Acli Milanesi
Via Della Signora, 3 - 20122 Milano
Tel. 02 77231

www.aclimilano.it

LUCI E OMBRE DELLA RIFORMA SANITARIA LOMBARDA

Acli Milanesi

FAPACLI
Federazione Anziani e Pensionati

Quaderni de Il Giornale dei lavoratori - GdI Comunicazione
Supplemento a “Il Giornale dei lavoratori” n. 1 - 2016

Redazione e amministrazione
Via Della Signora, 3 - Milano
Registrazione n. 371 del 12/2002
Registro degli operatori della Comunicazione

Direttore responsabile
Monica Forni

Grafica
Ellemme
Via Monte Rosa, 8 - Cesano Boscone

Stampa
Sady Francinetti
Via Rutilio Rufo, 9 - Milano

Finanziato con le risorse del 5x1000 - 2013

I Quaderni de IL GIORNALE DEI LAVORATORI

LUCI E OMBRE DELLA RIFORMA SANITARIA LOMBARDA

Atti del Convegno del 10 dicembre 2015

Acli Milanesi

FAP ACLI
Federazione Anziani e Pensionati

Paolo Petracca
Presidente Acli Milanesi

La Federazione Anziani e Pensionati Acli non ha mai smesso, in tutti questi anni, di monitorare il tema della salute e della sanità, permettendo alle Acli di essere un osservatorio competente e credibile, interessato al bene comune. La riforma sanitaria della Regione Lombardia, pur non stravolgendo le basi delle riforme precedenti, porta significativi cambiamenti organizzativi e noi come Acli abbiamo il dovere di dare una valutazione critica e far sentire la nostra voce nella parte attuativa, in modo che al centro delle prestazioni vi siano le persone.
Questa iniziativa va a concludere una serie di interventi organizzati durante l'autunno dalle Acli che vanno dall'Expo, alla partecipazione dei lavoratori all'impresa, alle questioni della democrazia formale e sostanziale, fino all'ambientalismo e alla spiritualità. Le Acli sono un luogo di ricchezza di contenuti e riflessioni che toccano molti temi di pubblico interesse. Questo convegno è stato un'occasione anche per me e per la direzione provinciale per approfondire un argomento vitale non solo per la Lombardia ma anche per la nostra Città metropolitana.

Carla Dell'Orto
Già Segretario provinciale Fap Milano-Monza e Brianza

La sanità lombarda. Quale evoluzione vogliamo?

Quando, ormai due anni fa, decidemmo di indagare sulla vera o presunta eccellenza della sanità nella nostra Regione, abbiamo chiamato a questo tavolo alcuni dei più autorevoli esperti in materia. Oggi, alcuni tra loro sono tornati per contribuire a questo nostro convegno, assieme ad altri esperti e professionisti del settore che ci aiuteranno in una riflessione che, nelle nostre intenzioni, si pone come logica - e direi inevitabile - prosecuzione delle considerazioni che emersero allora. Assodata l'indubbia qualità di parecchie delle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie presenti nei nostri territori, veniva comunque posta la necessità di un'evoluzione dell'intero sistema nella direzione di un'effettiva ed efficace integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali per realizzare l'auspicato passaggio "dalla cura al prendersi cura". Ciò va inteso come farsi carico delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, mettendo in atto percorsi di accompagnamento e di assistenza costanti e radicati nel territorio di appartenenza e negli ambiti di vita della persona. Ed è a tutti piuttosto evidente come la costituzione di una simile rete di protezioni, certamente dovuta alle disabilità di ogni età, si renda urgente e necessaria di fronte all'incidenza delle cosiddette "cronicità" dovute al rilevante aumento di anziani e grandi anziani negli ultimi decenni.

Non a caso parlavo più sopra di prestazioni offerte, cioè un approccio che vogliamo sostituire con un sistema maggiormente aperto e reattivo ai bisogni, spesso intrecciati tra sanitario e sociale, espressi dalle persone e dalle realtà (territoriali e familiari) in cui esse vivono e convivono con le proprie debolezze e fragilità. In sintesi ci riproponiamo una visione di un welfare comunitario.

Ora siamo di fronte alla nuova legge regionale approvata lo scorso agosto, la L.R. 23/2015, che nel titolo si propone l'"Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo" e rispetto alla quale vogliamo misurare il grado di vicinanza con le nostre aspettative. Dico subito che, per un non addetto ai lavori quale sono, non è una legge di facile comprensione nei suoi obiettivi e nelle sue disposizioni, e quindi ringrazio ancora i nostri ospiti che a vario titolo ci offriranno chiarimenti e valutazioni in merito. Da parte mia mi limito quindi a brevi osservazioni anche allo scopo di presentare ai nostri relatori quali sono le principali necessità di chiarimenti e le principali perplessità che questa normativa suscita.

Preceduta da un 'Libro bianco' che sembrava promuovere il principio di inte-

grazione fra interventi sanitari, sociosanitari e sociali, che poneva attenzione alle cronicità ed alla continuità delle cure, la legge approvata mi pare carente per quanto riguarda le responsabilità e i soggetti che dovrebbero realizzarla, mentre al tempo stesso la presa in carico del cittadino deve essere sancita come un diritto della persona concretamente esigibile, altrimenti rimaniamo nel campo delle prestazioni offerte magari secondo una logica di redditività economica o anche da acquistare nel sistema della sanità privata, come sempre più frequentemente avviene. È fortemente penalizzato il terzo settore come interlocutore delle politiche regionali. Condivido quanto espresso dal Forum del Terzo Settore Lombardia al riguardo della legge "Nei principi promuove l'integrazione fra interventi sanitari, sociosanitari e sociali, ma che nei fatti rischia di rafforzare ulteriormente la predominanza dell'approccio sanitario a scapito del protagonismo dei territori e della libera iniziativa dei cittadini e delle loro organizzazioni".

L'integrazione necessita di risorse appropriate, che nella Legge non ho intravisto; in carenza di risorse la crescita del numero degli organismi gestionali che la legge prevede può ridursi a un appesantimento burocratico invece di assegnare responsabilità precise in ordine agli obiettivi e di semplificare l'accesso dei cittadini ai servizi. Mi pare anche utile segnalare, tra i diversi organismi previsti, la sostituzione delle 15 ASL finora esistenti con 8 ATS (Agenzia di tutela della Salute), con un ampliamento rilevante dei territori di competenza tale da ingenerare fondati dubbi sulla effettiva possibilità di integrazione socio-sanitaria (tenendo presente che gli interventi di tipo sociale sono in larga misura affidati ai comuni che mi sembrano sostanzialmente estromessi dai processi decisori in tema di integrazione, di fatto nella nuova *governance* territoriale il ruolo dei Comuni è ancora tutta da scrivere); così come, in carenza di regolamentazione vincolante, mi sembra piuttosto a rischio l'efficacia delle UCCP (Unità complesse di cure primarie) e delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali di MMG e PLS) all'interno di quest'ultima operano sia medici di base, sia specialisti e medici di guardia medica al fine di realizzare la prossimità tra strutture e cittadini, secondo quanto recita la stessa legge: "per la presa in carico del paziente nella prospettiva della continuità assistenziale nella gestione dei percorsi di cura e di presa in carico della cronicità". La mancanza di una regolamentazione vincolante e la destinazione di risorse finanziarie che mantengano nell'alveo del servizio pubblico le prestazioni specialistiche, lascerebbe inalterata la situazione attuale, nella quale le poche sperimentazioni in atto sono a carattere privatistico per quanto concerne le medesime prestazioni specialistiche.

Voglio concludere questa mia presentazione richiamando tre punti che mi sem-

brano trascurati dalla legge regionale, ma che stanno particolarmente a cuore a larga parte dei cittadini e che nella loro concretezza ben rappresentano il bisogno di qualità e di integrazione: la diminuzione delle liste di attesa, la rimodulazione dei super-ticket, i costi delle RSA. Mi sembra anche di non aver colto scelte significative per ridurre le cosiddette poltrone. Di fatto si può già verificare. Inoltre in che misura il cittadino lombardo dovrà compartecipare alla spesa che già oggi è troppo alta e per questo iniqua?

Carlo Maria Mozzanica
Docente di Organizzazione dei Servizi Sociali alla Persona, Università Cattolica di Milano

Introduzione

1. Si può introdurre l'analisi di una legge in modi diversi
2. "Intro-durre" significa condurre dentro, fermandosi alla o sulla soglia
3. Lo farò, assumendo lo sguardo di tre scenari, quale paradigma ermeneutico, di una legge importante del sistema sanitario.
4. Suddivido l'intervento in tre momenti:

a) I criteri ermeneutici per valutare la legge di riforma sanitaria
b) I principi fondamentali dell'assetto organizzativo novellato, con la L.R. 23/2015
c) Qualche domanda preliminare, rimanendo sulla "soglia", appunto etimologicamente *(limen)*: per favorire lo scopo postliminare di possibili risposte

1) I Criteri ermeneutici per la valutazione

Assumo tre criteri interpretativi, tra i molti che si potrebbero disaminare: lo scenario socioculturale postmoderno, lo scenario istituzionale e quello legislativo.

1.1 - Lo scenario socioculturale postmoderno e la tutela della salute

Accenno, sinteticamente, a qualche indicatore correlato al problema salute/malattia: fine di ogni metanarrazione condivisa, frammentazione e frammentarietà, dilatazioni dei possibili ed eccedenza delle opportunità, enfasi sul *come*, disfasia sul *dove*, afasia sul *perché* (si nasce, si vive, si soffre, si gioisce, si muore..), liberarsi dalla malattia o liberare la malattia, la vecchiaia, tempo *dopo* la vita o tempo della vita? Il consolidarsi delle cronicità: *convivere* con la malattia (un tempo per volere, un tempo di prova), la cronicità, come tempo sempre uguale a se stesso, nella stagione di *rimozione* del passato, di bulimia del presente, di anoressia del

futuro, le biotecnologie sono la nuova alfabetizzazione dell'umanità, con la possibilità di costruire organismi biologici espansi (il DNA con 6 basi); e la possibilità di artificializzare pensieri ed emozioni e di potenziare capacità cognitive ed emotive. Occorre chiedersi: non più che cosa l'uomo farà della tecnica, ma che cosa la tecnica farà dell'uomo; la lievitazione sul potere della malattia si correla alla lievitazione del potere della malattia sull'uomo; il rischio è l'espropriazione nel soggetto malato della sua malattia – affidata sempre più al sapere e al potere medico - con la crescita della solitudine e della preoccupazione *(che sarà di me?)*
La crescita del rapporto dialettico tra conoscenza della malattia e coscienza della malattia; la crescita del rapporto dialettico tra *fragilità* e *vulnerabilità*; la crescita del rapporto dialettico tra bisogno di salute e desiderio di salvezza (la transizione tra *e*-vento/malattia e *av*-vento/salute). Anche nella tutela della salute occorre ricomprendere il "desiderio", inteso come qualità essenzialmente antropologica del bisogno (cf medicina narrativa, della complessità, personalizzata, traslazionale etc.)
In sintesi, in ordine ai paradigmi dello *scenario socioculturale postmoderno*, con particolare riferimento al tema in oggetto (la configurazione di una nuova organizzazione regionale della sanità) sono molte le possibili *domande*, che emergono dal mutato scenario socioculturale, proprio in ordine al profilo di una riorganizzazione del servizio sanitario regionale.

1.2 - Lo scenario socio-istituzionale e la tutela della salute
Il consolidarsi della postmodernità ha essenzialmente privilegiato e conseguentemente rafforzato due forme di *welfare* (con particolare riferimento alla previdenza, alla sanità e all'assistenza, oltre che all'istruzione e al lavoro): il paradigma egualitario, di origine *laburista* (diritti del lavoratore e poi del cittadino, *simpliciter*), detto modello di *welfare lab*; il paradigma liberale, di origine mercantile (non necessaria garanzia della risposta in termini di servizi e presidi, bensì sostegno alla libertà di scelta del cittadino, attraverso dote, voucher, credit, bonus ecc.), detto modello di *welfare lib*.
La crisi della postmodernità ha svuotato di significato il modello individualistico e spesso anonimo dei diritti sociali (fine della metanarrazione, eccedenza delle opportunità, pluralità di appartenenza – con le conseguenti appartenenze con riserva -, pluriculturalismo ecc.); sembrava che sostenere la libertà (di scelta) fosse la soluzione capace di dare risposte adeguate alla crisi del *welfare* universalistico.
Lo *scenario istituzionale*, che ha costruito nel tempo differenziati percorsi di *welfare*, si espone alla difficoltà del riconoscimento esclusivo del modello laburista (lab), in quanto i soli diritti favoriscono il possibile rischio di un indifferenziato

egualitarismo individualistico; così come del modello liberista *(lib)*, in quanto la libertà assoluta (*ab-soluta* da ogni legame) espone al rischio di una mercificazione consumistica della presa in carico, in un'improbabile possibilità e capacità di scelta della migliore assistenza, attesa la ben nota asimmetria informativa che accompagna la relazione di cura, con il probabile rischio di un'induzione della domanda laddove si fa eccedente l'offerta. Si tratta di (ri)costruire la transizione verso le forme di un *welfare* relazionale, *community*, obbligazionario , per un'autentica tutela e promozione della persona; di riscoprire la dimensione della solidarietà e della fraternità, della reciprocità nella e dell'alleanza terapeutica, assistenziale ed educativa: profili che il postmoderno quotidianamente rimuove dentro i percorsi invasivi e pervasivi della prepotenza – che si fa onnipotenza – scientifica e tecnologica. Non si tratta di propiziare solo un mix tra *welfare lab/lib*, ma di riscoprire il profilo relazionale non solo della *solidarietà* (principio di organizzazione sociale che consente ai *diversi* di diventare uguali), bensì della *fraternità* (principio di organizzazione sociale che consente agli eguali di essere diversi, cioè *unici*).

L'*uguaglianza* indiscriminata e vuota, nel modello di *welfare lab*, si gioca troppo spesso senza l'altro, perché assume come bene *comune* il bene *pubblico* (attraverso il valore d'uso) e dunque corre il rischio di *statalizzare* la società. La libertà individuale e mercantile, nel modello di *welfare lib*, si gioca troppo spesso contro l'altro, perché assume come bene *comune* il bene privato (attraverso il valore di *scambio)* e dunque corre il rischio di *mercantilizzare* la società. La s*olidarietà/fraternità,* nel modello di *welfare relazionale/obbligazionario/ community/(ri) generativo*, si gioca insieme con l'altro (e non può, dunque, realizzare il bene comune, se non negli orizzonti compiuti della *sussidiarietà*, correlata a *solidarietà* e responsabilità), perché assume come bene comune il bene di r*eciprocità relazionale* (attraverso il valore di legame) e dunque mette sempre in gioco il noi, a partire dall'*io-in-relazione*.

In sintesi, in ordine allo *scenario socio istituzionale*, con particolare riferimento al tema in oggetto, sono molte le *domande* che emergono, proprio in ordine al profilo di una riorganizzazione del servizio sanitario regionale.

1.3 - Lo scenario legislativo e la tutela della salute

Tralasciando l'analisi delle riforme nazionali della sanità, sino al vigente patto sulla salute (2014-2016), per quanto riguarda la Regione Lombardia, possiamo sinteticamente assumere tre grandi periodizzazioni:

I. La prima fase della politica dei servizi alla persona, in Lombardia (1970-1980) *(modello residuale)*.

II. La seconda fase della politica dei servizi alla persona, in Lombardia (1980-1997) (modello lab): LLRR 35/1980 e s. m. e i.; 39/1980 e s. m. e i.; 106/1980 e s.m. e i.; 1/1986 e s. m. e i.
III. La terza fase della politica dei servizi alla persona, in Lombardia (1997-2015) (*modello lib*): LLRR 31/97; 33/2009; 23/2015; 41/2015.

In sintesi, in ordine allo *scenario legislativo* (a parte i correttivi chiesti dal Governo alla LR 23.2015, assunti con L. 41/2015) occorre tenere conto:

a) del processo attuativo della L. 189/2012;
b) dell'attuazione del patto sulla salute 2014-2016
c) della riforma della Costituzione, con particolare riferimento al Titolo V.

Essendo quasi tutti atti in *itinere* (alcuni già in fase attuativa, come i nuovi LEA previsti e finanziati anche dalla legge di stabilità 2016) ci si chiede come dovrà ulteriormente essere rivisitata la nuova legge di riforma sanitaria della Lombardia. C'è il rischio di una possibile e continuata ridefinizione degli assetti strutturali, funzionali ed organizzativi della legge di riforma regionale (come già avvenuto, in parte con la L.R. 41/2015.

2) I principi fondamentali dell'assetto organizzativo novellato, con L.R. 23/2015, modificata con L.R. 41/2015

La nuova legge "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo" prevede l'integrazione delle strutture della sanità con quelle del sociale, sia a livello centrale (Regione) che a livello territoriale. Questo per adeguare il sistema lombardo alle nuove complessità emergenti come l'allungamento dell'aspettativa di vita e *l'aumento della cronicità*. La precedente normativa (L.R. 31/97 e L.R. 33/09) aveva definito l'assetto organizzativo della sanità lombarda, con l'istituzione di **15 ASL e 29 Aziende ospedaliere.**

La LR 23/2015 rivede radicalmente l'assetto organizzativo della sanità lombarda, prevedendo: **8 ATS** (Agenzie di tutela della Salute) e **27 ASST** (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali).

2.1-AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE

Le Agenzie di tutela della salute (ATS) sostituiscono le quindici Asl esistenti. Saranno **otto** in tutto: ATS Bergamo, Brescia, Brianza (Monza e Lecco), Città Metropolitana (Milano e Lodi), Insubria (Varese e Como), Montagna (Sondrio, Valtellina, Valcamonica), Pavia e Val Padana (Cremona e Mantova).

La loro funzione, tra l'altro, sarà quella di gestire i malati più gravi: programmare i controlli, accertarsi che questi siano stati fatti e supervisionare sulla continuità del-

le cure per i pazienti cronici. Le **ATS** sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le **ATS** attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed eventuali livelli aggiuntivi, definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le **ATS** garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le **ATS** stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. È a loro che ci si dovrà rivolgere per accreditarsi nelle strutture sanitarie e socio sanitarie. Ogni **ATS** adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti:
a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
b) dipartimento delle cure primarie;
c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.
In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime.
La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST. I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti.

2.2-AZIENDE SOCIOSANITARIE TERRITORIALI
Le Aziende socio sanitarie territoriali (**ASST**) saranno invece **ventisette**.

A loro il compito di garantire la perfetta sinergia tra strutture territoriali (ospedali) e prestazioni sanitarie (cure, anche a domicilio). Le **ASST,** dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i). Le **ASST** si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti **polo ospedaliero e rete territoriale**, che afferiscono direttamente alla direzione generale.
Il settore aziendale **polo ospedaliero** si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.
Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale **rete territoriale** eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le Aggregazioni Funzionali Territoriali (**AFT**) di Medici di Medicina Generale (MMG) e di

Pediatri di Libera Scelta (PLS), e le Unità Complesse di Cure Primarie (**UCCP**) Al settore *rete territoriale*, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono:
a) i presidi ospedalieri territoriali (**POT**);
b) i presidi socio sanitari territoriali (**PreSST**).

2.3-PROGRAMMAZIONE ED ORGANISMI REGIONALI
Vengono definite le *seguenti attività di programmazione:*
- Piano sociosanitario integrato lombardo (art. 4)
- Piano regionale della prevenzione (art. 4 bis)
- POAS (Piano di Organizzazione Strategico Aziendale)

Vengono altresì istituiti i seguenti *organismi regionali:*
- GATTS (Gruppo di Approfondimento Tecnico per le Tecnologie Sanitarie) (art.5)
- Osservatorio integrato del SSL (art. 5)
- ARCA (Azienda Regionale Centrale Acquisti s.p.a) (art. 5)
- Osservatorio Epidemiologico Regionale (art. 5 bis)
- Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (art. 11)

Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo (art. 14), che promuove: l'*Osservatorio delle best practices* e l'*Osservatorio della soddisfazione degli utenti*

- Azienda regionale dell'emergenza urgenza (art. 16)
- Sistema formativo per il sistema sociosanitario lombardo (art. 17 bis)
- Conferenza dei sindaci (che si avvale delle assemblee dei sindaci e del Consiglio di rappresentanza), articolata in *Assemblea dei sindaci di distretto* e A*ssemblea dei sindaci dell'ambito territoriale*
- Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi (art. 21)

3. Qualche domanda preliminare, rimanendo sulla "soglia", appunto etimologicamente (limen): per favorire lo scopo postliminare di possibili risposte

Vorrei sinteticamente porre qualche interrogativo, a partire dagli scenari e dalla lettura, seppur sommaria, della legge regionale di riforma.

3.1-Interrogativi di carattere generale
A partire dai tre scenari ci si chiede: quale sanità, quale tipologia di *welfare,* quale quadro normativo promuove e garantisce la legge regionale? La legge regionale

fa riferimento ad una sanità ideale (o idealizzata, nella filosofia del prendersi cura) o a un ideale di sanità (concreta/fattibile/ realizzabile: quale?) La legge regionale, nel farsi carico della cronicità - quale punto qualificante della cura - vuole garantire una vita di qualità (non sempre possibile) o una qualità di vita (nel territorio delle relazioni e non solo delle prestazioni)? La legge regionale si prende cura di tutta la vita e della vita di tutti?; fa riferimento ad una sanità dei fini o solo dei mezzi? Nella legge regionale, quali sono i criteri antropologici che presiedono alla programmazione (efficienza, efficacia, appropriatezza sono sufficienti?) Cf le nuove sfide della bioetica (la scelta dei farmaci per i malati oncologici; la ridefinizione dei LEA). Nella legge regionale come la tutela del benessere (fisico, psichico, sociale) si correla con la garanzia, il rispetto, la promozione del valore del bene (o della vita buona)? Nella legge regionale, dentro i percorsi carsici delle malattie cronico-degenerative come si può correlare la cura della speranza e la speranza nella cura, quando inesorabilmente la vita umana volge al tramonto? Nella legge regionale vi è una sufficiente garanzia della correlazione tra il *cure/ care/caring* della persona (cure della malattia, *care* del malato, *caring* della persona), promuovendo e sostenendo le provocazioni, in parte inedite, della medicina narrativa. Nella legge regionale sono sufficientemente disaminate le correlazioni tra *fragilità* e *vulnerabilità*?

3.2-Interrogativi di carattere specifico

Quali le ragioni delle riforma regionale, a partire dalla prima proposta della GR, della seconda, dei cinque disegni di legge partitici, sino al testo unico (se si si rileggono le ragioni introduttive alla prima proposta della GR, l'esito attuale ripropone una sorta di eterogenesi dei fini: cf il taglio dei DG)? Non è una radicalizzazione della LR 31/97, con la totale esclusione di funzioni gestionali per le nuove ATS (soggetto programmatore, acquirente e solo in parte valutatore), mentre le ASL nella LR 31/97, al di là della conclamata definizione di PAC, conservavano molti aspetti gestionali diretti? Quali sono le garanzie della "continuità assistenziale", nella correlazione molto incerta, nel testo normativo, di ASST (Polo ospedaliero e POT), UCCP-AFT e PreSST, oltre la totale subordinazione al soggetto programmatore/acquirente (di un territorio molto esteso) della ATS? Nel rafforzamento – condivisibile – della presa in carico della cronicità, occorre molta attenzione ai punti deboli del testo: attenzione alla deriva "prestazionistica o prestazionale" (spesso si parla di prestazioni: cf , ad esempio art. 9, commi 1, 2, 3). Se appare positivo l'accorpamento del sociosanitario con il sanitario (anche per la logica dell'Allegato 1 C dei LEA), resta debole il rapporto con il sociale (cf il luogo della consulta-

zione dei Sindaci nell'Osservatorio di cui all'art. 5 ed ancora la distrettualizzazione coincidente con le ASST, sia pure con il ripescaggio degli ambiti distrettuali!). Quali sono stati i criteri per la territorializzazione delle ATS (anche in possibile correlazione con altre forme di territorializzazione; cf gli ex ambiti provinciali..)? Che cosa significa che il PreSST assume la forma di "modalità organizzativa", nell'ambito e nel quadro complesso (e in parte ancora troppo indefinito) dei POT – PreSST - Ospedale di comunità (con il necessario riferimento al DM 70/2015) - UCCP/AFT? Nel Dipartimento dell'AST (dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali), si istituisce una cabina di regia: ma non si fa nessun cenno alla presenza, al ruolo e alle funzioni dei Comuni, fondamentali per l'integrazione sociale. Qual è il riferimento certo (visto che la tutela della salute chiede un referente ed un garante), nella presa in carico, a livello territoriale del cittadino (ci sono moltissime ripetizioni descrittive – al limite della retorica - della presa in carico…) Quale continuità alle "innovazioni sociosanitarie" (previste dalla DGR 116/2013), di cui non si fa alcun cenno nella legge regionale? Come sarà garantita la continuità assistenziale della presa in carico della cronicità (per evitare la porta girevole dei passaggi della persona, nelle differenti condizioni, nelle diverse UUOO: dal SAD all'ADI, dal CDI alla RSA, alle cure intermedie etc); si prevede un finanziamento (un DRG) ad hoc, come farebbe trasparire la legge regionale, dopo la classificazione delle cronicità (definite entro un anno dall'entrata in vigore della legge regionale)? Non vi è il rischio di un nuovo centralismo regionale? Cf la costituzione di almeno 8 agenzie/Aziende regionali. In particolare sono da sottolineare le funzioni dell'Agenzia di controllo della salute (cf art. 11), che sembrano quasi sostituire compiti propri dello stesso Assessorato al Welfare. Come viene garantita, nella cronicità, la cura (cure) della malattia, del malato (*care*) e della persona (*caring*)? Qual è l'evoluzione degli altri titoli della LR 33/2009 (non compresi nella LR 23/2015) e come si correlano, organizzativamente, con l'impianto della nuova legge? Quale l'afferenza della salute mentale e delle UONPIA? Resta la grave debolezza dell'integrazione funzionale e, soprattutto, istituzionale del sociosanitario. Non è risolta l'estraneità dei Comuni al servizio sanitario regionale. Perché non pensare ad una sorta di Associazione di Comuni, in stretta correlazione con le ATS e in parte con le ASST? (cf la sperimentazione toscana delle Società della salute). Il riferimento alla LR 3/2008, depotenziata di tutte le funzioni sociosanitarie (aggregate ad ATS e ASST) segnala diverse perdite, nell'art. 2, con cui si abrogano molte funzioni della precitata LR 3/2008; solo esemplificativamente: comma 11 abrogazione dell'accesso agevolato alle prestazioni non incluse nei LEA; commi 16-21: consultazione

obbligatoria dei soggetto sociali nell'accesso agevolato; comma 40 (che abroga l'art. 13, comma 3) relativo all'Ufficio per la Conferenza dei sindaci; comma 50 (abrogazione dell'art. 17, circa le prestazioni ulteriori ai LEA/agevolazioni per la partecipazione sociale; definizione dei LIVEAS, anche a livello regionale; piano per i NAT etc). Quale spazio (non tanto e non solo gestionale, ma partecipativo, consultivo, istituzionale, programmatorio, organizzativo e valutativo) del terzo settore? Come si ricompone la presa in carico "multidimensionale" della persona? Chi è referente e garante (dove, come quando, chi) per il cittadino? Il nuovo rapporto salute/malattia smentisce la società a-relazionale (fatta di soli diritti individuali e di contratti). In altre parole come il cittadino è accompagnato nel suo percorso esistenziale a fronte di possibili eventi che richiedono supporto (di cura) assistenziale)? Come viene armonizzata la dialettica prestazione/relazione, nella tutela della salute? Come ricollocare la LR 23/2015 nelle indicazioni propositive del Libro Bianco sulla salute (vi sono moltissime discrasie); come, soprattutto, implementare le indicazioni attuative del Patto per la salute 2014-2016 (ad es. per i nuovi LEA e per tutte le prescrizioni attuative seppure ancora in *itinere*) e la nuova riforma costituzionale?

Chiudo con due citazioni.

I buoni legislatori hanno avuto più cura dell'amicizia che della giustizia (Aristotele). Nei periodi di crisi dobbiamo evitare sia un cambiamento irresponsabile sia un'irresponsabile opposizione al cambiamento perché noi indeboliamo sempre ciò che ingigantiamo. Una nave è più sicura in acque profonde. Prendere a prestito i problemi dal futuro non esaurisce le scorte.

Note *i. Note*

i. Dal latino ob-ligatio*: si allude ai legami* (ligatio) *che devono essere custoditi di fronte, davanti, insieme con (ob).*

ii. Si veda per una prima riflessione in proposito: E. RESTA, Il diritto fraterno*, Editori Laterza, Bari 2005; vedasi altresì di A. MARZANATI, A. MATTIONI (a cura di),* La fraternità come principio dl diritto pubblico*, Città Nuova Roma 2007.*

iii. LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato *(legge di stabilità 2016) GU n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70.*

iv. cf infra.

Eugenio Comincini
Sindaco di Cernusco s/Naviglio e vicesindaco della Città metropolitana

La Città metropolitana non ha una competenza specifica nell'ambito della sanità. Sia la Legge Delrio, sia la legge regionale non hanno voluto considerare le Città metropolitane come soggetti istituzionali che potessero essere interlocutori privilegiati di territori fra loro interconnessi riguardo alle questioni socio-sanitarie.
Come vice presidente della Città metropolitana mi sono confrontato con Regione Lombardia per ottenere che le competenze residuali in materia sanitaria, in capo delle province, venissero ripartite sui comuni. In particolare le province detenevano il servizio di gestione degli studenti con disabilità delle scuole medie e superiori per la competenza di questi enti sugli edifici scolastici. Le province si sono sempre occupate dei disabili sensoriali, perché nel passato erano delle disabilità visibili concrete e i comuni erano troppo deboli per potersi occupare di questo tipo di assistenza. Nel frattempo il servizio sanitario del nostro Paese si è sviluppato e i comuni si sono man mano fatti carico dell'assistenza al disabile di qualsiasi tipo. Nessuno però ha mai pensato di unificare l'assistenza con la gestione di questo tipo di attività in capo ai comuni, che al giorno d'oggi governano quasi il 90% delle casistiche passando dal trasporto, all'assistenza scolastica, a quella domiciliare. Queste tipologie di servizio non possono essere standardizzate o soggette ad una gara di appalto per ridurre i costi, si tratta di servizi *ad personam* mirati rispetto al bisogno. Ci era sembrato che la Regione avrebbe potuto riordinare la materia una volta nata la Città metropolitana, razionalizzando il sistema e attribuendo ai comuni questa residua attività assistenziale. Ma non è stato così. C'è la necessità di un'attenzione diversa degli amministratori locali e delle comunità territoriali verso questi temi, che se non cambia rende sterile il ruolo della Città metropolitana, ammesso e non concesso che bisogna riprendere le norme e dare a questa istituzione una voce capace di rispondere ai bisogni di tutti. Tuttavia è difficile molto spesso trovare comuni e comunità attenti a fare scelte che siano realmente orientate al bene comune e alla salvaguardia della salute di tutti. Se non si eleva il livello del confronto tra gli amministratori e le proprie comunità territoriali e se non si approfondisce di quali bisogni stiamo parlando si rischia di scatenare una guerra tra poveri che non porta molto lontano.
Voglio fare un esempio: lo scorso anno Regione Lombardia, nel mio territorio Adda-Martesana, ha dato attuazione ad una decisione, presa anni addietro nel-

la conferenza stato-regioni, di riassetto di alcuni servizi sanitari e in particolare una razionalizzazione sui punti nascita. Secondo la conferenza, per una ragione meramente economica, era meglio chiudere i punti nascita sotto i 500 parti l'anno. La *ratio* della scelta era che quanti più parti vengono fatti in un determinato presidio sanitario quanto più quel personale diventa esperto e capace di gestire le questioni più difficili. Nel nostro territorio Asl Milano 2 ci sono 5 ospedali pubblici. Tra Melzo e Cernusco si è deciso di chiudere Cernusco che aveva comunque una media nel triennio di 560 parti rispetto ai 480 Di Melzo. Non ne faccio una questione di campanilismo, il problema è quello di servire un territorio. Il 54% dei parti che avvenivano nel presidio di Cernusco riguardavano donne di Pioltello, Cernusco, Cologno Monzese e Brugherio, che una volta chiuso l'ospedale non sono state assorbite da Melzo, bensì sono andate a partorire altrove a Monza, Vimercate e addirittura a Milano. Il prossimo gradino della conferenza stato-regioni sarà quello di mettere la soglia dei parti a mille il che porterà alla chiusura anche del presidio di Melzo, con ulteriore impoverimento di offerta del territorio. Io, come sindaco di Cernusco s/Naviglio, non sono dispiaciuto che non nasca più nessuno nel mio comune, quello che mi dispiace è la prospettiva futura dell'area Martesana privata di un punto nascita. C'è stata veramente poca lungimiranza sia da parte degli amministratori locali sia da parte di Regione Lombardia. Oggi io non sento il bisogno di fare una battaglia per difendere l'ospedale di Cernusco, sento il bisogno invece che sul nostro territorio nasca un ospedale di maggiori dimensioni che possa gestire un'idea di secondo livello, puntando a migliorare il servizio per i cittadini.

C'è bisogno poi di una maggiore integrazione tra il sanitario e il sociale, posto che i comuni sono sempre più luoghi dove vengono offerti servizi di carattere sociale. Di fronte ad un sistema che va sempre più specializzandosi, il ruolo dei sindaci rischia di diventare un via vai sterile e poco produttivo, perché noi sindaci non siamo tecnici del settore e il nostro ruolo rischia di perdere di consistenza senza la possibilità di dare orientamenti politici precisi.

Tutti dobbiamo percorrere la nostra strada - come ha detto Paolo Petracca all'inizio - con umiltà e misericordia ed io aggiungerei anche con giustizia, c'è bisogno di fare giustizia rispetto ai bisogni dei più deboli e rispetto all'interesse collettivo.

Vittorio Mapelli
Docente di Economia Sanitaria Università Statale di Milano

Per comprendere la recente riforma sanitaria della Lombardia è necessario rifarsi all'organizzazione dei sistemi sanitari. Nella sua forma più semplice nel mercato il sistema sanitario è basato sulla legge della domanda e dell'offerta. Nel mercato il consumatore acquista la prestazione sanitaria dal produttore pagandone il prezzo. Ciò avviene per le prestazioni più frequenti e poco costose.

Ma la malattia rappresenta un rischio per la vita di un individuo, sia sul piano fisico, sia su quello economico: le malattie croniche, gli incidenti hanno conseguenze molto importanti per la vita di una persona. Di fronte al rischio di costi catastrofici, il sistema economico ha "inventato" l'assicurazione, un'istituzione in cui pagando un "premio" per tutelarsi dal danno si è coperti per le spese mediche. Il Servizio sanitario nazionale è, in ultima analisi, un'assicurazione nazionale che copre 60 milioni di cittadini, a fronte del pagamento di un "premio", sotto forma di tasse.

Un sistema sanitario di tipo assicurativo è composto da tre agenti o sotto-sistemi: un primo intermediario finanziario (l'assicurazione, lo stato) che raccoglie i fondi e acquista le prestazioni sanitarie per gli assistiti; un secondo sotto-sistema di produzione delle prestazioni (ospedali, medici di base e specialisti, farmacie), per rispondere ai bisogni di salute di un terzo sotto-sistema la popolazione.

I sistemi sanitari moderni sono organizzati secondo due forme principali, se si guarda alle relazioni tra sotto-sistema assicurativo/finanziario e sotto-sistema produttivo:

• Il modello contrattuale: gli acquirenti-finanziatori e i produttori-ospedali sono due entità giuridiche distinte, che regolano i loro rapporti sulla base di un contratto, in cui si fissano quantità, tipologia e prezzi delle prestazioni. L'acquirente-assicuratore non possiede strutture di produzione e deve necessariamente acquistare le prestazioni da un produttore esterno. È il modello attuale della Regione Lombardia (LR 31/97), ispirato alla riforma inglese del 1991. L'azienda ASL è l'acquirente e l'Azienda Ospedaliera il produttore delle prestazioni. Le due aziende sono due soggetti separati e distinti, con una loro personalità giuridica. I rapporti tra le due aziende sono regolati da un contratto, che dovrebbe fissare il numero e tipo di ricoveri (Drg) e la loro rispettiva tariffa (prezzo). I Drg (*Diagnosis-related groups*) sono raggruppamenti di ricoveri, omogenei per diagnosi e assorbimento di risorse. Ad esempio il Drg per un'appendicectomia assorbe poche risorse ed

è pagato 2.000 euro, mentre il Drg per un bypass coronarico impiega molte più risorse ed è remunerato 17.000 euro.

• Il modello integrato: un'unica azienda – la ASL – che è allo stesso tempo assicuratore/ finanziatore e produttore di servizi. La ASL possiede e gestisce ospedali propri (chiamati presìdi ospedalieri), con i quali produce i ricoveri ospedalieri per i propri assistiti. Il presidio ospedaliero è un semplice "stabilimento" di produzione, all'interno dell'azienda ASL I dipendenti del presidio sono pagati direttamente dalla ASL (con lo stipendio), così come i farmaci utilizzati, i diagnostici, l'energia elettrica. In questo caso l'ASL acquista i "fattori di produzione" (*input*), che poi producono i ricoveri (*output*). Nel modello contrattuale, invece, l'ASL acquista dall'AO la prestazione "già pronta" (*output*), che paga secondo il Drg o la tariffa del laboratorio, della visita specialistica, ecc.

Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di questi 2 modelli?

Nel modello contrattuale, che Regione Lombardia voleva introdurre con la legge 31 del 1997, sull'esempio della riforma Thatcher del '91 (il cosiddetto quasi-mercato), si dà un ampio potere all'acquirente ASL (*District Health Authority in UK*), che ogni anno negozia con gli ospedali (*Hospital Trust*) prezzi, tipi, quantità, qualità dei ricoveri, tempi di attesa e sceglie con chi fare il contratto (*selective contracting*). E una sorta di gara d'appalto: l'ospedale che perde l'appalto (il contratto) rischia di uscire dal mercato e quindi è stimolato ad essere efficiente e offrire servizi di buona qualità. In questo modello i cittadini sono liberi di scegliere solo nell'ambito degli ospedali contrattualizzati (5-6 per area), ma se la *District Authority* opera come sponsor (garante) degli assistiti, selezionando gli ospedali-contraenti, li saprà guidare lungo percorsi diagnostico-terapeutici di provata efficacia, buona qualità e tempestivi.

La Regione Lombardia non ha avuto il coraggio di portare alle sue naturali conseguenze questo modello e, basandosi sul principio di libera scelta, ha contrattualizzato tutti gli ospedali accreditati, pubblici e privati. I "contratti" sono standard, molto elementari (l'ASL riconosce il 98% del fatturato dell'anno precedente, senza indicare quantità e tipi di ricovero), i prezzi sono fissi e non è ammessa la selezione dei produttori. Più che di un modello contrattuale si tratta di un modello "separato" o, meglio, semi-separato, perché l'assistenza ospedaliera, specialistica e psichiatrica fanno capo all'AO, mentre l'ASL produce i servizi di sanità pubblica, prevenzione, cure primarie, assistenza domiciliare, sociale e veterinaria.

Nel modello integrato, invece, il punto di forza è dato dalla globalità di offerta e dall'integrazione di tutti i servizi socio-sanitari all'interno dell'ASL. Se un anziano

viene dimesso dall'ospedale, è preso in carico dagli altri servizi della stessa ASL, mentre nel modello separato l'anziano dimesso dall'AO viene "scaricato" sull'ASL, che è un'altra azienda. Inoltre l'ASL integrata, essendo "proprietaria" delle strutture sanitarie è in grado di controllare i costi di produzione, la qualità dei servizi e nel contempo non ha l'incentivo a moltiplicare i Drg non necessari, perché non è finanziata in base ai Drg, ma al numero di residenti (quota capitaria).

Il Libro Bianco del 2014 aveva anticipato l'idea dell'integrazione dei servizi in un'unica azienda, considerato il profondo cambiamento del quadro epidemiologico in corso (invecchiamento della popolazione, cronicità) e la legge di riforma sanitaria (Legge 23/2015) compie in effetti, dopo 18 anni, un'inversione a U rispetto alla riforma di Formigoni. È un radicale cambiamento di modello, che tuttavia non ha il coraggio di eliminare i doppioni di aziende create in passato e mantiene ancora due tipologie di enti: le aziende sanitarie (ora denominate Aziende socio sanitarie territoriali-ASST) e le nuove Agenzie di tutela della salute (ATS). Il modello integrato, invece, è tale perché tutti i servizi appartengono ad un'unica e sola azienda sanitaria. In altri termini, nel modello integrato le Agenzie sono superflue, non hanno ragione di esistere.

La nuova legge regionale prevede che tutti gli erogatori pubblici confluiscano – finalmente – in 27 Aziende socio sanitarie territoriali, costituendo così un'azienda integrata. L'operazione avviene mediante incorporazione nelle precedenti 29 Aziende ospedaliere (che già possedevano i presidi ospedalieri e gli ambulatori specialistici) dei servizi di igiene e prevenzione, veterinaria e assistenza socio-sanitaria, prima in capo alle ASL. L'ASST è suddivisa in due settori autonomi (con contabilità separata) (art 7) – polo ospedaliero e rete territoriale – retti da un direttore sanitario e da un direttore sociale. Come dire, servizi integrati, ma separati in casa. Il "polo ospedaliero" si articola in presidi ospedalieri e/o dipartimenti. Gli ospedali prima costituiti in AO (ad es. Niguarda) perdono la loro personalità giuridica e divengono semplici presidi ospedalieri. Nella "rete territoriale" confluiscono I presidi ospedalieri di minore dimensione, che sono trasformati in POT (presidi ospedalieri territoriali, a media e bassa intensità, per acuti e cronici) e i PreSST (presidi socio sanitari territoriali, per degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative).

Le 15 ASL, svuotate di servizi, sono ridotte di numero e trasformate in 8 Agenzie di tutela della Salute (ATS), che hanno funzioni di programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari (art. 6). Diventano un contenitore vuoto, che non possiede strutture sanitarie e non eroga servizi. Ma dispongono di numeroso personale e mantengono al loro interno ben 6 Dipartimenti (vuoti). E tanti Distretti

quanti sono le ASST, da suddividere a loro volta in Ambiti distrettuali di almeno 80.000 abitanti (art 7 bis). Le ATS, con il finanziamento ricevuto dalla Regione, contrattano e pagano gli erogatori di servizi, che sono le ASST, gli IRCCS e i privati accreditati (art. 6). Contrattare è un eufemismo, perché il contratto è standard (fissato ogni anno dalla Regione con le "regole di sistema") e non possono negoziare le tariffe, il tipo e le quantità di prestazioni. Attuano la programmazione regionale, emanando linee di indirizzo alle ASST, che peraltro sono aziende dotate di ampia autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale e tecnica (art. 7). Sarebbe come andare a comandare in casa d'altri. Le ATS, così come configurate, appaiono come agenzie di pagamento, di cui il modello integrato può fare a meno. Sarebbe bastata un'unica ATS regionale o, meglio ancora, nessuna ATS.
Le ASL di Milano città, Milano 1, Milano 2 e Lodi diventeranno una mega ATS di 3.500.000 abitanti. A Varese le due ASL di Varese e Como si fonderanno in un'unica ATS. Lecco e Monza formeranno un'ATS unica della Brianza. A Bergamo, Brescia e Pavia era presente un'ASL che si trasformerà in ATS, mentre le ASL di Mantova e Cremona si fonderanno nell'ATS della Val Padana e quelle di Sondrio e Valle Camonica nell'ATS della montagna.
La riforma sanitaria del 1997 aveva creato, nel tempo, 15 ASL, 29 Aziende Ospedaliere, 1 Azienda regionale per l'emergenza e urgenza (AREU) per un totale di 45 aziende con 150 direttori tra direttori generali, sanitari, sociali ed amministrativi. Con la nuova riforma sanitaria si avranno 8 ATS, 27 ASST, 1 AREU, 1 Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e 1 Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo per un totale di 38 enti e 149 direttori. Sul piano dei costi non vi sarà nessun beneficio apprezzabile.
Nelle nuove agenzie e nelle aziende si avrà un Direttore generale, che risponde direttamente al Presidente della Regione, da cui è nominato, e due organi: il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il DG sceglierà, su base fiduciaria, i tre direttori: sanitario, sociale e amministrativo.
La riforma sanitaria lombarda – che è molto peculiare – viene considerata dal Ministero della Salute come una sperimentazione, che dovrà essere valutata nei suoi risultati entro tre anni. Gli aspetti critici della riforma lombarda sono numerosi – a prescindere dagli inevitabili costi di riorganizzazione del sistema informativo, contabile, delle procedure, degli appalti che comporterà. Il testo di legge è di difficile interpretazione e sono ancora da chiarire le sovrapposizioni tra le funzioni erogative in capo alle ASST e quelle dei Distretti in capo all'ATS. È prevista la possibilità che rinascano le Aziende Ospedaliere (art. 7.18) Le Agenzie per la tutela della salute non sono una fattispecie prevista dalla normativa nazionale.

L'ATS di Milano (città, provincia e Lodi) appare gigantesca. La città di Milano, prima organizzata in un'unica ASL, è ora frammentata in 7 ASST (di cui l'ASST G. Pini è senza un bacino di riferimento).
A livello europeo non esiste un modello simile a quello approvato dalla Regione Lombardia, è un modello molto compromissorio e italiano. Se si intende mantenere la separazione delle funzioni tra acquirenti (*purchasers*) e produttori (*providers*) di servizi sanitari, è necessario attribuire alle Agenzie per la Tutela della Salute i giusti poteri negoziali: selezione degli erogatori (dei presidi ospedalieri o anche solo dei reparti), possibilità di negoziare il valore delle tariffe, il tipo e la quantità delle prestazioni, i tempi di attesa. Se al contrario si opta per la libera scelta degli assistiti, la contrattualizzazione di tutti gli erogatori, pubblici e privati, contratti standard e uniformi per tutti, tariffe non negoziabili, le ATS divengono organismi inutili e costosi, privi di reale potere coercitivo verso le ASST, che solo la Regione può avere.
Una considerazione finale. La riforma – come ogni riforma – cambia l'assetto istituzionale e organizzativo, ma non si auto-realizza. Certo l'assetto strutturale conta, ma ancora di più contano le scelte politiche che faranno la Regione Lombardia e le aziende sanitarie a livello locale. Conteranno la "visione" progettuale, le capacità delle persone, la ricchezza degli strumenti di *governance*. In altri termini, conterà la politica. In attesa, comunque, di una vera riforma del "sociale" che trasferisca le residue competenze dei Comuni ad un'unica vera integrata azienda sociosanitaria.

Fabio Altitonante
Consigliere regionale membro della Commissione Terza Sanità

Noi in Lombardia abbiamo una Sanità di eccellenza dove ci lavorano 135.000 persone e che produce un fatturato di 18 miliardi di euro (36 mila miliardi di vecchie lire). Perché fare una riforma? Perché dobbiamo dare una risposta ai bisogni di oggi. Il nostro primo pensiero è andato ai cittadini: il 70% dei 18 miliardi di euro di fatturato viene assorbito dal 30% dei malati cronici. È il modello attuale che è sbagliato: il 30% dei cittadini non può assorbire il 70% delle risorse e anche i pronti soccorso sono in *overbooking* con il 30% dei pazienti che vi si recano che sono codici bianchi. Per una città come Milano significa che su 650.000 ingressi in pronto soccorso 150.000 persone sono valutati codici bianchi, cioè con patologie non gravi e che comunque non necessiterebbero di un pronto soc-

corso. Questo succede perché spesso la visita specialistica ha una lista di attesa troppo lunga.

Ad oggi non funziona la divisione presente tra Azienda Ospedaliera e ASL e quindi abbiamo pensato di integrarla con il territorio. L'integrazione avviene attraverso una nuova struttura che non si chiama più Azienda Ospedaliera ma Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) tanto che le ASL si trasformano in Agenzie di tutela della Salute (ATS). Oggi le ASL si occupano di erogazione e controllo ma l'erogazione la fanno attraverso i distretti, invece, quando sarà attuata la riforma, avremo l'ospedale e i distretti con i presidi ospedalieri territoriali che saranno un'unica azienda con un direttore generale. Attualmente le ASL sono 15, le ATS saranno in tutto 8. L'ATS fa la programmazione, l'acquisto e una parte di controllo ma l'erogazione va in capo alla ASST. All'ATS rimane come erogazione solo una piccola parte che riguarda la veterinaria e la sicurezza sul lavoro.

Con questa riforma noi mettiamo il cittadino al centro, è lui che sceglie dove e come curarsi, non ci devono essere mediazioni. Le aziende private accreditate hanno migliorato l'offerta del servizio, che ha portato ad un innalzamento delle prestazioni in termini sia quantitativi che qualitativi anche nel pubblico, creando quel clima sano di competizione che porta al miglioramento del servizio.

Nella riforma abbiamo previsto la fusione di alcune strutture ospedaliere perché abbiamo immaginato che esse potessero rendere meglio. In questa riforma abbiamo immaginato un'unica centrale acquisti. Quando siamo arrivati come maggioranza in Regione Lombardia nel 2013 l'ARCA (Centrale unica acquisti) faceva 8.000 gare d'appalto l'anno, adesso ne fa 80.000 e ha approntato il più grande appalto di farmaci in Europa (circa 3 miliardi di euro), con l'appalto unico all'ARCA abbiamo avuto un risparmio di 90 milioni di euro. Con i risparmi che siamo riusciti a produrre in un solo anno e mezzo eravamo già pronti per tagliare i ticket. Ma la ridotta rimessa da parte del governo Renzi non ce l'ha permesso.

Ora dobbiamo vedere se questo modello funzionerà. La prima scadenza è tra 12 mesi quando verificheremo se il sistema di aziende creato è funzionale e se sarà in grado di dare risposte ai cittadini.

Nell'attuale sistema milanese avevamo tante eccellenze sparse quindi dal punto di vista organizzativo abbiamo unito il San Paolo e il San Carlo, due nosocomi vicini e li abbiamo integrati, avranno più forza, più complementarietà e poi abbiamo creato "l'ospedale del bambino, della mamma e dell'età evolutiva" che a Milano non esisteva ancora. Per questo ci siamo rifatti al modello europeo francese di Parigi (Hôpital Robert-Debré). Abbiamo immaginato di unire il Fatebenefratelli perché all'interno c'è la Macedonia Melloni, che è la clinica ginecologica più

antica di Milano, dove esiste la terapia intensiva neonatale e dove c'è una parte pediatrica importante, il Buzzi che è un ospedale del bambino, ma che principalmente si occupa di chirurgia e l'ospedale Sacco, che essendo un polo universitario copre la parte della ricerca dedicata alla pediatria. Con questo polo, unico in Italia, andiamo a coprire una fascia di cittadini da 0 a 17 anni e senza impiegare risorse aggiuntive, ma facendo rete con le strutture già presenti e di eccellenza sul territorio.
Abbiamo infine lavorato sui poliambulatori. I poliambulatori sono attualmente 22, vi lavorano 350 medici specialistici e ci sono più di 30 specialità, rispondono a circa il 70% dei malati cronici, a Milano città essi hanno più accessi dei pronti soccorso. Questo modello deve essere rafforzato e nella nuova legge li abbiamo lasciati uniti immaginando che siano un'unica azienda, slegata dagli ospedali, che servirà ad assorbire tutta la parte dei codici bianchi. Per i poliambulatori di Milano ci siamo rifatti al modello di New York i *bedless* (gli ospedali senza letto o ospedali di comunità) che assorbono tutte le problematiche dal malato cronico. Ci vorrà un po' di tempo ma secondo me avremo grandi risultati, dobbiamo fare squadra con chi lavora nella sanità.

Carlo Borghetti
Consigliere regionale, membro della Commissione Terza Sanità

Oggi abbiamo votato per modificare la legge sanitaria, una legge approvata ad agosto di riforma complessiva del sistema e votata solo dalla maggioranza. A pochi mesi dall'approvazione il ministero ci chiede di cambiare alcune cose fondamentali. In primo luogo il nuovo sistema deve essere considerato sperimentale. La maggioranza interpreta le parole del ministero come sperimentazione uguale innovazione, Regione Lombardia è un passo più avanti delle altre regioni italiane e quindi fa una sperimentazione che avrà successo e sarà presa ad esempio dalle altre regioni. Noi come minoranza interpretiamo le parole del ministro che vuole sia una riforma sperimentale, con una verifica a tre e a cinque anni in quanto si discosta fortemente dal modello nazionale, ancora oggi vigente, della legge 502.
Il ministero della salute non ha voluto impugnare la legge regionale lombarda anche se il ministero dell'economia e del *welfare* aveva dato parere negativo, eccependo sulla sua costituzionalità, ma tuttavia il ministero della salute ha voluto rimarcare il suo carattere di sperimentazione.
Non è chiara la ripartizione tra programmazione dei servizi affidata alle ATS

(Agenzie di tutela della Salute) ed erogazione di questi ultimi in capo alle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali). Le ATS avranno una parte di produzione dei servizi quella legata alla prevenzione e alla veterinaria, mentre le ASST, (che materialmente erogheranno i servizi) non hanno l'obbligo di rapportarsi con le ATS. I distretti, che per legge nazionale sono previsti a copertura di un territorio abitato da circa 80.000 persone, in questa legge vengono fatti coincidere con le ASST che comprendono aree popolate da almeno 300.000 persone. Questi grandi distretti dovranno gestire i servizi, ma non avranno funzioni programmatorie e non avranno un luogo di confronto tra chi programma il sociale (i comuni attraverso i piani sociali di zona) e le ASST stesse. La legge non è riuscita – a mio avviso - a far lavorare insieme chi programma il sociale con chi programma il socio-sanitario e sanitario. Certo la legge prevede che ci siano le assemblee dei sindaci che si incontrano con l'ATS, ma prendiamo il caso della Città metropolitana: qui parliamo di una realtà gigantesca l'ATS Milano 1 e 2 e Lodi: 180 sindaci devono ritrovarsi una volta all'anno per parlare con l'ATS e valutare la programmazione dei servizi socio-sanitari. In questo modo abbiamo allontanato la possibilità di fare una seria programmazione comune tra territorio e Regione Lombardia.

La riforma socio-sanitaria proposta da Regione Lombardia manca di forza programmatoria. La nuova legge introduce i PREST (presidi socio-sanitari territoriali) un luogo dove si trovano a lavorare insieme i medici di famiglia e gli specialisti e dove è possibile effettuare esami e usufruire della diagnostica che però contrastano, o meglio si sovrappongono, ad un sistema nazionale quello delle UCCP (Unità di cura complesse primarie) previste dal decreto Balduzzi. E così per le AFT le (aggregazioni funzionali territoriali) dei medici di famiglia, che già spontaneamente sono nate in molti territori e che non sono ancora partite. Ma se la legge regionale prevede i PreSST che relazione c'è fra questa realtà e le AFT. Così come i PreSST la legge regionale prevede anche i POT (presidi ospedalieri territoriali). Ma anche qui non è chiara la differenza tra PreSST e POT. Anche i POT sono luoghi dove avviene una cura di bassa e media intensità: non sono ospedali ma neanche poliambulatori e prevedono la compresenza di medici di base e di specialisti. È A logica il POT si avvicina un po' di più all'ospedale mentre il PreSST al poliambulatorio ma nella legge ciò non è spiegato. E manca altresì il collegamento con il sociale. È stato creato un assessorato unico quello del welfare che nasce dalla fusione dell'assessorato alla famiglia con quello alla salute ma non è stato previsto un assessorato per il sociale. L'assessorato alla famiglia aveva dei difetti riguardo alla parte socio-sanitaria, però separarlo dal sociale è stato un grosso errore.

Altitonante ha parlato con grande enfasi dell'ospedale del bambino, io lo cito

come un esempio in negativo. Noi siamo contenti che vi sia un polo ospedaliero con la missione di curare persone da 0 a 17 anni, ma la *ratio* per cui è stato fatto questo accorpamento tenendo fuori il Policlinico e la Mangiagalli risponde solo ad interessi particolari. Se vogliamo creare un ospedale del bambino dobbiamo mettere insieme tutte le realtà del territorio che hanno quelle specifiche competenze. L'ospedale dei bambini non è solo quello che fa nascere tanti bambini, ma anche quello che si occupa degli interventi operatori, che sa curare determinate patologie specifiche del neonato e del bambino in tutto il suo periodo di crescita. Le ASST rappresentano l'integrazione tra i servizi territoriali e gli ospedali, ma a Milano esiste una ASST che non ha un territorio di riferimento: è la ASST ortopedica in cui sono stati fusi i due poli di ortopedia e traumatologia del Pini e del Galeazzi, un'unica azienda senza un territorio di riferimento. Se c'era l'esigenza di creare un polo ortopedico di eccellenza non doveva essere chiamato ASST. Noi infatti, come minoranza, volevamo che alcuni ospedali conservassero la loro personalità giuridica di azienda ospedaliera perché, a parte che è previsto dalla legge 502, la Lombardia sarà l'unica regione d'Italia a non avere più alcuna azienda ospedaliera. Essere un'azienda ospedaliera garantisce un'autonomia di budget che per alcuni ospedali è importante al fine di poter fare ricerca e sperimentazione e concentrarsi su patologie particolarmente complesse. Noi avevamo proposto di avere almeno un'azienda ospedaliera per ogni provincia, in questo caso bastava non prevedere 8 ATS, cosa che il ministero ha contestato che complicano notevolmente la filiera di comando. Si poteva invece prevedere una sola ATS oppure Regione Lombardia, attraverso il suo assessorato, poteva svolgere il ruolo della programmazione.

Tra gli aspetti positivi della riforma sanitaria c'è sicuramente quello di aver creato un'agenzia di controllo che se funzionerà sarà fondamentale per valutare la validità ed efficacia delle cure e della loro appropriatezza. Il sistema dei Drg va rivisto, ad oggi ha prodotto inappropriatezza e, in alcuni casi, mancanza di qualità. La revisione dei Drg rientra tra i compiti dell'agenzia di controllo.

Altra cosa positiva la valutazione dei direttori generali. Oggi i direttori generali vengono esaminati attraverso dei pagellini che valutano la loro capacità di rispettare il budget. A questi viene corrisposto un premio di risultato a fine anno (massimo 25.000 euro) in aggiunta ai 180 mila euro lordi il loro stipendio base. Se risparmiano hanno il premio se spendono troppo no. Per me un direttore generale deve essere premiato se raggiunge risultati in termini di salute, di gestione dell'azienda ospedaliera in maniera più efficiente, di riduzione delle liste di attesa e non perché gli è stato detto di rimanere all'interno di un budget prestabilito.

Infine è stata cancellata la legge Daccò che distribuiva risorse per la cosiddetta innovazione tecnologica senza una logica programmatoria e senza una verifica di efficacia. Quanti macchinari sono stati acquistati e poi sono rimasti nei magazzini degli ospedali lombardi inutilizzati.
In questo periodo di crisi per un discorso di equità abbiamo ritenuto giusto e la maggioranza l'ha votato all'unanimità che il ticket si paghi in funzione del reddito ISEE e in più abbiamo ottenuto un'esenzione dal pagamento del ticket fino a 30.000 euro di reddito famigliare. Il taglio dei ticket, che è stato il cavallo di battaglia della campagna di Maroni nel 2013, vogliamo ancora vederlo.
Per quanto riguarda l'ospedale di comunità come c'è a New York basterebbe andare a vedere in Emilia Romagna o in Toscana dove c'è da anni e dà delle ottime risposte in termini di integrazione ospedale-territorio, peccato che la regione su questo ancora una volta sia un po' in ritardo.

Paola Gilardoni
Segretario Cisl Lombardia con delega al welfare e sanità

Fin dall'inizio eravamo concordi sulla necessità di riordino del sistema socio-sanitario alla luce non solo dei cambiamenti attuali del nostro contesto sociale ed economico, ma guardando soprattutto in prospettiva. Tutti i sistemi di welfare in questa fase sono sollecitati a riflessione ed evoluzione, in Lombardia la sfida è stata una nuova riforma sanitaria e i cambiamenti sono stati ricordati: l'invecchiamento della popolazione ed insieme la mancanza di vere politiche per favorire la natalità, insomma un contesto sociale in profondo cambiamento che evidenzia alcune fragilità in termini di prospettiva a partire da tutta quella fascia di popolazione affetta da patologie croniche. Secondo il ministero della salute negli ultimi 10 anni c'è stato un incremento del 25% di persone con malattie croniche, si parla di 600.000 casi a cui bisogna dare delle risposte e sistemi di intervento adeguati. Collegato a questo bisogna trovare un diverso equilibrio tra le strutture legate alle aziende ospedaliere e quelle sul territorio. Il tema dell'equilibrio tra ospedale e territorio è un'esigenza del nostro sistema riconosciuta anche nel patto della salute. Tuttavia, come sindacato non sentivamo un'esigenza così pressante di cambiamento rispetto alla legge regionale 31 essa infatti già garantita la libertà di scelta del cittadino e la separazione tra erogatori e acquirenti delle prestazioni per ottenere una parità di diritti e doveri tra i soggetti pubblici e i privati accreditati.
Ci siamo confrontati con gli assessorati, in commissione terza, con le direzioni

generali, con il presidente della regione e il 26 settembre 2014 si è siglato un accordo con Regione Lombardia che ha portato all'assunzione di impegni alcuni dei quali ancora adesso in attesa di essere portati a compimento primo tra tutti il tema dei ticket e delle rette. La legge interviene sui primi due punti del testo unico del 2009, ad oggi è in discussione dal titolo terzo in poi: la psichiatria e la veterinaria sono altrettanti temi che non attengono alla *governance* ma che coinvolgono a pari grado i cittadini e le comunità.

Il modello della nuova legge ha portato ad evoluzione alcuni princìpi: guardando alle precedenti leggi 31 e 33 è difficile parlare di riforma forse è più opportuno usare i termini di riordino e di evoluzione e noi in fondo è questo che ci attendevamo non una riforma ma una evoluzione del sistema. L'intera attività di erogazione alle persone in capo alle ASL ora ATS è stata collocata nelle ASST quindi in realtà non è che le aziende ospedaliere non esistono più al loro interno le ASST si articolano in polo ospedaliero e in una rete di presidi territoriali. L'elemento che noi guardiamo con attenzione è il compimento dell'equilibrio del sistema all'interno delle nuove ASST ovvero di come si ricostruisce la rete territoriale, da un lato recuperando le attività delle ATS e dall'altro mantenendo la qualità e l'eccellenza delle strutture ospedaliere così come le abbiamo conosciute fino ad ora in Lombardia.

L'articolazione distrettuale è stata reinserita, da noi fortemente voluta per recuperare il rapporto tra la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e la programmazione sociale degli enti locali, su questo elemento si doveva tuttavia avere maggior coraggio. Dal momento in cui l'ATS si sgrava dall'erogazione dell'attività sanitaria e socio-sanitaria vediamo la necessità che al contempo rafforzi la programmazione congiunta con le rappresentanze degli enti locali, è uno spazio da implementare soprattutto riguardo all'articolazione sul territorio delle attività.

La legge ha dato valore a tutti quegli operatori del sistema sanitario e socio-sanitario che operano in Lombardia e che sono oltre 100.000 con alta professionalità che in questi anni hanno concorso a rendere qualità e valore al sistema. Era importante che nella trattazione sindacale fosse riconosciuta una valorizzazione di questo personale e il rischio è l'intervento della politica anche nel nostro territorio che può minare la dinamica dei rapporti di lavoro.

La legge approvata lo scorso agosto avrà compimento nel 2016 ma il nostro lavoro non si ferma qui, percorsi e spazi vanno confermati e noi continueremo a mantenere la nostra vigilanza. Ad oggi ci viene detto che vengono costituite le ATS e le ASST, questi enti dovranno definire al proprio interno modelli organizzativi e funzionali. La regione nel 2016 dovrà emanare il piano socio-sanitario lombardo

e collegare le linee di indirizzo per definire i modelli organizzativi. L'integrazione tra ospedale e territorio si porta a compimento con i modelli organizzativi. Sarà importante che le rappresentanze delle autonomie locali ridefiniscano il loro ruolo di intervento attraverso le assemblee dei sindaci, ampliando i confini del proprio territorio. I distretti avranno una dimensione corrispondente alla ASST e nei distretti ci saranno le articolazioni distrettuali. Non è ancora chiaro come si relazioneranno questi ambiti con le ATS.

Dall'approvazione della legge in tutti questi mesi ci sono stati una serie di provvedimenti intervenuti e già orientati alla sua implementazione: faccio riferimento in particolare ad una delibera di ottobre quella che, a partire dalla sperimentazione sui POT (presidi ospedalieri territoriali), introdotti con le regole di sistema degli anni passati, dovrà essere correlata al modello organizzativo con cui si attrezzeranno i medici di base. I medici di medicina generale hanno un contratto collettivo nazionale e non dipendono dalla regione, la regione può orientare alcuni loro comportamenti ma questo elemento potrebbe rappresentare una fragilità rispetto a quel processo di integrazione a cui guardiamo tutti con interesse.

Noi non ci aspettavamo che nella legge di riordino ci fosse l'impegno di una riduzione dei ticket e delle rette ma che comunque il tema fosse considerato. Nella legge si fa riferimento alla possibilità di ridurre i ticket di contro ad un aumento del gettito fiscale, questo è un punto che avevamo chiesto di togliere ma non è stato fatto. Quello che non sarebbe assolutamente accettabile è che da un lato si riducano i ticket e dall'altro si aumenti l'imposta regionale.

I ticket rappresentano un costo per le famiglie importante, il super ticket costa circa 135 milioni di euro, noi chiediamo il superamento del super ticket per tutti e un'introduzione di sistemi di esenzione per quanto riguarda il ticket. Noi già oggi abbiamo un sistema di esenzione collegato sia ad una condizione di cronicità, sia ad una condizione di reddito in particolare per le persone anziane oltre i 65 anni. Quello che vorremmo è l'introduzione di alcuni princìpi come l'equità da una parte e dall'altra la possibilità di collegare la capacità di compartecipazione con la capacità di reddito famigliare. Rendere farragginoso e poco chiaro il sistema porta ad una distanza tra il cittadino e l'istituzione, di contro semplificando il modello si comprendono meglio le ragioni per cui si possono avere prestazioni di qualità. Quindi è necessario semplificare il sistema introducendo meccanismi più equi e collegati ad un andamento reddituale e provare a ragionare di quoziente famigliare.

Il tema delle rette è anch'esso complicato, il costo medio per una famiglia per un ricovero si aggira intorno ai 1800-2000 euro al mese, l'intervento a domicilio ha

anch'esso un costo particolarmente elevato. In Lombardia abbiamo oltre 380.000 anziani non autosufficienti, siamo la Regione con il più alto tasso di posti letto per RSA e le famiglie stanno impegnando importanti risorse e nel futuro dovranno impegnarne ancora di più. È un tema che ha bisogno di un riconoscimento e di un sostegno economico alle famiglie che hanno bisogno di servizi ma anche di politiche più attente all'integrazione tra sistema socio-sanitario e assessorato alle politiche sociali. Abbiamo una nuova legge di cura presentata dall'assessore Borghetti nel maggio scorso, che è stata approvata all'unanimità in Consiglio regionale, abbiamo la necessità di intervenire in termini di sollievo alle famiglie rispetto alla spesa che sostengono per l'assistenza e la cura del proprio famigliare in RSA. Bisogna riuscire a fare rete tra le famiglie e gli operatori. È un tema in movimento, sarebbe opportuno, tra qualche tempo, fare una verifica rispetto al percorso realizzato.

Giovanni Merlo
Rappresentante del Forum del Terzo Settore

Il Documento del Forum, pubblicato subito dopo la legge, potete trovarlo sul nostro sito e su Lombardia sociale.

Vi racconto una storia. Il titolo è: "l'amante tradito e l'inganno della prestazione". È una storia triste che parla di solitudini. È la solitudine di tutti noi quando invecchiando ci troviamo a non riuscire più a fare le stesse cose che abbiamo fatto fino ad ora, improvvisamente scopriamo che abbiamo bisogno di aiuto e questo non ci fa piacere. Nessuno però se ne accorge. È la storia di ognuno di noi quando usciamo dall'ospedale e non siamo più gli stessi di prima e non sappiamo come cavarcela. È la storia di ognuno di noi quando scopriamo che il nostro bambino non è più un bambino ma un adolescente irriconoscibile. È la storia di ognuno di noi quando ci scopriamo malati di quel gioco delle macchinette, prima era un divertimento ed ora ci stiamo buttando dentro tutto il nostro stipendio. È la storia di ognuno di noi quando improvvisamente quella bottiglia non è più un piacere ma una schiavitù. È la storia di ognuno di noi quando incontriamo la disabilità e abbiamo sempre pensato fosse un problema degli altri e invece è un problema anche nostro, perché ci viene diagnosticata la sclerosi multipla o la distrofia muscolare, oppure è il problema di nostro figlio, appena nato, a cui fanno una diagnosi di una menomazione importante.

E noi siamo soli di fronte a tutti questi avvenimenti e a molti altri ancora e ci

sentiamo traditi, perché improvvisamente pensiamo che sia colpa nostra. Forse qualcuno ci aiuterà e forse qualche aiuto arriverà prima o poi, ma con un grosso inganno.

Pare che per questi problemi la soluzione siano le prestazioni: tot minuti di assistenza, tot colloqui ed improvvisamente io divento un paziente. È come quando ho una grossa malattia e vado dal medico di medicina generale ed esco con in mano una ricetta: qualcosa che mi farà guarire. Quando il medico mi dice: "vai a casa, mettiti a riposo, fatti qualche spremuta", io non sono soddisfatto, invece l'idea di avere una prestazione in mano mi fa pensare di guarire, però non ci sono prestazioni per tutti. E quindi a chi vanno queste prestazioni? A chi sta molto male o a chi è molto povero. Il risultato è che tutti diventiamo sempre più poveri e siamo sempre più soli e finalmente quando non cela facciamo più e siamo scoppiati qualcuno ci aiuta ma come? Ci manda in una RSA, manda nostro figlio in una comunità, questo è l'inganno della prestazione. È l'inganno culturale che questo percorso di legge non ha saputo svelare. Ma se siamo nell'eccellenza perché c'era bisogno di una riforma? Diciamo allora la verità: noi non siamo nell'eccellenza, forse per fare un intervento a cuore aperto sì, ma il nostro sistema sociale, il nostro modo di stare insieme non funziona.

Siamo una società sempre più di individui, lasciati soli di fronte alla vita: i più forti, i migliori vanno avanti finché sono forti e migliori, poi quando non lo sono più vengono relegati in un canto e altri forti e migliori prendono il loro posto. In questa società di individui chiamati ad andare avanti ognuno con le proprie gambe, noi terzo settore vogliamo stare insieme. La soluzione dei nostri problemi non arriverà dalla più sofisticata delle prestazioni.

Io vengo dal mondo della disabilità che è il mio lavoro quotidiano, c'è tanta professionalità, però ogni tanto bisogna andare a vedere dove i poveri ci sono per davvero e dove c'è la riabilitazione su base comunitaria che funziona benissimo perché non ci lascia soli. L'aspetto tipico delle nostre organizzazioni è quello di pensare che è la nostra iniziativa che può risolvere i problemi sociali, non c'è nessuna prestazione che potrà risolverli. Le prestazioni mettono una pezza, intervengono sempre dopo.

Noi sappiamo che se beviamo acqua pulita, respiriamo aria pulita e mangiamo cibo sano stiamo meglio, ma c'è un altro tipo di salute: quella delle relazioni. La salute che supera le solitudini, che porta le persone ad incontrarsi a vivere insieme, a costruire e fare progetti insieme. In questo progetto di riforma tutto questo, non c'è, l'analisi finale che come terzo settore abbiamo fatto: è che l'integrazione forse ci sarà ma solo nel comparto sanitario. Quello che probabilmente

si raggiungerà in questa riforma sarà ridurre il numero di ricoveri non appropriati in ospedali acuti e favorire dei ricoveri e dei trattamenti socio-sanitari in tempo stretto vicino a casa. Ma questo con l'integrazione sociale non c'entra niente. L'integrazione è quella che dà un senso alle prestazioni, le prestazioni in sé non sono negative, ma devono essere al servizio del mio progetto di vita. Non posso essere obbligato ad andare in un posto perché è l'unico luogo in cui posso vivere, ma deve essere il posto migliore per me e deve essere costruito sulla mia misura. Il nostro sistema sanitario non costruisce posti su misura perché le RSA sono tutte uguali, i centri diurni per le persone con disabilità, al di là di poche variazioni sul tema, sono anch'essi tutti uguali, certo non costruiti su misura delle persone.

Ma la storia non è ancora finita, c'è ancora molto da scrivere. La valutazione della riforma, secondo noi, è che si tratta di una riforma sanitaria, dove il sociale e il terzo settore rappresentano delle vittime. Nel modello di *welfare* lombardo il terzo settore scompare, solo il sindacato sopravvive e anche il ruolo dei comuni è ridotto a poca cosa, essenzialmente a realizzare le politiche regionali. Per noi la sussidiarietà e la partecipazione dal basso sono un'altra cosa. Le organizzazioni dei cittadini e i comuni dovrebbero fare emergere i bisogni delle persone e veicolare tutte le attività in questa direzione.

La partita è ancora da giocare su due livelli su cui forse dobbiamo essere meno distratti. Iniziamo a parlare di questa riforma: un pezzo di legge importante deve essere ancora approvata e noi lì ci riproveremo a riproporre quello che fino ad oggi ci è stato respinto. Almeno una cosa vorremmo che fosse chiaro nella legge: chi deve svolgere la presa in carico del paziente. Chiediamo altresì che a livello regionale e di ATS le associazioni e le imprese sociali siano ascoltate per quello che hanno da dire, riprendiamo a parlare di cose concrete in un mondo che è cambiato e in cui ci sono esigenze diverse e bisogni diversi. Ritorniamo a parlare dei problemi delle persone, dei loro bisogni e dei loro diritti, cerchiamo di ottenere delle risposte che non possono essere solo di natura prestazionistica, bensì devono essere anche risposte sociali, perché i problemi delle persone non nascono dal nulla, noi dobbiamo aggredire anche le cause non continuare solo a curare i feriti della nostra battaglia sociale.

Ringraziamenti
Giuseppe Argentino
Giambattista Armelloni
Valerio Colleoni (Cisl)
Giovanni Marzorati
Martina Marzorati
Luca Polli