



## **CONSIGLIO GENERALE CISL DEI LAGHI - 2 OTTOBRE 2017**

### **La riforma socio-sanitaria Lombarda**

**Presentata da Caterina Valsecchi – Segretario generale aggiunto Cisl dei Laghi**

Nell'affrontare la questione sanitaria Lombarda è bene fare alcune considerazioni partendo dalle riforme per passare alle risorse economiche.

La riforma del titolo v della costituzione del 2001, ha riconosciuto le regioni, le province, le città metropolitane e i comuni, quali enti esponenziali del territorio nei quali i cittadini risiedono.

Lo scopo di tutte queste riforme, compresa quella del 2001, era dare allo Stato italiano una fisionomia più "federalista", nella quale i centri di spesa e di decisione si sarebbero spostati dai livelli più alti, lo Stato centrale, a quelli più locali, "avvicinandosi" così ai cittadini stessi. Nel corso degli anni le regioni hanno ricevuto sempre più competenze (la più importante è la gestione della sanità) e una sempre maggiore autonomia. Con la riforma del 2001, in particolare, alle regioni fu garantita autonomia in campo finanziario, con maggiore libertà di spesa e quello organizzativo con possibilità di stabilire il numero di consiglieri e assessori.

La riforma inoltre specificò quali erano le competenze esclusive dello Stato, lasciando alle regioni il compito di occuparsi di tutte quelle non nominate esplicitamente. Il denaro che le regioni possono spendere piuttosto liberamente grazie a questa autonomia arriva da una serie di imposte: compartecipazione all'IVA, addizionale IRPEF e IRAP. Le prime due sono imposte raccolte dallo Stato, che poi ne versa parte nelle casse delle regioni, mentre la terza è un'imposta regionale. Tutte e tre però hanno la caratteristica di non garantire alle regioni un ampio margine di manovra. Le prime due sono raccolte dallo Stato, che decide anche "quanto" raccogliere.

L'IRAP è un'imposta raccolta dalle regioni, ma le regioni stesse hanno un margine di manovra molto ristretto per decidere se far pagare di più o di meno ai cittadini.

Nel definire una serie di materie di "legislazione concorrente" tra Stato e Regioni" la riforma ha inoltre contribuito a creare numerosi contenziosi tra le autonomie locali e il governo centrale. Dopo la riforma si sono risanate situazioni economiche gravi che hanno evitato la catastrofe economica di alcune regioni ma le politiche di aggiustamento dei bilanci per il comparto sanitario non hanno avuto l'attenzione necessaria.

Al recente festival dell'economia di Trento dedicato alla salute diseguale la Ministra Lorenzin ha

dichiarato che “Accanto al miglioramento del debito delle Regioni si è avuto il peggioramento del servizio sanitario con il risultato che in Italia vi sono 21 sistemi regionali con rilevanti disparità di cura.

La scelta politica per l'aggiustamento dei conti pubblici non ha riguardato solo gli sprechi e gli eccessi di spesa, ma anche il welfare, chiedendo alle regioni per il comparto sanitario di contribuire determinando in generale una diminuzione del finanziamento destinato al SSN.

Se le stime del def 2017 sono corrette non coprirà la spesa neppure per l'aumento dei prezzi. Negli ultimi anni la sanità pubblica ha ricevuto meno fondi di quelli inizialmente previsti

Ad oggi la spesa sanitaria nazionale è intorno al 6,4% anno su pil ,insufficiente rispetto alla domanda. La corte dei Conti calcola un taglio di c/a 1,1% annuo su pil; tra 2012 e 2015 siamo a meno € 30 miliardi.

Considerando la spesa sanitaria pro capite siamo sotto la media ocse ed in Europa ben 14 Paesi investono più dell'Italia in sanità.

In sostanza la politica ha scaricato una consistente quota di spesa pubblica sulle famiglie generando una sostanziale disparità.

Ad oggi il maggiore ostacolo all'equità rimangono le liste di attesa per visite specialistiche e diagnostiche. Inoltre vi è la rinuncia alle cure non prescrittibili dal SSN (es quelle dentali) o altre forme di assistenza che sono sostenibili solo attraverso la sanità privata e si stima che solo poco più del 10% della spesa sia coperto da fondi complementari integrativi di natura collettiva o individuale.

Già oggi ma in prospettiva vi è un problema che riguarda la popolazione anziana affetta da cronicità e non autosufficienza che necessita di attenzione e continuità assistenziale.

L'analisi della spesa individuale privata di non autosufficienti aumenta con l'aumentare dell'età ,nei prossimi 15 anni avrà un incremento del 79,5% rispetto ai valori attuali, un balzo che nemmeno una riqualificazione della spesa sociale e sanitaria o una consistente ripresa del finanziamento pubblico per il welfare sarebbe in grado di coprire.

Nello specifico della riforma sanitaria la legge regionale 23 del 2015 ha nel suo contenuto lo sviluppo del sistema socio sanitario lombardo sia sotto l'aspetto istituzionale che organizzativo del territorio. I primo articolo recita:

*il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.*

*I principi ispiratori* restano quelli già presenti nell'agenda politica degli anni Novanta ,ma è opportuno fare un breve riferimento all'agenda politica degli ultimi decenni.

Il periodo in cui la Regione Lombardia ha regolato in modo incisivo lo specifico settore dei servizi

sociali è stato quello degli anni '70 e '80 si è passati poi alla fase nella quale il sistema delle Asl è stato modificato nella direzione di un accentramento regolativo e della loro riduzione numerica negli anni 90'.

Il nodo critico ricorrente è sempre stato la connessione fra Comuni e Asl.

Con questa riforma si assiste a un rilevante mutamento che incide sia sulla struttura che sui processi di funzionamento. L'auspicio è che effettivamente si corregga il precedente modello della "libera scelta delle unità di offerta" con un altro che metta al centro i processi di presa in carico delle persone in situazione di bisogno curandone tutti gli aspetti in modo correlato.

Attraverso le AST la Regione Lombardia si proietta nei territori con proprie strutture amministrative, allo scopo di mettere in atto gli obiettivi definiti nei piani programmatici e gestionali della Giunta e dell'Assessorato.

Mediante le ASST, invece, determina una diversa strutturazione organizzativa delle precedenti ASL (aziende sanitarie locali).

Negli anni futuri, man mano che verrà implementata questa legge, restano ancora da definire la cultura, le forme, le modalità e i criteri di connessione con i territori e, in particolare, con i Comuni e, più in generale, i soggetti che intervengono come attori nella produzione dei servizi alla persona.

Le due delibere regionali approvate quest'anno sul " Governo della domanda "dgr 6164/01'17e il dgr 6551/05'17 sul "Riordino della rete di offerta" hanno ciascuna il proprio indirizzo

La dgr sul governo della domanda 6164/01'17, come altri atti recenti, propone cambiamenti sostanziali rispetto al tradizionale approccio sanitario.

Soprattutto, vuole spostare l'attenzione del sistema verso il governo del percorso di cura analizzato nella sua globalità. Vuole quindi uscire dalla logica più diffusa, che vuole il sistema strutturato in grandi e piccoli "contenitori" di servizi, ognuno dei quali tendenzialmente autoreferenziale e spesso poco o mal collegato.

La maggior parte delle persone e delle famiglie vive oggi l'esperienza delle malattie di lunga durata con tutte le conseguenze, molte di esse hanno da tempo applicato l'arte italiana del " fai da te", ad oggi quindi un modello che su questo fronte prescinde dall'offerta.

Sarà interessante osservare la risposta delle famiglie dei cronici a queste sollecitazioni e se i nuovi Gestori, pubblici e privati, saranno in grado di interpretare al meglio le richieste che saranno chiamati a gestire.

La presa in carico dei pazienti cronici e fragili è un passaggio cruciale della riforma Lombarda per via dell'aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza. L'ambito di cura di questi pazienti si alterna tra ospedale ,servizi territoriali e domicilio, modello spesso inconciliabile con pazienti che transitato da uno stato di salute e l'altro.

La delibera sul riordino della rete di offerta ( dgr 6551) è per lo sviluppo di un nuovo modello di

presa in carico dei pazienti cronici, che non può prescindere da una sempre maggiore integrazione tra l'area delle cure primarie e l'area specialistica.... va promosso un approccio centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza..... ovvero un'organizzazione sanitaria capace di assistere il paziente in relazione ai suoi bisogni attraverso unità territoriali di degenza post acuta a prevalenza sanitaria in grado di supportare la deospedalizzazione, la gestione di acutizzazioni a domicilio, attraverso l'attivazione di unità multidisciplinari di medicina generale e specialistica.

Tirate le somme, emerge con sufficiente chiarezza che la Lombardia, a differenza di altre regioni, ha delineato un modello totalmente aperto di cui è difficile prevedere gli assetti finali. Questo è certamente stimolante ma contemporaneamente fonte di forte preoccupazione perché ci sono in gioco considerando i primi tre livelli di cronicità circa 1.500.000 / 3.500.000 pazienti cronici in Lombardia , con le relative significative risorse.

Sorge qualche quesito fondamentale Sappiamo che il paziente cronico necessita non solo e non tanto di *presa in carico* ma di qualcuno che si "*faccia carico*", perché la cronicità non è un evento solo clinico ma esistenziale. Infatti, la domanda che porta il paziente cronico è: "*che ne sarà di me visto che non posso guarire*"? Questo implica non soltanto un intervento sanitario ma il supporto di quello che si chiama "welfare generativo", "di comunità", che esprima vicinanza e prossimità. Se oggi spesso il malato cronico è solo ad affrontare le "porte girevoli" dei servizi e dei presidi, in che modo questa nuova entità (il gestore della presa in carico) riuscirà a tenere conto di questa antropologica e fondamentale condizione del paziente cronico?

Di fronte alla portata delle scelte, del processo in atto e delle ricadute sulla popolazione, sulle famiglie ed anche sui lavoratori il sindacato sente l'urgenza di essere coinvolto ai tavoli di confronto sia livello Regionale che territoriale.

Lo scorso 03 Maggio si è stipulato un accordo regionale che prevede un gruppo di lavoro tecnico a sostegno della realizzazione del nuovo modello, si è costituita una cabina di regia tra regione e oo.ss con il compito di implementare, proporre, verificare e monitorare le scelte di competenza regionale, inoltre si è promosso il confronto sul livello territoriale

Successivamente nei territori si sono tenuti gli incontri con le ATS anche nel ns territorio ATS dell'Insubria, abbiamo realizzato un protocollo di intesa tra le parti e realizzato due incontri nei quali abbiamo evidenziato i dati relativi ai pazienti cronici che variano da un minimo di 198300 per i primi due livelli ad un massimo di 490000 se includiamo il terzo livello ovvero paziente con una monopatologia

Ad oggi nel ns territorio sappiamo che tra le candidature per la presa in carico che come prevede la norma hanno presentato entri lo scorso 31 Luglio abbiamo 37 gestori e 80 erogatori, ai MMG,annoverati tra i gestori è stata concessa una proroga per la candidatura sino al 30

settembre dato l'esiguo interesse.

Nostro compito è quello di seguire con attenzione l'attività di comunicazione e informazione sulla rete di offerta a questo proposito nei prossimi mesi a tutti i pazienti cronici giungerà una lettera da parte della Regione Lombardia per scelta del gestore, ci attrezzeremo per dare consulenza ai ns iscritti e a coloro che si recheranno nelle nostre sedi sindacali.

Inoltre attraverso il costante confronto con ATS sarà ns premura seguire l'ambito della programmazione delle attività assistenziali e promuovere una più sinergica integrazione delle attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con quelle anche sociali.