondamenta del sistema significa per noi ripartire dalla prevenzione, dalla profilassi, dall'educazione alla salute, dall'integrazione socio sanitaria con il sociale, significa cambiare rotta ripartendo dai Distretti, negli

anni svuotati di professionalità e di competenza, serve ricreare luoghi fisici di prossimità per i cittadini, dotati di risorse umane ed economiche, con un forte sistema di governance che superi il modello ospedalocentrico che ha caratterizzato la Lombardia.

Il sindacato, unitariamente – che significa confederazioni, categorie della funzione pubblica, dei pensionati – ha organizzato, prima del mese di agosto, tre presidi dove abbiamo voluto portare la voce di tante persone che hanno provato, ahimè, sulla loro pelle cosa ha significato l'emergenza sanitaria.

Abbiamo fatto tre presidi tematici sotto il palazzo della Regione Lombardia, ma non abbiamo rinunciato a quella che è una nostra prerogativa, quella di elaborare delle proposte. Abbiamo unitariamente condiviso, studiato, provato a proporre un documento che abbiamo chiamato *Idee e proposte per un nuovo patto per la salute in Lombardia* dove, non a caso, c'è più sanità pubblica e più medicina del territorio.

Il documento è stato, ovviamente, inviato al presidente della Lombardia, all'assessorato al Welfare, ma anche agli esponenti della politica regionale. A seguito dell'invio di questo documento abbiamo avuto due incontri che, a oggi, non possiamo considerare soddisfacenti. Siamo usciti con un impegno dell'assessorato a proseguire i confronti su alcuni temi che sono prioritari: ospedali, socio sanitari e medicina territoriale.

Siamo stati auditi dalla Commissione istituita da Regione Lombardia per rivalutare o rivedere la Legge Regionale n. 23 del 2015.

A oggi, come organizzazioni sindacali, non ci è chiaro come nei territori della Lombardia le singole Ats abbiano trovato declinazione le delibere regionali in attuazione al Decreto Rilancio, ricordiamo che parlavano di reti ospedaliere e di medicina del territorio. Soprattutto non ci sono chiare le ragioni, e speriamo di avere delle risposte negli incontri che dovremo avere a breve, quali sono le motivazioni per cui Lombardia ha poche Usca, Unità speciali di continuità assistenziale, che come è noto sono costituite da medici e infermieri che dovrebbero curare nelle proprie case i malati Covid che non necessitano di ricovero ospedaliero. Ricordiamo che il Decreto del 9 marzo ne prevede-

va una ogni 50mila abitanti da istituirsi entro dieci giorni dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale del Decreto. In Lombardia, il rapporto abitanti-Usca non è rispettato, ma non ci sono chiare nemmeno le ragioni per cui non è stata potenziata l'attività di assistenza domiciliare di malati Covid. Non sono state individuate, in ciascuna Ats strutture ricettive utili e indispensabili all'isolamento non solo per gli operatori sanitari ma anche di cittadine e cittadini che non hanno la possibilità di attuarlo per le loro condizioni abitative.

Un altro dato che non è chiaro è quanti e quali professionisti siano stati assunti per potenziare sia la medicina di territorio, ci riferiamo agli infermieri di comunità e di famiglia, sia le attività ospedaliere: posti letto di terapia intensiva, abbattimento delle liste di attesa (Decreto Agosto). Inoltre non ci è chiaro se i nostri ospedali hanno attivato gli interventi strutturali necessari e previsti dal Decreto Rilancio utili a consentire il doppio percorso di accesso Covid e non Covid.

A Marzo, Aprile e Maggio tutte le prestazioni non urgenti e forse in parte anche quelle urgenti, sono state sospese. Screening per la prevenzione oncologica o cardiaca, indagini strumentali, visite specialistiche, interventi chirurgici programmati, tutti sospesi per due ragioni: i medici e gli infermieri venivano spostati a occuparsi dei pazienti Covid, in modo particolare nelle terapie intensive e sub-intensive e nei reparti Covid, bloccando così le attività ordinarie. Quanto tutto questo abbia inciso o inciderà sulla salute delle cittadine e dei cittadini della Lombardia e dell'intero Paese, non è facile da stimare, ma qualcosa si può immaginare. Siamo andati a vedere uno studio presentato dalla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia: i medici dichiarano impatti in termini di diagnosi e di biopsie dimezzate del 52 per cento, ritardi degli interventi chirurgici per il 64 per cento, visite diminuite del 57 per cento. Se cambia la patologia non cambia o migliora la situazione, secondo uno studio della Società italiana di cardiologia i ricoveri per infarto acuto al miocardio durante la pandemia da Covid, si sono significativamente ridotti in tutta Italia con un

parallelo aumento della mortalità e dei tassi di complicazione.

Questo rappresenta un grave problema sociale, che richiede attenzione da parte delle comunità scientifiche, sanitarie e delle agenzie di regolamentazione pubblica.

Ora, siamo di nuovo in una fase di emergenza, in Lombardia i reparti Covid degli ospedali incominciano a essere pieni ed è iniziata la riduzione, e in alcuni casi la sospensione, dei ricoveri programmati e dell'attività ambulatoriale. In Lombardia si è deciso di potenziare il numero di posti letto in terapia intensiva riattivando le strutture temporanee di Bergamo e Milano a parità di risorse umane, vale a dire che verranno utilizzati operatori, medici e infermieri, preparati, provenienti da ospedali pubblici e privati della Lombardia.

Quali saranno le ricadute sul personale sappiamo essere un tema di confronto di questi giorni fra Regione Lombardia e le categorie della funzione pubblica, ma per noi è importante e fondamentale capire quali saranno le ricadute sull'attività ordinaria degli ospedali.

Che fare? Noi crediamo che le parole chiave da utilizzare per affrontare questa emergenza e per garantire a tutti il diritto alla salute, siano tre: assunzioni, risorse, dialogo e confronto.

Con le assunzioni registriamo un problema che si sta evidenziando in Regione Lombardia perché le risorse mancano in sanità, ma iniziano a mancare in modo significativo anche nelle nostre case di riposo per effetto di spostamento di personale che ha scelto il miglior trattamento economico e normativo e quindi, dalle case di riposo è passato agli ospedali. A Bergamo sono circa cento gli infermieri che sono passati agli ospedali.

Accanto al tema delle assunzioni, mi permetto di dire, che c'è la necessità di prendersi carico dei professionisti e delle professioniste che hanno già lavorato in questa fase dell'emergenza, perché, davvero, sono in una situazione molto complicata dal punto di vista psicologico e mi sento di dire che tanti segnalano di non essere pronti a riaffrontare una nuova ondata.

Come dicevo, la prima parola è assunzioni; le assunzioni sono necessarie perché ci servono per potenziare la sanità di territorio a partire dalle

attività di Usca, per l'organizzazione di attività di assistenza domiciliare, malati di qualsiasi patologia. Ma anziani, disabili, devono essere presi in carico e seguiti, siano essi ospiti di strutture residenziali o nelle loro abitazioni, è necessario e prioritario implementare, e di molto, l'assistenza domiciliare. La solitudine che abbiamo visto colpire tantissime persone, in modo particolare le più fragili, sole nelle case di riposo o sole nel loro domicilio, deve essere evitata. Per assumere personale sappiamo che servono risorse, non sarebbe più accettabile tornare a quello che è accaduto a Marzo con la sospensione di tutti i servizi no Covid, tenendo conto che ancora oggi non siamo riusciti a recuperare visite, esami e interventi chirurgici che avevamo rinviato per il *lockdown*.

La posizione della Cgil è chiara, occorre attivare anche le risorse del Mes.

Come dicevo all'inizio, le proposte del sindacato le abbiamo portate all'attenzione della Regione Lombardia. Credo che un elemento di criticità sia la terza parola chiave, il confronto, lo abbiamo già fatto e torniamo a farlo. Chiediamo a Regione Lombardia, ma anche a tutta la politica regionale di aprire un confronto duraturo e costante con le organizzazioni sindacali per affrontare insieme una situazione che è molto complicata. Affrontare la discussione per noi significa affrontare prima di tutto la discussione sulla rivisitazione della Legge regionale 23, è una priorità, perché non ci si può limitare a fare un'operazione di restauro di quella norma, ma si deve arrivare a fare una puntuale modifica a partire con chiarezza dall'analisi di ciò che non è stato fatto. Mi riferisco, in modo particolare, allo sviluppo della medicina di territorio e all'integrazione socio sanitaria col sociale. Ciò che non è stato fatto, ma anche analizzando quello che non ha funzionato, perché in Regione Lombardia non ha funzionato la presa in carico dei pazienti cronici, non ha funzionato il sistema di governance, non ha funzionato, dal nostro punto di vista, l'attuale sistema degli accreditamenti che ha portato, come è noto, a un rapporto squilibrato fra pubblico e privato.

Dobbiamo anche rivedere la Legge 23 incentivando, valorizzando maggiormente ruoli e responsabilità degli enti locali, un tassello impor-

tante che non può non essere considerato. Chiediamo anche il confronto sulla declinazione nei nostri territori, nelle nostre Ats del Decreto Rilancio anche sull'utilizzo delle risorse comprese quelle europee, quando saranno a disposizione. Stiamo già registrando forti criticità sul tema della prevenzione, della sorveglianza e del tracciamento in alcuni territori come Milano, Monza. Crediamo che questa pandemia debba rappresentare un momento di cambiamento reale, serve un cambio di passo, serve davvero riuscire a superare la logica della prestazione che caratterizza in modo particolare la nostra regione, serve superare la logica di un modello ospedalocentrico che penalizza fortemente la medicina del territorio e serve, naturalmente, riconoscere e valorizzare il ruolo delle parti sociali, perché rappresentiamo tante cittadine e cittadini, lavoratori e pensionati e sappiamo di avere idee e proposte. ■

OGGI PIÙ CHE MAI CI SERVE UN CLIMA DI UNITÀ

Schiavi: Grazie, mi sembra che il cambio di passo sia la richiesta più evidente, una richiesta che arriva già da mesi, anche perché la pandemia impone una sterzata.

Abbiamo visto che la sanità in Italia, non solo in Lombardia, stava andando in una direzione sbagliata: una visione troppo economicista con tagli ai servizi sul territorio, tarata sulle acuzie e spesso vista anche come investimento immobiliare. C'è un caso che cito spesso, un caso lombardo, quello dell'Istituto dei Tumori e dell'Istituto Besta, due eccellenze sanitarie che sono state strattolate da una parte e dall'altra proprio perché dovevano compensare alcune logiche immobiliari e sono ancora al centro di questo tormentato balletto.

Secondo me questo rappresenta un elemento di negatività in quella che è una programmazione sanitaria, anche questo va messo sul piatto di quelle distorsioni di cui abbiamo parlato prima.

La Regione Lombardia è stato un po' il convitato di pietra di questi ragionamenti e di questi interventi, diamo ora la parola al vicepresidente del consiglio regionale, Carlo Borghetti, proprio perché dovremmo trovare uno spirito costituente per rientrare in quel cambiamento che tutti auspicano. Anzi che tutti auspichiamo proprio perché il tema pandemia sta scaraventando tutte le economie sanitarie europee e mondiali in una sorta di *tourbillon* dal quale bisogna uscire con delle proposte, con degli interventi.

Grazie per l'invito a questo importante momento di riflessione e di proposta. La cronaca di queste ore ci porterebbe a parlare della pandemia che sta diventando così acuta, grave, ma è importante e necessario, invece, parlare anche del nostro servizio sanitario nazionale e regionale, per parlare della necessità di cambiamento, per un immediato futuro che veda risolti gli attuali punti di debolezza.

Certamente l'assunto del titolo di questa mattinata, cioè il fatto che la sanità sia malata, è da condividere. Ci sono problemi a livello di sanità nazionale, e a livello di sanità lombarda. Basterebbe ricordare i principi della 833 del '78, quando fu istituito il Servizio sanitario nazio-



Carlo Borghetti

nale: si disse, allora, che la salute non era solo cura, ma anche prevenzione, ed anche riabilitazione. Mi sembra che, a livello nazionale ma soprattutto lombardo, si parli tanto di ospedale ma ci si sia occupati troppo poco di quello che viene *prima* dell'ospedale, con la prevenzione, e che viene *dopo* l'ospedale, con la riabilitazione. Questo deve essere l'indirizzo del cambiamento necessario, subito, per la sanità nazionale e regionale.

Non a caso a livello lombardo la prima mancanza è certamente relativa alla sanità territoriale, a partire dalla mancanza di capacità di presa in carico, ma sta calando anche l'*universalità* del servizio che la stessa Costituzione mette come uno dei cardini per il nostro Paese. Aumentano le *diseguaglianze di salute*, non soltanto nelle regioni del Sud, di cui parliamo sempre, ma anche in Lombardia, dove si cura meglio chi ha più soldi in tasca perché può pagarsi visite ed esami saltando così le lunghe liste di attesa.

Vorrei toccare qualche punto che riguarda la sanità sia a livello nazionale che regionale, e poi mi soffermerei in specifico sulla famosa Legge regionale 23, la riforma di Maroni del 2015, che dovrà essere sottoposta a valutazione, per legge, entro la fine di quest'anno.

Si diceva prima che non si è tenuto sufficientemente conto del problema dell'*invecchiamento* della popolazione. Ricordo che all'inizio degli anni 2000 fu proclamato l'anno europeo dell'invecchiamento della popolazione, anno in cui ci furono convegni su convegni in cui si diceva che era necessario ricentralizzare le politiche sociali e socio-sanitarie sul tema dell'anziano: ebbene, questo non è mai avvenuto, abbiamo ancora una programmazione che mette al centro l'acuzie, e non mette al centro la cronicità. La proposta che mi verrebbe da fare, quasi come provocazione, è che servirebbero dei Lea specifici sulla cronicità, cioè dei livelli essenziali da garantire per il malato cronico, una sorta di *Carta dei diritti del malato cronico* a cui la programmazione si deve obbligatoriamente attenere.

Poi c'è il grande tema dei *fondi*, delle risorse, se ne è parlato questa mattina parlando della sanità integrativa. Vorrei ricordare che i fondi non solo sono stati tagliati, ma sono anche usati male. Siamo un Paese, e anche una Re-

gione, che fa poca valutazione dell'efficacia delle politiche intraprese: vorrei che si valutasse, dopo l'attuazione di una misura, cosa ha funzionato e che cosa non ha funzionato... di contro invece la spesa è spesso ripetuta 'per abitudine', senza una verifica d'efficacia. Poi bisogna cambiare mentalità, c'è un problema culturale: per la sanità non si dovrebbe più parlare di *spesa*, ma di *investimento*: spendere soldi in sanità vuol dire investire in salute. E, sottolineo, sanità vuol dire anche Pil: una fetta importante del nostro Pil dipende anche dalla cura e dalla salute dei nostri concittadini.

Poi c'è l'altro grande problema del rapporto tra *pubblico e privato*. Dico subito che qui, in Lombardia, è uno dei punti nevralgici da affrontare: il tema non è "il privato è cattivo" e "il pubblico è bello", oppure "il privato è efficiente", il "pubblico è inefficiente". La sanità lombarda cammina su due gambe, piaccia o non piaccia, una gamba privata e una gamba pubblica: il tema è che il privato non può con i soldi dei lombardi fare 'quello che vuole'. Il privato quando usa soldi pubblici deve rispondere a una programmazione pubblica. Invece in questi anni in Lombardia si è visto un meccanismo di accreditamento (che ha voluto dire soldi passati dalla Regione al privato) che è stato riconosciuto semplicemente sulla base del fatto che il privato si riconducesse ad alcuni standard gestionali e strutturali, e non si è mai passati a un accreditamento sulla base del *bisogno di salute* da soddisfare e sulla base di una *programmazione* che riguardasse l'intero territorio regionale. Occorre ricondurre la sanità privata a una programmazione pubblica nel momento in cui usa i soldi pubblici.

Parlando di soldi è sicuramente necessaria una revisione del sistema di *remunerazione*. Anche qui è stato ricordato come il sistema dei Drg probabilmente non possa essere completamente superato, ma certamente ha bisogno di una revisione, perché ci sono Drg troppo remunerativi – anche a causa dell'evoluzione della capacità di curare, della tecnologia, delle tecniche operatorie – e ci sono dei Drg troppo poco remunerativi. Allora l'obiettivo deve essere usare i Drg per una giusta remunerazione, e il Drg deve essere una *leva* per l'appropriatezza. Ho imparato,

parlando con molti chirurghi di diversi ospedali, che ci sono dei Drg che, paradossalmente, premiano l'inappropriatezza: basta fare, ad esempio, il caso del tumore bilaterale al seno, che viene remunerato di più quando si fa l'operazione in due volte (essendo bilaterale) – piuttosto che quando si fa l'operazione una volta sola a entrambi i seni secondo quanto le linee guida internazionali prevedono. Questo tema dei Drg è molto poco discusso, invece è urgente, perché deve portare a una migliore spesa e a una migliore appropriatezza delle prestazioni.

Poi c'è il "tumore" della *lottizzazione* delle nomine, che riguarda tutte le Regioni e ovviamente anche Regione Lombardia... Senza peli sulla lingua parlerei proprio di lottizzazione delle nomine. In Regione abbiamo provato, invano, a chiedere un diverso sistema, che passasse da selezioni *pubbliche*, come succede in altre parti del mondo dove coloro che devono assumere un'importante carica di direzione vengono sottoposti ad audizioni pubbliche in cui dimostrano quali sono le loro capacità e le loro competenze. Le nomine non possono essere ridotte a una valutazione che la Giunta regionale fa sulla base di un curriculum e sulla base di test che poi, come abbiamo visto, si sono rivelati non sufficientemente efficaci per selezionare i migliori. Il tema è selezionare i migliori, e non selezionare gli amici. Sembrerebbe abbastanza semplice...

Poi serve più coinvolgimento degli enti locali. Si parla tanto di integrazione sociale e integrazione sociosanitaria, ma se non coinvolgiamo realmente gli enti locali nella fase di programmazione, rimarrà sempre tutto una chimera, e la Legge 23 da questo punto di vista ha fatto fare dei passi indietro. Basta pensare che i Piani sociali di zona dei Comuni non si "parlano" con i Piani operativi delle Aziende sociosanitarie territoriali. Com'è possibile che due programmazioni, che riguardano entrambe la salute dei cittadini, vengano fatte in maniera parallela e non integrata? Serve un coinvolgimento vero dei Sindaci proprio nella parte cogente della programmazione.

Altro tema è la sanità integrativa: se è *integrativa* è una cosa, se è *sostitutiva* non va bene. Credo che non possiamo più fare a meno di questo

strumento, però non può essere un trucco per coprire le falle del servizio sanitario pubblico. Faccio un esempio, anche se capisco che oggi dentro una pandemia può sembrare secondario: perché l'odontoiatria, la cura della salute della nostra bocca, dei propri denti, deve essere, in questo Paese e anche in Regione Lombardia, appannaggio del privato? Queste prestazioni di cura oggi i cittadini o le ottengono attraverso fondi cosiddetti integrativi o le ottengono tirando fuori dalle proprie tasche i soldi. Ma se ci sono delle cure della salute che vengono riconosciute importanti, devono essere erogate *nel* servizio sanitario, e non lasciate all'out of pocket o ai fondi integrativi, che diventano così fondi sostitutivi.

E poi basta con questa politica dei *bonus e dei voucher*, che purtroppo hanno 'preso' un po' troppo anche lo stesso Centrosinistra, anche se tipicamente le politiche dei bonus e dei voucher sono sempre state politiche della Destra e del Centrodestra. Queste politiche stanno 'scassando' i servizi: l'idea di dare in mano 'il soldo' all'utente, al paziente, e di mandarlo a prendere una prestazione, può sembrare utile al paziente in quel momento, ma in realtà quel soldo è sottratto al finanziamento dei servizi, che si trovano poi con una programmazione dei fondi loro destinati sempre più precaria. Basterebbe guardare, in Lombardia, cosa è successo al *Fondo sociale regionale* che i Comuni ricevono per tutta la parte sociale e sociosanitaria di loro competenza, dove – anno dopo anno – sono state tagliate risorse, e non c'è mai certezza di quello che verrà stanziato ed erogato l'anno dopo. Così la programmazione dei servizi diventa veramente qualcosa di praticamente impossibile da parte di chi la dovrebbe fare: quindi va rivista questa tendenza continua a trasformare tutto in voucher e bonus. Ricordo, per parlare del solo sociale, quella bellissima Legge, la 328, che andava sotto il nome di Turco-Napolitano, che parlava di *rete dei servizi*, di *integrazione*: anche questa è rimasta sulla carta, soprattutto in Lombardia dove si tende a fare tutto "in salsa padana", e tutte quelle che sono indicazioni nazionali vengono interpretate sempre in qualche maniera.

Due parole sull'assistenza agli anziani e sulle Rsa, che mi stanno particolarmente a cuore, e non solo perché ho un passato professionale nel-

le case di riposo. Le Rsa devono essere un perno intorno a cui ruota una *filiiera integrata* della assistenza e cura e della persona anziana, che va dalla assistenza domiciliare, ai centri diurni, agli alloggi protetti, agli hospice. E va messa a sistema anche una parte importante che oggi fanno le *badanti*: in Lombardia se ne stimano circa 200mila, e due terzi lavorano in nero. Su questo tema ho presentato – e ho avuto la soddisfazione di vederla approvata all'unanimità nel 2015 – una *Legge regionale sulle badanti*: peccato che poi la Regione non l'abbia ancora veramente messa in atto. Quella Legge prevede l'istituzione di Sportelli per l'assistenza familiare a livello distrettuale, l'istituzione di Registri delle badanti, dove le famiglie possono andare a vedere quale è l'offerta sul loro territorio e scegliere l'assistente familiare formata che sia adatta al loro caso; parallelamente la Regione dà dei contributi per chi mette la badante in regola (in modo di farla uscire dal nero), e dà la garanzia che si assumano delle badanti che sono formate attraverso specifici corsi. Non sono stato bravo io a fare la legge, la proposta è uscita da un'ampia concertazione e condivisione, anche con il sindacato, con le forze sociali, con coloro che si occupano del tema dell'assistenza familiare: peccato che la legge ci sia ma non sia stata ancora applicata.

Poi lasciatemi fare un ultimo passaggio sulle Rsa che riguarda la cronaca: martedì proporrò in aula un *Piano regionale Rsa*, perché la pandemia sta ancora mordendo, e per evitare di trovarci nella situazione di marzo e aprile, bisogna che la Regione dia non solo protocolli ed email alle Rsa, ma sostegni, garanzia di tracciamento per gli operatori e per gli ospiti, e tutta una serie di cose proposte in otto punti. Adesso non ho il tempo di entrare nel merito, però è urgente e necessario, perché gli anziani sono le vittime perfette del virus e quindi devono essere i primi destinatari, in questo momento, delle politiche di protezione e di sostegno, che devono venire sia dal livello nazionale che da quello regionale.

Concludo con alcune parole sulla *Legge 23*, la riforma del 2015 targata Maroni, che sarà finalmente oggetto di verifica, dopo un quinquennio, entro fine anno.

Mi risulta che la giunta regionale ci stia lavorando, peccato che in consiglio regionale la commissione Sanità, di cui faccio parte, non sia mai stata, ad oggi, consultata e coinvolta. Siccome noi consiglieri abbiamo per legge il ruolo dell'*indirizzo* e del controllo delle politiche regionali, io mi auguro che la giunta lasci al più presto la discussione alla commissione sanità, luogo deputato per elaborare una nuova riforma sanitaria di cui ormai tutti parlano, anche in maggioranza.

La Legge 23 è in parte da attuare e in parte da buttare nel cestino: la parte da attuare, quella buona, riguarda la previsione dei Presst (Presidi sociosanitari territoriali) e dei Pot (Presidi ospedalieri territoriali), che di fatto non è stata attuata. A noi piace molto il modello delle Case della salute, ma comunque lì si voglia chiamare servono dei luoghi dove mettere, territorio per territorio, in maniera integrata, la medicina dei medici di medicina generale, con la parte degli assistenti sociali, con gli specialisti. Un luogo dove la persona può andare a fare la visita dal suo medico di famiglia, uscire dallo studio ed entrare nello studio accanto del cardiologo o del diabetologo, ad esempio, specialisti che poi possono relazionarsi direttamente con il medico di medicina generale, in modo da avere veramente quella integrazione, quella unitarietà di cura che è sempre mancata. È un modello che può essere tradotto in varie formule, ma l'importante è che si realizzi: Presst e Pot era la formula della 23, peccato che dopo questi cinque anni non sono stati realizzati.

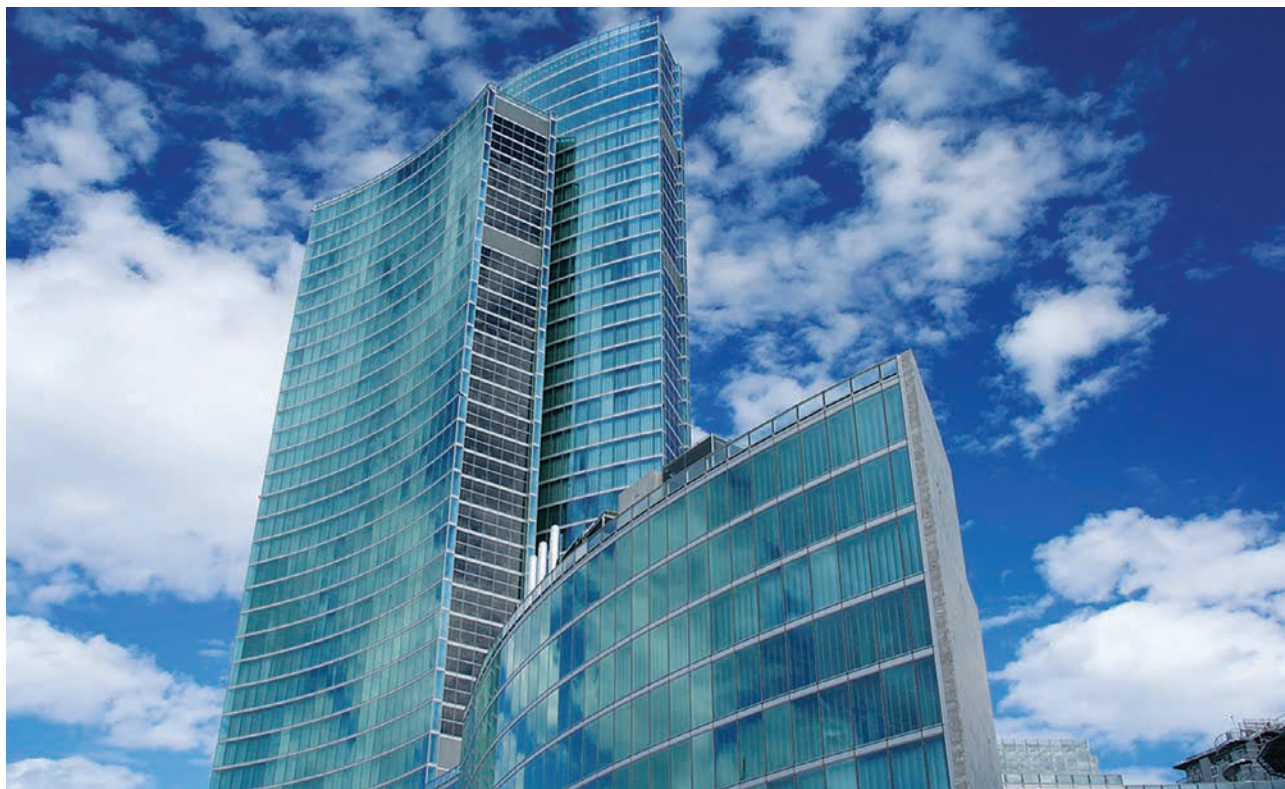
Poi della Legge 23 va attuata *veramente* quella che doveva essere l'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale, che è stata messa in piedi tardi e male dalla Regione, con poche risorse. Evidentemente, siccome era una proposta delle minoranze, consentitemi la battuta, è stata digerita allora ma non ci si è mai creduto. Soltanto adesso, dopo cinque anni, l'Agenzia di controllo ha incominciato effettivamente a lavorare. I controlli sono importanti, sono una leva fondamentale per l'appropriatezza, ma quella Agenzia di controllo aveva e ha anche un compito importante di *valutazione di efficacia*, per capire come e dove spendere meglio i soldi che Regione Lombardia mette sulla sanità.

Per quanto riguarda la parte della 23 che invece va buttata, io dico che questa doppia *governance*, Ats e Asst, alla prova dei fatti non ha funzionato. Guardate cosa ne è stato dei Dipartimenti di prevenzione (fortemente depotenziati e marginalizzati), guardate cosa ne è stato di tutta una serie di servizi che si trovano divisi tra le Ats e le Asst, completamente depotenziati. I Dipartimenti di prevenzione dovevano fare la regia della lotta al virus, invece sono stati la 'Cenerentola', non sono stati in grado di fare il tracciamento. C'è, quindi, urgentemente bisogno di una revisione di questa doppia *governance*. Da rivedere anche perché avere messo insieme territorio e ospedale dentro le Asst ha fatto sì che il territorio sia diventato l'ultima preoccupazione di queste aziende. La figura del direttore sociosanitario delle Asst ha sostanzialmente perso ruolo, perché è chiaro che l'ospedale si è 'mangiato' tutta l'attenzione e le risorse.

Non funziona della Legge 23 l'assessorato unico al Welfare, a parte il fatto che – per motivi politici e di manuale Cencelli – l'attuale giunta regionale ha poi creato tre assessorati che si occupano di salute (oltre all'assessore Gallera, ci sono l'assessore Bolognini e l'assessore Piani che si occupano di temi che riguardano la

salute, però sulla carta c'è un assessorato *unico*, che non funziona). Andate a chiedere a tutto il mondo sociosanitario cosa pensa dell'assessorato unico: si sentono orfani di un interlocutore politico, ma anche di un interlocutore tecnico, e questo lo si è visto drammaticamente durante la pandemia quando il mondo della disabilità e il mondo delle case di riposo sono stati sostanzialmente abbandonati dalle politiche regionali e dall'azione di sostegno della Regione, totalmente concentrata sugli ospedali.

Non funziona della Legge 23, per cui va veramente messa nel cestino, tutta la parte che riguarda i *Distretti sociosanitari*, che è assolutamente non conforme a quello che prevedono le regole nazionali: in Lombardia abbiamo mega Distretti, persino di 800mila abitanti, perché sono stati fatti coincidere i confini dei Distretti sociosanitari con i confini delle Asst. Il Distretto sociosanitario ha perso di ruolo, di competenza, di risorse umane: professionalità che sono state specifiche dei Distretti, per anni, sono state messe dietro la scrivania delle Asst, con il risultato che l'integrazione sociosanitaria ha perso continuamente pezzi. I Distretti vanno realizzati non come dice la 23, ma come dice la normativa nazionale, molto più piccoli. Ricor-



do che la 23 ha potuto fare questa cosa perché è stata dichiarata *sperimentale*: noi siamo l'unica Regione d'Italia che non ha più le Asl, e siamo l'unica Regione che ha fatto dei Distretti socio-sanitari questo ente così etereo che, invece, nella programmazione nazionale ha un ruolo fondamentale per le cure primarie.

Sul tema 'pubblico-privato' la 23 nulla dice sul fatto che il privato debba rispondere a una programmazione pubblica. Mi spiegate perché non può esistere un'*agenda unica* per le visite e gli esami in cui anche il privato metta completamente a disposizione le sue prestazioni, e non si riservi gli esami e le visite che sono più remunerative? Dal momento che riceve risorse pubbliche, deve rispondere a una programmazione delle visite e degli esami che sia di interesse del cittadino lombardo: è necessaria un'Agenda unica vera, non fittizia, per accorciare le lunghe liste d'attesa. Se io chiamo il numero verde regionale, io cittadino lombardo, l'offerta di visite ed esami che mi viene proposta deve essere un'offerta proveniente sia dalle strutture pubbliche che dalle strutture private convenzionate.

Sul *personale* è fondamentale arrivare intanto a tutte le stabilizzazioni possibili. Ora, per fortuna, arrivano anche risorse, e vanno utilizzate anche per *incrementare* il personale. La Regione Lombardia sta facendo con ritardo i concorsi per l'assunzione di personale che anche a causa della pandemia deve essere assunto, ma c'è una carenza che arriva da tagli che sono stati fatti da molti anni a questa parte, e le responsabilità sulle dotazioni attuali di personale non sono certo solo sul livello regionale, ma anche sul livello nazionale.

Concludo su un tema che mi sta molto a cuore. Sono ingegnere, di formazione, e penso al tema dell'innovazione tecnologica e dell'innovazione terapeutica. Non può essere che ogni ospedale oggi agisca per conto suo per quanto riguarda l'innovazione tecnologica e per l'innovazione terapeutica: serve un grande coordinamento regionale di tutto quello che è l'innovazione nel campo della salute. Mi verrebbe da dire, anzi, che ci vorrebbe un grande coordinamento nazionale, ma per com'è il nostro sistema di competenze tra Stato e Regioni in sanità,

mi accontenterei se la Regione facesse un vero coordinamento delle risorse che ci sono sull'innovazione tecnologica perché, a volte, vediamo ospedali che comprano macchinari importanti e poi non hanno il materiale per farli funzionare, ad esempio, o non hanno i tecnici qualificati per farli funzionare, mentre ospedali vicini che avrebbero altrettanto bisogno di quei macchinari non ne possono disporre. Insomma, un coordinamento regionale è fondamentale, perché la salute si fa sicuramente con il personale e con il farmaco, ma anche con l'innovazione tecnologica. E tutto questo richiede anche una grande unità di intenti della politica, che non può difendere il campanile di turno per salvare il piccolo ospedale di turno, perché serve una revisione della *rete ospedaliera* complessiva, nell'ottica dell'*Hub and Spoke* – che noi abbiamo sempre sostenuto –, dove a ogni ospedale va data la sua vocazione.

La politica deve essere capace di scelte coraggiose, e questo lo può fare quanto più persegue, in maniera unitaria, un fine di bene comune, come sarebbe così necessario ancor di più in questo momento di pandemia. Spero che la polemica politica sterile venga lasciata da parte, perché ci serve, anche a livello nazionale, un clima di maggiore unità per affrontare un passaggio così difficile e drammatico. ■

Conclusioni

IL CORAGGIO DI AVANZARE PROPOSTE RADICALI

Schiavi: Queste ore sono ore drammatiche, in questo momento in Regione Lombardia è in corso un incontro dove si parla nuovamente di lockdown e si deve valutare se ci saranno altre drammatiche chiusure e, quindi, altri complessi problemi per l'economia del Paese. Il portato, l'importanza della salute, deve essere sottolineato ancora di più proprio perché dentro il tema ospedale, dentro il tema dell'assistenza territoriale c'è un pezzo di quello che è un valore più forte e importante per il futuro, la sostenibilità di un sistema. Siccome venti-venticinque anni fa si è parlato di aziendalizzazione della sanità con questo refuso incredibile in cui la sanità è stata allineata a quello che era il mercato, va detto anche qualcosa di nuovo. Va detto qualcosa di diverso, perché le aziende stesse stanno rimettendo in discussione un concetto fondamentale dell'economia aziendale, cioè il profitto. Quando si è parlato di ospedale azienda, qualcuno ha contestato questa definizione perché se analizziamo il fine dell'azienda, il fine della sanità non può essere il profitto, ma la cura, e la buona cura si scontra con la logica del profitto, si scontra anche con la logica del Drg e questo ha creato una grande distorsione.

Prima si è parlato degli errori legati al Drg, degli errori legati alla tariffazione,

legati allo sperpero delle risorse e legati anche agli scandali. Esempio il caso della Clinica Santa Rita in cui venivano fatti interventi inutili che hanno anche provocato la morte di alcuni degenti. E questo avveniva proprio per estorcere Drg remunerativi della Regione. Non dovrà più accadere, non ci deve più essere, però non dobbiamo neanche sottovalutare quali sono i punti di forza della nostra sanità, quei punti che hanno qualificato la sanità, anche in Lombardia e anche nel Paese, e quelli che sono i punti cronici di de-



Ivan Pedretti

bolezza. In Italia c'è una sanità a macchia di leopardo, una sanità frantumata, una sanità in cui c'è un nord, un centro e un sud. È una sanità non allineata su quelli che sono i parametri chiesti dalla Costituzione e chiesti dalla riforma del 1978, proprio per questo va rimesso in discussione tutto, va riallineato un paese sul meglio della sanità e sul meglio di quello che deve essere per il cittadino e per il paziente. Serve anche una semplificazione burocratica, la sanità è oggetto in questi giorni e in questi momenti, proprio di critiche feroci da parte dell'opinione pubblica, da parte di tanti cittadini che si trovano continuamente a dover dribblare ostacoli burocratici tra una sigla e l'altra, ad esempio la complessità per cambiare medico di famiglia, la complessità ad accedere ad alcune esenzioni, le difficoltà che ci sono tra una Regione e l'altra per accedere ad alcune cure o ai farmaci. Tutta questa disparità, secondo me, contribuisce a creare degli elementi di negatività, e noi scontiamo tutti questi ritardi ed è estremamente difficile imputare a qualcuno o a qualcun altro le colpe e le responsabilità. Purtroppo ci sono stati uno strabismo e una disattenzione di fondo, ci sono stati rimedi che hanno sottovalutato quella che era la questione di fondo di una buona sanità, la relazione umana, l'attenzione al paziente, e soprattutto la centralità del paziente, espressione che è stata usata molte volte in maniera anche pomposa, in maniera retorica, ma è un'espressione che deve tornare nella sanità futura. Dicevamo che la sanità futura è anche un motore certo di sviluppo, perché la sanità ha bisogno di una nuova tecnologia medica, di una nuova digitalizzazione, di sistemi complessi che sono sistemi che creeranno sicuramente anche risorse nuove e anche occasioni di lavoro, ma la sanità ha bisogno di rientrare a pieno titolo e a pieno diritto proprio nella espressione più bella che ci può essere, che è la sanità umana. Una sanità in cui la relazione umana, il rapporto medico/paziente ritor-

ni al centro di questo universo, ed è quello di cui spesso si discute anche se altrettanto spesso tutto questo viene relegato a un altro mondo, attiene al terzo settore, attiene al mondo del volontariato, attiene al mondo delle poche persone che si danno da fare anche per gli altri.

Questo è un altro aspetto importante, noi abbiamo un'altra risorsa fondamentale che è di aiuto e di integrazione per la sanità, quella del terzo settore, un settore del quale a volte si parla poco e soprattutto anche in questi momenti, in questi giorni, avrebbe bisogno di un'attenzione diversa.

L'assessore Gallera è ancora impegnato nella sua riunione, quindi passerei la parola al **segretario generale nazionale di Spi Cgil, Ivan Pedretti**, per dargli la possibilità di tracciare delle linee, prima ho parlato di impegno e di un patto costituente per una nuova sanità, credo che questo sia anche lo spirito di questo incontro.

Ringrazio gli ospiti che hanno partecipato a questa iniziativa del nostro sindacato lombardo che sta riflettendo su un tema complesso quale quello della sanità e della salute delle persone.

Avrei ben immaginato che l'assessore non sarebbe arrivato perché la Lombardia è al centro di una recrudescenza complessa, determinata dal Coronavirus, così come tante altre regioni, però vorrei che non fossimo strabici nelle nostre riflessioni.

Il tema principale che abbiamo di fronte non è di per sé la pandemia, che ha solo fatto esplodere una situazione già esistente: sono anni che non c'è un intervento serio e radicale sul sistema sanitario territoriale. Penso che dobbiamo affrontare questo tema con grande radicalità.

Tanti di voi hanno ricordato la riforma del '78, io ho l'impressione che siamo di fronte alla necessità di ricostruire un'idea nuova della riforma del sistema sanitario universale di questo Paese, prendendo spunto da tutte le articolazioni e suggerimenti che sono venuti dalla discussione di oggi. Abbiamo bisogno di tra-



formare il sistema sanitario nazionale facendolo ritornare alla sua concezione primaria, cioè universale per un Paese, e allo stesso tempo far diventare la salute la compatibilità della mia iniziativa. Quando dico far diventare la salute compatibilità sulle scelte della politica significa guardare in misura diversa le scelte che abbiamo fatto nel passato sull'aziendalizzazione. Mi riferisco all'aver condiviso l'idea che il sistema sanitario deve essere compatibile con il sistema economico e non aver compreso che anni e anni di smantellamento del sistema sanitario, in particolar modo quello territoriale, hanno fatto sì che, di fronte a situazioni gravi come la pandemia di questi mesi, il sistema sanitario non sia più in grado di rispondere compiutamente ai problemi delle persone. Penso che questo riguardi tutti, c'è una riflessione importante da farsi sul ruolo di ognuno, nella politica nazionale, in quella regionale, e anche delle organizzazioni sindacali perché in questi anni abbiamo in qualche modo accettato quell'idea di aziendalizzazione. Per esempio, nella discussione che stiamo facendo, il ruolo dei sindaci è quasi scomparso, eppure i sindaci dovrebbero essere le figure istituzionali garanti della tutela della salute della propria comunità.

Si è determinato, negli anni e nella fase pandemica, un costante conflitto istituzionale tra il ruolo dello Stato, del governo nazionale e quello delle Regioni. Questo è un bel dramma di fronte alla crisi pandemica che stiamo vivendo: è il gioco del rimbalzo delle responsabilità tra chi dirige una Regione, chi la governa, e quelle del governo, dello Stato.



Francamente avremmo bisogno di una politica più attenta, che abbia uno sguardo più lungimirante.

La pandemia, come ho detto, accentua delle situazioni, ma come non capire che il Paese si è trasformato e una delle grandi trasformazioni è quella demografica? Che lo si voglia o meno, l'invecchiamento delle persone e, quindi, della popolazione comporta rischi di aumento e di allargamento delle cronicità. Come rispondere a questa situazione di cambiamento epocale delle società occidentali con gli strumenti di ieri? Bisognerebbe pensare che il tema della sanità è un tema di investimento, non di spesa. Anche qui c'è un balletto anacronistico sull'uso delle risorse destinate dall'Europa: dobbiamo usarle, compreso il MES perché nei vent'anni precedenti abbiamo tolto trenta-quattro miliardi al sistema sanitario. Oggi abbiamo bisogno di medici, di specialisti, di professionisti, di qualità territoriale, di un ruolo diverso del medico di medicina generale e tutto va ricondotto in un'azione di governo

territoriale. Per questo c'è bisogno di un sistema a rete, un sistema integrato dal livello nazionale a quello regionale a quello territoriale, cose di cui non si discute perché, ormai, la politica vive al momento e spesso sembra fatta da comitati elettorali.

Mi piacerebbe che la politica e anche il sindacato, anche noi, ritornassimo a guardare davvero a come vive la gente, in che condizioni si trova. Probabilmente dovremmo anche noi cambiare, in qualche modo, iniziative, scelte, piattaforme su situazioni complesse come queste. Non credo basti denunciare delle difficoltà, per un sindacato occorre ritornare a costruire piattaforme radicali di cambiamento, di trasformazione. Abbiamo bisogno di una riforma del sistema del welfare e la sanità è un punto centrale.

Ma come non capire che attorno a un'idea di sistema a rete territoriale c'è bisogno di una legge nazionale sulla non-autosufficienza che risponda territorialmente ai bisogni di quelle

persone e che le Rsa non sono la soluzione definitiva per l'invecchiamento della popolazione? Il loro isolamento da un sistema sociosanitario crea e continuerà a creare quelle gravi situazioni che la pandemia ha evidenziato.

Non sono un esperto di sanità, ma sento che c'è davvero bisogno di un grande cambiamento e questo bisogno deve essere assunto dalla politica, anche negoziale, anche contrattuale, che tenga insieme le diverse cose. Come posso rivendicare un sistema sanitario universale se poi la mia contrattazione, quella dell'impresa si rivolge a investimenti economici e finanziari e i soldi dei lavoratori vanno verso un sistema privato che non è integrativo? Lo dico spesso, anche in polemica con la mia organizzazione: non è mai stato integrativo, è sempre stato sostitutivo. Per le imprese ha il beneficio di giocare lo spostamento di risorse a profitto di una sanità privata mentre dall'altro canto si sono illusi i lavoratori che quella sia la risposta economica, dopodiché se quel



lavoratore va incontro a una patologia complessa, quel sistema privato non è in grado di rispondere. Non ci sarà nessun fondo privato in grado di rispondere a una situazione complessa come la non-autosufficienza, ma anche per altre patologie come quelle dei tumori. Rischiamo, così, di aver illuso delle persone, di aver smantellato un sistema pubblico necessario, riducendo le protezioni e le tutele dei cittadini. Riduzioni che, come diceva giustamente il professor Ascoli, determinano anche ingiustizie, differenze di trattamento, di condizione.

Penso che non debba essere questo il ruolo della cultura nella società del terzo millennio, perché non decidere di investire sulla tecnologia, sull'innovazione per rendere migliore la protezione e la tutela?

Stavo pensando: il sindacato italiano dei pensionati ha lanciato l'idea delle Case della salute vent'anni fa e ne troviamo alcune soltanto in qualche regione del centro Italia, per il resto si è viaggiato con l'idea di smantellare il sistema territoriale e affidare tutto all'ospedale ma, quando ci è arrivata addosso una pandemia come questa, abbiamo visto come nemmeno l'ospedale sia in grado di rispondere. Ci eravamo illusi che non avremmo avuto più una situazione pandemica infettiva come quella in cui ci troviamo e così gli stessi investimenti sugli ospedali sono stati destinati in misura diversa. Ormai l'ospedale è un grande corridoio comunicante, e quando entra uno con il Coronavirus rischia di infettare l'intero ospedale, come è successo. Poi, devo dire che ci sono state irresponsabilità micidiali, che continuano a persistere. Mi riferisco alla scelta fatta di mettere gli anziani nelle Rsa quando non si riusciva più a tenerli in ospedale. Adesso dicono che sono più sicure di ieri, ma le persone hanno ricominciato a morire.

Possiamo considerare la gravità della situazione e fare uno sforzo altrettanto significativo come quello che ci impone la pandemia? Possiamo, cioè, prendere i trentaquattro miliar-

di del MES e buttarli dentro al sistema sanitario, prendere quel benedetto piano sanitario di riforma di sessantotto miliardi – annunciato dal ministro della Salute e che è già bellamente scomparso – e far diventare

quella, per noi, una piattaforma radicale di confronto con il governo? E anche con le Regioni che gestiscono tanta parte della salute dei cittadini e non possono cavarsela dicendo che è colpa dello Stato. C'è bisogno di grande responsabilità politica da parte di ognuno, qui non c'è solo il tema della destra e della sinistra, c'è il tema della salute delle persone, di come continueranno a essere cura-

te. Ma davvero insistiamo a pensare che la risposta è quella del benefit, dell'incentivo, della defiscalizzazione, o non sia piuttosto quella di investire concretamente in strutture territoriali? Strutture che abbiano medici di medicina generale anche assunti dallo Stato che ritornano a fare il loro mestiere nel rapporto con il proprio cliente, con il proprio cittadino, usando le innovazioni tecnologiche per avvicinarsi di più alla persona? Se non interveniamo nella prossimità con un'azione di grande prevenzione non ce la faremo a cambiare.

È stata una bella discussione, approfondita, da cui noi dovremmo trarre le fila per le nostre iniziative, adesso non so come, con quali termini o quali forme useremo, ma c'è bisogno di un movimento sindacale che torni con forza a fare il mestiere di soggetto riformatore della società. Per fare una riforma è inevitabile essere radicali, poi faremo le mediazioni del caso, ma penso che nel confronto sarebbe un aiuto per il governo avere un sindacato che non si accontenta; così come sarebbe utile anche per chi governa le Regioni avere un sindacato radicale che indica quali sono i disagi, le necessità e i bisogni delle persone, con più forza, anche sorretti da proposte, perché i pro-



fessori che qui con noi hanno discusso, ci hanno offerto coi loro commenti, opinioni, la possibilità di formulare idee per costruire il cambiamento. Sta a noi usarle con forza.

In una segreteria unitaria abbiamo discusso della necessità di costruire, stringere, un grande rapporto sociale tra i diversi soggetti e bisogna anche che il sindacato chieda alle imprese una responsabilità maggiore. Non so quale sia l'idea di Bonomi, presidente di Confindustria, ma se è quella di avere un po' di defiscalizzazione per evitare di dare un aumento salariale ai lavoratori, non credo sia la soluzione. Sono d'accordo con Ascoli: a quei lavoratori va dato un salario netto da spendere e che quel salario lordo sia pagato per pagare i contributi alla previdenza, al sistema sanitario, perché il sistema sanitario va rafforzato con investimenti. Penso che avere un welfare efficace ed efficiente, non equivalga ad avere un welfare di spesa, quanto di sviluppo, di innovazione. Avremo nuova occupazione, occupazione maggiormente professionalizzata, legata a un sistema tecnologico avanzato. Ci sono le condizioni per poter cambiare, manca la volontà politica e noi dobbiamo fare la nostra parte con forza perché la politica provi a rispondere degnamente alla pesante crisi fatta esplodere dalla pandemia, ma che c'era già, e siccome c'era già, c'è bisogno di risposte e le risposte arrivano se le risorse disponibili vengono usate e usate bene. Bisogna provare a mettersi tutti intorno a un tavolo per trovare le soluzioni migliori, perché gli anni '70 – che hanno prodotto grandi riforme – sono stati anni non solo di mobilitazione radicale, ma anche di politica di riforme, di concertazione, parola che non piace, ma che ha fruttato una positività di governo per il Paese.

Noi abbiamo bisogno di ricominciare con più radicalità, ripeto, e il sindacato deve fare la sua parte, anche noi, e nel fare la nostra parte dobbiamo ragionare criticamente sull'atteggiamento che abbiamo avuto in questi ultimi quindici-vent'anni attorno al tema del welfare e del cambiamento. Credo sia questo sia un nostro dovere.

Saremo chiamati nei prossimi, probabilmente, al confronto con il governo, spero anche con le

Regioni, e spero abbiano una posizione chiara, perché, come si vede, se il popolo viene messo in forte difficoltà quotidiana c'è il rischio che prevalgano contestazioni, mobilitazioni irrazionali e anche violente, questo è lampante, è di fronte a tutti. Il sindacato, in questo quadro, deve occupare lo spazio che gli compete. ■

Intervento non rivisto dal relatore

Schiavi: È importante quanto Pedretti ha detto, è importante perché si è assunto anche alcune responsabilità oltre ad aver accennato ad alcune autocritiche. Effettivamente la discussione andava fatta prima perché il sistema era già logorato, era già in difficoltà e tutti se ne stavano rendendo conto, però nessuno si è incaricato di avviare una campagna, una battaglia, né la destra, né la sinistra. Probabilmente era troppo importante assecondare, lo dico con rammarico, una tendenza in atto, la tendenza economicista, una tendenza che probabilmente tendeva a favorire qualche compagnia di assicurazione, era la tendenza a immaginare e a ipotizzare delle esternalizzazioni per dei nuovi mercati. Non c'era più quello spirito di cui si è parlato anche questa mattina, lei ha detto concertazione, sono d'accordo. Concertazione vuol dire anche unità di intenti, vuol dire raccogliere le tante criticità e vuol dire anche cercare poi una soluzione. Ci sono le condizioni per cambiare? Purtroppo questa emergenza, in questo momento, ci impone adesso e subito, di fare alcune cose, di non ripetere come prima, di non ripetere, per esempio, l'errore sui medici di famiglia che sono stati mandati alla guerra con le scarpe di cartone, senza mezzi, senza mascherine, con la mancanza di un prontuario vero e proprio. Abbiamo perso tempo anche in questi quattro mesi, prima di questa recrudescenza, o semplicemente non abbiamo attuato quello che già era emerso sulla medicina del territorio, sulla sua fragilità. Si è parlato di creare squadre di medici che

andassero a casa dei malati prevenendo il loro arrivo al Pronto Soccorso, ma non è stato organizzato per le carenze che voi avete denunciato: carenza di investimenti, di risorse, di medici e di attenzione verso queste emergenze che viviamo e che scontiamo.

L'assessore Gallera è ancora impegnato nella riunione. Immagino che siano momenti delicati, molto difficili, per trovare convergenza tra Regione, Comune e governo nel valutare se ci sono altri provvedimenti drastici volti a spezzare questa curva dei contagi.

La discussione di questa mattina è un contributo importante, interessante proprio per ragionare in termini di futuro di sanità, non soltanto in Lombardia, ma anche nel Paese, però dalla Lombardia, da Milano, può partire uno slancio nuovo e importante proprio perché le criticità che abbiamo vissuto e che sono state registrate, sono criticità che comunque non mettono in crisi completamente un modello, un sistema. Qui c'era una sanità importante, che ha una storia, una sanità che nel Quattrocento e nel Cinquecento è stata una sanità d'avanguardia con i luoghi di cura, i luoghi di carità e con l'attenzione, soprattutto, alle frange deboli della popolazione, questo deve ritornare ad essere un elemento molto importante e mi fa piacere che sia stato uno dei temi di discussione della mattinata.

Adesso do la parola a **Valerio Zanolla per le considerazioni finali.**

Voglio ringraziare tutti i partecipanti che coi loro interventi hanno dato valore a questa nostra discussione, abbiamo sperimentato questo metodo di confronto che forse ci accompagnerà per molto tempo.

Il sindacato è sempre stato contatto fisico, presenza, dibattito e lotta. Nei commenti, che ho visto su Facebook da parte di tutti quelli che ascoltavano, vi erano molte richieste di azione immediata. Ricordo che azioni, mobilitazioni ne abbiamo fatte subito nel mese di giugno con i tre presidi sotto il Palazzo di Regio-

ne Lombardia. Sicuramente il sindacato continuerà con questa azione. Abbiamo deciso unitariamente una piattaforma da presentare a Regione Lombardia e sulla quale è stato deciso di andare anche a un confronto nei comuni capoluogo di provincia.

Oggi ci siamo visti con strumenti nuovi, probabilmente questi strumenti li utilizzeremo ancora, servono per mantenere collegato il nostro mondo e anche persone che non ne fanno parte, questo vuol dire molto, vuol dire dialogare e far conoscere la nostra opinione oltre a mettere in luce i tanti aspetti di una realtà che sulla sanità, nella nostra regione, rischia di avere un'unica posizione.

Ringraziamo tutti coloro che sono stati in ascolto fino ad ora. Grazie ancora per la discussione che sarà utile a noi per il nostro dibattito e ovviamente per la nostra azione futura. ■

APPUNTI

LETTI PER VOI

Per saperne di più



Senza respiro Un'inchiesta indipendente sulla pandemia Coronavirus, in Lombardia, Italia, Europa

Vittorio Agnoletto
Altreconomia

Agnoletto, medico e tra i più attenti osservatori della pandemia, indaga le cause che hanno impedito alla sanità italiana di reggere all'onda d'urto del virus: impreparazione degli amministratori, progressivo abbandono dell'assistenza territoriale e privatizzazione della sanità. Approfondisce il caso della Lombardia mettendola a confronto con altre regioni italiane e anche altri Paesi europei. Non c'è solo la denuncia, in queste pagine troviamo proposte per un nuovo modello di sanità pubblica, democratica, radicata nel territorio. Il testo è arricchito da un'importante introduzione di Luiz Inácio Lula da Silva, presidente del Brasile dal 2003 al 2010.



Mai più eroi in corsia Cosa ha insegnato il Coronavirus al SSN

Riccardo Iacona
Piemme

Torna Iacona, conduttore di Presadiretta, con un'inchiesta sul Covid e quello che ha provocato e insegnato in Italia. Iacona parte dalle origini, da quando nella notte fra il 20 e il 21 febbraio si è scoperto che a Codogno c'era un paziente in rianimazione positivo al Covid anche se non era andato in Cina. Parte dalle difficoltà degli ospedali, dei medici, degli infermieri, soprattutto in Lombardia, e fa un paragone con il Veneto e l'Emilia-Romagna dove la medicina territoriale è più sviluppata.

È un racconto emozionante, ricco di dati (aggiornati a luglio, quando il libro è andato in stampa), come il 14 per cento di operatori

sanitari contagiati in Lombardia contro il 4,4 per cento del Veneto, o in numero dei medici morti: 174 in Italia, di cui 82, quindi oltre la metà, in Lombardia, o la mortalità della prima settimana: 196 morti su mille residenti in Veneto, 445 su mille in Lombardia.

L'analisi di quello che è accaduto non è fine a se stessa, ma guarda a cosa si può imparare per il futuro per evitare una seconda ondata o per lo meno un secondo tsunami di contagi. A tirare le conclusioni chiama una serie di esperti come Giuseppe Remuzzi, il direttore dell'Istituto Mario Negri, convinto che il Servizio sanitario sia "assolutamente sottofinanziato" e che vada rivoluzionato utilizzando anche i soldi del Mes e il virologo di fama mondiale Giorgio Palù per cui "la politica, tutta, regionale e nazionale, si deve impegnare a implementare la medicina del territorio, non c'è altra cura, non c'è altra risposta".

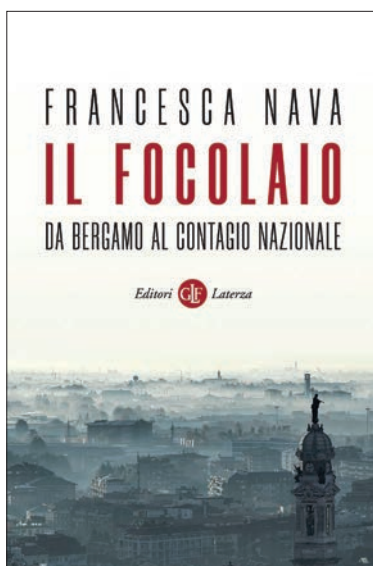


Sanità 2.0 Internet, telemedicina e intelligenza artificiale

Edizioni Liberetà

Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione stanno trasformando ogni aspetto della vita quotidiana, perfino il modo in cui ci prendiamo cura di noi stessi e dei nostri cari. Anche la governance delle strutture ospedaliere è messa alla prova dalle tecnologie. Nuove frontiere come la telemedicina, l'intelligenza artificiale, il Fascicolo sanitario elettronico e i robot infermieri impongono un salto culturale e di mentalità a tutti: malati, medici, operatori e decisori politici. La pubblicazione, curata da Marica Guiducci, è tratta dal rapporto

di ricerca *Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Opportunità e sfide per la salute e la sanità* di Giovanna Vicarelli, Università Politecnica della Marche.



Il focolaio Da Bergamo al contagio nazionale

Francesca Nava

Editori Laterza

Il perché di questo libro Francesca Nava, giornalista, lo chiarisce fin dall'introduzione: *“Ho immaginato questo libro dopo aver parlato con un medico di base di Bergamo, la città in cui sono nata. Tra le lacrime, mi ha raccontato quello che non vedevo scritto da nessuna parte. L'orrore”*. E l'orrore è quello che ha attanagliato tutti noi quando abbiamo visto anche le trasmissioni di Report la primavera scorsa, anche Nava ci parla di scelte basate sulla convenienza economica e politica, sulle pressioni ricevute, calcoli meschini che della vita umana non tenevano conto. Scelte scellerate che Bergamo ha pagato con migliaia di vittime.

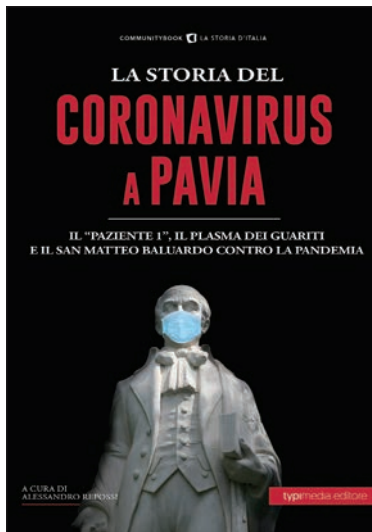


Guardami negli occhi e dimmi cosa vedi

Valeria Bastiani

Marco Serra Tarantola Editore

Un diario iniziato nel mese di aprile e terminato a giugno in cui l'infermiera Valeria Bastiani ha raccolto la propria esperienza. Laureatasi all'università Cattolica di Brescia nel 2018, dopo cinque mesi di lavoro in uno studio infermieristico, Bastiani viene assunta in ospedale ed è qui che si ritrova al centro della bufera quando scoppia la pandemia: *“Scrivevo per me stessa, sia per non dimenticare sia perché non riesco a parlarne a voce”*. Sette capitoli che cingono anche testimonianze che rimangono anonime. Il libro si conclude con una riflessione personale dell'autrice che però coinvolge tutti quando sottolinea come sia importante essere responsabili e continuare a battersi contro un nemico 'invisibile', cercando di essere gli artefici del proprio futuro.



La storia del Coronavirus a Pavia

Alessandro Repossi

Typimedia Editore

È la ricostruzione puntuale e minuziosa degli eventi che hanno caratterizzato i giorni dell'emergenza sul territorio provinciale e nel resto della Lombardia. Il racconto di Repossi, giornalista e direttore del settimanale diocesano *il Ticino* oltre che corrisponde dell'*Ansa*, parte dal 27 gennaio, quando uno studente cinese arrivato dal focolaio di Wuhan, nella provincia di Hubei, viene messo in quarantena dall'Università di Pavia. Inizia da qui l'epopea pavese del Coronavirus che arriverà, attraverso un percorso sofferto fatto di paura e di morte, alla difficile ripresa economica, la cosiddetta Fase 2. Una cronaca che riporta in maniera fedele il periodo del *lockdown* in cui si ripercorrono gli eventi più dolorosi come la strage silen-

ziosa degli anziani nelle case di riposo e anche le inchieste avviate dalla magistratura.

Al centro della narrazione, nei giorni più bui dell'emergenza, c'è il Policlinico San Matteo di Pavia, che sale agli onori della cronaca per aver ' . Pavia è anche la città che più di tutte si contraddistingue per ricerca e sapere scientifico, arrivando a sperimentare la cura dei malati più gravi di Covid-19 con il plasma iperimmune, una delle terapie che restituiscono speranza all'Italia e al mondo nella lotta contro il virus.



Il coraggio e la passione

Brescia e il Covid-19

Francesco Puccio

Marco Serra Tarantola Editore

Publicato col sostegno col sostegno di Fondazione Spedali Civili di Brescia il volume raccoglie sessanta testimonianze non solo di medici, infermieri o persone che operano nella sanità ma anche di chi per ragioni sia professionali che volontarie ha incontrato le fragilità che la pandemia ha reso particolarmente evidenti. Francesco Puccio, già direttore del Dipartimento Chirurgia dell'Ospedale di Desenzano, ha messo in rilievo come *“la pandemia (...) ha fatto emergere con forza questo intreccio empatico che è parte fondamentale e costituente dell'essere medico: sono convinto che tutta questa vicenda, a tratti violenta e per molti versi ancora sconosciuta, ci lasci, dal punto di vista umano e professionale, una preziosa eredità che i giovani medici e l'Univer-*

sità potranno e dovranno utilizzare nell'insegnamento della medicina come scienza dell'uomo prima che della tecnologia”. Il ricavato delle vendite è devoluto all'associazione *Un medico X te*.

2020

- n. 1/2 **Che futuro per la previdenza?**
- n. 3/4 **Alzheimer: conosciamolo**
- n. 5/6 **Chi evade non partecipa al patto sociale**
- n. 7/8 **Negoziare per stare meglio**
- n. 9/10 **Area benessere 2021 - Il coraggio di esserci**
- n. 11 **Per un paese a misura di donne e uomini**
- n. 12 **Ci dicevano: "Andrà tutto bene"
...ma avevamo paura**
- n. 12 **Supplemento
Quale cura per una sanità malata**

