

NUOVI *argomenti*

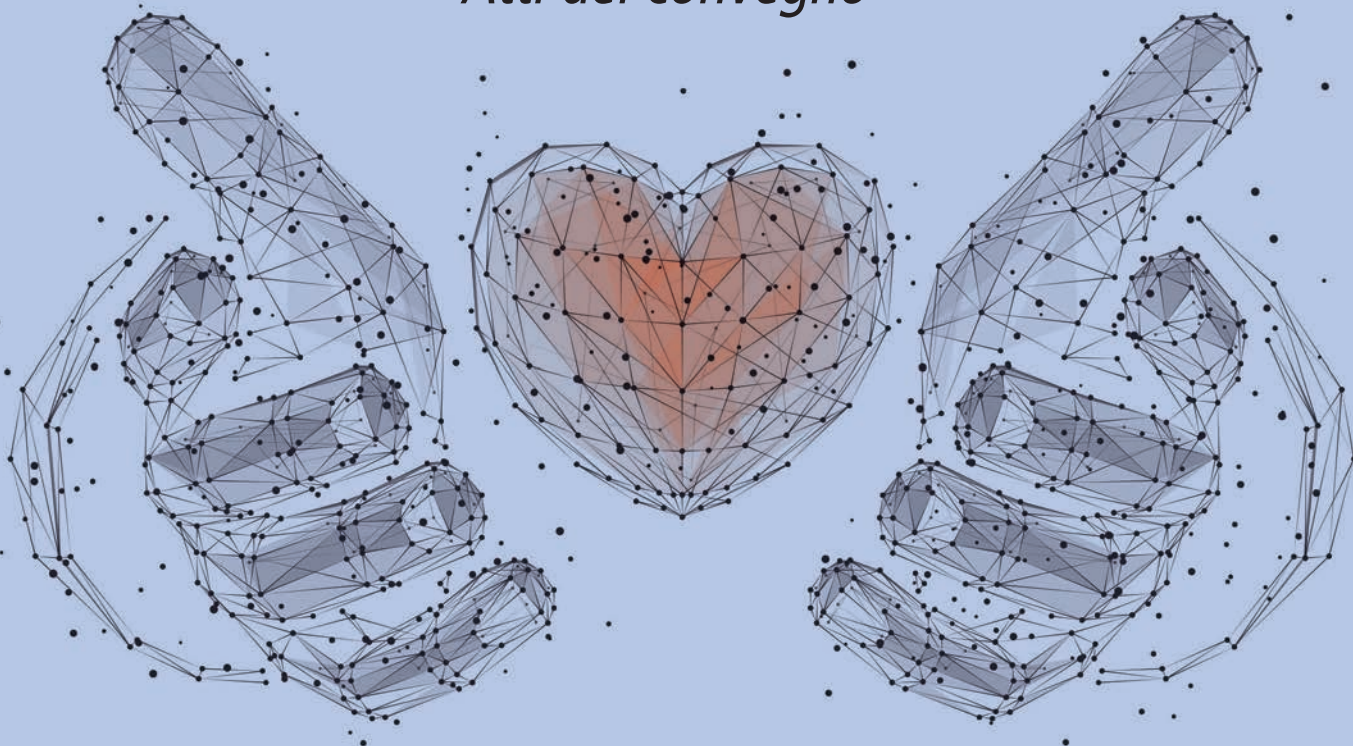
Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Supplemento al numero 12 • Dicembre 2021

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

DIRITTO alla SALUTE

Atti del convegno



NUOVI *argomenti*

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Sommario

- 2** **Introduzione**
Diritto alla salute
Valerio Zanolla
- 4** **Un sistema sanitario
che garantisca i bisogni**
Alessandro Pagano

6 **RIFLETTORI ACCESI
SUL SERVIZIO
SANITARIO LOMBARDO**

Il dibattito

Coordina:

Giulia Bonezzi

Ne discutono:

Maria Elisa Sartor

Rosy Bindi

Don Virginio Colmegna

Monica Vangi

Federica Trapletti

Gian Antonio Girelli

Marco Fumagalli

Emanuele Monti



Nuovi Argomenti Spi Lombardia

*Pubblicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani
Cgil Lombardia*

Supplemento al numero 12 • Dicembre 2021

Direttore responsabile: Erica Ardeni

Editore: MIMOSA srl uninominale, presidente Pietro Giudice

Impaginazione: A&B, Besana in Brianza (MB)

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo Euro 2,00

Abbonamento annuale Euro 10,32

Introduzione

DIRITTO ALLA SALUTE

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

Chi ci conosce non si è certamente domandato come mai lo Spi Cgil assieme alla Cgil Lombardia abbia voluto organizzare questo convegno dal titolo esplicativo: *Diritto alla salute - Riflettori accesi sul servizio sanitario lombardo*.

Chi ci conosce sa che in questi anni abbiamo molto lavorato, soprattutto unitariamente, con Cisl e Uil, e noi dello Spi con Fnp e Uilp, sul tema della sanità e della salute. Abbiamo manifestato e raccolto firme, siglato accordi e richiesto confronti con le istituzioni, a volte ottenendo risultati positivi, spesso incassando impegni che poi non si sono mai concretizzati. Molte altre volte scontrandoci con la Regione che, a nostro giudizio, ha diverse colpe rispetto le difficoltà verificatesi in Lombardia durante la prima fase pandemica.

Una sanità regionale che già prima della pandemia dimostrava i suoi problemi e i suoi limiti, forse allora solo visibili ai cosiddetti addetti ai lavori, oggi invece sotto gli occhi di tutti.

L'impegno messo in campo in questi anni lo vogliamo e lo dobbiamo portare avanti, perché la salute dei cittadini è senza dub-



bio il tema più importante per un sindacato che vuole tutelare i lavoratori, i pensionati e le loro famiglie.

La tutela della salute è sancita come diritto costituzionale e la carta fondamentale della Repubblica Italiana lo ritiene non soltanto un diritto inalienabile del cittadino ma interesse della collettività. Sabato scorso siamo andati

a Roma, ancora una volta, per difendere la Costituzione, per dire no al fascismo, ma abbiamo anche parlato di lavoro e di sanità, che sono capitoli importanti del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Noi crediamo che la battaglia per la democrazia non possa essere disgiunta dalla battaglia per il lavoro e il diritto alla salute dei cittadini. Se le persone non trovano risposte adeguate ai loro bisogni non credono più nella politica e nelle istituzioni e noi dobbiamo interpretare fino in fondo queste ansie, anche perché è necessario che le istituzioni siano credibili e rappresentative. A Roma abbiamo manifestato con l'obiettivo di ottenere risposte precise dal governo per favorire la creazione di nuovo lavoro di qualità, a partire dai giovani, dall'estensione degli ammortizzatori sociali, dalla ridu-

zione delle tasse sul lavoro e sulle pensioni, senza dimenticare la riforma previdenziale e la legge sulla non autosufficienza. Siamo, in buona sostanza, un sindacato che si muove su molti fronti e non è un caso che veniamo visti come avversari da quelle forze politiche antidemocratiche che sono contro ogni cambiamento. Noi riteniamo che, per svolgere al meglio il nostro ruolo, serva piena consapevolezza e conoscenza delle materie che andiamo a trattare.

Ed ecco perché siamo qui oggi, sono stati tanti i momenti di approfondimento che su questo e altri temi abbiamo messo in campo negli ultimi tempi. Oggi, in prossimità della conclusione della discussione politica in Commissione Sanità sulla revisione delle norme regionali, prima dell'approvazione definitiva della legge, abbiamo pensato fosse utile fare il punto della situazione. Abbiamo quindi organizzato questa tavola rotonda che si va ad aggiungere alle iniziative unitarie di mobilitazione, alle nostre piattaforme di proposta e, da ultimo, agli emendamenti che unitariamente abbiamo presentato alla terza Commissione.

Credo che Monica Vangi e Federica Trapletti non avrebbero potuto invitare relatrici e relatori migliori chiamando a questa discussione esperte ed esperti di grande credito e competenza.

Sono qui con noi: **Rosy Bindi**, già ministro della Sanità proprio nel periodo in cui Roberto Formigoni metteva le basi alla riforma della sanità lombarda, è poi stata ministro per le politiche per la famiglia ed è presidente onorario dell'Associazione Salute Diritto Fondamentale; **Maria Elisa Sartor**, docente dell'Università Statale di Milano e autrice del libro *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19*; **Don Virginio Colmegna**, presidente della Casa della Carità e dell'Associazione Prima la Comunità; **Marco Fumagalli**, consigliere regionale Movimento5Stelle; **Gian Antonio Girelli**, responsabile regionale Forum Sanità PD; **Emanuele Monti**, presidente Commissione Sanità e Politiche sociali Regione Lombardia, Lega per Salvini;



DIRITTO ALLA SALUTE
Riflettori accesi sul servizio sanitario lombardo

20 ottobre 2021
Auditorium San Fedele
Via Ulrico Hoepli 3/b Milano
Diretta su Facebook
SPI Lombardia e CGIL Lombardia
È richiesto il Greenpass

Ne parliamo con:

- Rosy Bindi** già Ministro della Sanità, Presidente onorario dell'Associazione Salute Diritto Fondamentale
- Maria Elisa Sartor** Docente a contratto dell'Università Statale di Milano autrice del Libro "La privatizzazione della Sanità Lombarda dal 1995 al COVID 19"
- Don Virginio Colmegna** Presidente della Casa della Carità e dell'Associazione Prima la Comunità
- Marco Fumagalli** Consigliere Regionale 5 Stelle
- Gian Antonio Girelli** Responsabile regionale Forum Sanità PD
- Emanuele Monti** Consigliere Regionale Lega per Salvini
- Monica Vangi** Segreteria CGIL Lombardia
- Federica Trapletti** Segreteria SPI CGIL Lombardia
- Modera **Giulia Bonezzi** giornalista Il Giorno

Programma della mattinata:

- Ore 9.00 registrazione partecipanti
- Ore 9.30 inizio dei lavori
- ▲ Saluti di apertura dei Segretari Generali CGIL Lombardia e SPI CGIL Lombardia
Alessandro Pagano e Valerio Zanola
- Conclusione dei lavori per le ore 13.00

CGIL LOMBARDIA
CGIL **SPI** LOMBARDIA

Monica Vangi, segreteria Cgil Lombardia;
Federica Trapletti, segreteria Spi Cgil Lombardia.

Ringraziamo le relatrici, i relatori e **Giulia Bonezzi** giornalista de *Il Giorno* che modererà.

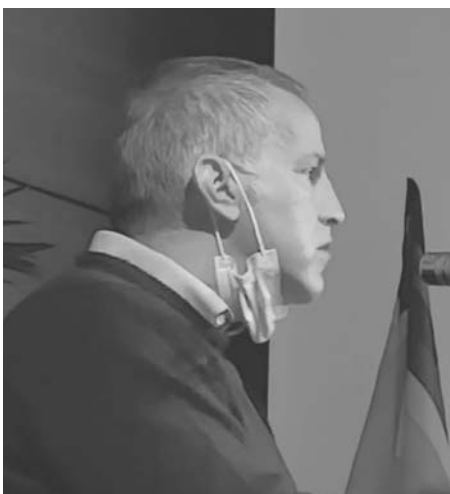
Ringraziamo anche tutti voi che avete accettato di venire a questa importante giornata di approfondimento, sperando che vi portiate a casa elementi di conoscenza approfonditi che saranno necessari per innescare quel cambiamento culturale di cui abbiamo tanto bisogno. ■

UN SISTEMA SANITARIO CHE GARANTISCA I BISOGNI

Alessandro Pagano *Segretario generale Cgil Lombardia*

Condivido in pieno le parole di Valerio Zanolla e soprattutto l'idea di aver condiviso questa giornata per fare un ulteriore passo avanti nella elaborazione, nell'approfondimento e nella conoscenza di qual è la situazione, da dove proviene, qual è la fotografia attuale e dove dobbiamo andare.

Abbiamo condiviso le proposte per la riforma del sistema con Cisl e Uil. Riteniamo un valore importantissimo di credibilità, di iniziativa e anche di prospettiva del risultato, perché il movimento sindacale, quando si muove unitariamente, accresce le sue possibilità di arrivare a risultati positivi per il rapporto di forza che porta nel confronto, – in questo caso però uso la parola adatta per la situazione – *nel conflitto* con una controparte che non ha mai dimostrato l'intenzione di ricevere o di accettare contributi che non fossero nello schema predefinito che, oramai da troppi anni, c'è in Regione. Avevamo già fotografato l'inadeguatezza complessiva del sistema e la mancata realizzazione del progetto che la riforma del 2015 aveva promesso. In questo contesto ci eravamo già attivati con le proposte di intervento per le necessarie modifiche. L'esplosione della pandemia ha definitivamente messo a nudo tutti i difetti e tutte le carenze di un sistema che si annunciava



come l'eccellenza italiana ma che poi, al contrario, ha dimostrato essere un fattore di rischio aggiuntivo rispetto a tutto ciò che il virus ha determinato: quello che è successo, infatti, in Lombardia, non è successo da altre parti d'Italia per molteplici ragioni che penso siano oramai davanti agli occhi di tutti. Sono le stesse ragioni per le quali dobbiamo ancora andare avanti, mantenere alta

la nostra attenzione e la nostra iniziativa, pur sapendo che si va, purtroppo, verso la definizione legislativa di una riforma che, a quanto ci risulta, riceverà poco e niente del contributo che abbiamo dato anche con l'iniziativa emendataria.

Quindi l'unità sindacale da un lato, come fattore decisivo. Dall'altro lato, rete, partecipazione e coinvolgimento sono gli altri elementi su cui abbiamo puntato e su cui continuiamo a puntare: il rapporto con la società, il rapporto con tutte le persone che hanno una visione simile e comune a noi, intesi come movimento sindacale, su quello che deve fare un sistema sanitario pubblico per affrontare bisogni vecchi e nuovi in maniera moderna ed efficace. Subito, ma anche in prospettiva.

Pensiamo di continuare con questo schema. Unità sindacale come rapporto di forza, come



investimento molto forte e coinvolgimento, partecipazione e collegamento con tutta la rete di chi porta avanti interessi simili ai nostri, ovviamente nell'interesse della cittadinanza lombarda.

La giornata di oggi è importante. È un convegno, quindi una giornata di elaborazione ma è non solo questo. Per noi è comunque una giornata di iniziativa e di lotta per provare ad arrivare a dei risultati il più vicini possibile a quello che noi pensiamo essere l'obiettivo vero: avere un sistema sanitario che garantisca tutto quello che serve rispetto ai bisogni che ci sono nel territorio e che riguardano la condizione concreta di cittadine e cittadini della Lombardia.

Grazie a tutti per l'attenzione e buon dibattito. ■

RIFLETTORI ACCESI SUL SERVIZIO SANITARIO LOMBARDO

Il dibattito

Giulia Bonezzi

Giornalista de Il Giorno

Entrerei subito nel dibattito. Accendiamo i riflettori sul Servizio sanitario lombardo, sul modello formigioniano fondato sulla libertà di scelta di dove curarsi e sulla competizione virtuosa – sto citando le parole che tutti quanti abbiamo sentito dire molte volte – tra il pubblico e il privato nel garantire le prestazioni che vengono fornite dal Servizio sanitario nazionale a vocazione universalistica.

Questo modello si avvicina ai venticinque anni dall'entrata in vigore, quindi i Lombardi si avvicinano alle nozze d'argento con la sanità formigioniana! Maria Elisa



Giulia Bonezzi

Sartor ha dedicato un libro all'analisi critica della privatizzazione del Servizio sanitario lombardo, può, quindi, illustrarci i punti fondamentali di questo percorso per capire da dove partiamo.

MARIA ELISA SARTOR

Docente a contratto - Università Statale di Milano

Grazie dell'invito. Entro nel merito della questione mettendo subito in evidenza le considerazioni preliminari che hanno motivato la mia ricerca. Sono tre riflessioni pre-pandemia riferite al modello socio sanitario regionale. Costatazioni da cui si origina credo anche la discussione che ci troviamo a fare oggi ([slide 1](#)).

La prima constatazione riguarda il peggioramento in Lombardia delle condizioni del servizio nei confronti dell'utente, di cui si evidenzia la *marginalità anziché la centralità* (centralità che viene, invece, continuamente richiamata nei documenti della Regione). L'effetto è una discriminazione degli utenti. Vengono di fatto ad essere avvantaggiati gli utenti più abbienti e con coperture assicurative o mutualistiche. Questo fenomeno si è protratto nel tempo fino ai giorni nostri e si constata soprattutto oggi. Ci troviamo di fronte a un fenomeno che chiamerei di *perdita di fatto dell'universalismo e dell'equità dell'accesso*. Naturalmente tutto ciò costituisce un forte allarme.

Seconda constatazione. Nel corso del tempo sono divenuti sempre più evidenti i segnali di un *depotenziamento progressivo della componente erogativa pubblica del Servizio sanitario regionale*.

Si sono evidenziati una perdita delle strutture, delle competenze, delle risorse di personale strutturate, che sono andate a ridursi notevolmente, indipendentemente dai vincoli nazionali. Un secondo e forte motivo di allarme.

Terza constatazione. C'è una *presenza e una sempre maggior diffusione, in Lombardia, della sanità privata e del sociosanitario privato*, con una concentrazione massima del privato nell'area della Città metropolitana. Cosa significa? C'è uno spostamento consistente di risorse pubbliche verso soggetti erogatori privati che non hanno in senso stretto finalità pubbliche. Ovviamente anche questa costituisce una fonte di notevole allarme. Le considerazioni che andrò a fare ora possono sembrare argomenti tecnici, ma stiamo attraversando un periodo in cui diventa necessario conoscere esattamente quali siano i termini della questione.

Intendo soffermarmi sulle *strutture base su cui si fonda il Servizio Sanitario Regionale lombardo (SSL)* e sulle modalità/regole organizzative che si è dato per funzionare (slide 2).

Il modello che oggi osserviamo è l'esito di un processo molto articolato di privatizzazione. Privatizzazione intenzionale e di fonte istituzionale che non ha a che fare con i classici meccanismi del mercato. È una *politica intenzionale di privatizzazione*, ben studiata da chi l'ha attuata, di cui si può scorgere a posteriori, con gli strumenti della ricerca, un percorso articolato ma ben identificabile. È stata realizzata da *corsi di azione (interventi)* riferiti sia alla sfera del pubblico che a quella del privato (forze di mercato). I *segni di questi interventi sono opposti: un segno meno per quanto riguarda il settore erogativo pubblico, un segno più con riferimento alla componente privata del SSL*. Sono state quindi *attivate/stimolate le forze di mercato* al fine di realizzare questa strategia.

Da quale data dobbiamo partire? Per le nostre considerazioni, *dalla primavera del 1995*, l'anno della svolta. Perché l'anno della svolta? In quell'anno Formigoni diventa presidente di Regione Lombardia e lo rimarrà per diciotto anni. Inizia così una fase, ancora oggi in corso, di governi di coalizioni di centro-destra (slide 3-4).

La Riforma Formigoni (LR 31/1997). Cercherò di esprimermi molto semplicemente perché ci interessa soprattutto capire la sostanza del-

la trasformazione. La sostanza è questa: le ASL sul territorio della Lombardia vengono ridotte a circa un terzo delle precedenti. Nel 1997 vengono a corrispondere al numero delle province. Per quanto riguarda la città di Milano, invece, considerando la sua estensione e il numero dei suoi abitanti, si decide per una partizione prima in quattro e poi in tre ASL.

Ma, soprattutto, quello che succede è che le ASL subiscono una notevole *trasformazione organizzativa che rappresenta il principale presupposto per la privatizzazione del sistema*. La riforma del 1997 è dunque il principale presupposto dei processi di privatizzazione che seguono.

È necessario fare ancora un passo indietro per capire qual è la differenza tra il prima e il dopo riforma. Prima dell'arrivo di Formigoni che tipo di ASL esistevano in Lombardia? Domanda significativa. E cioè, A che tipo di modello organizzativo corrispondevano le ASL? Ad un *modello organizzativo integrato nelle funzioni* che sostanzialmente non si discostava dal modello base organizzativo tipico del *Servizio sanitario nazionale (SSN)*. Ovvero, prima c'era una *ASL integrata nelle funzioni*. Ossia vi era un centro decisionale strategico che presidiava tutta l'attività. Quindi l'ASL integrata nelle funzioni si occupava direttamente di programmazione, assistenza ospedaliera, di assistenza distrettuale, di prevenzione (assistenza collettiva), e poi vi erano le imprescindibili attività che riguardano il mantenimento in



Maria Elisa Sartor

vita della organizzazione stessa (amministrazione, ecc.).

Concentriamoci su questo fatto importante: c'era un centro decisionale che presidiava tutto il sistema dei servizi e che, quindi, era in grado di attivare le singole parti del sistema erogativo.

Cosa si può osservare di questo modello (slide 5-7)? Abbiamo un unico centro decisionale strategico; tre macro ambiti in cui si articola il servizio erogato; ogni ambito del servizio viene presidiato dal centro strategico in modo integrato; il centro decisionale può attivare direttamente le singole parti del sistema. Esiste una catena del comando che funziona, nel senso che, per esempio, l'ASL di Bergamo decide/programma/indica che cosa va fatto in Val Seriana, sia nell'ambito ospedaliero che territoriale, e il sistema viene attivato in questo senso. Poi nel modello di *ASL integrata nelle funzioni* era prevista una funzione interna di acquisto dei servizi sanitari e sociosanitari dall'esterno al fine di integrare le attività della ASL.

Vediamo ora cosa cambia con la **Riforma Formigoni**. Formigoni riconfigura organizzativamente le sue ASL in un modo diverso. Come vedete nella slide che riproduce ancora il modello organizzativo integrato pre-Formigoni ho disegnato un laccio rosso all'interno del quale sono collocate le attività che rimangono dentro le ASL di Formigoni a partire dal 1997 (slide 8-12). Sono *ASL che scorporano quindi tutte le attività di erogazione* – sono scorporate le attività degli ospedali, dei distretti in quanto sedi di erogazione. Distretti che con Formigoni un po' alla volta spariranno.

Nella ASL di Formigoni c'è quindi un centro direzionale, c'è una funzione di assistenza collettiva, ossia di prevenzione (la cui attività viene suddivisa in un certo modo in Lombardia) e, per quanto riguarda l'assistenza territoriale, rimane solo una quota parte di quella che era interna alla attività detta distrettuale: l'attività che riguarda il presidio delle cure primarie. Tutto il resto viene tenuto fuori dal perimetro delle ASL.



Quindi alle ASL di Formigoni vengono *sottratte/scorporate tutte le attività di erogazione*. E cosa rimane quindi alla fine nelle ASL? Rimane l'area di azione che in Lombardia è riservata unicamente al solo ruolo pubblico e che in questa regione, nel corso del tempo, si è andata sempre più restringendo.

Vi faccio notare che il perimetro definito da quel laccio ricomprende le stesse attività che sono presenti nelle ATS o Agenzie di tutela della Salute di Maroni, istituite nel 2015.

Da questo punto di vista le attività sono essenzialmente le stesse anche se con qualche variazione.

Fondamentale è sapere che quello che si colloca fuori dal laccio – l'erogazione dei servizi al cittadino – viene messo a disposizione della concorrenza pubblico-privato. Questo vuol dire che gli erogatori, pubblici e privati, concorrono per prendere per sé e fidelizzarsi gli utenti di tutto il sistema. E chi si prende l'utente cerca di tenerlo, se possibile. Ciò vale di più per i privati, mentre nel pubblico, vista la situazione di depotenziamento, questo obiettivo viene sentito e perseguito meno diffusamente e con meno energia.

Tutto quello che sta fuori dal laccio si chiama "quasi-mercato".

A che cosa si è ispirato il modello formigoniano? (slide 13)

Non è un modello del tutto originale, tutto lombardo, come a lungo è stato sostenuto da Formigoni e dal suo governo. Il modello è ispirato alla sanità dei governi conservatori della Gran Bretagna che fin dai primi anni '90 avevano realizzato anch'essi un modello di quasi-mercato, seppur con caratteristiche in parte diverse da quelle in seguito divenute tipiche della Lombardia. In Gran Bretagna si incominciava a scorporare la funzione di erogazione dal Servizio sanitario nazionale (NHS), attività di erogazione che veniva messa a disposizione degli erogatori privati.

Formigoni prese a modello questo tipo di organizzazione. Si chiama *quasi-mercato ammini-*

strato, intendendo con ciò che il soggetto pubblico che finanzia il servizio (tramite la fiscalità generale) definisce anche le regole di funzionamento del sistema che include “paritariamente” erogatori pubblici e privati. Ecco quindi che l’ente pubblico, la Regione Lombardia, diventa l’ente regolatore del quasi-mercato. Nelle ASL scorporate di Formigoni diventa quindi molto più importante e si sviluppa l’ambito di attività dedicato all’acquisto dei servizi sanitari e sociosanitari.

La riforma Formigoni si colloca all’interno di un quadro istituzionale che offre ampie opportunità per la privatizzazione del SSR lombardo. Ma quali *contenuti delle riforme nazionali* Formigoni ha sfruttato appieno nel realizzare la sua riforma rivolta alla privatizzazione del SSR lombardo (slide 14-15)?

In primis, la **regionalizzazione**, con tutti gli aspetti connessi alla autonomia delle Regioni. Gli ha consentito di ritagliarsi un ambito territoriale, la Regione, dove poter effettuare una sperimentazione locale e uno sganciamento dai modelli nazionali. Sostanzialmente è quello che davvero gli è riuscito.

Secondo aspetto: **l’aziendalizzazione**. È stato possibile utilizzare le culture e le pratiche dell’impresa. Tutto questo ha promosso l’appiattimento del soggetto pubblico (sia regolatore sia erogatore) sulla cultura e sui modi di funzionamento tipici delle organizzazioni di mercato.

Terzo aspetto sfruttato appieno dalla riforma formigoniana: i **nuovi sistemi di retribuzioni delle prestazioni sanitarie, i DRG**. Dal 1996 viene assegnata una tariffa (un prezzo) ad ognuna delle prestazioni sanitarie, prestazioni che vengono collocate a parità di tariffa in gruppi. Ciò consentiva ai privati di stimare con una certa precisione quello che avrebbero potuto incassare diventando fornitori del Servizio sanitario regionale di un certo tipo di servizi. Si dava loro la possibilità anche di programmare e soppesare la profittabilità del loro business.

Poi servivano delle **forti parole d’ordine** per facilitare la svolta verso la privatizzazione del sistema e nel contempo generare una possibilità di allargamento del consenso della coalizione in carica. Si fa così ricorso al **paradigma della sussidiarietà orizzontale** e con ciò in Lombardia si rompe il paradigma del *welfare state*. La

Lombardia è la prima, e per ora unica regione italiana che rompe esplicitamente con il *welfare state*. Lo fa fin dal 1997. *Conseguenze: viene ridotto il ruolo del soggetto pubblico*. In sanità c’è un’apertura senza pari in Italia alle organizzazioni private, soprattutto profit, ma anche no profit. Poi c’è un altro mantra: la **parità pubblico-privato**. L’indagine svolta consente di affermare che questo principio è indimostrabile in teoria, e che nella pratica non è riscontrabile.

Infine c’è la **libertà di scelta del cittadino**. Questa è una facoltà a-significativa nella sostanza, sia in periodo pre-pandemico, e tanto più adesso perché l’unica scelta che il cittadino/utente può operare è quella tra l’attendere a lungo per ottenere un servizio dal SSR e il predisporre a pagare i servizi di cui ha la necessità al di fuori del SSR, nel mercato diretto. Questa è la sola libertà di scelta possibile in Lombardia, che tuttavia non genera pari opportunità di cura per gli utenti.

La **Riforma Maroni** (LR 23/2015) (slide 20-22) ha sostanzialmente confermato ciò che era stato stabilito dalla Riforma Formigoni, cioè la *separazione delle funzioni di erogazione dalle altre funzioni di programmazione* e di acquisto. Vigeva ancora il quasi-mercato. L’area di azione del solo ruolo pubblico delle ASL di Formigoni è confermata: la regolazione del quasi-mercato degli erogatori e in parte di prevenzione viene svolta ora dalle ATS (Aziende di tutela della salute). In questo caso vi è solo o quasi un cambio di denominazione. C’è, però, anche una **novità sostanziale**: vengono istituite le **ASST** (Aziende Sociosanitarie Territoriali). All’interno di quella che era l’area di erogazione del pubblico vengono cioè istituite *nuove forme organizzative atipiche, nel senso di strutture di base del SSR che non sono presenti in questa formula nel resto del Servizio sanitario nazionale (con un polo ospedaliero e un polo territoriale)*. Questo è un elemento molto importante da sottolineare. Sono nuove strutture e sono una brutta copia e parziale delle ASL integrate pre-Formigoni. Ma che cosa è che non fanno di ciò che è stato promesso facessero a partire dal *Libro bianco* di Maroni (2014)?

Non coordinano le attività pubbliche e private del territorio, non sono in grado di svolgere quelle funzioni che prima del 1997 venivano

svolte dalle ASL integrate. Del resto il quasi-mercato non prevede che l'erogatore pubblico coordini l'erogatore privato.

Le ASST sono strutture di erogazione pubblica, più o meno privatizzate. Sappiamo che esistono interi reparti ospedalieri affidati agli erogatori privati all'interno delle ASST, addirittura qualche presidio della ASST è totalmente affidato alla gestione dei privati; sono dunque di fatto *strutture ibride pubblico-private*. Non sono del tutto strutture pubbliche, perché il governo ha esplicitamente predisposto una normativa che consente loro di decidere di ibridarsi con il privato attraverso partecipazioni pubblico-privato formalizzate ma anche attraverso la cessione in toto ai privati di reparti, di spazi, di aree di servizio. Anche questo è un aspetto molto importante.

Perché la *Riforma Maroni* è stata definita "sperimentale" e perché si è dovuti andare ad una verifica? (slide 23) Verifica che, secondo il mio parere, non è stata fatta nelle modalità opportune perché le informazioni di partenza non erano abbastanza complete e sono state forse anche male interpretate.

La fonte originaria delle informazioni, l'ente Regione, ha reso disponibile ciò che era nelle sue intenzioni dare. (Qui apro una parentesi: oggi non pare esistere alcun ente nazionale istituzionale che, in totale autonomia, sia in grado di ricostruire i dati di fatto locali. Di questo abbiamo bisogno. Serve che si faccia in modo che questo aspetto problematico venga preso in considerazione e risolto).

La necessità di una verifica della legge regionale 23/2015 nasceva dalla necessità di accertare se queste strutture, le ATS e le ASST lombarde, funzionassero bene e fossero efficaci nel tutelare la salute dei cittadini lombardi. Questa verifica non è stata fatta in modo del tutto appropriato: si è preferito fare, sia da parte del livello nazionale che dal regionale, come se tutto o quasi funzionasse per il verso giusto per consentire che le cose potessero andare avanti così, senza particolari intoppi.

E ora accenno al **Progetto di legge Moratti** (slide 27-32). Di fatto la proposta della maggioranza mantiene le ATS e le ASST, come se il modello non avesse presentato e non presentasse ancora oggi alcun problema. Non c'è stato alcun ripensamento. Anzi si va nel senso della

riconsiderazione della piena validità del modello. Dal governo della Lombardia non viene fatta nessuna specifica e dettagliata analisi dei problemi che il modello ha generato nella prima fase e nelle fasi successive della pandemia, problemi che sono più che mai visibili anche oggi. Le ATS di Moratti continuano ad avere una *missione prevalentemente di tipo regolativo e di governance*. La programmazione in Lombardia non si fa, come si afferma negli stessi allegati alle delibere. Per la prima volta nella proposta di legge Moratti viene inserita *l'analisi dei bisogni* che non era stata precedentemente ed esplicitamente richiamata nei testi di legge (vedi LR 33/2009, testo unico della sanità).

Nelle delibere di giunta si trova scritto che la *negoziiazione in Lombardia ha sostituito la programmazione*. Ma perché in Lombardia non viene fatta la *programmazione*? Perché un sistema così ampiamente privatizzato, che assolda fra gli erogatori privati i grandi gruppi della sanità ormai ampiamente diversificati (intendo, non solo dediti ai servizi ospedalieri), si basa essenzialmente sulla *negoziiazione fra Regione ed erogatori privati*. La *programmazione e la negoziiazione sono collocate su poli opposti di uno stesso continuum*, come si afferma in letteratura. E funziona così: più ci si avvicina al *polo della negoziiazione* più si perde la possibilità di effettuare la *programmazione*. In Lombardia siamo molto vicini al polo della *negoziiazione* e quindi molto lontani da quello della *programmazione*.

La differenza tra le ASL integrate, da un lato, e le ASL scorporate di Formigoni e le ATS di Maroni, dall'altro, è che quella attività che nella *ASL integrata* pre-Formigoni veniva segnalata come semplice acquisto dei servizi, con i governi di centro-destra diventa la *funzione principale*. Dentro le strutture di regolazione del SSR (ASL scorporate e ATS) ci sono unità organizzative che si occupano di *autorizzare, accreditare, mettere a contratto gli erogatori privati e di negoziiare con loro, costantemente, le condizioni contrattuali*.

Da un lato ora abbiamo le ATS e dall'altro le ASST. Queste ultime sono strutture di erogazione "pubbliche" integrate nel solo senso che includono la regolazione dell'*ambito sanitario* e dell'*ambito sociosanitario*. Attenzione, non sono integrate nel senso che si occupano e coordinano tutte le attività svolte da erogatori pubbli-

ci e privati (quando parliamo di integrazione dobbiamo sempre mettere il complemento di specificazione, perché altrimenti non ci si capisce. “Integrato” rispetto a che cosa? È l’organizzazione del SSR ad essere integrata? Sono i diversi livelli di servizio che si integrano? O è l’ambito sanitario ad essere integrato con quello sociosanitario? Sono le attività del pubblico con quelle del privato ad essere integrate?)

La novità più rilevante del progetto della Moratti è questa: viene scritto che il SSR si regge su un principio di “*equivalenza e integrazione pubblico-privato*”. Basterebbe questo principio per rigettare completamente tutta la proposta, perché è assolutamente inaccettabile. Non c’è la legittimità costituzionale di una equivalenza e integrazione pubblico-privato.

Poi nella proposta della Moratti ci sono *alcuni spostamenti delle attività dalla ATS alla ASST* che significano una sola cosa: che le attività che si spostano dalla ATS alla ASST passano da un’entità pubblica che si occupa di regolazione e governance *ad un’entità di erogazione*, quindi *entrano nel quasi-mercato. Il che significa che tali*

attività diventano contendibili anche dagli erogatori privati (slide 29).

Se prima abbiamo detto che tutto quello che stava dentro al laccio della ATS era riservato al pubblico, nel momento in cui una delle attività viene scorporata dalla ATS significa che quella attività diventa disponibile alla concorrenza tra pubblico e privato. Quindi quando passo la governance delle *cure primarie* (la medicina di base) dall’ATS alla ASST vuol dire che sto *prefigurando che anche la medicina di base possa diventare privata.*

Altre novità: vengono *riesumate le AO, le Aziende ospedaliere (slide 32).* Prima, con Formigoni, le AO erano aziende pubbliche, adesso che si intende reintrodurle, non si capisce se si chiameranno così solo le aziende ospedaliere pubbliche o se la denominazione riguarderà sia le aziende pubbliche sia le private. Ma, se è così, perché dare la stessa denominazione ad entità di natura diversa? *Si costituisce un altro elemento di confusione e di ambiguità.* Già è difficile oggi ricostruire gli ambiti pubblico e privato del sistema erogativo, in questa modalità sarà praticamente ancora più difficile, se non impossibile.

1 - CONSIDERAZIONI PRE-PANDEMIA RIFERITE AL MODELLO DI SSR LOMBARDO

- 1. PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DEL SERVIZIO NEI CONFRONTI DELL’UTENTE (marginalità dell’utente anziché centralità) con discriminazione degli utenti: avvantaggiati quelli più abbienti o con coperture assicurative o mutualistiche (PERDITA DI FATTO DELL’UNIVERSALISMO E DELL’EQUITÀ DI ACCESSO. ALLARME!)**
- 2. SEGNALI SEMPRE PIÙ EVIDENTI DI UN DEPOTENZIAMENTO PROGRESSIVO DELLA COMPONENTE EROGATIVA PUBBLICA DEL SSR (PERDITA DI STRUTTURE, COMPETENZE E RISORSE DI PERSONALE. ALLARME!)**
- 3. PRESENZA E SEMPRE MAGGIOR DIFFUSIONE E RUOLO IN LOMBARDIA DELLA SANITÀ PRIVATA E DEL SOCIOSANITARIO PRIVATO, con aree di massima concentrazione (Città metropolitana) (SPOSTAMENTO CONSISTENTE DI RISORSE PUBBLICHE VERSO SOGGETTI EROGATORI DALLE FINALITÀ NON PUBBLICHE. ALLARME!)**

2 - SSR LOMBARDO FOCUS SU...

CONFIGURAZIONE STRUTTURALE e ORGANIZZATIVA DEL MODELLO

su quali **strutture base** si fonda

e

quali **regole** si è dato per il suo funzionamento

IL MODELLO CHE OGGI OSSERVIAMO È L'ESITO DI UN ARTICOLATO PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE DEL SISTEMA:

Della definizione di una **strategia di privatizzazione**,
di **interventi continui** nella **sfera del pubblico** e
in quella delle **forze di mercato** al fine di realizzare tale strategia.

3 - DA QUALE DATA PARTIRE

DALLA PRIMAVERA DEL 1995

Anno della svolta.

**Formigoni diventa presidente della Regione Lombardia
e lo rimarrà per 18 anni.**

**Inizia così una fase, ininterrotta fino ad oggi,
di governi di coalizioni di centro-destra**

4 - RIFORMA FORMIGONI (LR 31/1997)

**LE ASL SUL TERRITORIO DELLA LOMBARDIA VENGONO RIDOTTE
A CIRCA UN TERZO DELLE PRECEDENTI**
(nel 1997 il numero delle ASL corrisponde al numero delle PROVINCE,
con MILANO divisa in più ASL – quattro e poi tre)

**MA SOPRATTUTTO LE ASL SUBISCONO
UNA NOTEVOLE TRASFORMAZIONE ORGANIZZATIVA:
TRASFORMAZIONE CHE RAPPRESENTA IL PRINCIPALE PRESUPPOSTO
PER LA PRIVATIZZAZIONE DEL SISTEMA**

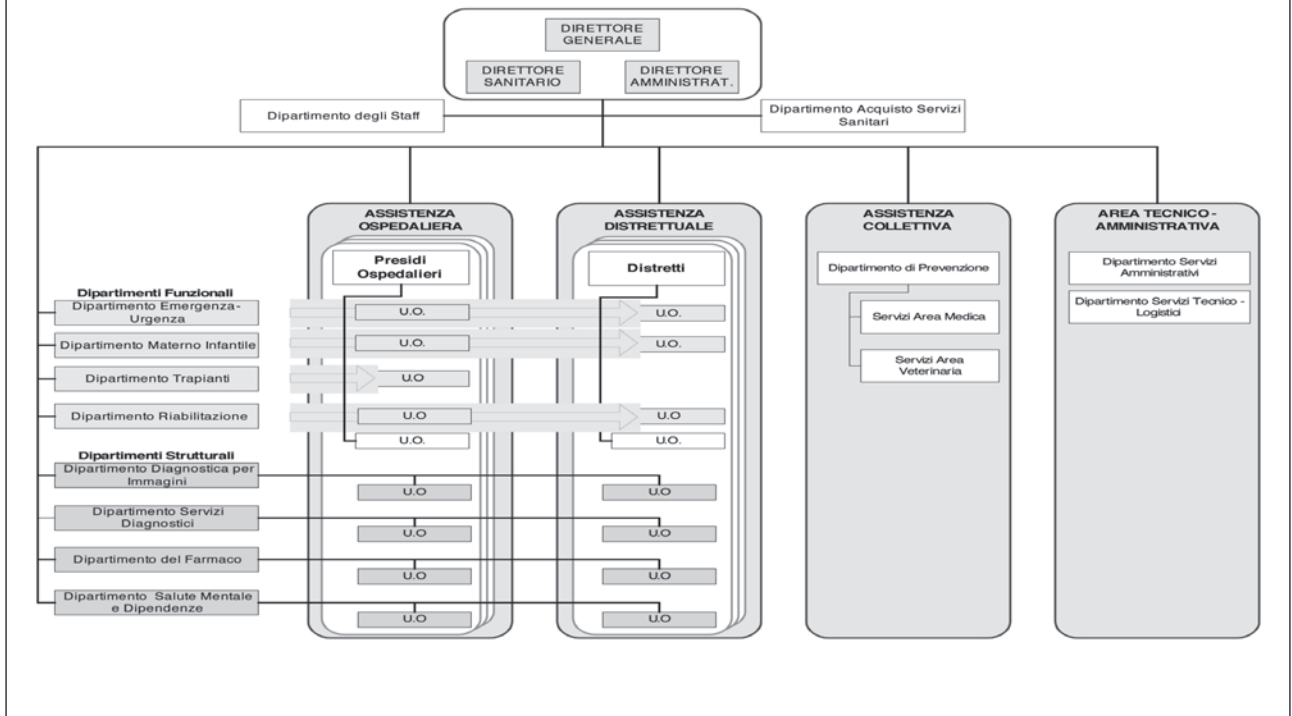
5

**....Serve fare un passo indietro per capire.
PRIMA DELL'ARRIVO DI FORMIGONI DI CHE TIPO ERANO LE ASL?
QUALE MODELLO ORGANIZZATIVO PRESENTAVANO?**

**IL MODELLO ERA INTEGRATO NELLE FUNZIONI
Sostanzialmente non si discostava dal modello base del SSN**

A grandi linee questo ...

6 - ASL INTEGRATA – MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO



7 - COSA OSSERVARE DEL MODELLO

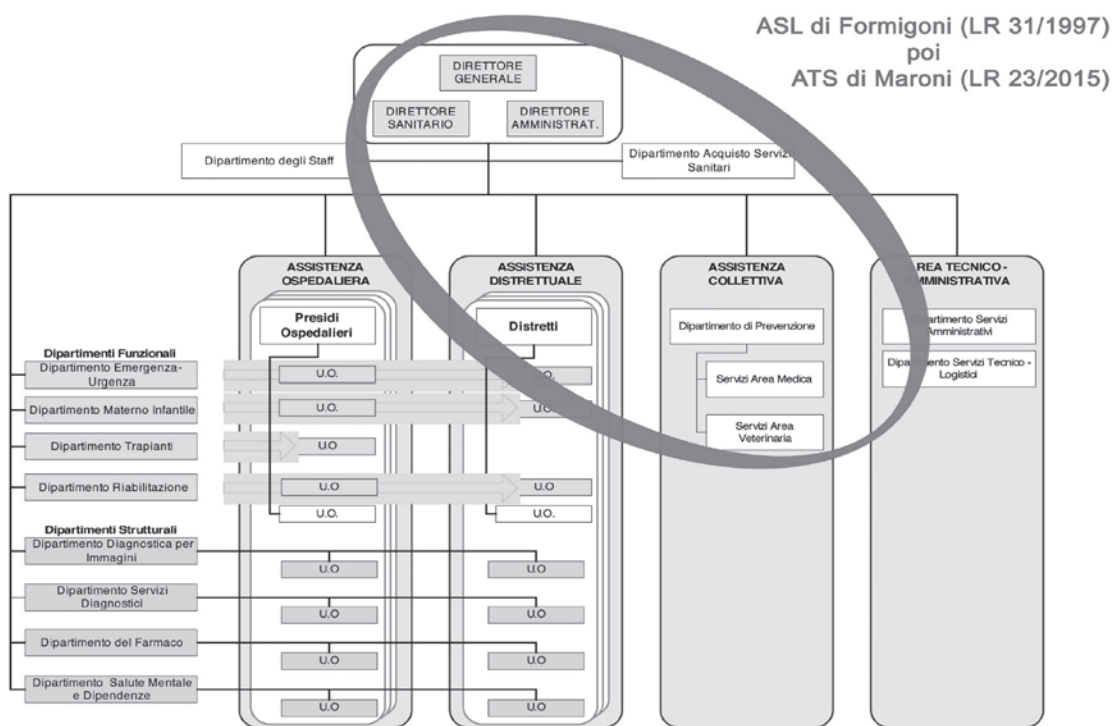
- **UNICO CENTRO DECISIONALE STRATEGICO**
- **TRE MACRO AMBITI IN CUI SI ARTICOLA IL SERVIZIO EROGATO**
 - Assistenza ospedaliera
 - Assistenza distrettuale
 - Assistenza di prevenzione per la tutela della salute della intera comunità
- **OGNI AMBITO DEL SERVIZIO VIENE PRESIDATO DAL CENTRO STRATEGICO IN MODO INTEGRATO**
- **IL CENTRO DECISIONALE STRATEGICO PUÒ ATTIVARE DIRETTAMENTE LE SINGOLE PARTI DEL SISTEMA, SECONDO LE NECESSITÀ (catena del comando funziona)**
- **PREVISTA UNA FUNZIONE INTERNA ALLA ASL DI ACQUISTO DEI SERVIZI CHE VANNO AD INTEGRARE I SERVIZI DIRETTAMENTE EROGATI DALLA ASL**

Vediamo ora

**IN CHE COSA CONSISTE LA RIFORMA FORMIGONI
E PERCHÉ È IL PRESUPPOSTO DELLA PRIVATIZZAZIONE DEL SISTEMA**

La svolta porta alla seguente trasformazione macro-organizzativa

9 - MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO ASL INTEGRATA



CIÒ CHE È STATO EVIDENZIATO ALL'INTERNO DEL LACCIO ROSSO
L'AMBITO DI AZIONE RISERVATO ALLE ...

ASL SCORPORATA DI FORMIGONI (1997)

e

ATS DI MARONI (2015)

ovvero

L'AREA DI AZIONE RISERVATA AL SOLO RUOLO PUBBLICO.

CHE, NEL CORSO DEL TEMPO, SI È ANDATA SEMPRE PIÙ RESTRINGENDO IN
LOMBARDIA .

11 - SI AMPLIA L'AMBITO ASSEGNATO ALLA CONCORRENZA

CIÒ CHE SI COLLOCA FUORI DAL LACCIO ROSSO (vedi figura)
viene messo a disposizione della
CONCORRENZA FRA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI,
supposta fra soggetti posti su un piano di parità.

Costituisce l'area di azione del
QUASI-MERCATO
regolato dal soggetto pubblico (mercato pilotato o amministrato)

IL SSR LOMBARDO CONSEGNA QUINDI LA FUNZIONE DI EROGAZIONE ALLA CONCORRENZA PUBBLICO-PRIVATO FIN DAL 1997

Concretamente, per capirci...

Le ASL

- che svolgevano tutte le attività del SSR in modo integrato-
vengono sostituite da ASL riformate la cui funzione di erogazione dei servizi sanitari e
socio-sanitari viene scorporata e messa a disposizione
paritariamente sia delle strutture private sia delle pubbliche di erogazione.

Dal quel momento in poi...

**LE STRUTTURE DI EROGAZIONE PUBBLICHE E PRIVATE CONCORRONO FRA LORO
PER RICHIAMARE A SÉ E FIDELIZZARE GLI UTENTI DEL SSR
(ospedali, poliambulatori, consultori, IRCCS, laboratori, RSA, ecc.)**

13 - ISPIRAZIONE PER IL MODELLO ORGANIZZATIVO

**IL SSR LOMBARDO RIFORMATO NEL 1997 DA FORMIGONI
SI E' ISPIRATO AD UN CONTESTO IN CUI
IL SSN AVEVA GIA' SUBITO RIFORME NEOLIBERISTE...**

OVVERO AL

**AL NHS RIFORMATO DAI GOVERNI CONSERVATORI DELLA GRAN BRETAGNA,
CHE NEI PRIMI ANNI '90 ERA DIVENTATO UN MODELLO CHE
SCORPORAVA LA FUNZIONE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI
DALL'AMBITO ESCLUSIVAMENTE PUBBLICO**

**....E LO FACEVA CON LA FINALITÀ DI CONSENTIRE AL PRIVATO DI ENTRARE SEMPRE PIÙ
IN UN «QUASI-MERCATO AMMINISTRATO» E DI SVOLGERE FUNZIONI DI EROGAZIONE**

14 - QUALI CONTENUTI DELLE RIFORME NAZIONALI (TRA IL '92 E IL '95) vengono sfruttati appieno

➤ REGIONALIZZAZIONE (autonomia)

consentito il ritagliarsi un ambito territoriale (regione) dove effettuare una **sperimentazione locale** e uno **sganciamento dai modelli nazionali**

➤ AZIENDALIZZAZIONE (culture a pratiche della impresa)

promosso l'appiattimento del soggetto pubblico sulla cultura e sui modi di funzionamento tipici delle organizzazioni di mercato (PROFIT) = **imprese**

➤ NUOVI SISTEMI DI RETRIBUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE= DRG

ogni prestazione collocata in un gruppo più ampio di prestazioni e corrispondente ad una tariffa specificata = **consentito in questo modo ai privati di misurare e programmare il loro business**

15 - QUALI NUOVI PARADIGMI E NUOVE PAROLE D'ORDINE sono stati usati per creare un consenso consolidato al nuovo modello mercatistico

➤ SUSSIDIARIETÀ ORIZZONTALE

- rotto il paradigma del Welfare State: **ridotto il ruolo del soggetto pubblico (autodelegittimazione)**
- in sanità **apertura alle organizzazioni private**, soprattutto **profit**, ma anche **non profit**

➤ PARITÀ PUBBLICO-PRIVATO

- **indimostrabile in teoria e non constatabile in pratica**

➤ LIBERA SCELTA DEL CITTADINO

- **a-significativa nella sostanza**
- soprattutto **in assenza di un accesso egualitario ai servizi del SSR**

16 - ASL DI FORMIGONI (1997) E ATS DI MARONI (2015)

Sono entrambe una
QUOTA PARTE DELLE ASL INTEGRATE PRECEDENTI
da cui vengono scorporate/separate le attività di erogazione.

17 - ECCO COME SI ARTICOLANO ORGANIZZATIVAMENTE LE ASL DI FORMIGONI E LE ATS DI MARONI

Rispetto alle **ASL INTEGRATE PRECEDENTI** che cosa **cambia** con riferimento a:

- Organi direttivi di vertice: viene aggiunto il direttore sociosanitario o sociale**
- Dipartimenti: vengono ridisegnati**
 - **Dipartimenti che si occupano di acquistare i servizi** dagli erogatori in competizione **si espandono molto** acquisendo nuove funzioni inizialmente soprattutto di controllo amministrativo/contabile degli erogatori
 - **Dipartimenti di Prevenzione:** Ridimensionamento delle risorse assegnate
- Distretti: si snaturano e perdono funzioni dirette di erogazione**

18 - ASL DI FORMIGONI (1997) E ATS DI MARONI (2015)

Sono entrambe una
QUOTA PARTE DELLE ASL INTEGRATE PRECEDENTI
da cui vengono scorporate/separate le attività di erogazione.

19 - ECCO COME SI ARTICOLANO ORGANIZZATIVAMENTE LE ASL DI FORMIGONI E LE ATS DI MARONI

Rispetto alle **ASL INTEGRATE PRECEDENTI** che cosa **cambia** con riferimento a:

- Organi direttivi di vertice: viene aggiunto il direttore sociosanitario o sociale**
- Dipartimenti: vengono ridisegnati**
 - **Dipartimenti che si occupano di acquistare i servizi** dagli erogatori in competizione **si espandono molto** acquisendo nuove funzioni inizialmente soprattutto di controllo amministrativo/contabile degli erogatori
 - **Dipartimenti di Prevenzione:** Ridimensionamento delle risorse assegnate
- Distretti: si snaturano e perdono funzioni dirette di erogazione**

**MA NON BASTA QUANTO DETTO PER COMPRENDERE
IN CHE COSA CONSISTE
LA DIVERSITÀ DEL MODELLO SSR LOMBARDIA**

**21 - COSA HA PRODOTTO LA RIFORMA MARONI DEL 23/2015
in termini di strutture base del modello**

Con l'istituzione delle **ATS** ha sostanzialmente **confermato ciò che era stato stabilito dalla Riforma Formigoni:**

- **la SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI DI EROGAZIONE** dalle altre
- **L'AREA DI AZIONE DEL SOLO RUOLO PUBBLICO** indicata dalle **ASL di Formigoni**
- **IL QUASI-MERCATO DEGLI EROGATORI:** concorrenza degli erogatori pubblici e privati su un piano di dichiarata parità

**Ma ha anche istituito le ASST
collocandole fra le strutture erogatrici pubbliche**

22 - SPECIFICITÀ E ATIPICITÀ DELLE ASST

- **Assolutamente nuove nel panorama del SSN, rappresentano qualcosa di atipico, non ben definito e realizzato.**
- Una sorta di **parziale e brutta copia delle ASL INTEGRATE pre-1997**, ma esse non presidiano, come le strutture pre 1997 tutti i servizi pubblici e privati del territorio che sono chiamate a servire.
- Sono **strutture di erogazione pubbliche** (e/o pubbliche ma ibridate con il privato), **esse stesse in concorrenza con ogni altra struttura di erogazione.**

23 - LA RIFORMA MARONI (LEGGE 23/2015) IN CHE SENSO È STATA DETTA SPERIMENTALE?

Giustamente era stato evidenziato che gli **SCOSTAMENTI** che produceva negli assetti base del SSR rispetto al SSN **con l'introduzione delle ATS e ASST** **avrebbero dovuto essere valutati nella loro efficacia nei confronti dell'utente.**

Domanda cui si doveva rispondere:

**Le strutture base del modello di nuova concezione
permettono davvero di realizzare le finalità del SSN?
PERMETTONO DI TUTELARE LA SALUTE DEL CITTADINO?**

24 - SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI DEL SSR LOMBARDO

È per la *separazione delle funzioni*, applicata in modo da perseguire la finalità di privatizzazione del SSR, che si **continua anche oggi a privatizzare e a delegare funzioni e responsabilità di vario tipo**, anche di tipo regolativo, al privato.

Si è rivelata problematica sotto vari profili per l'impianto del SSR

25 - CONSEGUENZE DELLA SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI

- **Le ASL/ATS scorporano da sé le attività erogative**
- **Identificazione di strutture base del SSR con due missioni distinte:** una più **regolativa** e pubblica (ASL e ATS) e una **erogativa** di servizi (AO + altre organizzazioni; e poi ASST + altre organizzazioni)
- **Impoverimento delle competenze del personale pubblico che sta al vertice del SSR e che si occupa di aspetti regolativi del SSR**
- **Troppi erogatori privati entrano nel quasi-mercato in presenza di una cultura organizzativa che rigetta di fatto l'idea del controllo**
- **Reti non governate di erogatori pubblici e privati**
- **Distruzione progressiva della infrastruttura territoriale pubblica**

26 - STRUTTURE PUBBLICHE DEL QUASI-MERCATO CHE «SOSTENGONO» DI FATTO LA PRIVATIZZAZIONE

Le **ASST**, STRUTTURE DI EROGAZIONE INTEGRATE SANITARIO E SOCIO SANITARIO PUBBLICHE,
E GIÀ IBRIDATE CON IL PRIVATO,
SI IBRIDERANNO ANCORA DI PIU' CON IL PRIVATO CON LA RIFORMA MORATTI!

AVVERTENZA:

DATO IL MODELLO DI QUASI –MERCATO
LE ASST PRESUPPONGONO E LEGITTIMANO L'ESISTENZA IN PARALLELO DI
STRUTTURE PRIVATE INTEGRATE NEL SANITARIO E SOCIO SANITARIO
(GRUPPI DELLA SANITÀ PRIVATA)
e di
OGNI ALTRO TIPO DI EROGATORI PRIVATI,
di ogni forma istituzionale e dimensione

27 - PROGETTO DI LEGGE MORATTI 187/2021

Fase 4 – Lombardia (PDL Moratti 2021):

MANTENIMENTO DI ATS E ASST, ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE CON BASI TERRITORIALI (le ATS territorialmente contengono le ASST) dalle MISSIONI DIVERSE

Non viene fatta alcuna specifica analisi dei problemi che hanno generato
invece più che mai visibili nelle vicende dello scoppio della pandemia.

ATS:

MISSIONE REGOLATIVA (programmazione, committenza, negoziazione, acquisto da soggetti erogatori, rapporto con MMG) come in precedenza lo stesso PERIMETRO non coincidente con le province

ASST:

STRUTTURE DI EROGAZIONE PUBBLICHE INTEGRATE con riferimento agli ambiti **SANITARIO E SOCIO SANITARIO** (continuano ad erogare servizi ospedalieri ed extra ospedalieri + screening prevenzione)

NOVITÀ: PRINCIPIO DELLA «EQUIVALENZA E INTEGRAZIONE PUBBLICO PRIVATO» E' il segnale forte di un ulteriore passaggio di privatizzazione del sistema

ULTERIORI SPOSTAMENTI DI ATTIVITÀ DALLA ATS ALLA ASST (DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE; istituzione di un **DIPARTIMENTO FUNZIONALE PER LA PREVENZIONE INDIVIDUALE MEDICA)**

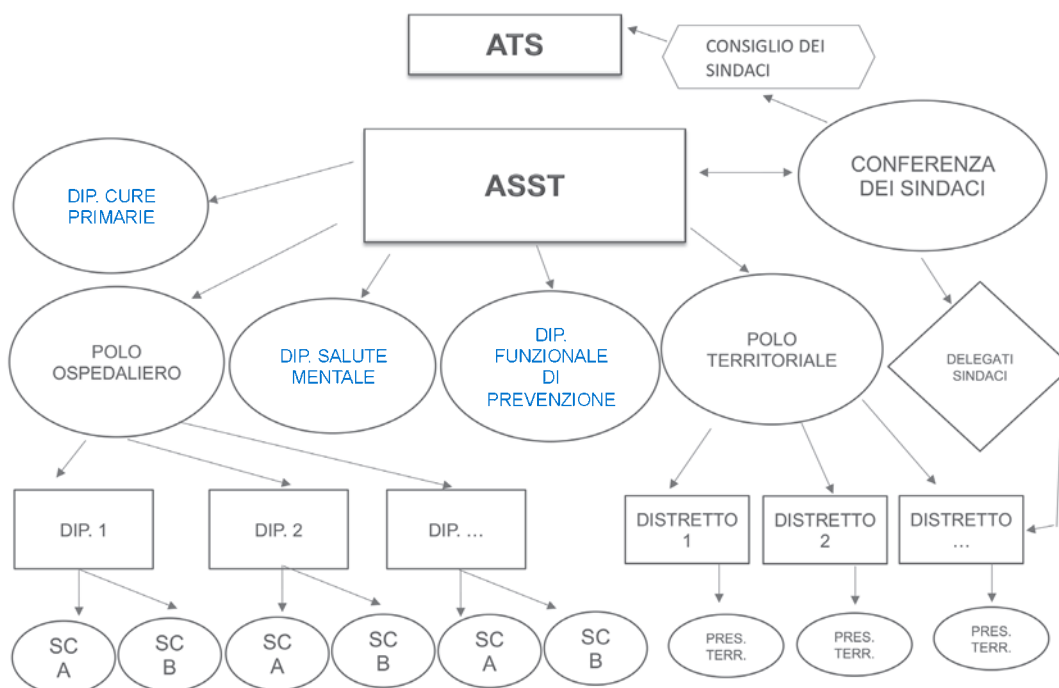
NOVITÀ: RIESUMATE LE AO

AZIENDE OSPEDALIERE RICOMPAIONO (MA SEMBRANO RIFERIRSI SIA AL PUBBLICO CHE AL PRIVATO)

28 - PROGETTO DI LEGGE MORATTI 187/2021 RICOLLOCAZIONE DI ALCUNE ATTIVITÀ

Vengono di seguito indicate in blu
le attività ricollocate nelle ASST

29 - ASST SECONDO LA PROPOSTA DI LEGGE MORATTI



Fonte: Regione Lombardia "Sviluppo legge regionale 23/2015" 22 luglio 2021 - Slide 6/21

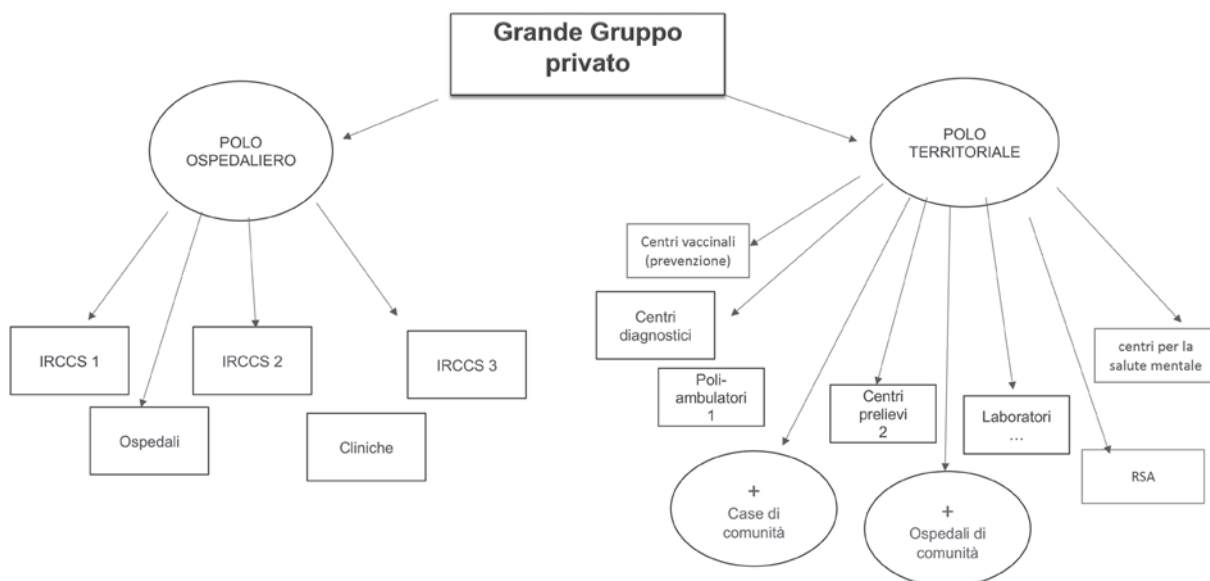
30 - CAMBIO DI PASSO PER IL TERRITORIO: DA GRANDI STRUTTURE A PICCOLE

I PRIVATI POSSONO ANCHE COSTRUIRSI LE CASE DI COMUNITÀ
E POI FARSİ ACCREDITARE E FARSİ METTERE A CONTRATTO ...

FINANZIAMENTI PUBBLICI AD OPERATORI SANITARI PRIVATI
CON VERIFICHE A POSTERIORI

Fonte: Sara Monaci, Il Sole 24 Ore

31 - PDL MORATTI 187/2021 Conseguenze del principio di «equivalenza e integrazione pubblico-privato» nella sfera delle forze di mercato



PUBBLICO

**AZIENDA OSPEDALIERA
PUBBLICA**

Con Formigoni la denominazione era esclusivamente assegnata a strutture di natura pubblica.
Anche ibridate con il privato...

PRIVATO

**AZIENDA OSPEDALIERA
PRIVATA?**

Cambiano denominazione le strutture private già esistenti?
O si chiameranno così i nuovi ospedali privati?

Giulia Bonezzi

Vorrei fare una domanda a Rosy Bindi proprio perché abbiamo parlato molto della genesi di questo sistema formigoniano. Lei è stata ministro della Sanità negli anni in cui Formigoni gettava le fondamenta del sistema lombardo, e ne conosce bene anche l'evoluzione: vista da Roma qual è stata la genesi di questo "strappo"? Qual era la sua valutazione allora, e qual è oggi il bilancio dopo venticinque anni?

ROSY BINDI

*Presidente onorario Associazione Salute diritto fondamentale**

Buongiorno, ringrazio per l'invito e soprattutto ringrazio per l'iniziativa, per il fatto che ci siano sedi di discussioni dove una materia così importante diventa oggetto di dibattito pubblico e politico.

Quello che è successo lo avete sentito, non ho da aggiungere nulla all'analisi rigorosa, documentata, chiara, che ci ha fatto la professoressa Sartor – che io voglio ringraziare perché se aves-

simo avuto venticinque anni fa questa ricerca probabilmente qualcuno si sarebbe preso un po' meno accuse di *cassandrismo* e forse le cose sarebbero andate diversamente.

La storia si fa velocemente perché noi dobbiamo partire da che cosa era e cosa è tutt'oggi la Legge della Repubblica, la 833, le scelte sul nostro Servizio sanitario nazionale, i principi, i modelli organizzativi contenuti in quella Legge istitutiva e quello che succede di lì a qualche anno in maniera particolare con la Riforma Amato/De Lorenzo. Gli embrioni delle scelte lombarde sono nella De Lorenzo: l'aziendalizzazione che ha nell'azienda il fine e non la tutela della salute; la parità di bilancio, la tariffazione delle prestazioni; l'inizio di una separazione tra le funzioni di programmazione, programmatore, acquirente ed erogatore; il rapporto pubblico-privato; i fondi integrativi anche sostitutivi delle prestazioni a carico del Fondo sanitario nazionale; la regionalizzazione già concepita come possibilità di inserimento di modelli organizzativi diversificati; la scomparsa di fatto nel territorio del principio integrativo contenuto in quelle

unità sociosanitarie locali che erano il modello prevalente subito dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Non a caso queste erano in Toscana, in Emilia Romagna, in Lombardia e in Veneto, chissà perché le maggioranze che guidavano queste Regioni erano le maggioranze che avevano scritto la 833, che l'avevano condivisa. Siamo nell'epoca della solidarietà nazionale e l'applicazione dell'Articolo 32 si fa attraverso la collaborazione delle due forze politiche principali che fanno parte dei governi di solidarietà nazionale e, se vogliamo dare nomi e cognomi, si chiamano Tina Anselmi e Giovanni Berlinguer, non andiamo molto lontano. Le Regioni a guida democristiana come il Veneto e la Lombardia e quelle a guida dei partiti della sinistra Pci/Pds precedono in qualche modo le stesse riforme attuando i primi Distretti socio-sanitari, questi erano i modelli che sono modelli integrati.

In nome sempre delle esigenze di bilancio, soprattutto durante i governi Amato, la sanità comincia a essere considerata come un settore sul quale si devono fare i tagli.

Arriviamo poi al governo noi, il governo dell'Ulivo. Va dato atto al Parlamento di allora di aver lavorato con il governo al punto tale che io presentai al Parlamento una Legge delega di iniziativa del governo fatta di quattro/cinque principi. Partivamo da un presupposto molto semplice, che cosa vogliamo fare? Lasciamo che

il sistema applichi definitivamente la De Lorenzo o vogliamo tornare alla 833 con le innovazioni che erano fondamentali e necessarie?

Il paradosso qual è? Che la 833 Tina Anselmi la scrive e dopo quattro o cinque mesi la mandano a casa e arriva un ministro del partito che non ha votato quella riforma. De Lorenzo la sua riforma riesce ad attuarla, naturalmente a macchia di leopardo come sempre nel nostro sistema regionale, perché le Aziende si creano dovunque, perché la territorialità si rivede, perché il principio pubblico/privato prende campo. In quegli anni l'eccellenza era dimostrata dall'applicazione dei Drg di una struttura ospedaliera, l'estromissione degli enti locali dalla programmazione e dalla condivisione della gestione dell'integrazione sociosanitaria era un dato di fatto.

La volontà politica di quel governo e di quel Parlamento era di correggere la De Lorenzo, ritornare ai principi e anche ai modelli organizzativi della 833 inglobando, naturalmente, un percorso che era iniziato, che andava riformato, corretto, ricondotto ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale, della 833.

La Lombardia prende invece la strada opposta, porta a compimento la Riforma De Lorenzo e la porta a compimento in un dibattito in atto nel Paese nel quale – nonostante la maggioranza che sostiene il governo, nonostante il lavoro che si sta facendo – la cultura che appoggia la Riforma Formigoni è molto diffusa e ha sostenitori insospettabili.

Chi di voi, in un convegno della Confindustria, si sognerebbe di far fronte al bisogno della fame che c'è nel mondo attraverso politiche stataliste? È un bisogno al quale ciascuno provvede soprattutto attraverso l'organizzazione del mercato, la stesso per la sanità, che non è più un diritto, ma diventa un bisogno privato al quale ciascuno fa fronte nel nome del famoso principio della libera scelta.

Formigoni questo fa e lo fa appoggiato da Confindustria, da una certa cultura presente, questo lo devo dire, anche dentro il governo, anche dentro fette del Parlamento. La vicenda Di Bella si inserisce dentro quel processo di approvazione della Riforma e la libertà di scelta diventa addirittura la libertà di scelta con-



tro la negazione della speranza del governo che vuole fare la sperimentazione e la validazione delle cure – non so se questa cosa vi ricorda qualcosa di questi tempi... questo Paese ha veramente bisogno di fare un corso accelerato sul concetto di libertà, questo grande valore che viene invocato.

Questo aneddoto lo racconto sempre: a Formigoni che rivendica la libertà di scelta come la possibilità, finalmente, di un povero di andare a curarsi in un ospedale privato, io rispondo che il mio obiettivo è che un ricco vada a curarsi nell'ospedale pubblico perché se il ricco è contento dell'ospedale di tutti vuol dire che il povero è tutelato davvero nei suoi diritti, questo è l'universalismo.

Lui esaspera, porta a compimento la Riforma De Lorenzo e lo fa con i principi che molto bene la professoressa Sartor ci ha espresso e che già allora prefiguravano questi risultati. Ma di lì a pochi anni Formigoni è costretto a correggere quella che oggi la Moratti chiama l'equivalenza pubblico/privato. All'inizio gli scoppia il bilancio e incomincia a mettere i tetti di spesa, incomincia a fare dell'assessorato un luogo di programmazione stringente prestazione per prestazione. Però persino a lui è scappato di mano quel modello perché introdurre una regola di mercato non va bene per i sistemi universalistici. Perché quando il finanziatore è unico ed è il Fondo sanitario nazionale, creando competizione pubblico/privato, non si creano più risorse, ma si consumano e magari in maniera impropria perché si fa pagare anche il costo della competizione e della concorrenza che un mercato così asimmetrico non regge. Tant'è vero che esplode la spesa, su chi grava quella spesa? Come copre la spesa oggi l'eccellenza lombarda che è l'eccellenza delle prestazioni, è l'eccellenza del rimborso della malattia, ma non è l'eccellenza della presa in carico, né della produzione della salute, come copre questi costi? Li copre attraverso la mobilità attiva, tanti calabresi finanziano la sanità lombarda, e con l'aumento della spesa privata oltre che con il fiorire dei fondi integrativi e dei fondi assicurativi. Questa è la realtà.

Quindi, c'è una mutazione genetica del sistema voluta, la penso esattamente come la professo-

ressa Sartor. Gli è scappata di mano nella possibilità di dimostrare che era tutto virtuoso nel suo sistema, a parte i costi della corruzione e l'inserimento della mafia in questo sistema che non c'è se non in alcune Asl della Calabria... ma dopo arriva in Lombardia. È il concetto di separazione che provoca questo perché porta alla esternalizzazione estrema quindi ai luoghi nei quali c'è stata l'infiltrazione mafiosa e anche tutta la corruzione di cui ben sappiamo, sempre con la presunzione di innocenza perfino nei confronti dei condannati. Ma questa è la realtà del sistema.

È voluto perché il problema non è la libertà di scelta, è la libertà di mercato e sono le condizioni create per i grandi colossi privati che sono già pronti a organizzarsi per accaparrarsi le risorse del Pnrr. Sono già organizzati perché sono diventati, soprattutto in questa regione, una potenza talmente forte da essere ormai in grado di condizionare tutto.

Scusate se lo dico, ma sono molto preoccupata del parere che ha dato Agenas perché l'unico parere che si doveva dare non era solo il correggere le storture fantasiose della Legge Maroni, di cui la fantasia più grande è quella di aver costretto ciascun lombardo a passare giornate intere a cercar di capire a quale sportello doveva rivolgersi per avere un tipo di prestazione. Questa è la realtà, il sistema universalistico ha un unico centro ed è quello che prende in carico la persona, non deve essere la persona ad andare a cercarne altre venticinque per sapere a chi rivolgersi.

Non solo va corretta la Legge Maroni, ma va toccato il peccato originale che è la Legge Formigoni, perché se non si incide su quei principi, non c'è Riforma che tenga. Infatti la Riforma Moratti esaspera la Legge Formigoni, anche nei principi perché il progetto è proprio quello della privatizzazione.

Il problema non è solo lombardo, attenti.

C'è in atto un processo di *lombardizzazione* in molte realtà regionali del nostro Paese, ecco perché è importante che parta da qui una condivisione pubblica sui rischi che si stanno correndo. Poi si è liberi di scegliere: vogliono andare per un'altra strada? Ci vadano, l'importante è che tutto questo non avvenga di

nascosto invocando l'autonomia differenziata. Io ho perso in consiglio dei ministri, volevo il ricorso in Corte Costituzionale contro la Riforma Formigoni e avremmo vinto perché allora non c'era neanche il Titolo Quinto, ma vinceremmo anche con il Titolo Quinto se solo il governo avesse il coraggio di fare un ricorso. Si vincerebbe perché siamo fuori dai principi costituzionali, anche quelli scritti nel Titolo Quinto, che non autorizza nessuna Regione a sperimentare modelli organizzativi che mettano a rischio i principi del Servizio sanitario nazionale.

Qui ne abbiamo la dimostrazione, è quello che sta avvenendo, è plateale, con tutta la tragedia che è capitata e con tutte le conseguenze che ci sono state, quindi, anche adesso, un ricorso in Corte costituzionale porterebbe a questi risultati, figuratevi allora.

Io persi in quella circostanza, non ci sono dubbi. Ho perso perché tutto sommato c'era l'idea del "vediamo come funziona", perché il modello olandese di quel momento era molto accattivante. Lo stesso Amato, che era diventato ministro del Tesoro, diceva: "il ceto medio vada meno al cinema e si paghi la sanità", sono argomentazioni sue, scritte un articolo sul *Corriere della Sera* mentre si stava approvando la nostra Riforma Sanitaria. Il pregiudizio sul fatto che si scommetta sul sistema pubblico è un pregiudizio tardo a morire e io temo, purtroppo, anche in questa circostanza. Oggi si fa più fatica di prima perché le strade sono state ampiamente intraprese, ormai siamo quasi al finanziamento doppio, due pilastri, fiscalità generale e fondi integrativi; il privato ha preso campo; il principio di separazione è un principio praticato in molti posti; la dimensione territoriale è totalmente ignorata, l'integrazione sociosanitaria... tocca a Don Colmegna ricordarci che cos'è la Casa di Comunità. Eppure questa è la cultura diffusa nel Paese. Non sarà facile, però io vorrei che a quarant'anni dal Servizio sanitario nazionale l'Italia avesse il coraggio, dopo la pandemia, di fare questa scelta con consapevolezza. È fondamentale che la Lombardia faccia da apripista e magari, questa volta, lo farà in maniera virtuosa.

* *Intervento non rivisto dalla relatrice.*

Giulia Bonezzi

È molto interessante il discorso su come l'idea della libertà di scelta abbia cambiato il modo in cui non solo i lombardi si avvicinano alla sanità. Il nostro sistema è molto attrattivo, sicuramente per la qualità delle cure, anche da parte di regioni che hanno meno problemi rispetto al sistema sanitario di quelli che ha la Calabria.

Dal suo punto di vista cosa non funziona nel modello sanitario lombardo e su cosa bisognerebbe lavorare per far cambiare questa idea?

DON VIRGINIO COLMEGNA

Presidente della Casa della Carità e dell'Associazione Prima la Comunità

Occorre fare in premessa alcune riflessioni, figlie anche dell'urgenza del periodo che stiamo vivendo. Il Pnrr dà delle opportunità, con ricadute anche sul sistema organizzativo. Quindi è un momento cruciale, nel quale si stanno ponendo le basi di un cambiamento. Il rischio principale che intravedo è quello di non saper cogliere alcuni aspetti. Primo fra tutti, quello di stravolgere continuamente l'idea di sociale. È un difetto strutturale del sistema sanitario lombardo, tant'è che già prima che scoppiasse la pandemia, insieme a tante altre realtà del Terzo settore, ci eravamo posti il problema. Il sociale è essenzialmente ridotto a un ruolo me-



Don Virginio Colmegna

ramente assistenziale. Il sociale viene affidato ai Comuni, che sostanzialmente sono i gestori delle emergenze e non della programmazione. La programmazione, come ragionamento, è praticamente scomparsa.

Quindi, se il sociale è preso in carico dai Comuni per le emergenze, al Terzo settore – il cosiddetto “privato sociale” – rimane il ruolo di portatore del secondo livello di interventi, quello delle “liste di attesa”. Di fatto, producendo il sistema sanitario delle esclusioni e non rispondendo ai bisogni sociali dei cittadini, è l’assistenza del settore non profit, supportata anche dal volontariato, a colmare il vuoto, i ritardi e le inefficienze.

Anche perché, se si pensa alla distinzione e alla separazione tra il sociale e il sanitario e all’integrazione sociosanitaria, emerge che in Lombardia non c’è nessuna integrazione sociosanitaria. Anzi vi è proprio una netta separazione e la pandemia ha reso, oltre che più evidente, anche più drammatico questo tipo di ragionamento.

Invece, quasi paradossalmente, proprio chi opera nella fragilità e parte dalla debolezza, in un’ottica anche di principi costituzionali, si rende conto che l’integrazione sociosanitaria dovrebbe rappresentare un elemento qualificante. Lo dico per la Lombardia, che ha un’arretratezza di comprensione da questo punto di vista, sia nel sistema pubblico che in quello corporativo. Pensate ad esempio alla salute mentale: questa è l’unica regione che cura negli ospedali e non sul territorio, con tutte le problematiche conseguenti che ci sono.

L’Organizzazione mondiale della sanità dice che i determinanti sociali, ovvero il livello di istruzione, del reddito, dell’occupazione, dell’ambiente di lavoro e di vita, e della qualità dei servizi, sono essenziali per il progetto di salute della persona. Se questo è vero, allora bisogna che le politiche sociali diventino politiche di salute, non politiche di assistenza. Pertanto, queste nuove risorse siano messe a disposizione non solo nell’ottica di gestire le “lista d’attesa” degli esclusi. Ma si finanzino quelle iniziative che operano mediante un approccio intersettoriale, che coinvolga in maniera sinergica vari segmenti della società.

In questo periodo lo stiamo vedendo: le “liste di

attesa”, la cittadinanza negata, insieme ad altre situazioni, pesano continuamente sull’organizzazione del Sistema sanitario, che deve essere pubblica. Quindi le politiche di salute devono essere anche politiche di diritti. Il valore costituzionale delle politiche di salute come politiche di diritti risiede nell’universalità. Un’universalità che sostanzialmente oggi viene negata. O, magari, addolcita con chi si mobilita a fare opere di bene. E lo dico da persona che spende la vita con le persone fragili e senza diritti.

Se nell’impianto sociosanitario è assente questo tipo di approccio che richiama continuamente i diritti, il rischio è che tutto l’impianto venga ridotto a perorare la causa di una salute di Serie B: quella assistenziale, apparentemente carica del valore aggiunto della solidarietà, ma che in realtà finisce col perdere la centralità dei diritti che imporrebbe l’universalità partendo proprio dai più fragili e dai più deboli. Mi sembra che questo punto – citato anche nella formazione culturale e ideale richiamata – debba diventare centrale nella formazione profonda dell’universalità dei diritti.

L’altro punto, che certamente bisogna mettere in gioco, è la centralità della persona. Un principio che viene citato da campagne, da riflessioni continue: il soggetto della salute è la persona in quanto tale, non è altro. Nella pratica, invece, succede che è la persona che deve adeguarsi a un sistema pubblico organizzato per offrire servizi diversi in base a bisogni specifici. Quindi non è la persona al centro, ma è lei che deve ruotare intorno al sistema dei servizi. Noi, in base alla nostra esperienza nel seguire quotidianamente decine e decine di persone, abbiamo reso tutto ciò con un’immagine evocativa: l’abbiamo chiamata la “sanità del flipper”. La persona, proprio come la pallina del flipper, rimbalza da un servizio all’altro. Se hai dei problemi di alcol, ti dicono di andare al Noa; se hai dei problemi psichici, ti dicono di andare al Cps; se hai dei problemi di tossicodipendenze, ti dicono di andare al Sert. Ma spesso le persone hanno più problemi contemporaneamente e, come risposta al bisogno, hanno doppie, triple, diagnosi. E invece centralità della persona dovrebbe significare che è essa stessa a dover convocare a sé la risposta dei bisogni, a dover mettere in moto



una realtà fluttuante che cambia continuamente intorno a sé.

Tutto ciò richiede un cambiamento rispetto alla logica dei servizi: non più un servizio in attesa dell'arrivo della persona, ma un servizio che va a incontrare la persona. Ma tutto ciò è particolarmente difficile quando ci si scontra con la logica delle prestazioni, che consuma continuamente risorse e non riesce a rendere capaci di risparmio e di partecipazione.

Infatti, le ricerche evidenziano un uso improprio dei Pronto soccorso, ma questo perché abbiamo creato un sistema per cui, al 90 per cento delle persone che stanno male, si dice di andare al Pronto soccorso, come dimostrano anche le risorse a essi destinate. Ci sono invece ricerche che ci dicono quanto si possa risparmiare seguendo una logica dove un'autentica centralità della persona convoca a sé la pluralità dei servizi.

Dal concetto di centralità della persona, dalle riflessioni sul mettere al centro la persona, è nata l'idea della comunità come elemento fondamentale: comunità intesa come territorio e comunità come soggetto dell'universalità dei diritti. Da qui l'inizio di un percorso, fatto di lavoro e di ricerca, che ci ha portati alla costi-

tuzione di un'associazione di livello nazionale, che abbiamo chiamato "Prima la comunità", che porta avanti il cambio di paradigma "dalla sanità alla salute", la centralità della persona e l'universalità dei diritti. Anche la letteratura scientifica ci parla dell'importanza della centralità della persona, partendo proprio dai più fragili. E la pandemia ce lo ha dimostrato. Pensiamo, ad esempio, alle persone anziane. Non si è scoperto improvvisamente il tema delle Rsa. Gli epidemiologi dicono che l'avanzamento dell'età porta sì a vivere di più, ma anche a una maggiore fragilità, è un fatto strutturale. Pertanto il Sistema sanitario deve decidere se "rinchiudere" queste fragilità in una Rsa o meno. Così come, allo stesso modo, bisogna decidere se la politica di lotta alla povertà deve essere una politica di contenimento della povertà oppure può diventare una politica di liberazione di risorse e di interrogativi sul cambiamento. Sembra retorica, sembrano affermazioni di principio, ma c'è in queste tematiche la richiesta di un dibattito che deve essere fatto altrimenti sembra che tutto sia legato alla sola logica di mercato, aziendalistica, delle prestazioni, nella quale dopo aver subito una frattura dell'anca e la conseguente cura, si viene rimandati a casa e finisce tutto lì.

Si è aperto un dibattito, che è ancora in corso. Noi abbiamo detto: investiamo nella ricerca. E abbiamo messo insieme l'Università e centri di ricerca per avere dei dati che facessero intravedere come il tema della centralità della persona e della comunità sia davvero un elemento fondamentale.

Ora è nata questa specie di corsa a chiamare tutto 'comunità', che altro non è che la rivalutazione del territorio come ambito fondamentale. Si ripete come un mantra che la medicina territoriale è in crisi. Occorrerebbe invece pensare a riempire di contenuti questi approcci che vengono solo accennati. Comunità e territorio scandiscono il ritmo delle relazioni, della quotidianità, sono il valore aggiunto per cui partendo dalla salute e dalla sanità si arriva a una lettura politica della società nel suo complesso, capace di affrontare il tema delle relazioni e della prossimità. Le parole stanno entrando nel gergo comune, penso a ospedale di comunità, infermiere di prossimità. Ora è necessario che questo tema della comunità diventi una capacità che il territorio deve acquisire nel costruire il valore della cittadinanza come partecipazione e come elemento fondamentale. Lo dico qui, a una realtà che si muove nella società civile, tra i corpi intermedi, accanto al Terzo settore: evitiamo il rischio di diventare soltanto dei gestori di risorse e impegniamoci a essere promotori di cambiamento sociale e anticipatori di futuro.

La parola comunità è diventata sempre più importante, significativa, addirittura utilizzata nel programma del Governo Draghi. È diventata un investimento di risorse nel PNRR. Però qui deve aprirsi necessariamente il dibattito: la parola comunità può diventare una parola dove le professioni si mettono insieme, oppure viene ridotta dentro la logica delle prestazioni che ripropone poliambulatori vecchia maniera?

Sul territorio nazionale dovranno sorgere 1.400 Case della comunità. Cosa saranno? Luoghi dove riproporre la logica delle corporazioni? La governance dovrebbe essere non solo medica, ma plurale. Nel progetto c'è scritto che "si potranno utilizzare anche gli assistenti sociali". Quel "anche" rivela l'idea di riproporre la divisione tra sociale e sanitario, ben presente in Lombardia. Perché l'assistente sociale ospeda-

liero è diverso da quello che sta sul territorio e nei Comuni.

In conclusione, vorrei citare Papa Francesco quando parla di "poeti sociali": è la parola poesia che allude alla capacità di ricreare un sistema di novità che rimetta in discussione le priorità. Ecco, in questo momento in cui si sta discutendo, parrebbe che si stia riproponendo un modello che riporti alle divisioni tra corporazioni. Ma il vero tema, di contro, deve essere un nuovo protagonismo dei Comuni, per affermare una cultura solidale e universalistica, una cultura dei diritti che sia avvertita come estremamente importante.

Ci si deve aprire a una logica di innovazione e di sperimentazione: non si fa un cambiamento di sistema se non si comincia a sperimentare.

Le Case della comunità dovrebbero essere presidi di medicina territoriale dove svolgere servizi di prossimità. Lo dice la Legge 77 del 17 luglio 2020 (articolo 1, comma 4 bis), che stanziava anche 25 milioni per avviare regionalmente delle sperimentazioni in tal senso, al fine di realizzare nel territorio una vera integrazione sociosanitaria. Le risorse sono però finite nel capitolo generale e le sperimentazioni non partono se non c'è una razionalizzazione del sistema esistente. Si evince che è la Casa della comunità che dovrebbe portare alla razionalizzazione del sistema esistente. Ma non è questa la spinta innovativa di cui abbiamo bisogno.

Giulia Bonezzi

Abbiamo parlato di Case di comunità che non sono solo un pezzo della Riforma ma che sono soprattutto un pezzo del Pnrr. Così attraverso il Recovery Fund arriveranno soldi alla medicina territoriale.

Cerchiamo di capire adesso quali sono le proposte in campo sia per questo livello di attuazione che per una riforma della legge che regola l'assistenza sanitaria regionale.

Tornerei da Don Colmenga più tardi, adesso vorrei capire quali sono le proposte unitarie del sindacato su questo tema, quindi chiedo a Monica Vangi della segreteria Cgil Lombardia di illustrarci la piattaforma.

MONICA VANGI

Segreteria Cgil Lombardia

Ripercorriamo però per titoli nel senso che già gli autorevoli interventi che mi hanno preceduto hanno rappresentato bene a che punto siamo arrivati e quali sono le motivazioni per cui oggi siamo in una situazione come questa.

Il sindacato, unitariamente, quindi questo è un valore aggiunto, ancor prima dell'emergenza sanitaria, ricordo un documento che si chiamava Agenda Sanità del 2018, quindi eravamo ante emergenza Covid-19, forte di una intesa che è stata sottoscritta dalle organizzazioni sindacali con l'allora presidente Maroni nel 2014 sul libro bianco, non sulla Legge Regionale 23, quindi già a tre anni dall'applicazione della Legge Regionale 23 evidenziavamo e sollecitavamo una serie di interventi anche di declinazione di quello che c'era scritto, penso, ad esempio, allo sviluppo della rete territoriale con quei nomi strani che in Lombardia sono stati dati, Pot e Prest, ma anche volevano, dal nostro punto di vista, presentare una proposta di vicinanza ai cittadini che non fosse solo la parte ospedaliera, ma allora rivendicavamo anche il tema delle liste di attesa che già rappresentava una forte criticità, oggi, dopo l'esperienza pandemica, è ovvio che si è amplificata e avevamo anche il tema dei ticket, allora avevamo il super ticket in Lombardia, quindi un'azione che è partita immediatamente dopo, nel 2018.



Monica Vangi

Durante la fase pandemica molti dei presenti sanno che abbiamo condiviso unitariamente un primo documento (estate 2020) di denuncia e di proposta Più Sanità Pubblica Più Medicina di Territorio, cui sono seguite ulteriori elaborazioni unitarie che abbiamo presentato ai decisori politici regionali (partiti di maggioranza ed opposizione) oltre che all'associazionismo territoriale. Nel 2020, abbiamo fatto tre presidi di mobilitazione sotto Palazzo Lombardia e nel primo documento, (eravamo immediatamente dopo i terribili mesi di marzo, aprile e maggio), intitolato Più medicina di territorio, più Sanità pubblica abbiamo voluto evidenziare come il modello lombardo in fase pandemica abbia reso palesi tutte le sue debolezze, ponendo l'accento sull'urgenza di sviluppare la rete territoriale, di potenziare e ricomporre il dipartimento di prevenzione stante le molteplici carenze sulla sorveglianza sanitaria, sul tracciamento, sui dispositivi di protezione individuale, quindi sulla necessità di garantire la sicurezza all'interno degli ospedali, all'interno delle Rsa, nei luoghi di lavoro.

Nei tre presidi unitari abbiamo voluto dare voce ai familiari degli ospiti delle Rsa, agli operatori sanitari, socio sanitari, assunti direttamente dalle strutture o in somministrazione, ai lavoratori e alle lavoratrici che operano nei servizi appaltati. Nella mobilitazione abbiamo rilanciato il tema del rapporto pubblico/privato tenuto conto che la prima risposta in Lombardia è stata data dal Servizio sanitario pubblico grazie al grande impegno di tutti i professionisti mentre l'intervento del privato accreditato in Lombardia è stato successivo. Questo a riprova che l'equiparazione pubblico/privato, non corrisponde alla realtà.

L'elaborazione unitaria poi è proseguita mantenendo un giudizio severo nei confronti della Legge Regionale 23, un giudizio di contrarietà su alcuni temi ma anche di ritardo di applicazione per altri come ad esempio i Distretti, previsti dalla L.R 23 ma nel tempo depotenziati di professionalità e di servizi.

Abbiamo continuato ad evidenziare la necessità di implementare le dotazioni di personale, assolutamente carente anche per effetto di vincoli nazionali, consapevoli che senza personale

nessuna riforma può essere in qualche modo attuata e abbiamo posto l'attenzione sul delicato e fondamentale ruolo dei medici di medicina generale e sul modello organizzativo di presa in carico della cronicità che ha visto una adesione poco significativa, e ancora una volta uno spazio ulteriore agli erogatori privati.

Nel febbraio 2021 abbiamo condiviso la piattaforma unitaria di proposta di revisione della L.R. 23, anche forti del documento di Agenas (dicembre 2021) che indicava le correzioni da apportare al Servizio sanitario regionale evidenziando la necessità di riallineare il Servizio sanitario regionale al Servizio sanitario nazionale. Dopo un ulteriore presidio di mobilitazione nel mese di luglio siamo stati convocati dall'assessore al Welfare e vice presidente di Regione Lombardia, ma unitariamente abbiamo ritenuto non sussistere punti di convergenza utili alla sottoscrizione di una intesa, stante la distanza fra le nostre proposte e le loro intenzioni. La volontà di Regione Lombardia l'abbiamo notata già nella prima Delibera sulle linee guida di ridefinizione della Legge regionale 23 sulle quali, ovviamente, siamo stati auditi come tutti gli stakeholder ribadendo che a nostro avviso c'era l'esigenza di un profondo ripensamento della norma regionale e non di una piccola manutenzione.

Dal Pdl abbiamo avuto la conferma che così non sarebbe stato.

Permangono distanze su alcuni temi di fondo: rapporto pubblico/privato ulteriormente rafforzato il principio di equivalenza pur consapevoli che il sistema di regole tra pubblico e privato è profondamente differente, cito ad esempio le modalità di assunzione del personale, piuttosto che i contratti applicati al personale, la libertà di scelta consapevoli che il cittadino non può esercitarla inevitabilmente si rivolge a alle strutture che offrono tempi più celeri all'effettuazione delle prestazioni di cui necessita.

Ribadisco che non chiediamo la chiusura delle strutture private accreditate in Regione Lombardia, ma crediamo sia urgente e necessario interrompere questo processo che sembra ormai fuori controllo, un processo che deve essere rivisto basato sulla programmazione pubblica dell'analisi dei bisogni dei cittadini, con un si-

stema di ingaggio delle strutture private differenzialmente rimettendo al centro il valore del servizio sanitario pubblico che ha un grande bisogno di potenziamento, di rilancio e di valorizzazione.

La ricomposizione, il potenziamento e la riorganizzazione del dipartimento di Prevenzione, la ricomposizione delle funzioni di programmazione acquisto e controllo con quelle di erogazione oggi assegnate alle Ats e alle Asst.

L'assenza di riferimento alle strutture del comparto socio sanitario (Rsa), bisognose di un profondo ripensamento organizzativo: standards di accreditamento, minutaggi di assistenza, rette a carico delle famiglie.

Risorse umane e strumentali, fondamentali per un ripensamento del servizio Sanitario e socio sanitario Lombardo.

Con un lavoro di squadra fra categorie dei pensionati e della funzione pubblica unitariamente abbiamo comunque deciso di presentare emendamenti al Pdl in discussione in questi giorni in III Commissione concentrandoci anche sullo sviluppo della medicina territoriale, tenuto conto che Pdl non è chiaro come Regione Lombardia intenda declinare il Pnrr in modo particolare le Case di comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali operative territoriali, i Distretti.

Siamo convinti che lo sviluppo della medicina territoriale debba partire dal rilancio dei Distretti peraltro già normati dalla normativa nazionale riassegnando professionisti e potenziando i servizi ricordo ad esempio che la Lombardia ha un rapporto consultori/numero di abitanti inferiore a quanto previsto dalla norma nazionale.

Riattivare i Distretti e declinarne le articolazioni (Case di comunità, Ospedali di comunità e centrali operative territoriali) implica ricostruire la cultura del territorio investendo su professionisti e formazione, ripartendo dalla legge che ha istituito il nostro Ssn 833 la cui storia e i contenuti non sono patrimonio di tutti i professionisti soprattutto i più giovani.

Rilanciare la cultura territoriale significa far lavorare insieme professionisti sanitari, socio sanitari e sociali (integrazione) compresi certamente i medici di medicina generale che per la Cgil dovrebbero essere dipendenti del Servizio sanitario regionale.

Rilanciare il territorio non può prescindere dal valorizzare il ruolo dei sindaci, dell'associazionismo e delle organizzazioni sindacali nella programmazione territoriale.

Siamo preoccupati perché, con Regione Lombardia c'è un problema di metodo; ci sembra che una Riforma di questa portata, non per come l'hanno scritta, ma come noi l'avremmo voluta, meritasse una vera discussione politica ben oltre le audizioni e gli emendamenti.

Le preoccupazioni sono anche nel merito sulla declinazione del Pnrr. Regione Lombardia ha già deliberato due provvedimenti: la prima Dgr rileva i siti di proprietà del Servizio sanitario regionale che possono essere destinati a Case di comunità, Ospedali di comunità e, nonostante manchi ancora il decreto ministeriale che ne definirà gli standard, dichiarano che si attiverà un Ospedale di comunità e due Case di comunità per ogni Ats entro il 31 dicembre: con quale modello organizzativo, con quali risorse?

La seconda delibera regionale ci preoccupa ancora di più e si riferisce all'Area Metropolitana di Milano. Nel provvedimento oltre alla mappatura delle strutture territoriali si intravede un modello organizzativo che non ci piace. Si afferma che le risorse del Pnrr devono essere necessariamente destinate al servizio pubblico, ma si sollecita Regione Lombardia a verifica per vedere la possibilità di affidare a strutture private accreditate la gestione nelle nuove strutture territoriali tenuto conto che alcune attività riconducibili alla Casa di comunità (esempio ambulatori specialistici e punti prelievi già accreditati a soggetti terzi privati) sono già effettuate da strutture private. Si citano ad esempio forme di sperimentazioni gestionali.

Nelle prossime settimane vogliamo provare a dare continuità al dibattito sul tema del Diritto alla Salute nella nostra Regione.

Dopo tante elaborazioni unitarie crediamo sia necessario fare rete con le associazioni ma abbiamo soprattutto bisogno di parlare ai cittadini. Abbiamo deciso unitariamente di predisporre un materiale che traduca con un linguaggio semplice le nostre proposte e le nostre idee e che aiuti i territori ad organizzare iniziative rivolte a cittadini, lavoratori e pensionati.

Dobbiamo tenere accesi i riflettori sul diritto

alla salute e cercare di spiegare che le scelte politiche che Regione Lombardia assumerà non saranno neutre sulla vita delle persone a partire da quelle più fragili e vulnerabili.

Per questo, anche alla luce della drammatica emergenza sanitaria, proseguiamo nell'azione con l'obiettivo di un concreto cambiamento perché la salute sia davvero un diritto per tutte e per tutti.

Giulia Bonezzi

Passerei ora la parola a Federica Trapletti della segreteria dello Spi su un altro tema sollevato da Don Colmegna prima: il socio-sanitario, quel posto strano in cui si incrociano i bisogni sanitari e i bisogni sociali di altro tipo e che è probabilmente il tallone di Achille più grosso sia dell'eccellenza, come viene chiamata, lombarda e forse non solo lombarda. È il vero problema che il Servizio sanitario nazionale a vocazione universalistica si troverà ad affrontare nei prossimi anni.

Nella riforma quanto c'è di questo e cosa ci vorrebbe?

FEDERICA TRAPLETTI

Segreteria Spi Cgil Lombardia

Sarò più sintetica possibile perché come dicevi tu tante cose sono già state dette negli interventi che mi hanno preceduto.

Innanzitutto noi, per quello che riguarda la parte sociosanitaria, pensiamo che, tra i grandi vuoti che sono stati lasciati dallo smantellamento della rete territoriale, sicuramente c'è il tema dell'integrazione fra i bisogni sanitari, sociosanitari e assistenziali, questa mancanza ha ovviamente pesato (e pesa tuttora) soprattutto sui soggetti più fragili e più vulnerabili che in gran parte sono anziani e pensionati. L'integrazione sociosanitaria, così come noi la intendiamo, presupporrebbe un modello di presa in carico basato sulla interazione non solo tra i servizi, Adi, Sad, fino ad arrivare alla residenzialità, ma una interazione anche tra i soggetti che gravitano intorno alla persona anziana o alla persona con cronicità, a partire innanzitutto dal medico di medicina generale ma anche il medico specialista l'infermiere di

comunità, i comuni e gli assistenti sociali.

Questo modello, come diceva Monica in un passaggio, in Lombardia non esiste. Non esiste perché anche quel modello che è stato introdotto nel 2017 non ha prodotto risultati dal punto di vista della presa in carico della persona e in particolare dei malati cronici. L'adesione, estremamente bassa, mediamente anche al di sotto del 10 per cento, secondo noi sancisce il fallimento di quel modello che, tra l'altro, è un modello che mette ai margini una figura come il medico di medicina generale che secondo noi, invece, deve essere centrale nella presa in carico. Inoltre esclude totalmente i Comuni e gli assistenti sociali ed è un modello che si è purtroppo concretizzato più che altro in una calendarizzazione, magari organica, ma pur sempre una semplice calendarizzazione di prestazioni. Inoltre, per quanto ci riguarda, ha dato un ulteriore impulso ad un maggiore sviluppo dei settori privati della sanità.

Nelle politiche regionali, Regione Lombardia ha quasi sempre, sostituito la "presa in carico" con la politica dei bonus e quindi noi oggi abbiamo una giungla veramente molto complicata di bonus nella quale le famiglie cercano di districarsi, con tante difficoltà, rivolgendosi ai nostri sportelli sociali per avere informazioni e a volte arrivano a rinunciare al bonus perché gli adempimenti burocratici sono veramente tanti. Si tratta di elargizioni economiche che tra l'altro sono assolutamente insufficienti a soddisfare

il bisogno di assistenza delle famiglie. Non è un caso se noi come Spi insieme ad altre associazioni abbiamo svolto qualche anno fa un'indagine sui caregiver, che sono la figura veramente fondamentale dell'assistenza all'interno delle nostre famiglie, e loro stessi ci hanno confermato di avere bisogno di servizi e non di risorse economiche. Servizi sia per loro stessi, che per il familiare di cui si prendono cura.

Noi pensiamo e l'abbiamo più volte detto a Regione Lombardia, che l'integrazione fra i bisogni sanitari e sociosanitari deve avvenire laddove i bisogni nascono e si manifestano, quindi all'interno del territorio e in particolare all'interno delle Case della comunità. Noi pensiamo anche che queste Case della comunità debbano essere di governo pubblico con il compito e la capacità di valutare i bisogni del territorio e di costruire dei percorsi di cura e di presa in carico che siano veramente centrati sulla persona e sulla famiglia.

Per quanto riguarda tutta la filiera dell'assistenza nel caso di non autosufficienza quindi partire dall'Adi per poi passare al Sad o alla semiresidenzialità e alla residenzialità noi pensiamo che questi servizi debbano integrarsi fra di loro e debbano anche estendere il loro campo di azione, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Devono essere in grado di dare una risposta modulata a quello che è il reale bisogno assistenziale della persona e quindi prendere in carico la persona stessa e costruire intorno ad essa un percorso di cura.

Quando in una famiglia si verifica una condizione di non autosufficienza, la famiglia con i suoi già fragili equilibri, entra in crisi, precipita in una situazione di forte disorientamento e non trova mai un supporto esterno rispetto a quelli che sono i suoi bisogni e per le decisioni che deve prendere nel percorso che è costretta ad affrontare. Spesso le famiglie non conoscono i servizi: abbiamo tanti casi di risorse inutilizzate di Regione Lombardia e quindi, quando accade una condizione di non autosufficienza, sono due le alternative concretamente a disposizione delle famiglie: il ricorso alla badante o il ricorso alla Rsa. Il resto sembra non esista, probabilmente non esiste proprio, oppure è talmente annebbiato che di fatto non è utilizzabile.



Federica Trapletti

Noi nel Progetto di Legge 187 purtroppo non intravediamo nessuna prospettiva di cambiamento da questo punto di vista: è vero, vengono messi su carta i luoghi della rete territoriale, si parla di Case della comunità, Ospedali di comunità, di Centrali operative, ma le stesse Case della comunità, per com'è scritto, sembra che alla fine diventeranno una sorta di poliambulatorio, inoltre non è nemmeno chiaro come faranno ad interagire fra di loro e come saranno collegati tra di loro questi luoghi e come saranno collegati alla rete già esistente dei servizi.

Noi l'abbiamo detto più volte, il Sistema sanitario non è un puzzle dove mancano dei tasselli e tu li metti lì e ricomponi il quadro, no, nel mettere i tasselli devi costruire o rimodulare tutte le relazioni. Non a caso si parla di rete: va tutto rimodulato in modo da far funzionare tutto il sistema, e soprattutto noi non vediamo il rafforzamento della governance pubblica di cui invece abbiamo tanto bisogno.

Concludo su un tema che ci è particolarmente caro; il tema delle Rsa. Nel Progetto di legge non c'è niente sulle Rsa, non c'è nulla sulla necessità di rivedere un modello assistenziale che noi riteniamo non più adeguato a quelli che sono i bisogni assistenziali degli anziani che vivono all'interno delle Rsa. Come sindacato unitario dei pensionati ci siamo fatti promotori di una raccolta firme in tutta la Lombardia su una proposta di riforma del sistema delle Rsa. Ne abbiamo raccolte circa 27 mila quindi 27 mila famiglie hanno condiviso e sottoscritto la nostra proposta che prevede alcuni semplici punti; rivedere il modello assistenziale: i famosi 901 minuti di assistenza che sono assolutamente improponibili e tra l'altro non reali; rivedere il mix assistenziale; rivedere anche i percorsi di formazione del personale all'interno delle Rsa; e soprattutto affrontare la questione che riguarda il governo delle rette perché oggi le rette sono un problema enorme per le famiglie che non riescono più a sostenere all'interno del bilancio familiare.

Mi fermo qui perché il resto è già stato detto e lascio lo spazio agli altri.

Grazie.

Giulia Bonezzi

Don Colmegna è entrato subito in un tema che mi interessa molto, forse una delle cose più interessanti disegnate da questo Pnrr: le Case di comunità che sono qualcosa di concreto. La Regione ha fatto una delibera per individuare i luoghi di proprietà del Servizio sanitario nazionale dove fare le prime 115 Case, più 53 Ospedali di Comunità, ha già detto che ne farà altre in posti di proprietà di enti pubblici e parte in una specie di convenzione con i privati. Don Colmegna, ci racconta cosa ci deve essere, secondo lei, dentro la Casa di comunità?

DON VIRGINIO COLMEGNA

La prima cosa riguarda soprattutto l'impianto culturale. Ci vuole un cambio di paradigma: dalla sanità alla salute. Sulle Case della comunità abbiamo lavorato molto come associazione. Prima la comunità. Sul nostro sito c'è un'elaborazione molto dettagliata in cui si spiega cosa dovranno essere. Ma se non c'è una forza culturale, una forza politica, che spinge verso una certa lettura, ne vien fuori solo un tentativo di razionalizzare un sistema che la pandemia ci ha drammaticamente dimostrato che non regge.

Io credo molto nelle parole, ma non quando vengono svuotate di senso. Per esempio, la domiciliarità diffusa sul territorio è un elemento fondamentale, ma non è da ridurre all'assistenza di una badante a un anziano. È la cultura della domiciliarità, che ha a che fare con l'idea di salute e di sanità che abbiamo e che non è soltanto assistenza.

Così come quando parliamo di multidisciplinarietà. Le professioni si devono mettere insieme, così come devono cambiare i processi formativi perché è chiaro che se dalle università si viene fuori già con una cultura di divisione, questo creerà comunque dei problemi. La scorsa domenica ero a un incontro con un gruppo di giovani medici, che mi hanno restituito un po' di speranza: stanno ragionando insieme, si stanno mettendo insieme e si rendono conto del fatto che la medicina territoriale implica anche la cura. È chiaro che ci deve essere il medico territoriale, tutto quello che volete, ma ci



deve essere una circolarità di professioni perché al centro c'è la persona.

Quello che stiamo chiedendo non è solamente un luogo. Ci sono invece delibere, e non solo in Lombardia, dove si dice che le Case della comunità potranno essere assorbite come poliambulatori dal responsabile dell'Agenas. Quindi la preoccupazione è molto forte rispetto a questo. C'è dunque bisogno di una cultura della centralità della persona e questo è un invito che rivolgo anzitutto al mondo sociale che vive di assistenza e di relazioni. Prima si è parlato di Alzheimer e di Rsa: le Rsa che sono troppe, ma rischiano di essere indispensabili se di fatto la medicina territoriale, la prossimità territoriale, la governance, non diventano capaci di mettere subito al centro questa preoccupazione.

Cito un esempio per dire della follia in cui siamo. L'autismo: fino ai 14 anni è inserito nel sistema dei minori; dai 14 ai 18 anni non si sa chi debba seguire; dopo i 18 anni si è messi fuori dal sistema. L'ultimo caso è quello di una mamma che mi ha detto che suo figlio – dopo essere stato in comunità per problemi di salute mentale – ora deve ritornare sul territorio, quindi a casa sua, visto che è stata cambiata la diagnosi ed era “diventato” autistico. Dato

che le problematiche dell'autismo ricadono nell'ambito dell'assistenza territoriale, una volta rientrato il ragazzo in casa, la mamma si rivolge al Comune, territorio, il quale dice di non avere i soldi perché quel tipo di intervento non era stato programmato. La mamma si ritrova quindi con in casa quel figlio – che pure desidera avere con sé – ma senza avere una struttura di sostegno attorno, dato che era stata cambiata la diagnosi e non si sa più chi lo deve seguire. Lo cito come esempio, ma dietro c'è la storia di tanti.

Un altro passaggio culturale da fare rispetto alle Case della comunità riguarda l'aspetto prestazionistico. Tutto è diventato prestazione, si esaltano le capacità professionali e di intervento, però c'è bisogno di una governance che sia territoriale, seria e capace. Altrimenti anche il Terzo settore finirà nel capitolo della sussidiarietà, dove si parla di co-progettazione senza capire bene cosa voglia dire questa parola, rischiando di divenire solo un elemento parziale tra i tanti che partecipano alla divisione della spesa.

È chiaro che c'è una difficoltà molto profonda, in un momento decisivo nel quale si deve arrivare a chiudere le questioni date anche le

urgenze del PNRR. Ma la questione è davvero ampia e richiede approfondimenti a tutti i livelli. Penso al tema della disabilità, ad esempio. Oggi se un disabile va al lavoro gli viene tolto l'assegno di accompagnamento. Sostanzialmente c'è un incentivo a restare a casa e a non lavorare, disperdendo e facendo saltare anche tutta l'attività sociale di accompagnamento e di inserimento di un disabile nel mondo del lavoro. E ringrazio la Cgil che si è prontamente attivata su questo. C'è bisogno di rendere questo tipo di problemi non tanto una questione di dati e di risorse economiche, ma una questione che riguarda la cultura, per cercare di vincere queste battaglie perché dentro ci sono le persone. È un momento come detto straordinario, che va affrontato perché bisogna rivedere i meccanismi di mercato e aziendalistici.

Sulla città di Milano si è già deciso dove saranno le dieci Case della comunità, spendendo tra l'altro ingenti risorse. La digitalizzazione è certamente importante, ci vorrà il fascicolo digitale per tutti, si va verso cambiamenti forti, ma tutto ciò ha bisogno – per essere realizzato – di un tessuto territoriale che sia vissuto e che sia partecipativo, non di separazione. Questa è la sfida che abbiamo davanti, da sviluppare in questi mesi con tutto il coraggio che c'è e dicendo dei no ad alcuni utilizzi fuorvianti. Perché c'è una conflittualità che va gestita in termini di cambiamento, c'è un grande lavoro culturale da fare. Il cambio di paradigma è richiesto dal dramma che abbiamo vissuto.

Giulia Bonezzi

Siamo già entrati nella fase delle proposte per cui darei la parola ai consiglieri regionali, Gian Antonio Girelli del Partito Democratico e Marco Fumagalli del Movimento 5 Stelle che sono quelli che stanno in prima linea perché la revisione della riforma Maroni al momento è in discussione in Commissione Sanità di Regione Lombardia.

A entrambi chiedo di spiegarci quali sono le idee, cominciando con Girelli del Partito Democratico. Quali emendamenti avrebbe portato, su cosa punta e su cosa fa battaglia in questa revisione?

GIAN ANTONIO GIRELLI

Responsabile regionale Forum Sanità PD

Voglio ringraziarvi per questa iniziativa perché c'è più che mai bisogno che il momento che stiamo vivendo diventi patrimonio di tutti, diventi momento di confronto, di discussione e di mobilitazione. Con grande sincerità vi devo dire che la minoranza in consiglio regionale non basta per portare avanti questa battaglia, non ne abbiamo né la forza, né la possibilità. Certo, sono gli strumenti della democrazia che consegnano a chi è maggioranza i numeri per fare ciò che vuole e come vuole, però io credo che – quando si tratta di questioni come questa che impattano davvero sulla vita delle persone – ci sia il dovere, oltre che il diritto della società di far sentire la propria voce, di fare le giuste pressioni rispetto quanto sta avvenendo.

Comincio sottolineando un aspetto. Ci troviamo a dover affrontare una riforma che come Gruppo abbiamo ribattezzato *No riforma*, non tanto della Maroni come è stato giustamente ricordato, ma di un impianto politico vecchio di venticinque anni che in Regione Lombardia si è radicato ed è diventato patrimonio culturale della società lombarda, questo è il vero problema che ci troviamo di fronte e va scardinato e sconfitto. Oggi ci troviamo di fronte alla rilettura di una Legge che fu spacciata come sperimentale però, per onestà intellettuale e anche politica, possiamo dire che di sperimentale non c'era assolutamente nulla. Fu



Gian Antonio Girelli

un'invenzione per far passare una riforma che, in un primo momento, quel governo nazionale a guida del centro-sinistra quindi opposta a quella della Lombardia, stigmatizzò come non adeguata. Poiché una componente di quel governo nazionale era parte integrante della maggioranza regionale, quella stessa maggioranza disse: "cade il governo di Roma se non passa questa riforma". Si inventò così la sperimentazione con dei giudizi molto negativi da parte del ministero che ne controllava i conti e altri 'molto rivisti' dall'allora ministro della Sanità che trasformò quella che in un primo momento era un'analisi critica della Legge Regionale in un modello sperimentale. Questo influì moltissimo su quella analisi di legge, su quel passaggio politico perché a ogni critica ci sentivamo rispondere: "...se il vostro governo ha detto che va bene, cosa volete?". In quell'occasione aprimmo anche un confronto molto autentico, ci trovammo anche in qualche imbarazzo positivo quando si stese il famoso Libro Bianco, prima evocato, sembrava addirittura un cambio di metodo e di capacità di rapporto con le varie realtà. Libro Bianco che però, ricordiamo tutti, è rimasto del tutto non considerato dal momento in cui si istituì la famosa riforma che, all'inizio, si chiamò Riforma Rizzi e poi fu ribattezzata Maroni perché Rizzi non ebbe grande fortuna parlando di corruzione e di spreco di denaro pubblico nella sanità in Lombardia. Fu un'attività puntuale, emendativa nel testo che cercava di introdurre alcuni aspetti, i Prest nacquero un po' anche da queste pressioni come l'individuazione dei direttori generali con quella famosa lista con maggior trasparenza eccetera eccetera. Una riforma che nemmeno in queste parti, parliamoci molto chiaro, fu mai attuata perché i numeri di quell'applicazione, di quelle componenti che si sperava portassero a motivi di novità, sono rimasti tutti sulla carta. Però, sempre per onestà tra di noi, noi abbiamo rischiato, – non c'è nessuna polemica, lo dico all'amico Fumagalli in questa citazione –, che con il governo Giallo/Verde la sperimentazione lombarda diventasse riferimento nazionale. Poi Covid-19 ha messo in moto un meccanismo di giudizio sulla Legge Regionale che necessariamente non poteva più essere quella che era già stata preconfezionata. Dobbiamo dirci le cose

come stanno se vogliamo affrontare il problema che abbiamo di fronte. Siamo giunti a un giudizio sulla sperimentazione sancito dal ministero con la famosa prima lettera di Agenas in cui mette in fila tutta una serie di criticità o meglio evidenzia alcune delle criticità della anomalia lombarda. Regione Lombardia è in grande ritardo perché se noi avessimo rispettato i tempi di quella nota avremmo già dovuto approvare la legge, da dicembre 2020 siamo quasi alla fine del 2021 ad affrontare questi passaggi, ma soprattutto, nel corso del tempo, si è vista una radicale modifica anche degli atteggiamenti di Agenas perché le lettere successive in cui si diceva "...bene, state lavorando seguendo le nostre indicazioni", sono arrivate senza che noi ne fossimo al corrente. Addirittura si è aperta la discussione politica con un convegno, in teoria promosso dalla Commissione Terza, di cui non ne sapevamo nulla fino a che non ne abbiamo visto il programma, dove Mantovani, che è il direttore generale di Agenas, in poche parole all'inizio di un confronto politico dice: "state lavorando bene".

Questo è il quadro che ci troviamo di fronte. Come gruppo del Partito democratico abbiamo fatto una prima scelta di non trasformare la discussione in Commissione ridotta veramente all'osso – con due giorni dedicati a un secondo passaggio di tutti gli stakeholder, come sono stati definiti e che in poi sono la realtà vera in Lombardia – in un continuo senza senso, senza possibilità di confronto, di dialogo, di interazione.

Abbiamo detto: "rimandiamo il tutto in aula perché è la che dobbiamo fare la battaglia". Sta di fatto che rispetto gli emendamenti, scaturiti dai confronti avuti e da cui abbiamo raccolto una serie di indicazioni, la posizione della presidenza della Commissione è stata quella di dire: "non se ne parla neanche, non discutiamo di questi emendamenti". Il che ci ha portato ad acquisirne una buona parte, quelli che ritenevamo di particolare interesse, ne abbiamo presentati 224, Marco Fumagalli 50 o 60, non ricordo bene, e qualcuno dei Commissari di Maggioranza si è sentito in dovere di recepire alcuni emendamenti nell'imbarazzo di dire che ci avevano ascoltato però è finita lì. Questi

emendamenti andranno in votazione mercoledì prossimo in una giornata intera di lavori dove si parlerà di questo.

Non voglio fare il veggente anche se in Lombardia è facile farlo, penso che a parte qualche raro emendamento soprattutto di maggioranza, pochi altri potranno avere fortuna. La scelta che abbiamo fatto è quella di portare tutto in discussione in aula dove abbiamo utilizzato lo strumento che il Regolamento regionale concede a ogni gruppo per ogni legislatura, far saltare i tempi di contingentamento della discussione per poter dire: “vogliamo almeno dilatare il tempo per parlarne e non chiudere in quattro e quattr’otto una riforma di questo genere?”.

Non presenteremo emendamenti di merito tesi a migliorare questo o quell’aspetto, non ci sono le condizioni, andremo a presentare una serie di emendamenti, anche un po’ speculativi, che ci permettono di utilizzare i tempi che dicevo prima. Ma soprattutto stiamo confezionando alcuni maxi emendamenti che di fatto stravolgono il testo del Pdl, di questo c’è bisogno, di uno stravolgimento, perché tutto quanto detto nei precedenti interventi va portato all’interno di una seria riflessione in Lombardia.

Ciò da consiglieri regionali più colpisce – e se mi consentite quasi offende dal punto di vista del ruolo che rivestiamo – è che dopo tutto quello che è successo in Italia, in Lombardia, dopo tutto quello che i cittadini lombardi hanno vissuto, la risposta da parte di questa maggioranza regionale è questo Pdl. È un’offesa, un’offesa a quel dolore, a quella disperazione, a tutto quello che è stato, in una sorta di volontà di far dimenticare dietro la presunta efficienza di campagne di vaccinazione, tra l’altro gestite e messe a posto da altri... la storia che Poste italiane salvano la Lombardia fa un po’ sorridere da un certo punto di vista. Questo noi non dobbiamo permetterlo, mi verrebbe da dire che la vera sfida che abbiamo di fronte non è tanto politica ma è culturale ed etica perché se ci diciamo fra di noi quali sono gli obiettivi che vogliamo difendere o recuperare in Lombardia, rischiamo davvero di cadere in una deriva di confronto sui particolari, sull’organizzazione e sul tecnicismo che poco hanno a che fare con il problema vero.

Voglio citare un grande bresciano, Martinazzoli, prefigurando il futuro, diceva sempre: “Noi andiamo verso una società che ci consegna dei mezzi sempre più infiniti, una scienza sempre più importante, peccato che abbiamo perso il fine”. Se non mettiamo a posto il fine rischiamo davvero di combinare poco. La *scomodità* che la politica deve sentire è forse anche l’interrogarsi sulla propria adeguatezza nell’affrontare da sola questo passaggio, riguarda la Lombardia, ma riguarda anche il Paese perché un vero cambiamento noi lo dobbiamo avere anche nella politica nazionale dove c’è troppa timidezza rispetto a questi temi, dove la pressione delle grandi lobby che stanno dietro a queste cose è troppo forte, è troppo condizionante nelle discussioni che ci sono nelle commissioni parlamentari e in aula, come probabilmente nella società in generale. Dobbiamo avere la consapevolezza che questo è il nostro vero problema.

Qui torno a quello che dicevo all’inizio, la mobilitazione, la rappresentanza, quello che siete voi e tutte le altre realtà. È di fondamentale importanza, ricreare un po’ quello che era lo spirito della grande riforma della sanità nazionale dove ci fu la scelta di un Paese, non solo di un gruppo di parlamentari che ebbero la forza di arrivare a conclusione di un percorso iniziato molti anni prima. Il percorso, il metodo che cercheremo di usare il più possibile sarà il lavorare di meno in aula consiliare, nel senso che faremo la nostra parte, ma lavorando molto sul territorio, fra le persone. È su questo che dobbiamo riflettere.

Io ho avuto la mia prima esperienza da consigliere regionale nel 2010, venivo dalla periferia bresciana e avevo timore nel confrontarmi con una realtà complessa che vedevo molto di qualità. Poi, dopo due settimane, ho scoperto che potevo tranquillamente incominciare a parlare perché la qualità non c’era e la centralità, che vedevo come un valore, in realtà era un disvalore molto radicato. In tutti questi anni nei quali mi sono ritrovato anche a occuparmi di sanità oltre che di mafia, come Rosy Bindi ben sa, ho sempre sentito parlare dello sradicamento della medicina territoriale, del fatto che la Lombardia si era consegnata all’offerta sani-



taria anziché alla domanda e alla programmazione, del fatto che la corruzione aveva permesso molte volte di far crescere la sanità privata. Il San Raffaele, per fare un esempio, è arrivato a essere il San Raffaele che noi conosciamo grazie a una marea di soldi che sono arrivati in maniera impropria. Ho visto spesso sale piene, soprattutto in occasione dell'apertura della presa in carico della cronicità, e ho visto delle urne estremamente deludenti, perché la vera grande riforma è quella di mandarli a casa, mettiamocelo bene in testa e da allora in maniera molto scomodante io dico che il fallimento di chi in questi venticinque anni ha governato democraticamente perché sono stati eletti, ci deve interessare e molto, ma il fallimento della nostra capacità di far comprendere alle lombarde e ai lombardi di cosa stavamo parlando, è una domanda che dobbiamo porci. E dobbiamo farlo con grande franchezza, con grande umiltà e con grande disponibilità. Ciò non vuol dire rinunciare o smettere, ma mettercela ancora di più con un principio fondamentale: farlo assieme. Credo che queste siano le occasioni che servono, sentiamoci, manteniamoci in collegamento, scomodateci tutte le volte che volete, ma facciamolo.

Giulia Bonezzi

Do la parola a Marco Fumagalli che ha una proposta, portata avanti in maniera molto puntuale, su come dovrebbe essere questa riforma.

MARCO FUMAGALLI

Consigliere regionale Movimento 5Stelle

Grazie per questo invito che effettivamente permette di far arrivare alla gente quello che sta accadendo in Regione Lombardia, perché se passasse questa riforma sarebbe una grandissima tragedia per tutto il Paese, non solo per la Lombardia. C'è una reale necessità di sensibilizzare i cittadini su quello che sta avvenendo: noi, per esempio, sabato saremo in Piazza Duomo in una manifestazione unitaria, dove c'è anche il PD insieme ad altre forze politiche, per dire che le opposizioni sono unite contro questa proposta di riforma e che è ora di cambiare regime politico in Regione Lombardia. Oggettivamente, se si va in questa direzione e il modello lombardo diventa nazionale, sarà un problema, perché si consegna il Sistema Sanitario Nazionale al privato.

Noi abbiamo elaborato tre proposte di riforma che abbiamo depositato fin dall'anno scorso: la

prima a settembre, la seconda a novembre del 2020, la terza nel gennaio 2021, che hanno un loro filo logico. La prima l'abbiamo chiamata "Ats Lombardia" e ha come obiettivo quello di creare un'unica Azienda territoriale, quindi un'unica Ats in luogo delle attuali otto, perché, come abbiamo sentito precedentemente, in Regione Lombardia c'è necessità di potenziare quella che è la programmazione. La programmazione deve essere ed è un contraltare a quello che è il libero mercato che attualmente esiste in Regione Lombardia. Le Ats in questo momento hanno, fra le altre cose, la funzione di contrattualizzazione, secondo uno schema che, a mio avviso, contraddice anche la norma nazionale e di per sé si pone in contrasto ed è suscettibile di impugnazione e noi presenteremo delle pregiudiziali di incostituzionalità in tal senso. Le Ats si pongono praticamente come ente che acquista servizi nell'ambito di quelli che sono poi gli erogatori pubblici e privati. Questo sistema non è conforme al modello nazionale, quindi noi diciamo di eliminare le Ats esistenti per creare un'unica Ats, che poi è il modello veneto già sperimentato. Un'unica Ats che sostanzialmente svolge l'attività di back office, quella che normalmente gestiscono le multinazionali. Praticamente cosa succede? Che le attività di tipo finanziario, le attività di bilancio, quelle di assunzioni, quelle che adesso appartengono ad ARIA, come ad esempio la gestione dell'infor-



Marco Fumagalli

matica, la gestione dell'Agenda Unica (che non funziona perché ovviamente è privata e non dà i dati), la gestione delle acquisizioni di servizi da parte del privato, tutto questo deve essere centralizzato proprio perché l'obiettivo è quello di programmare la soddisfazione dei bisogni dei cittadini lombardi innanzitutto tramite il sistema pubblico. Poi, laddove il sistema pubblico non arriva per carenza di risorse o altri motivi, si deve supplire tramite il privato, ma a quel punto deve essere un soggetto centrale che deve acquisire le risorse da parte del privato. Noi abbiamo presentato un PdL che descrive proprio come deve avvenire questa acquisizione, perché non è il mercato che deve offrire, ma è la Regione che deve cercare di selezionare quello di cui ha bisogno, quindi l'Ats unica va ad acquisire quelle che sono le necessità complementari per i cittadini che la sanità pubblica non riesce a soddisfare in quel momento.

Non c'è più una equiparazione pubblico/privato ma c'è semplicemente una Regione Lombardia che riprende in mano la programmazione e che non la lascia al libero mercato, programma le risorse pubbliche e, dove non arriva, interviene con le risorse private.

Con l'Ats unica si eliminano le otto attuali Ats e quelle che sono praticamente le attività sanitarie vengono date alle Asst, che per noi devono essere dodici, una per ogni provincia, che a loro volta sono divise in Distretti. Anche noi prevediamo l'esistenza delle Aziende Ospedaliere, che devono essere esclusivamente pubbliche.

Abbiamo presentato questo progetto di legge a settembre, poi quando a dicembre è arrivata Agenas a fare la sua proposta ha dato come raccomandazione quella di adottare il modello di Ats unica. In sostanza perché, oggettivamente, diventa difficile gestire un sistema come quello che è stato realizzato da Formigoni e poi da Maroni, un sistema così tanto distribuito, in cui la programmazione è stata annullata e il libero mercato diventa sovrano nella gestione dell'attività sanitaria della Regione Lombardia. Solo se si centralizza in qualche modo si riesce a governare il sistema.

Alla centralizzazione abbiamo affiancato poi il PdL che si chiama "Casa della Comunità". Abbiamo già sentito in maniera tecnica cosa sono

le Case della Comunità, noi in particolare sosteniamo che la Casa della Comunità deve essere di tipo pubblico. La comunità locale, gli enti locali devono riprendersi quel potere politico che gli è stato sottratto da Regione Lombardia, che lo ha trasferito al mercato, quindi ritorna il potere politico agli enti locali nella determinazione delle attività. C'è questa Casa che sta sul territorio, è al servizio dei cittadini ed è un bene comune. È evidente che quest'idea è totalmente diversa dall'affidare la gestione al sistema privato, che volendo fare profitto evidentemente non può curare il bene comune, la comunità, i cittadini. Noi diciamo, per esempio, che la presa in carico della cronicità – che vale l'80 per cento del bilancio regionale, che è di 19 miliardi – deve essere fatta sulla Casa della Comunità.

Come abbiamo detto prima la sanità non può essere un mercato, al limite un quasi-mercato, perché questo determina un'allocazione inefficiente delle risorse, quindi c'è la necessità di programmare e di prevedere anche con delle leggi, con delle normative che non esistono in Regione Lombardia, ma che nemmeno il governo nazionale ha. Evidentemente c'è la necessità, almeno sul territorio, di dotarsi di regole di ingaggio del privato, quindi noi diciamo che c'è la programmazione e dove non arriva il pubblico arriva il privato e si seleziona il privato mediante anche iniziative di evidenza pubblica, con gare di appalto per cercare anche di portare degli elementi che in questo momento non ci sono in Regione Lombardia. Pensiamo a un grosso gruppo che ha patteggiato delle pene in quanto ha fatto delle note di credito per diversi milioni di Euro che poi non sono state riconosciute da Regione Lombardia. Però le regole dell'accreditamento non sono le stesse regole, per esempio, del Codice degli Appalti e, mentre per le regole del Codice degli Appalti questo gruppo non potrebbe più lavorare, per le regole dell'accreditamento questo gruppo può ancora lavorare. Arriviamo così all'assurdo in cui un soggetto che si macchia di truffa può continuare a lavorare, perché sono regole completamente differenti. In assenza di regole nazionali, che ci auguriamo arrivino il prima possibile, per regolare quello che è il mercato della Sanità e comunque regolare al meglio

quelli che sono i principi fondamentali, noi diciamo che Regione Lombardia si deve dotare di norme di dettaglio per disciplinare il rapporto pubblico/privato.

Questa è la chiave di volta del sistema, perché il rapporto pubblico/privato ha effetti distorsivi non solo sulla politica in Regione Lombardia – in quanto il rapporto pubblico/privato condiziona le elezioni – ma condiziona anche un problema che ha carattere nazionale. Andando il privato sempre di più a specializzarsi e a ingrandirsi, succede che abbiamo una mobilità in più di 450 milioni di Euro, vale a dire che ci sono cittadini di altre regioni che vengono da noi a curarsi. Questo ha effetti distorsivi, perché così nelle altre regioni non si permette una crescita di un sistema sanitario, oltre ad andare a contraddire l'articolo costituzionale che parla di uguaglianza, in quanto chi è ricco può permettersi di andare a curarsi in Lombardia, ma chi non ha le risorse finanziarie non solo non trova in Puglia l'ospedale che lo può curare, ma nemmeno può pagarsi tutti i viaggi in Lombardia.

Capite che se passa questa proposta di legge che sta proponendo la Moratti e che sostanzialmente è in piena continuità con il modello di Formigoni e di Maroni, non diventa un problema solo per Regione Lombardia, ma diventa un problema per tutta l'Italia. Al momento pensiamo di presentare quattro pregiudiziali di costituzionalità perché questi sono quelli che abbiamo verificato essere i punti assolutamente illegittimi. Se passasse questo modello, senza che vi sia alcuna impugnativa e se questo modello dovesse poi essere ripreso dalle altre regioni, andremmo verso un sistema completamente privatistico sul modello americano. Noi questo lo dobbiamo assolutamente evitare.

Siamo qui a parlare di questa riforma in quanto, sostanzialmente, c'è stata la pandemia, ma se non ci fosse stata la pandemia non saremmo qui. C'era il *tagliando* al terzo anno, nel 2018 io ho telefonato a Grillo (Giulia Grillo, allora Ministro della Salute, ndr) dicendole che non era vero che qua ci fosse eccellenza, qua non funzionava niente, ma il governo gialloverde non fece nulla. Adesso abbiamo il governo Draghi: non vorrei che questo governo – come abbiamo già visto nel mio territorio con la Pedemontana –

vada nella direzione per cui per il quieto vivere si fa passare questa schifezza. Questa schifezza non è una cosa che noi paghiamo quest'anno, la schifezza di questa legge, che poi magari viene copiata da altri, la pagheremo per sempre. Quanto stiamo affrontando adesso in Consiglio regionale è qualcosa che travalica i confini regionali ed è nell'interesse di tutti i cittadini, per questo è importante far sapere cosa accade, bisogna evitare di fare errori già commessi in passato. Grazie.

EMANUELE MONTI, *presidente della Commissione Sanità e Politiche sociali Regione Lombardia*, ha partecipato al dibattito con un video-intervento, essendo impegnato coi lavori della Commissione riunita nella stessa mattinata.

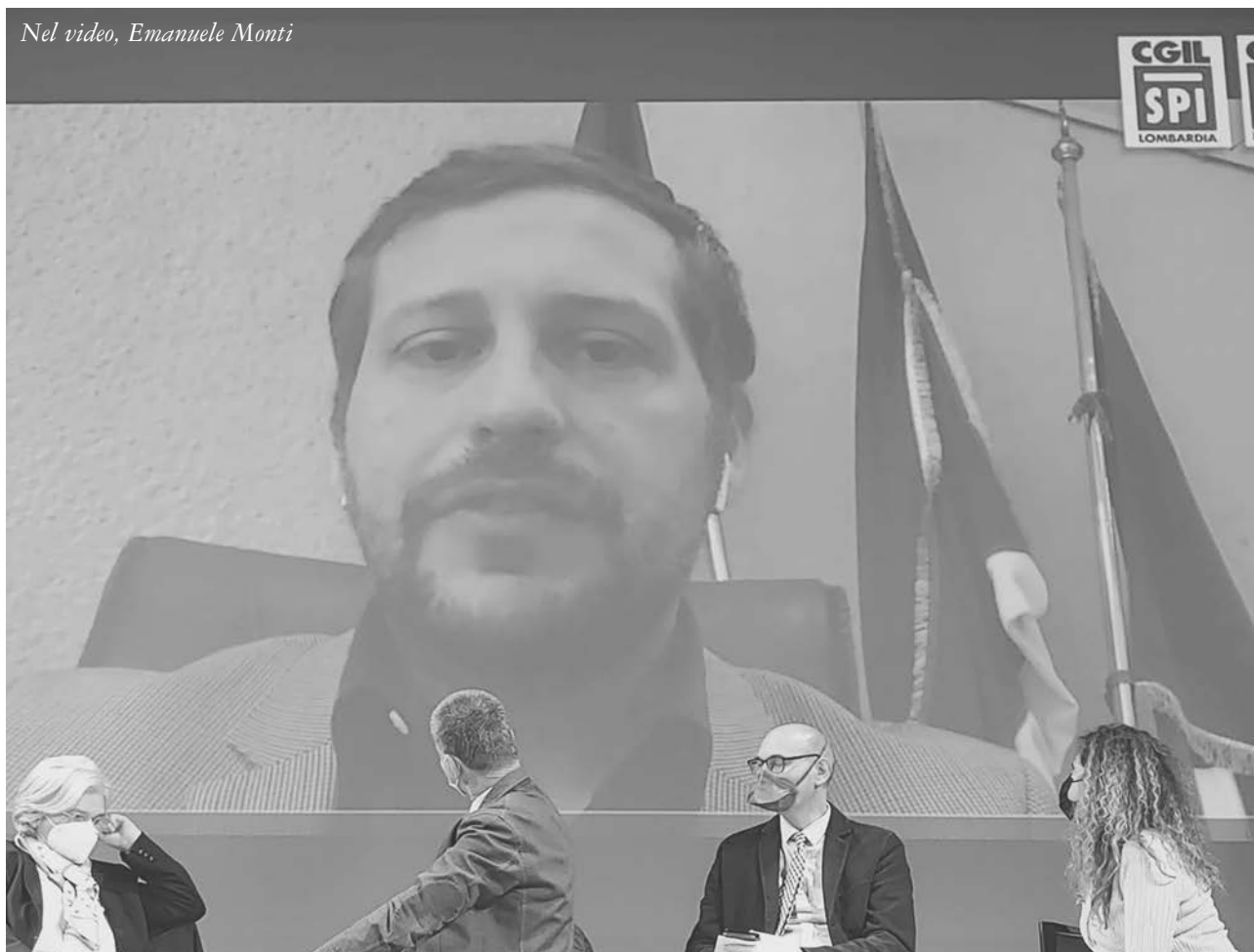
È un piacere partecipare almeno con questo video intervento al vostro convegno, come tutti i mercoledì si tiene in aula la riunione della Commissione Sanità e siamo nel pieno della discussione della Legge, quindi non potrò essere con voi a questo interessante e importante convegno. Il dialogo, la condivisione e il confronto con i sindacati, con la Cgil è stato molto utile nel percorso di audizioni, di co-costruzione delle modifiche alla Legge 23 che abbiamo messo in atto con il Pdl 187 varato dalla giunta regionale nel mese di luglio.

Il primo grande tema è stato l'approccio al metodo di lavoro, un metodo non calato dall'alto con un provvedimento di legge arrivato da un partito politico o dalla giunta regionale, ma nato da linee guida di modifica della Legge 23 perché la necessità in Lombardia non è fare una riforma sanitaria ma modificare l'attuale riforma sanitaria per potenziare alcuni aspetti del sistema di cure lombardo. In primo luogo il territorio, mettendo a terra le risorse che finalmente vengono stanziare dal governo centrale attraverso i fondi del Pnrr.

Per questa ragione il dialogo è stato ampio con tutti gli stakeholder, più di trecento audizioni, quattro convegni e molti momenti di incontro con una tabella di marcia di lavoro veramente impegnativa che ha permesso di elaborare un Progetto di Legge 187, successivamente oggetto di confronto con la possibilità di proporre emendamenti anche da parte degli stakeholder.

Emendamenti in parte già recepiti nel primo round di presentazione mentre altri verranno recepiti, nella seduta di mercoledì 27 ottobre, anche dal sottoscritto, che è relatore della stessa Legge, cosa che mi dà la facoltà di presentare emendamenti anche in aula e successivamente nella discussione in consiglio regionale.

È una riforma sanitaria che viene modificata, integrata sulla parte territoriale. Quali sono alcuni dei temi? In primo luogo una grande partecipazione, nel senso che come è stato partecipativo il percorso legislativo, sarà partecipativo il proseguo col ruolo attivo dei sindacati, delle associazioni dei pazienti, del Terzo settore, degli ordini professionali e delle società scientifiche. Quindi una grande partecipazione con la creazione di forum e spazi dedicati che non siano soltanto momenti di ascolto ma momenti fattuali dove poter dare il proprio contributo sugli ambiti della programmazione, sugli ambiti di disegno del governo dell'ente. In tal modo avremo una cabina di regia affidata non esclusivamente agli amministratori regionali, ma con un contributo fattivo, positivo da parte di tutti i principali stakeholder rappresentativi del mondo della sanità e della salute lombarda. Secondo. Un grande ruolo dei sindaci, che proprio durante la pandemia hanno dimostrato un ruolo chiave. All'interno di questa riforma saranno molto valorizzati poiché questa riforma triplica il numero dei Distretti e aumenta il numero di assemblee dei sindaci, che avranno modo di confrontarsi con le Asst e con le Ats lombarde. Anche qui con una partecipazione diretta all'ente con delle forme di rappresentanza anche a livello regionale e la possibilità – abbiamo preso spunto proprio da una proposta che è arrivata dai sindacati che ringrazio – di creare un piano triennale di programmazione su base territoriale nella quale a livello del singolo Distretto, della singola Asst ci sarà modo di confrontarsi, di portare le istanze del sindacato ma anche di tutti gli attori del territorio condividendolo con l'amministrazione sanitaria, con i manager della sanità, al fine di raggiungere degli obiettivi di salute. Questo ottimo spunto è emerso nella fase di presentazione degli emendamenti ai sindacati ed è stato presentato da me in Commissione, sarà approvato il 27 di ottobre.



Una Legge che va nella direzione del cittadino con strutture territoriali per la bassa intensità, Case di comunità, Ospedali di comunità. Su questo ci siamo già mossi con uno stanziamento di settecento milioni di Euro, una delibera in giunta regionale che definisce la prima tranche del 60 per cento delle Case di comunità che saranno realizzate in via prioritaria in sedi che sono nel patrimonio sanitario e quindi ci permetteranno di avanzare anche su queste strutture territoriali per dare una risposta pronta ai cittadini, per avere un raccordo ospedale-territorio maggiore, dove poter portare gli investimenti in tecnologia, in telemedicina per rendere ancora più fluido, più semplice l'accesso alle cure. Altro tema senza ombra di dubbio è quello del ruolo dei medici di base, un ruolo anche qui rafforzato perché ai medici di base viene data la possibilità di prendere in carico la gestione di una intera Casa della comunità sul territorio. Tale scelta va nella direzione di una medicina di base in forma aggregata che poi è quella che ri-

esce a rispondere meglio ai bisogni della popolazione con la possibilità di avere dei direttori di Distretti che non siano solo funzionari delle Asst ma anche medici condotti, medici di base che, con dieci anni di esperienza, si possono candidare ed essere nominati direttori di Distretto e quindi governare la medicina e la salute di un intero territorio che va dai 20/30 mila abitanti nei territori montani, ai 100/150 mila abitanti per i territori più grandi delle città maggiori e della Città Metropolitana di Milano.

Un rapporto ancora più stretto con tutte le professioni sanitarie: una valorizzazione loro e di tutti gli operatori, medici, infermieri, ovviamente nelle more e nella facoltà di quello che Regione Lombardia può fare al di là delle leggi nazionali ma sempre cercando di valorizzare di più il personale. Quello del personale è un tema importante che la Legge vuole mettere al centro delle modifiche normative per dare un ruolo ancora più rilevante, più forte all'interno di tutto il Sistema sanitario regionale.



In conclusione, vi dico che questo è stato un percorso virtuoso, di ascolto, di partecipazione, di condivisione. Ringrazio davvero i sindacati, la Cgil per i contributi, per la presenza, per la condivisione di idee già nate prima del percorso della Legge in Commissione e poi in Consiglio; tanti sono stati i dibattiti e le discussioni fatte, molti degli spunti emersi da questo ascolto sono diventati elementi, articoli di Legge e questo è assolutamente un bene.

Chi critica questa modifica della Riforma sanitaria parla di necessità di fare una Riforma più complessiva del Sistema lombardo, noi rigettiamo al mittente questa idea partendo dai dati. I dati ci parlano di una sanità lombarda che è tra le migliori in Europa. Al di là di averlo dimostrato anche nella recente campagna vaccinale, lo dimostrano i dati, gli esiti certificati da Agenas, ma non solo. La Lombardia si pone quasi sempre al primo posto e, comunque, nella media degli indicatori è al primo posto con oltre l'80 per cento degli stessi superiore alla media nazionale. Dobbiamo, quindi, concentrarci su ciò che non va bene dell'erogazione del Sistema sanitario regionale. Credo che questa Legge molto puntualmente vada nella direzione di sistemare e mettere a terra risorse concrete con

un cronoprogramma certo di quelle che sono le necessità per potenziare il nostro Sistema sanitario, renderlo ancora più eccellente, renderlo ancora di più uno dei sistemi di maggior rilevanza del nostro Paese.

Con questo auspicio rigetto la volontà guidata dalla politica, dalla voglia di portare nel dibattito politico il tema della salute. Noi, la maggioranza in Regione Lombardia, non riteniamo che questa sia la scelta migliore. In questo momento siamo chiamati a livello nazionale a mettere a terra velocemente dei fondi che sono fondi a debito che l'Europa ci chiede di spendere entro il 2026. Con le lungaggini dell'amministrazione e della burocrazia italiana, pensare di fare prima di questo tipo di azioni – che hanno tempi molto ristretti – un'enorme rivisitazione di tutto il Sistema sanitario magari guidata da un revanscismo legato alla pandemia sarebbe negativo. Proprio durante la pandemia tanti illustri giornalisti hanno attaccato anzitempo la Lombardia. La questione del Pat, l'Ospedale in Fiera, come altre questioni sono state presentate come delle sacre verità che portavano a infliggere alla Lombardia colpe ed errori gravi. Si è poi verificato anche con la sentenza di ieri che tali posizioni non erano

corrette, le informazioni sbagliate e calunniose in tanti casi.

Io mi tolgo qualsiasi vestito politico, ma pensare da amministratori di fare una intera e complessiva riforma del Sistema sanitario sull'onda emotiva di una pandemia, così grave come quella che abbiamo vissuto, e senza una visione prospettica è un errore. Anche guardando alla finanza pubblica. Benissimo che nella manovra Draghi siano stati inseriti due miliardi in più per tre anni nel Fondo sanitario nazionale, ma ricordiamoci che il nostro finanziamento alla spesa pubblica per la sanità è la metà della Germania e il 50 per cento in meno della Francia. Quindi dobbiamo essere seri e pensare che l'obiettivo, gli investimenti sul bilancio pubblico relativi alla salute non possono essere di un incremento di due miliardi ovvero inferiore al 2 per cento del totale del Fondo sanitario nazionale all'anno. Deve essere una crescita più che commisurata al Pil, come è stato nel nostro Paese tra il 1990 e il 2000, che ha permesso di fare investimenti seri anche in programmazione per quanto riguarda la creazione di figure medico/sanitarie.

In questo momento non dobbiamo fermarci a degli slogan, dobbiamo, seriamente e puntualmente, fare delle modifiche normative che mettano a terra risorse concrete e servizi ai cittadini. Dopodiché avremo tutto il modo – con la pandemia alle spalle e con degli investimenti sul territorio – quali sono e se ci saranno ancora degli elementi da dover modificare a livello più sistemico. Solo allora ci saranno il modo e i tempi giusti, oggi non è né il momento, né la situazione migliore per andare in quella direzione. Anzi, oggi dobbiamo investire su aspetti molto concreti come i cittadini lombardi, gli operatori sanitari, quelli della salute, i dipendenti pubblici e privati di tutto il nostro sistema sanitario ci chiedono di fare con grande serietà.

Chiudo con un accenno al grande dibattito sul pubblico/privato. Io sono un grande difensore del sistema che va ad erogare un servizio pubblico con erogatori pubblici e privati in un meccanismo che cerca di rendere efficiente al massimo il sistema, abbassa le inefficienze che possono essere date da monopoli pubblici. Tante Regioni d'Italia hanno fatto affidamento su un monopolio pubblico che poi, a causa di situazioni corruttive

e gravi, ha portato a uno splafonamento di bilancio pagato poi tutte le Regioni d'Italia. Allora, viva un modello che può essere efficiente, un modello che porta la Regione Lombardia a essere una delle Regioni con rating A+, cioè il massimo finanziario, con i conti in ordine. È una delle poche in Italia e assolutamente una delle poche anche in Europa. Tutto ciò permette anche di avere un sistema che poi da tanta occupazione. Pensare allo slogan "tutto pubblico, via il privato", significa cancellare completamente una storia del privato sociale, del privato anche di stampo cattolico molto presente in Lombardia e che opera e dà grandi servizi ai cittadini lombardi. Un mondo del no-profit che non solo da un grandissimo servizio ai lombardi ma anche tanto lavoro con i nostri ospedali che curarono non solo i nostri cittadini, ma anche 200mila e più persone che arrivano dal resto d'Italia.

Pensare a una lotta più ideologica che pragmatica, che concreta, che basata sui reali bisogni dei servizi ai cittadini in questo ambito, credo sia pericoloso nel lavoro giusto e serio non solo di difesa della salute, ma anche del lavoro che è parte integrante di un sistema di cure lombardo che è appunto il principale sistema di cure nel nostro Paese.

Grazie mille, grazie per l'invito, mi spiace ancora non essere presente con voi per poter discutere, dibattere. Ho cercato almeno con questo video di esserci e soprattutto vorrei ringraziarvi perché molti spunti, portati dai vostri rappresentanti nella sede istituzionale, sono stati accolti e valorizzeranno e renderanno ancora più densa di valore questa modifica alla Riforma sanitaria, la Legge 187 che andrà approvata entro la fine dell'anno.

Giulia Bonezzi

Volevo dare la parola alla professoressa Sartor chiedendole – dopo che ci ha spiegato cos'è che non funziona – cosa occorrerebbe, secondo lei, per riformare davvero la sanità lombarda.

MARIA ELISA SARTOR¹

Prima di tutto non posso non tenere conto del contenuto dell'intervento del Presidente del Consiglio regionale appena concluso. Vorrei

dialogare criticamente con alcune delle affermazioni sentite per inquadrare il momento del tutto particolare che stiamo attraversando in Lombardia. Spero rimanga poi il tempo per rispondere brevemente alla domanda che mi è stata rivolta.

Cosa sta accadendo in questo momento al SSR della Lombardia? A differenza che nelle altre regioni, in Lombardia non si sta solo progettando il PNRR, Missione 6 (Salute).

Due processi sono in corso e sono entrambi rilevanti per il SSR.

Il *primo processo* è stato originato dalla necessità di verificare l'impianto macro organizzativo del SSR lombardo, e in particolare l'efficacia delle strutture ATS (Agenzie di Tutela della Salute) e ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali). Processo di verifica deciso nel 2015, poco dopo l'emanazione della legge 23/2015. Questa verifica si sarebbe dovuta concludere nell'agosto del 2020, e cioè esattamente dopo 5 anni. Ma le scadenze della verifica e dell'implementazione delle modifiche alla legge regionale 23/2015 sono slittate per ben due volte fino alla primavera del 2021 e successivamente sono state ulteriormente prorogate fino al dicembre del 2021 per decisione della Giunta regionale.

Il *secondo processo* risponde al PNRR, Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza, che è la risposta europea alla crisi innescata dalla pandemia. Originato dalle politiche della Unione europea, è caratterizzato dalla cogenza e urgenza di implementazione con riguardo alla Missione 6 (Salute).

I *due processi* si sono quindi originati in momenti diversi, temporalmente distanziati e *non avrebbero dovuto sovrapporsi se i tempi del primo processo fossero stati rispettati*. Il primo processo doveva, come si diceva, concludere la fase di verifica della legge entro l'agosto 2020 e poi durare al massimo fino allo scadere dello stesso anno. Ma non è stato così. Il secondo processo è stato avviato formalmente nell'estate del 2021, ma la sua preparazione è stata anticipata in Lombardia fin dalla primavera del 2021.

Quindi, per un insieme di circostanze, in parte costruite di proposito, i *processi sono ora sovrapposti e sono contemporaneamente in corso*.

Constato soprattutto che l'attuazione del PNRR, Missione 6 (Salute), cioè il processo avviato per secondo, che ha tempi stringenti, e le cui specifiche di progetto sono da determinare entro l'anno 2021, finisce per condizionare l'esito della riforma della legge regionale 23/2015.

Vorrei dire anche in che senso *il PNRR (componente 1²) sta condizionando il processo di revisione della legge regionale 23/2015*. Le riforme introdotte con il PNRR finiscono per basarsi sul modello di sanità preesistente al processo di revisione della legge 23. Modello ampiamente privatizzato, disomogeneamente caratterizzato sul territorio, e non integrato organizzativamente. Al suo interno si sono determinati dei sottosistemi privati sostanzialmente autonomi, corrispondenti ai grandi gruppi privati della sanità.

L'urgenza di stabilire il numero e la dislocazione delle *Case della Comunità* (punto 2 della Riforma PNR 1) e degli *Ospedali di Comunità* (punto 4), e cioè delle *strutture pubbliche* del territorio³, nuove o da riqualificare e che dovrebbero garantire l'attività assistenziale distrettuale, fa sì che tali nuove strutture le si inserisca nel modello organizzativo attualmente esistente, mantenendo in vita le strutture base ATS e ASST (indipendentemente da ogni altra considerazione). Ma il modello attuale presenta notevoli problemi: soprattutto



Elisa Sartor

quello della *mancata integrazione organizzativa fra le sue componenti pubblica e privata*, di cui ho detto (slide 33-34).

La Regione cosa fa? E qui sta il punto. Chiama in causa – con un anticipo che è determinato dallo sfasamento temporale dei due processi – le caratteristiche vigenti del modello e anche alcune novità contenute nel suo progetto di legge. Cioè si comporta come se le sue proposte fossero già state approvate dal Consiglio regionale e le inserisce nel PNRR.

Cosa si ottiene facendo così? Si blinda il progetto di legge proposto dalla maggioranza, progetto che viene definito di “sviluppo del SSR”. A questo punto il progetto nelle sue linee base si *dovrà* giocoforza far passare in Consiglio regionale, in quanto non si potranno creare problemi alla progettazione e implementazione del PNRR, pena la perdita dei finanziamenti. Insomma, un ulteriore pasticcio. La sequenza dei processi è cronologicamente ribaltata: prima si va a definire il PNRR e poi si riforma la legge regionale 23/2015 (ovvero la si mantiene nella sostanza).

Non va dimenticato poi che il modello organizzativo è quello del *quasi-mercato amministrato* – come detto in precedenza – modello che si basa sulla *concorrenza pubblico-privato prevalentemente in ambito erogativo*, ma non solo in questo.

Il mantenimento del “*principio della separazione delle funzioni di erogazione dalle funzioni di programmazione e acquisto*” è lì a ricordarcelo. Il principio poi di “*equivalenza e di integrazione pubblico privato*”, inammissibile sul piano giuridico, introdotto nella proposta di legge della maggioranza, invece che risolvere il problema, produrrebbe una serie di conseguenze che rafforzerebbero lo sbilanciamento in favore del privato.

Se il modello del quasi-mercato si rinnova potenziandosi, quali saranno le conseguenze? La logica su cui si basa il modello lombardo ci porta ad affermare che le *Case della comunità* e gli *Ospedali di Comunità* (strutture di erogazione territoriali), proprio in quanto *strutture di erogazione* possono essere contese e attribuite indifferentemente al pubblico come al privato: alle ASST (sia nella versione pubblica sia nella versione

pubblica già ibridata in vario modo con il privato) e in parallelo alle reti dei servizi territoriali costituite dai gruppi della sanità privata (che hanno già colonizzato il territorio), o anche ad erogatori privati di minore rilevanza economica e meno articolati.

Seguendo il cronoprogramma, per ora si stanno definendo i “contenitori”: le *Case della comunità* e gli *Ospedali della comunità*. Mentre non si accenna ancora alle *caratteristiche organizzative dei Distretti* in rapporto ai contenitori.

La Città Metropolitana di Milano avrà un’organizzazione territoriale diversa da quella del resto della Lombardia (le “municipalità” al posto dei “distretti”). In generale, nella nostra regione i *distretti* dovranno essere territorialmente più piccoli che nel passato (parametri stabiliti dal livello nazionale), quindi andranno moltiplicati nel numero, ridisegnati nei loro confini e andranno predisposti per essere in grado di reggere una rete di erogazione pubblica territoriale (stando alle disposizioni europee e nazionali). In passato, prima dell’avvento di Formigoni, i distretti erano in grado di fare ciò (slide 35-39), ma in Lombardia dal 1997 in poi sono stati riconcepiti e svuotati, e sono diventati i “*distretti non distretti*”.

Non viene ancora detto, quindi, come i *distretti lombardi* con il PNRR si rapporteranno alle strutture della assistenza territoriale. Prevedibilmente, a parità di modello di quasi-mercato, *tali strutture di erogazione territoriale saranno sia pubbliche sia private*. Tuttavia non si afferma ancora esplicitamente se le *Case della comunità private* e gli *Ospedali di comunità privati*, che si intendono costituire, faranno capo e risponderanno ad un *Distretto* (pubblico) nello stesso modo delle stesse strutture di comunità di natura pubblica. Oppure se, come si può prevedere vadano le cose, si intenderà invece realizzare un *sistema parallelo privato di assistenza territoriale non rispondente al Distretto*. Questa ultima configurazione organizzativa costituirebbe una *novità incompatibile con il SSN italiano*.

In altre parole, tutto quello che è stato fatto in questo ultimo quarto di secolo in Lombardia aveva questo tipo di caratterizzazione: ogni attività di servizio svolta nel pubblico la

si presupponeva riproponibile nel privato. Da Formigoni in poi il soggetto pubblico e il soggetto privato hanno proceduto su percorsi paralleli. Il soggetto privato, se “grande player” di settore, è divenuto nella sostanza addirittura un *alter ego* della Regione. Si è arrivati al punto di svolta che alcune rilevanti attività sono sempre più riservate ai soggetti che costituiscono la componente privata del SSR.

Ma nonostante ciò, qui vedete come la Regione rappresenti la *componente privata nel SSR*: si può dire che lo faccia in un modo fuorviante (slide 40-41).

Qualche considerazione a lato. In tutto questo periodo, il livello nazionale del SSN non pare sia riuscito a leggere del tutto correttamente quello che stava succedendo in Lombardia. E anche quando alcuni aspetti problematici del SSR lombardo sono emersi e sono stati colti dal nazionale, questi sono stati visti come una sorta di *deviazione quasi irrilevante*, e quindi in qualche modo sono stati e vengono ancora “rimossi”. Nei convegni come nei discorsi di autorevoli esperti a livello nazionale non si parla come si dovrebbe della Lombardia, ossia solo **descrivendola per quello che è**: questo vuol dire non mettere a fuoco quello che succede qui, vuol dire non avere di conseguenza la possibilità di contrastare quello che sta avvenendo, se servisse farlo, quando si mette a rischio l’unitarietà del SSN e la coerenza delle sue singole parti.

E ora rispondo alla domanda che mi è stata fatta su cosa andrebbe riconsiderato della sanità lombarda. Premetto che il mio lavoro di ricerca non ha avuto come finalità quella di suggerire le linee della riforma, ma quello di scoprire e rivelare come il SSR lombardo sia stato intenzionalmente sbilanciato in favore del privato. Ecco le mie considerazioni e proposte.

1. Dovrebbero essere *rigettati i principi introdotti dalla legge regionale 31 del 1997* che sono alla base della costituzione del quasi-mercato della sanità e del sociosanitario in Lombardia e che ancora oggi vengono ribaditi;

2. Andrebbe *ridato un ruolo al soggetto pubblico*, che in Lombardia va ridefinito e riposto al centro perché garantisca davvero la tutela della salute del cittadino.

Per fare ciò, bisogna prima di tutto essere in grado di ricostruire le *caratteristiche della realtà di fatto, strutturale e organizzativa*. Bisogna sapere esattamente tutto – e da vari punti di osservazione (medico-clinico; giuridico; organizzativo; economico) – del Servizio sanitario regionale lombardo (SSL), sia per quel che riguarda la componente pubblica che per quella privata.

Facciamo un passo indietro. All’interno della proposta della maggioranza in Regione, le *Case della comunità* e gli *Ospedali di comunità* li troviamo anche dentro la componente privata. La prossimità dei servizi nella Città Metropolitana sarà la prossimità garantita soprattutto dal soggetto privato, le strutture della comunità potrebbero operare indisturbate all’interno della loro filiera e non del Distretto pubblico. Questa è l’idea che traspare qua e là dal testo ma non è sempre del tutto esplicitata.

È una prassi che si ripete in Lombardia. La riforma si fonda su dei *principi organizzativi* che non vengono esplicitati del tutto (restano nel sottotesto delle proposte di legge). È questo uno dei modi per far passare alcuni contenuti nella generale inconsapevolezza. Per alcuni sembrano dettagli irrilevanti, invece se c’è un criterio organizzativo sottostante che non viene esplicitato, è un problema ed è fondamentale esplicitarlo e riconoscerlo. Questo tipo di comunicazione non è diretta e non sembra essere in buona fede, come ci augureremmo che fosse. Se si fa una proposta, si dice esplicitamente cosa si ha in mente, dove si vuole arrivare con quella proposta. Questo è il modo corretto per fare una riforma. Bisogna esplicitare le finalità ultime ma anche tutti i principi organizzativi che devono essere coerenti con le proposte di modello organizzativo, che a sua volta deve essere coerente con l’effettivo raggiungimento della finalità della tutela della salute.

Si deve imparare, e in questo caso mi riferisco a tutto l’organo legislativo della regione, a fare prima un progetto di riforma dettagliato (con la valutazione delle ricadute di medio e lungo periodo), non solo una proposta di legge in forma di emendamenti.

In Lombardia abbiamo molto da studiare e molti dati da raccogliere per capire come fare

un vero progetto coerente di riforma. Non conosciamo abbastanza come è strutturato e funziona di fatto il SSR e in che rapporto sta con il mercato diretto della sanità, che lo sta evidentemente cannibalizzando (i cittadini lombardi sanno che questo sta significando pagare sempre o quasi di tasca propria i servizi). Non possiamo non conoscere le dimensioni del mercato diretto in Lombardia, dobbiamo sapere come è strutturato, quali sono i gruppi, ed essere regolarmente informati sui profili dei gruppi economici. Sono state elargite risorse a fondo perduto ai privati e questi hanno la libertà di andare, di disfare, di riorganizzarsi e magari anche di andare in Arabia Saudita dove vanno a investire i soldi che hanno ricevuto essendo a contratto, in condizioni di privilegio, con il SSR lombardo.

Bisogna pretendere che ci sia un sistema regionale che fornisce regolarmente le *informazioni significative primarie, in forma intellegibile*. Altrove, da altri SSR, vengono regolarmente rese disponibili. Informazioni che sono anche da strutturare diversamente da come sono ora, cioè da quelle che si continuiamo a raccogliere a livello nazionale.

La lezione della Lombardia è che non possiamo più parlare solo dell'importanza e della dotazione di un sistema esclusivamente o principalmente guardando ai *Posti Letto*. In Lombardia la situazione si è trasformata al punto che ci sollecita ad indagare in un'altra direzione. Cosa sono diventati i *Posti Letto* in Lombardia? Sono diventati altre *risorse generiche di ricettività* che sono distribuite qua e là, soprattutto nella componente privata del SSR. In altre parole non si può misurare il peso della sanità privata sul totale degli erogatori vedendo esclusivamente il rapporto fra *Posti Letto* pubblici e *Posti Letto* privati. Inoltre, gli ospedali pubblici contengono reparti privatizzati. Conoscere come vengano conteggiati e in quale statistica finiscono quei *Posti Letto* diventa fondamentale. Fra i pubblici o fra i privati?

Il livello nazionale del SSN deve comprendere in che cosa è diverso il SSR della Lombardia dai SSR del resto del Paese. Non per "lombardizzarsi" meno acriticamente di come si sta già facendo, ma per capire che cosa va o che cosa non

va in Lombardia e per essere in grado di comunicare correttamente a tutte le Regioni cosa sta succedendo in una Regione importante. Mi pare ci sia una rimozione a livello nazionale di che cos'è il SSR della Lombardia e un assecondare spesso ossequioso e senza l'opportuno distacco istituzionale i vertici della Regione.

Dall'Ente Regione ci si aspetterebbe un comportamento da buon amministratore, che sembra essere però sfumato: quello che ti racconta come stanno le cose e preserva il dato e lo custodisce per le generazioni future, un dato vero, non un dato poco accurato, o peggio, manipolato. La Regione Lombardia, invece, nella costruzione dei dati si affida per lo più ad istituti che rappresentano e servono specifici portatori di interesse.

Poi c'è il grande capitolo del *sistema universitario lombardo connesso alla sanità*, cioè delle strutture ospedaliere private che sono sedi delle facoltà di Medicina e chirurgia statali. A partire dai governi Formigoni, le sedi della Statale sono state costituite anche all'interno degli Ospedali privati, questo vuol dire che se arrivano risorse dal Ministero destinate all'Università Statale possono finire ai grandi gruppi della sanità privata e significa anche che gli accademici dipendenti della Università che lavorano per una quota del loro tempo lavorativo in quelle sedi (assistenza clinica e non solo) vengono pagati dalla Regione per il tramite della università statale. Capite che qui va tutto studiato nei dettagli e riconsiderato con molta attenzione.

Il punto è che cosa ci racconta esaustivamente e cosa omette di raccontarci l'Ente Regione Lombardia. C'è tanto da fare, tanto da studiare. Veniamo da decenni in cui ci siamo affidati a delle ricostruzioni senza che ci preoccupassimo di sottoporle ad un'attenta verifica.

Note

¹ A causa della resa non ottimale della registrazione, l'intervento è stato rielaborato, completandone anche in parte i contenuti.

² Componente 1 del PNRR: Riforma 1: 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima; 2. Case della comunità e presa in carico della persona; 3. Casa come primo luogo di cura e telemedicina; 4. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

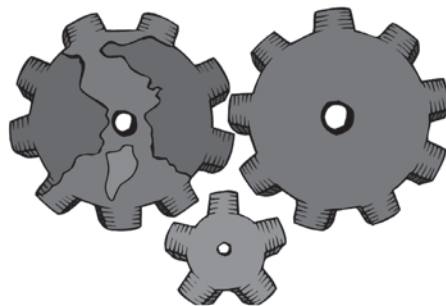
³ Il PNRR si prescrive debbano essere pubbliche, insieme all'intera infrastruttura territoriale.

**IL MODELLO DI SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE LOMBARDO,
CHE È UNA SPECIFICA VERSIONE DEL QUASI-MERCATO,
E' CONTRASSEGNA TO DALLA INCAPACITÀ DI ESSERE INTEGRATO ORGANIZZATIVAMENTE**

IL SSR LOMBARDO STA ANDANDO VERSO QUALE DERIVA?

- **TROPPE COMPONENTI DEL SISTEMA SONO AUTONOME**
- **MANCATA INTEGRAZIONE FRA LE COMPONENTI**

**IL CONTRARIO DI QUELLO CHE SERVE PER LA SALUTE PUBBLICA
dove il SSR lombardo sta andando ce lo spiega la prof. Wahi - USA
indicandoci quelli che lei considera i difetti del sistema americano
nelle seguenti slide**



Subsystems in the U.S. Health Care System

Prof. Monika M. Wahi, MPH, CPH

I SOTTOSISTEMI DEL SISTEMA SANITARIO USA NON SI INTEGRANO.

**IN LOMBARDIA È LA STESSA COSA.
GLI INGRANAGGI DEL SSR NON SI PRENDONO FRA LORO...**

35 - COSA È DISSONANTE NEL TERRITORIO RISPETTO ALLA NORMATIVA NAZIONALE NELLA LR 31/1997, NELLA LR 23/2015, NEL PROGETTO DI RIFORMA MORATTI 2021?

L'assistenza territoriale, anche in Lombardia UN TEMPO AMBITO di intervento PUBBLICO,
È SEMPRE PIÙ PRIVATA o MISTA PUBBLICO-PRIVATO

E non è incardinata strettamente ad una infrastruttura pubblica

L'INFRASTRUTTURA NON È PIÙ PUBBLICA E

MANCA L'ESPLICITAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE
CHE SI INTENDE ATTIVARE

ossia

MANCA IL FRAMEWORK PUBBLICO

E anche il PDL Moratti non è in grado di spiegare come funziona in modo integrato l'assistenza territoriale!

LA RAGIONE FORTE CHE SPIEGA L'ESISTENZA DI QUESTO PROBLEMA:

IL QUASI-MERCATO VERSIONE LOMBARDA ovvero

IL MODELLO LOMBARDO DELLA SUSSIDIARIETÀ ORIZZONTALE !!!

36 - MANCA L'ESPLICITAZIONE DI QUALI SIANO LE LINEE DI COLLEGAMENTO FRA STRUTTURE DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE

...che garantiscano il funzionamento integrato fra

DISTRETTO ASST

CASE DELLA COMUNITA' INTERNE AL DISTRETTO

OSPEDALI DELLA COMUNITÀ INTERNI AL DISTRETTO

E IL RESTO DEGLI EROGATORI come si raccorda al DISTRETTO in una logica di continuità di cura?

PRESIDI OSPEDALIERI DELLE ASST

AZIENDE OSPEDALIERE (RINATE) pubbliche

IRCCS PUBBLICI E PRIVATI

SE MANCANO LE LINEE DI COLLEGAMENTO DIPENDE DALLA RIAfferMAZIONE DEL

MODELLO DEL QUASI-MERCATO:

RIBADIRE LA SCELTA DELLA FORMULA DEL QUASI-MERCATO VERSIONE LOMBARDA

FINISCE PER MALE ACCORDARSI CON UNA INFRASTRUTTURA TERRITORIALE PUBBLICA

vediamo meglio...

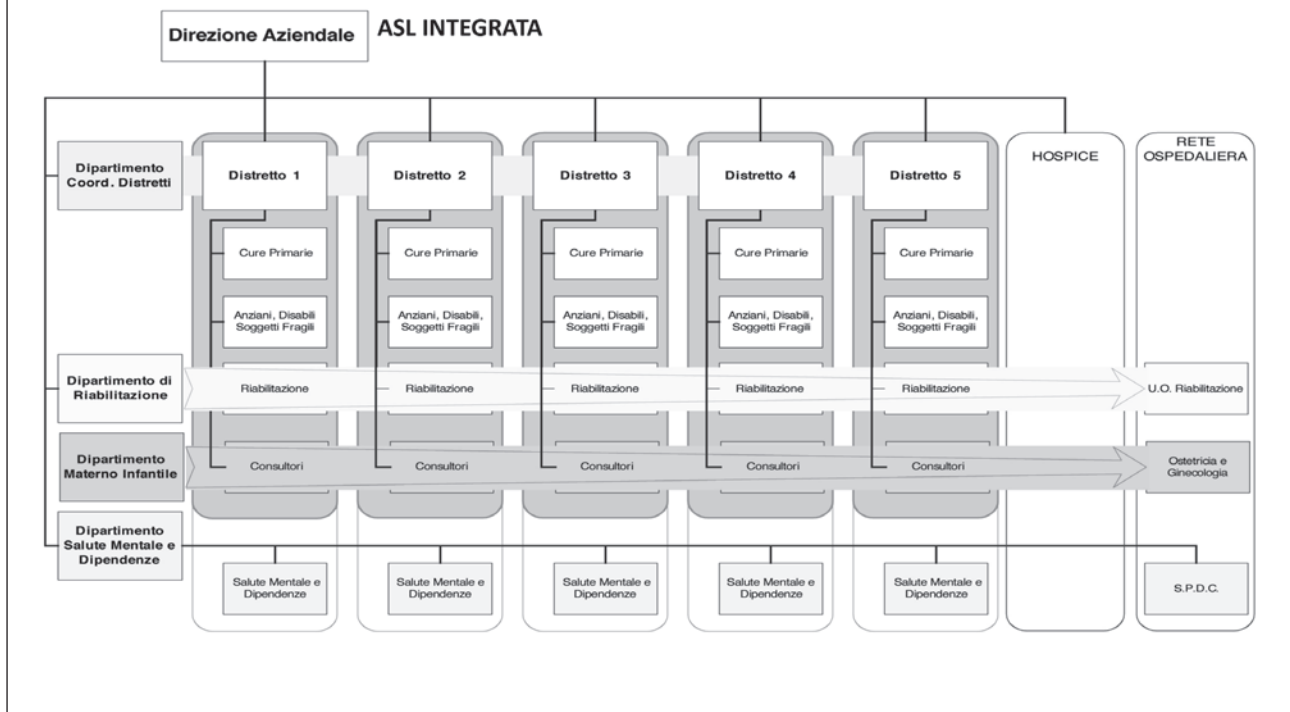
**il funzionamento di un diverso
MODELLO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO
interno ad una
ASL INTEGRATA**

**38 - ASSISTENZA TERRITORIALE DI UNA ASL INTEGRATA NELLE FUNZIONI.
OVVERO QUELLO CHE NON ESISTE IN LOMBARDIA**

**La struttura di raccordo (pubblica) dei distretti (pubblici)
orienta i comportamenti di ogni distretto
e lavora secondo un «modello organizzativo matriciale».**

**L'ASL integrata con il DISTRETTO intende garantire
MODULARITÀ, CAPACITÀ DI COORDINAMENTO,
OMOGENEITÀ DI INTERVENTO, PROSSIMITÀ**

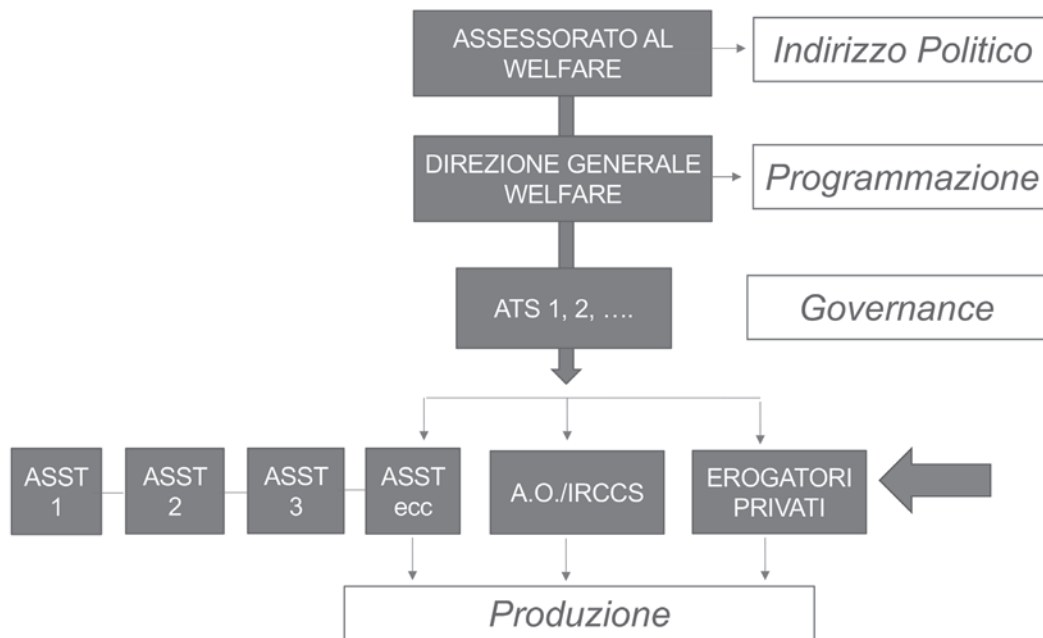
39 - ASSISTENZA DISTRETTUALE: MODELLO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO ASL INTEGRATA



40 - COME L'ENTE REGIONE RAPPRESENTA IL MODELLO DI SSR LOMBARDO...

- Ecco di seguito una **rappresentazione sintetica del modello di SSR lombardo**.
- La rappresentazione della **componente privata del SSR (da me evidenziata con una freccia rossa)** non rende affatto l'idea del **peso**, della **pervasività**, del **ruolo del privato** nel SSR lombardo.

41 - ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SSR



Fonte: Regione Lombardia "Sviluppo legge regionale 23/2015" 22 luglio 2021 - Slide 4/21

Giulia Bonezzi

La pandemia – con i problemi che ha fatto venire a galla ma anche con l'occasione che offre il Pnrr per avere finalmente investimenti sulla medicina territoriale – potrebbe imprimere un'accelerazione a un'evoluzione del servizio sanitario nazionale da tempo ormai considerata necessaria, non solo in Lombardia, affinché possa continuare a garantire il suo carattere "universalistico" (cioè di offrire le cure migliori a tutti gli individui) anche con l'invecchiamento della popolazione che moltiplica i bisogni e la complessità del sistema? In che modo? E qual è la direzione da prendere, a cosa occorre fare attenzione?

ROSY BINDI*

Devo dire che dopo aver sentito una specie di rimprovero da parte del presidente della Commissione se *vogliamo buttarla in politica* io vorrei proprio buttarla in politica! Nel senso che mi sembrerebbe proprio il caso, non per revanscismo come ha detto lui, ma proprio per guardare

al futuro. In questa comunicazione – che la professoressa Sartor ha giustamente definito molto imbonitrice, quindi non vera, di fatto – veniva smascherata la volontà di far coincidere la riforma con il Pnrr.

Per metterla in politica: dal loro punto di vista hanno ragione, stanno facendo una cosa che torna nel loro progetto, è così, se la pensassi come loro farei così anch'io. La domanda che pongo è: il governo, che fa? Il ministro, che fa? Questa domanda noi non possiamo non porcela.

Io vado via più serena dopo che ho sentito i due consiglieri regionali e ho visto questa vostra mobilitazione, nel senso che non mi pare che ci sia la disponibilità a lasciargliela passare in maniera indolore come loro cercano di fare. Anzi, questa vostra iniziativa può diventare materiale importante per accendere una luce su tutto il Sistema sanitario nazionale, quindi non entro nel merito delle cose che sapete fare.

Mi ritrovo molto in quello che ha detto Girelli: è arrivato il tempo di scomodare la visione che noi abbiamo, che questo popolo ha anche rispetto a dove vuole andare. Mi sembra che

l'insegnamento vero di questo difficile periodo, che ancora viviamo, ci imponga di ripensarci, non vi mancano certamente le possibilità di creare un dibattito vero come già oggi avete fatto, però l'interrogativo adesso passa al livello nazionale.

Quando io ero ministro una delle prime cose che ho cercato di fare è stata quella di nominare un direttore generale dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali che la pensasse come me, ve lo dico in maniera molto chiara. Con un ministero fortemente ridimensionato perché aveva subito la soppressione, perché era stato ricostruito con un nome nuovo roboante – molto più importante di prima perché Salute è molto più importante di Sanità – ma che di fatto era ridotto a un dipartimento del ministero dell'Economia senza più l'autorevolezza necessaria per rapportarsi agli altri ministeri per quanto riguarda i fondamentali della salute. Se deve essere Salute chi governa, chi presidia questo sistema non può non avere parole sull'ambiente, sull'alimentazione, sul lavoro. Ci sono delle grandi tematiche che il ministero della Sanità o della Salute non può non avere, ma ci sono anche delle Agenzie che sono molto importanti: quella del Farmaco da una parte, l'Istituto superiore di sanità e l'Agenzia dei servizi sanitari regionali. Sono tutte scelte strategiche nelle nomine, l'attuale direttore è una persona molto competente e proprio perché è competente sa cosa vuol dire in questo momento emettere un parere in un modo o in un altro sulla sperimentazione lombarda.

Non possono essere oggetto del quieto vivere politico, nel consociativismo tra Regione e ministero. Lo dico sapendo quanto è scomodo quel posto però, davvero, questo è il momento di passare dall'essere il governo dei vaccini a essere il governo della Sanità.

Io do un giudizio positivo su come è stata gestita la pandemia, lo do e ringrazio tutto il governo per il sostegno e anche per la concentrazione e la priorità che ha dato a questo aspetto, però ora deve diventare il governo della Sanità. Lo dico con molta preoccupazione, se si prende la strada giusta siamo nel momento giusto per poter ritornare sulle scelte lombarde, per evitare la *lombardizzazione* del Sistema sanitario nazionale,

per rilanciarlo attraverso un grande dibattito, una grande partecipazione, una espressa volontà politica che vada in questo senso. Se questo non si fa, io temo che persino questi venti miliardi possano andare ad aumentare le carenze, le storture e, in qualche modo, accelerare il processo di privatizzazione che noi non vogliamo, perché i soldi degli investimenti andranno a impattare in un Fondo sanitario nazionale asfittico che tale resterà. Oggi circola la notizia che perfino quei due miliardi in più sono dati per il costo dei vaccini, ma senza personale si può pensare di gestire una fase come questa? Si può pensare che dopo aver costruito centinaia di Case della comunità – cioè mura, nuove o ristrutturare – e averci messo dentro un po' di macchinari, si risolve il problema? Se non si tocca il problema del personale, se non si toglie il blocco del turnover, se non si aumenta il tetto di spesa, se non si fa con l'Università una programmazione come va fatta, se non si porta la formazione in condivisione tra le Università e le realtà sanitarie che hanno anche la capacità della visione di formazione permanente, noi questo impatto non lo reggiamo perché se io ho tante risorse per poter costruire e per poter realizzare determinati servizi e non ho la forza per farli, gioco forza la gente andrà dai privati che si stanno già organizzando. Sono già pronti per dire: "ci siamo noi".

Dico questo per tutte le regioni. Io vengo da una



Don Virginio Colmegna e Rosy Bindi



13 luglio 2021 Cgil e Spi
tornano a manifestare per una sanità diversa
sempre davanti alla sede della Regione

regione che sta subendo dei contraccolpi molto importanti, da noi il privato non c'era, adesso sta fiorendo in un modo spaventoso, parlo della Toscana, e non soltanto la diagnostica. Alcune specializzazioni chirurgiche, l'ortopedia, l'oculistica vedono un fiorire di privati impressionante e c'è chiaramente un indebolimento di tutto il resto. I soldi vengono assegnati così o vengono assegnati all'interno di un progetto che va a dire: "tu Regione X questi soldi li hai se fai un'analisi seria di come va il tuo sistema e li destini alle correzioni che devi apportare". Se questo non avviene alla Lombardia arrivano dei soldi che aiutano a rafforzare il proprio modello, non a correggerlo. Ecco perché coincide, l'ha detto chiaramente Monti: non possiamo perdere tempo a fare la riforma, adesso ci sono questi soldi che vengono spesi esattamente per rafforzare il modello.

Ma cosa ci sta a fare il Coordinamento nazionale allora se non è in grado di dire: "signori miei, facciamo una fotografia, vediamo dove sono le carenze, vediamo dove stiamo tradendo l'impianto generale del sistema". Guardate, non c'è

neanche da farla la riforma, bisogna solamente applicarle le riforme. Se si applicano si chiarisce subito che cosa sono le Case della comunità, io l'ho tradotta così: i fondamentali della salute riportati alla persona e una organizzazione del personale che se ne prende carico. Questo è. Perché sia che tu sia povero o ricco, vecchio o giovane, emarginato, immigrato, sia che tu viva in una casa bella o in una casa brutta, tu sei quella persona lì. La tua vita sociale incide sulla tua salute e io mi prendo carico di te, ma non posso sentir parlare di visione propria di Regione Lombardia.

Il carico di una persona chi lo prende, la Casa della comunità privata? Il budget su quella persona chi lo fa? Chi dice che tu entri in questo progetto? Il privato? Se questi interrogativi qualcuno cercasse di porseli e magari di darsi le risposte, forse la politica sarebbe in grado ancora di correggere il sistema. Io spero vivamente non in maniera centralistica, non in maniera statalistica, ma in maniera coordinata e partecipata. Il ministero – con le Regioni, con il personale, con le forze sociali e quant'altro – si metta attorno a un tavolo, faccia velocemente la radiografia della situazione e indirizzi le risorse per riportare il sistema ai suoi principi e alle sue coerenze. Se così non sarà – non voglio fare la Cassandra in venticinque anni per la seconda volta – temo che perfino quelle risorse rischiano di aumentare la deviazione e la mutazione genetica del nostro sistema.

Io la voglio buttare in politica, non poco, tanto, perché se la politica non fa questa scelta in questo momento ditemi cosa ci sta a fare, questo è il punto fondamentale.

Fatemi fare una battuta: non mollate, se una volta anziché stare seduti a un tavolo vi tocca alzarvi per far capire come stanno le cose, fatelo! ■

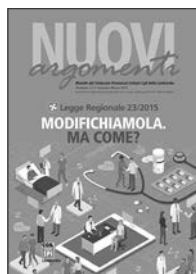
* *Intervento non rivisto dalla relattrice.*

Appunti

Appunti

2021

- n. 1/3 **Legge Regionale 23/2015
Modifichiamola. Ma come?**
- n. 4 **RSA: conoscerle per rinnovarle**
- n. 5 **Medicina di genere - A che punto siamo?**
- n. 6/7 **Next Generation UE**
- n. 8 **Omaggio a Dante - *Lectio magistralis***
- n. 9/10 **Innovazione sociale ed esigibilità dei diritti
nella città sostenibile
*Proposte per la contrattazione sociale***
- n. 11 **Area del benessere 2022**
- n. 12 **Quali politiche per la ripresa economica?**
- n. 12 **Supplemento
Diritto alla salute**



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**

2019

- n. 1/2 **L'Italia delle leggi razziali è proprio così lontana?**
- n. 3/4 **La non autosufficienza in Lombardia**
- n. 5/7 **Generazioni verso l'Europa futura**
- n. 8/9 **Autonomie differenziate - Quali, come?**
- n. 10 **Basta violenza sulle donne**
- n. 11 **Area Benessere 2020**
- n. 12 **Le leghe Spi in Lombardia - Ieri, oggi, domani**

2018

- n. 1/2 **Donne e società quale bilancio?**
- n. 3/4 **Energia e dintorni**
- n. 5/7 **Gli anziani: vera risorsa**
- n. 8/10 **Area benessere - Speciale congresso**
- n. 11/12 **Qui si fa il futuro**

2017

- n. 1 **Il respiro della legalità**
- n. 2/3 **Luciano Lama vent'anni dopo**
- n. 4/5 **Stereotipi: insieme si vince**
- n. 6/8 **Anziani sì ma molto attivi**
- n. 9/10 **Negoziare sociale
Disintermediazione Territorio**
- n. 11 **Area benessere 2018**
- n. 12 **Lavoro, stato sociale e diritti**

