

Il welfare in “salsa lombarda”

- **La Sanità**
 - **Le fasi e il modello attuale**
 - **I nodi critici del sistema attuale**
 - **I nostri obiettivi**
- **Il Sociale**
 - **L’evoluzione del modello**
 - **Le aree**
 - **I nostri obiettivi**
- **Il rapporto con la Regione e il sistema delle autonomie locali**
- **Il “libro bianco” di Sacconi: primi appunti di lavoro**
- **Schede sinottiche allegate**

La sanità

Premessa

Il modello sanitario ideato e realizzato in Lombardia a partire dalla seconda metà degli anni '90 è giunto a compimento.

Ci sembra di poter dire che il processo di "riforma" sia ormai sostanzialmente concluso, anche se non tutte le previsioni iniziali, come vedremo, sono state attuate.

Si è trattato di un processo che ha suscitato, in particolare nella prima fase, forti contrasti, sia a livello istituzionale, sia a livello sociale, ma che ha incontrato, grazie ad una forte caratterizzazione ideologica condensata in parole d'ordine come la "*libertà di scelta*" un ampio consenso, che ha premiato elettoralmente il centro-destra.

Si è trattato sin dall'inizio di un modello peculiare, basato sulla liberalizzazione dell'offerta e sulla competizione tra pubblico e privato, in netta contrapposizione con il modello "concertativo" previsto dal decreto legislativo 229/99 (riforma Bindi) e realizzato nelle altre Regioni. Il modello lombardo si è delineato attraverso una serie di provvedimenti, succedutisi a partire dalla legge di riordino 31/97, che introduceva il principio della libertà di scelta da parte del cittadino e la parificazione pubblico-privato, per giungere ai provvedimenti di "collaborazione pubblico-privato" che dichiaravano un'esplicita scelta di privatizzazione delle strutture ospedaliere del Servizio Sanitario regionale.

1997-2002: la fase espansiva

I primi anni di implementazione del sistema hanno determinato un incremento della produzione, soprattutto in ambito ospedaliero. Sono aumentati i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali e soprattutto è esplosa la spesa, con una netta redistribuzione di risorse a favore del privato: nel 2002 i ricoveri rispetto al '96 si sono ridotti del 15% nel pubblico e sono aumentati del 60% nel privato. In pochi anni si è registrato l'accumulo di un deficit di quasi 4,5 miliardi di euro, sollevando forti preoccupazioni sulla sostenibilità economico-finanziaria del sistema. L'aumento dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, soprattutto nel privato, come peraltro era prevedibile, non è riuscito a ridurre in modo significativo i tempi di attesa (che era indicato come l'obiettivo principale della "riforma" avviata con la legge 31), poiché è dimostrato che in sanità l'aumento dell'offerta può determinare solo una temporanea riduzione delle attese, che viene però vanificata dal successivo incremento della domanda, poiché "in sanità è l'offerta che determina la domanda" (Pssr 2007/2009).

E' stata questa la "fase espansiva" del Servizio sanitario regionale (1997-2002): all'aumento dell'offerta corrispondeva un aumento delle prestazioni, non sempre necessarie ed appropriate, e della spesa, cui la giunta ha cercato di porre rimedio aumentando i ticket e le imposte a carico dei cittadini, collocandosi in una posizione di continua rivendicazione di risorse aggiuntive nei confronti del livello centrale.

Alcuni documenti dei primi anni 2000 andavano, infatti, anche oltre l'obiettivo di una privatizzazione del sistema dell'offerta, prefigurando un superamento del sistema universalistico, a favore di una pluralità di acquirenti. In questa direzione si muovevano:

- il documento Direttore sul Piano sanitario del 2000, che esprimeva una chiara opzione a favore del sistema assicurativo,
- il Programma Regionale di Sviluppo di legislatura 2000-2005, che prevedeva alcuni sviluppi significativi del modello, come la "sperimentazione di una pluralità di soggetti acquirenti delle prestazioni sanitarie" (fondi mutualistici o assicurativi).

Era questa la modalità individuata per garantire le risorse necessarie a sostenere

l'espansione dei consumi sanitari indotta dal modello competitivo; previsioni che, se attuate, avrebbero portato ad un vero e proprio cambio di sistema.

Sul piano di un'ulteriore innovazione del modello organizzativo interveniva successivamente il primo Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004, che prevedeva una modifica sia del ruolo della Regione, che avrebbe dovuto dismettere il ruolo di "holding" svolto nei confronti dei soggetti erogatori pubblici, attraverso la trasformazione delle A.O. (aziende ospedaliere) in fondazioni di partecipazione, con la possibilità di un ingresso di soggetti privati, sia di quello delle Asl, che avrebbero dovuto cedere a soggetti terzi, soprattutto privati, tutte le funzioni residue di gestione, ed in particolare l'erogazione diretta dei servizi territoriali, mantenendo solo le funzioni di programmazione, acquisto e controllo (PAC).

2002-2008: fase recessiva – nuovi controlli e regole

Dal 2002, a seguito delle scelte di responsabilizzazione finanziaria sempre più diretta delle Regioni, chiamate da accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni, nell'ambito del Patto di stabilità a contribuire alla copertura, attraverso risorse proprie, dei deficit sanitari, anche la Giunta Lombarda avviava un ripensamento del proprio sistema di accreditamento delle strutture sanitarie, introducendo meccanismi che le permettessero di governare meglio la spesa. E' stato così modificato il regime di rapporto tra SSR e strutture accreditate, introducendo la stipula dei contratti ed assumendo, senza ammetterlo, il regime previsto dal D. Lgs. 229/99, che prevede il sistema delle 3 A: Autorizzazione, Accreditamento e Accordi contrattuali.

Si apriva così una "fase recessiva", che oltre ad assegnare alle Asl un ruolo nella stipula dei contratti con gli erogatori pubblici e privati (lo status di accreditato diventa condizione necessaria ma non sufficiente per erogare prestazioni a carico del Ssn; per fare questo è necessario anche avere firmato il contratto), bloccava gli accreditamenti e fissava tetti di spesa annuali, al cui superamento scattava l'abbattimento delle tariffe. E' stato introdotto il tetto di spesa per ogni struttura che ha dato luogo ad un vero e proprio razionamento delle prestazioni, per far fronte alla disastrosa situazione di bilancio, costata ai cittadini lombardi l'aumento dell'Irpef e l'introduzione dei ticket sui farmaci, la diagnostica e il pronto soccorso.

E' utile ricordare che alcuni strumenti di governo del sistema di offerta e della spesa erano stati previsti dalla legge 31 (introdotti su richiesta delle OOSS), ma ignorati dalla Giunta nella fase attuativa, in nome della "libertà di scelta". La legge di riordino prevedeva, infatti, da parte della Regione la programmazione annuale preventiva del fabbisogno da soddisfarsi da parte delle strutture pubbliche e private e la fissazione delle risorse necessarie.

La contrattazione tra l'Azienda Sanitaria Locale, in qualità di acquirente, e l'Azienda Ospedaliera o struttura privata accreditata, in qualità di produttore di prestazione, è stata però introdotta solo come mero strumento di controllo dei costi economici, ben lontano dallo strumento contrattuale indicato dalla legge e relativo alla tipologia delle prestazioni, alla loro quantità, qualità e costi.

Inoltre, oggetto della programmazione avrebbero dovuto essere gli obiettivi di salute, da definirsi con una valutazione dei bisogni, ai quali rapportare il fabbisogno finanziario e gli investimenti necessari, ma di questi obiettivi non vi era traccia nei due Piani sociosanitari in vigore.

Questa seconda fase di carattere recessivo, avviata con il primo Piano socio sanitario regionale (2002-04) e confermata con il secondo (2007-09), attraverso il blocco degli accreditamenti, la fissazione di tetti di spesa ed il conseguente abbattimento delle tariffe ha permesso di mettere, in una certa misura, sotto controllo la spesa.

Il sistema appare ora, infatti, sotto il profilo finanziario, in equilibrio. Si deve sapere, però, che la riorganizzazione dell'offerta non è avvenuta sulla base di scelte di programmazione, orientate al soddisfacimento dei bisogni ed al raggiungimento di obiettivi di salute, ma soltanto utilizzando la manovra finanziaria, che ha penalizzato soprattutto le strutture pubbliche, determinando il ridimensionamento dell'offerta, nei presidi ospedalieri e sul territorio. Ormai l'obiettivo di "riequilibrare il sistema" era stato raggiunto: nel 2002 a fronte di una riduzione complessiva di 4.000 p.l. rispetto al '96, il pubblico ne aveva persi più di 7.200, passando da quasi l'80% a poco più del 70% dell'offerta, il privato ne aveva aumentati 3.200, passando dal 20 a quasi il 30% dell'offerta complessiva. Nell'attività specialistica ambulatoriale nello stesso periodo l'effetto redistributivo è ancora più netto: a fronte di un raddoppio dell'attività per esterni (+90%), il volume dell'attività erogata dalle strutture private è triplicato.

Al di là del rapporto pubblico-privato, gli effetti dell'attuazione del "modello lombardo" si possono misurare nell'offerta dei servizi, nella profonda trasformazione della rete ospedaliera, che riconferma la sua centralità nel sistema, nella non adeguatezza della rete di cure primarie, con l'abbandono della medicina distrettuale e l'assenza di una politica di sostegno professionale e organizzativo ai medici di medicina generale e nell'indebolimento della rete territoriale dei servizi integrati (i consultori, i servizi per le tossicodipendenze, per l'handicap, per gli anziani,...), anche a seguito della scelta di esternalizzazione e di "voucherizzazione" dei servizi socio sanitari di competenza delle Asl.

Alcune considerazioni sul "modello lombardo" oggi

Il modello che è stato realizzato è in larga misura il prodotto della legge 31 e soprattutto della miriade di provvedimenti amministrativi attraverso i quali la giunta ha "guidato" il sistema in modo sempre più centralistico, ma è anche il risultato di un'azione non sempre completamente coerente con le determinazioni e con gli scenari contenuti nei documenti e nelle delibere.

La giunta regionale ha trasformato la sanità lombarda: certamente ha centrato alcuni obiettivi strategici (ridimensionamento del pubblico, riequilibrio a favore del privato), ma ha incontrato alcuni ostacoli nel realizzarne altri.

E' indubbio che, anche per una difficoltà politica più generale (la mancanza, in quella fase, di un riferimento politico omogeneo a livello governativo), l'obiettivo di una trasformazione del sistema in senso assicurativo non ha potuto essere perseguito ed è diventato meno credibile (anche se va posto l'accento che è rilanciata dal "Libro bianco" sul welfare di Sacconi la necessità di un finanziamento "multi pilastro" anche in sanità), così come la prospettiva di una trasformazione generalizzata delle Aziende Ospedaliere in Fondazioni di partecipazione (va avanti invece un processo di privatizzazione strisciante, attraverso l'intervento di capitali privati negli ospedali pubblici, con il Project Financing).

Inoltre, a indurre la Giunta ad introdurre elementi di maggiore severità nei controlli sull'attività privata di erogazione di prestazioni specialistiche ospedaliere, ha sicuramente concorso il comportamento scorretto, quando non criminoso, di un certo privato speculativo che, come nel caso della Santa Rita, ha rischiato davvero con i suoi metodi di mettere in discussione la credibilità dell'intero "modello lombardo".

Potremmo dire quindi che questo modello si è realizzato nei suoi aspetti essenziali, ma non nella forma "ideale" in cui era stato concepito; ed è proprio grazie al fatto che vi sia stato un ripensamento e che sono state introdotte correzioni se oggi la Lombardia può presentarsi al tavolo del confronto nazionale sui costi standard, nella prospettiva del federalismo fiscale insieme con le altre Regioni "virtuose" in condizioni di equilibrio economico-finanziario.

In questo c'è il anche il segno della nostra iniziativa di contrasto di una linea che abbiamo

ritenuto pericolosa per le sorti della sanità lombarda, poiché abbiamo sempre pensato che la sostenibilità economico-finanziaria del Ssr fosse un problema di cui farsi carico, per garantirne la tenuta e lo sviluppo, sotto il profilo dell'universalità e dell'equità, nell'interesse di tutti i lombardi.

Gli altri “modelli”

In alcune regioni i problemi sono stati affrontati in maniera diversa dalla Lombardia, la rete dei servizi territoriali è stata rafforzata in Emilia, dove nei distretti vengono elaborati annualmente i piani di salute, approvati dai Comuni. E' stato costituito il dipartimento delle cure primarie, nel quale interagiscono medici di medicina generale ed operatori dei servizi. Anche in Toscana le Società della salute, formate dai comuni e dalle ASL, hanno come compito precipuo quello di ricomporre nel territorio le funzioni sanitarie e sociali, affidando loro compiti di committenza dei servizi gestiti direttamente dalle strutture pubbliche. Anche il Veneto, l'altra regione "virtuosa" presa come riferimento nel confronto sui "costi standard" ha un'esperienza diffusa di strutturazione del servizio a livello territoriale, con al centro i distretti socio-sanitari. Sarà interessante considerare, nel confronto tra queste regioni, i diversi parametri che le distinguono positivamente dalle altre regioni italiane (alcuni dati sono stati anticipati dalla stampa nei giorni scorsi) sotto il profilo dell'efficienza gestionale; in particolare ci interessa conoscere i dati relativi all'efficacia ed alla qualità del servizio e all'equità. E' indubbio che sotto questo aspetto, ed in particolare in relazione alla rete dei servizi territoriali, i punti di eccellenza non sono nella nostra Regione, che pure presenta nell'ambito della rete ospedaliera punti di qualità.

L'unico indicatore riferito alla territorialità conferma la debolezza del sistema sotto questo profilo: la quota di anziani seguiti in assistenza domiciliare integrata (Adi) in Lombardia è pari al 3,1%, un dato molto al di sotto dell'Emilia Romagna (5,4%) e del Veneto (5,6%).

Dai dati pubblicati risulta inoltre che, se si considera l'appropriatezza, il tasso di ospedalizzazione colloca la Lombardia all'ultimo posto tra le Regioni "virtuose", con un tasso di 130,5 ogni mille abitanti, inferiore a quello medio nazionale di 133,7, ma superiore a quello dell'Emilia Romagna (120), Veneto (113,7) e Toscana (103).

Infine, il dato relativo all'indice di attrazione dei pazienti (mobilità attiva) colloca la Lombardia con il 9,4% (con un contributo prevalente delle strutture private, rispetto a quelle pubbliche) dopo l'Emilia Romagna (13,4%) e la Toscana (11,2%).

Il ruolo della Cgil

In un contesto pur difficile come quello lombardo la Cgil non ha mai voluto rinunciare ad un ruolo di negoziazione, rivendicando con Cisl e Uil sedi di confronto e di concertazione.

Si è trattato, ne siamo consapevoli, di un'azione orientata soprattutto al “contenimento del danno”: lo furono l'accordo del 1996 precedente alla l.r. n. 31/97, gli accordi del 1999 e del 2004 sulle collaborazioni tra pubblico e privato, così come quello del 2003 sul voucher socio sanitario ed i diversi accordi sulle liste d'attesa e sui ticket, finalizzati ad una loro riduzione e ad un ampliamento dell'area delle esenzioni. Nonostante questa nostra “azione di contenimento”, nel 2008 la Lombardia, con un'incidenza dei ticket sui farmaci pari all'8.5% della spesa farmaceutica lorda, era seconda solo alla Sicilia (che registra l'8,9%, mentre l'incidenza media nazionale, comprensiva di una decina di Regioni che non applicano il ticket, era del 5.1%) nella compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

La Lombardia nel 2008 era seconda solo alla Sicilia per “incidenza dei ticket sui farmaci”, che era pari all'8.5% della spesa farmaceutica lorda (la media nazionale comprensiva di

Regioni che non applicano il ticket era del 5.1%)

Vi sono stati, inoltre, momenti importanti di elaborazione e di iniziativa, in relazione alla discussione dei due Piani Socio-Sanitari Regionali, ed in particolare in occasione della presentazione della Piattaforma unitaria sul welfare del 2005 frutto di un prezioso lavoro unitario di confronto, che mantiene tuttora elementi di validità e possibili campi di intervento.

Riproponiamo oggi l'esigenza di riprendere l'iniziativa nei confronti della Regione per affrontare quella che riteniamo essere la questione prioritaria: la necessità di costruire un forte polo territoriale accanto all'ospedale, che abbia nel distretto il punto centrale di organizzazione della domanda e di erogazione dei servizi, una scelta che rappresenta la premessa per una possibile ricomposizione dell'intero sistema di servizi preposto alla cura della persona.

Non si tratta di importare modelli elaborati altrove, ma di riprendere in alcuni casi un percorso che è stato interrotto, recuperando il ruolo dei distretti e dell'integrazione socio-sanitaria, per garantire nel territorio la continuità di cura.

Al di là dei nominalismi, è l'idea forte di "Casa della salute" come punto di riorganizzazione dei servizi territoriali e di riferimento per il cittadino, realmente alternativo all'ospedale, che può rappresentare il vero salto di qualità nel SSR lombardo.

Nè il ticket sulle prestazioni non urgenti di Pronto soccorso, nè disincentivi nel finanziamento di questi servizi possono garantire l'obiettivo di ridurre la pressione sugli ospedali (al massimo scaricano sul cittadino i costi della disorganizzazione); solo la realizzazione di un punto di riferimento altrettanto sicuro ed affidabile nel territorio può rappresentare una credibile risposta alternativa alla domanda di salute e nel contempo restituire l'ospedale alla sua missione di cura dell'acuzie.

I NODI CRITICI DEL SISTEMA ATTUALE

La rete ospedaliera

Nei giorni scorsi è stata resa pubblica la proposta del ministro della Salute di tagliare 27.000 p.l. (di cui circa 6.000 nella nostra regione), con l'obiettivo di passare da 3,5 a 3 p.l. per 1.000 abitanti entro il 2015, abbattendo così il tasso di ospedalizzazione, che dovrà passare da 160 a 130 ogni 1.000 abitanti.

La proposta ha suscitato una serie di reazioni, a partire dall'assessore alla Sanità e dai rappresentanti delle case di cura private: è evidente che, in una prospettiva di ridimensionamento dell'offerta privata, non è pensabile che si riducano solo i p.l. pubblici, che sono già stati penalizzati in questo decennio.

Come risulta anche da una recente ricerca del Cergas - Bocconi, negli ultimi anni è aumentata in Lombardia l'incidenza della ospedalità privata accreditata: i ricoveri sono passati dal 26% dei ricoveri totali nel 2001 al 30% nel 2006 e la quota corrispondente di mercato dal 32% al 36%. Nel frattempo (1998-2005) i ricoveri nel privato a livello nazionale sono passati dal 10% al 15% del totale.

Vi sono inoltre altri elementi, evidenziati dalla ricerca, da considerare. In particolare il carattere peculiare del privato lombardo: in un confronto tra regioni risulta trattarsi di un privato concorrente e non complementare del pubblico. Tutto ciò per diverse ragioni: le strutture private lombarde hanno una dimensione più elevata della media nazionale, sono coinvolte nella rete di emergenza urgenza e soprattutto, prevalendo l'attività per acuti (in 64 strutture su 92) più che di riabilitazione, si pongono in concorrenza diretta con gli ospedali pubblici.

Anche da questo, risulta evidente che non è pensabile che il pubblico si riduca ulteriormente. Come abbiamo affermato in recenti documenti unitari ed in particolare in occasione della discussione di provvedimenti sulle “collaborazioni pubblico-privato”, sarebbe per noi inaccettabile modificare ulteriormente l’equilibrio pubblico-privato nella nostra regione.

Le proposte del ministero sono condensate nello slogan “meno ospedali, più territorio”, un obiettivo che condividiamo, che deve essere sostenuto però da scelte più nette in termini di programmazione e investimenti, per creare effettivamente nel territorio una rete assistenziale qualificata, capace di rispondere in tempi certi alla domanda di salute, a partire dalle persone più fragili.

Va in questa direzione il recente riparto, concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, di risorse vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, tra cui vi sono il potenziamento delle cure primarie, garantendo l’assistenza 24 ore al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto Soccorso ed interventi per la non autosufficienza, le cure palliative, ecc... Le assegnazioni per la Lombardia sono pari a 255 milioni di euro, una cifra che può rappresentare una buona base di partenza per lo spostamento dell’asse dall’ospedale al territorio.

La territorialità

Dal quadro sopra brevemente descritto, si evince la necessità di continuare ad operare affinché si affianchi alla rete delle aziende ospedaliere –pubbliche o private che siano- un sistema di medicina territoriale e una rete di servizi in grado di garantire prevenzione, cura, riabilitazione.

Questo è necessario se teniamo conto della tendenza all’invecchiamento della popolazione: se l’Italia si colloca già oggi, nel contesto europeo, come il paese con più popolazione anziana (25% del totale pari nel 2005 a più di 11 milioni di persone con più di 65 anni di età) con un incremento nei prossimi trent’anni soprattutto della fascia d’età 75/79 anni, è evidente che il tema della spesa sanitaria e della sua appropriatezza è tema centrale, a maggior ragione in un contesto di scarsità di risorse.

Infatti già oggi si calcola che la spesa sanitaria è dedicata per il 65% alle persone anziane, percentuale che sale al 70% se si prende a riferimento la spesa farmaceutica.

La necessità di riequilibrare il sistema a favore del territorio e dell’intervento domiciliare è dettata quindi dalle trasformazioni epidemiologiche del Paese, che vedono un aumento delle malattie cronico degenerative; si tratta di patologie che richiedono una presa in carico, caratterizzata dalla compresenza di competenze professionali multiple – sanitarie, ma anche sociali – e soprattutto continuativa, in cui svolgono un ruolo centrale le strutture intermedie e la rete delle cure primarie.

Vi sono però anche esigenze di carattere più generale, che attengono alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema, alla possibilità di garantire adeguati livelli di assistenza nel futuro.

Sull’utilità di investire nei servizi territoriali è intervenuta anche una ricerca svolta dal Cergas-Bocconi per il laboratorio Fiaso (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) su “Un modello per il governo del territorio delle aziende sanitarie”, con la partecipazione di 13 Asl rappresentative dei diversi modelli di intervento territoriale presenti nelle regioni (per la Lombardia l’Asl di Cremona).

La prima fase della ricerca ha restituito un quadro molto diversificato della realtà, offrendo alcune valutazioni utili per la nostra riflessione.

Dalla ricerca emergono infatti alcune valutazioni interessanti:

- a) una relazione positiva tra aumento della spesa territoriale e riduzione del tasso di ospedalizzazione. A bassi livelli di spesa territoriale corrisponde un tasso di ricovero tendenzialmente più elevato ed un numero maggiore di dimissioni inappropriate (teoria dei vasi comunicanti): viceversa ad uno spostamento di risorse verso il territorio corrispondono una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione ed un minor aumento della spesa sanitaria complessiva.
- b) Ad un aumento della presenza di Mmg che lavorano in gruppo corrisponde una diminuzione di dimissioni ospedaliere ad alto rischio di inappropriatezza: vi è quindi una relazione positiva tra associazionismo medico (lavoro di gruppo) e aumento dell'appropriatezza dei ricoveri.
- c) Ad un aumento della spesa per le strutture intermedie corrisponde una riduzione del tasso di ospedalizzazione e delle dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza.

Le risorse e il rapporto pubblico-privato

La Regione Lombardia sembra invece porre l'accento, negli ultimi provvedimenti adottati, sul sistema delle regole e dei controlli della spesa, forse anche in ragione del dibattito aperto nel Paese relativamente ai costi standard, che puntano prevalentemente ad un controllo e ad un contenimento della spesa.

Con l'avvio del federalismo fiscale previsto dalla legge delega recentemente approvata, il riparto delle risorse si baserà sui costi standard, che dovrebbero essere strettamente collegati con il fabbisogno standard per "l'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni". Il nuovo metodo, sostitutivo della spesa storica avrebbe lo scopo dichiarato di riequilibrare e contenere i costi, coperti da tributi regionali, compartecipazioni e trasferimenti perequativi.

Dalla definizione dei costi standard dipenderanno le sorti dei diritti sociali; in particolare sarà necessario comprendere il rapporto che si vorrà instaurare tra i costi standard ed il fabbisogno, al fine di distribuire correttamente le risorse perequative tra le Regioni. Vi è quindi l'esigenza di rilevare correttamente il fabbisogno, tenendo conto di diversi indicatori territoriali e sociali, ma soprattutto delle condizioni di salute e delle dotazioni strutturali, per rappresentare le esigenze socio-sanitarie reali delle diverse realtà regionali. Per questo sarà necessario determinare prima il fabbisogno standard sanitario e sociale, equivalente al soddisfacimento dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali (Lea e Liveas e Liveas), quindi il costo standard da finanziare e rendere disponibile alle diverse realtà regionali, in coerenza con il fabbisogno individuato.

Al di là delle affermazioni e dei meriti rivendicati dalla Regione Lombardia (vedi proposta Dpefr 2009-12) il percorso di definizione del fabbisogno e dei costi standard non è che all'inizio e non sarà sicuramente facile, poiché si scontrano visioni contrastanti, tra chi li considera uno strumento di razionalizzazione della spesa, finalizzato però alla realizzazione dei Lea su tutto il territorio nazionale e chi li ritiene invece un passaggio per garantire livelli minimi, da integrarsi eventualmente, laddove vi sono le condizioni economico finanziarie, con altre forme di finanziamento integrativo di carattere mutualistico-assicurativo (vedi Libro Bianco), proseguendo nella logica del sottofinanziamento. L'attuazione della legge delega sul federalismo fiscale richiederà tempi non brevi, poiché numerosi sono i decreti legislativi la cui definizione è stata delegata al governo nazionale.

Nel frattempo il finanziamento del Ssn proseguirà utilizzando i criteri finora applicati, che per la sanità non si basano più da tempo sulla spesa storica, ma piuttosto sulla quota capitaria corretta in relazione ad una serie di indicatori demografici ed epidemiologici territoriali (frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione).

Le risorse disponibili per il Ssr lombardo per il 2009 sono così finalizzate:

livello essenziale di assistenza	Risorse disponibili (milioni di €)	Incidenza programmata
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di lavoro e di vita	856	5,5%
Assistenza distrettuale	7.941	Almeno 51.0%
Assistenza ospedaliera	6.773	Fino al 43,5%
Totale	15.570	
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	480	
Totale complessivo	16.050	

E' da rilevare che tale ripartizione, data dal Patto per la Salute definito dalla Conferenza Stato-Regioni, che vede una contrazione delle risorse per ricoveri (-600 milioni per il 2009) a favore dell'attività ambulatoriale, è determinata però dalla riduzione dei giorni di degenza medi, a favore di attività post-degenza di carattere specialistico-ambulatoriale.

Un pacchetto di provvedimenti recenti ha riguardato, come ricordavamo, anche la questione del rapporto con le strutture private, dell'accreditamento e dei controlli.

La vicenda del Santa Rita, più di altre che hanno visto l'intervento della magistratura per comportamenti illeciti che hanno coinvolto cliniche private, ha rappresentato, secondo noi, un campanello di allarme per la giunta regionale; non ci sembra, però, che almeno finora abbia rappresentato un punto di svolta significativo nelle scelte di politica sanitaria.

In occasione di quella vicenda era stato concordato ed inviato alla giunta regionale un documento unitario, contenente alcune valutazioni rispetto alle finalità del servizio sanitario, al comportamento degli operatori ed alle scelte dei responsabili istituzionali.

Erano stati individuati i limiti del modello nella mancanza di programmazione e sottolineato come l'assenza di un quadro condiviso di obiettivi da perseguire attraverso il sistema di servizi avesse "favorito il prevalere del criterio dell'offerta di prestazioni sulla domanda e sulla appropriatezza ed utilità e, dunque, il formarsi di prassi e modalità speculative in particolare nell'area del privato accreditato".

Il documento sollecitava anche una riflessione critica sul sistema di finanziamento del servizio sanitario attraverso i DRG, cioè le tariffe predefinite per le singole prestazioni o interventi sanitari, ponendo l'esigenza di "adattamenti che ne riducano l'utilizzo speculativo e gli imbrogli operati per aumentare gli incassi della struttura", di una verifica sull'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture e della possibilità di sperimentare modalità di finanziamento diverse dai Drg (a budget) in alcune strutture pubbliche e private accreditate.

Il documento concludeva affermando "un sistema è sano non solo perché i suoi conti sono in ordine, ma perché il sistema dei pesi e contrappesi, in particolare dei "controlli" sull'agire degli attori del sistema, funziona e costituisce elemento deterrente di comportamenti perseguibili penalmente. Tale non è il sistema dei controlli in vigore nel sistema sanitario lombardo, sia perché interviene a valle dell'atto sanitario, sia perché è prevalentemente di natura amministrativa. Se il raffronto con le altre Regioni fa dire alla Giunta che in Lombardia i controlli si fanno, non è certo grazie a questi che si sono evidenziati i fatti della Clinica Santa Rita che, pure, per la progressione stupefacente ed oggi rivelata di ricoveri, di prestazioni, di morti, di rimborsi doveva far nascere nell'amministrazione

deputata ai controlli ben più di un sospetto”.

Ci sembra che questi interrogativi mantengano la loro attualità, così come le proposte sui controlli lì contenute, che riguardavano “l'utilità di un affidamento di tale compito ad un'autorità terza, sulla base di esperienze positive già in atto in altri paesi”, la necessità di aumentare il dimensionamento numerico e le competenze professionali del pool oggi incaricato dei controlli e di superare “l'inadeguatezza di un sistema che verifica, sulla base delle cartelle cliniche, quindi dopo il ricovero, la congruità delle prestazioni sanitarie e dei DRG e ciò ai soli fini amministrativi”. Infine, la proposta che i controlli fossero rivolti più nei confronti delle strutture private con scopo di lucro “in quanto i fatti della cronaca di questi giorni e l'allargamento delle indagini giudiziarie ad altre strutture private, indicano che vi è la preoccupazione che nell'area privata altre situazioni simili a quelle della Santa Rita siano possibili.”

Preoccupazioni e suggerimenti tuttora validi, che abbiamo riproposto nelle ultime settimane, nel confronto sulle nuove norme sull'accreditamento ed i controlli.

A questo proposito, pur avendo valutato con attenzione le nuove norme, avevamo nuovamente avanzato la richiesta, non accolta, che i controlli non fossero direttamente proporzionali alla composizione pubblico-privato, ma che ci fosse un'intensificazione dei controlli sul sistema privato, più legato a ragioni di profitto e risultato economico da raggiungere, rispetto al pubblico, con l'obiettivo di maggiori garanzie di appropriatezza delle cure alla cittadinanza.

Sempre negli ultimi provvedimenti adottati dalla Giunta è da notare l'accento posto al tema della riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso: pur rimandandola a tempi futuri ed assumendo esclusivamente un taglio di risorse dedicate, si nota una volontà di “mettere mano” al tema, accompagnato però dal taglio della sperimentazione effettuata dalla ASL di Milano che aveva aperto in alcuni punti della città punti ambulatoriali aperti in orari non coperti dai medici di base (orari serali e giorni festivi o prefestivi).

E' da notare, a questo proposito, che il taglio di risorse (riduzione tariffaria del 25%) destinato alle attività di Pronto Soccorso rischia di penalizzare soprattutto il pubblico: infatti la struttura di PS è presente nel 95% delle AO e nel 100% degli ospedali classificati, mentre lo è nel 70% nelle strutture private, ed in particolare solo il 64% delle case di cura private partecipa al sistema di emergenza-urgenza (si veda a questo proposito l'allegato 3).

L'assistenza primaria

E' però evidente che il tema della riorganizzazione del Pronto Soccorso si deve necessariamente accompagnare ad un ridisegno della medicina di base e del ruolo dei medici di famiglia: solo sostenendo un'offerta di servizi territoriali adeguati e con orari compatibili con le esigenze delle persone, è possibile immaginare un depotenziamento del ricorso ai servizi d'emergenza ospedaliera.

A questo proposito riteniamo che l'accoglimento da parte del Tar della Lombardia del ricorso della Cgil Medici contro la Regione, che aveva stabilito un rapporto “1 medico di base ogni 1.300 assistiti” contro quanto fissato dalla legge nazionale pari a “1 medico ogni 1.000 assistiti” sia un risultato importante.

Ora le ASL, oltre a rideterminare il numero di medici necessari a garantire il corretto rapporto, dovranno immettere nuovi medici nella rete di cure primarie (+669 a livello regionale), potenziare la domiciliarità, realizzare una presa in carico effettiva dei malati

cronici e sviluppare l'attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Siamo inoltre convinti che il ruolo del Mmg possa essere potenziato da nuove modalità associative di organizzazione del lavoro ed in particolare –come dimostrato anche da recenti ricerche del Cergas- dal lavoro di gruppo.

Resta irrisolto un nodo, che in Lombardia rende più problematica la realizzazione del sistema territoriale: la definizione del rapporto tra Mmg e distretto, la collocazione della medicina di base nell'ambito della rete dei servizi distrettuali. Sono problemi ai quali non viene data risposta.

Le risorse destinate dal Fondo Sanitario Regionale alle attività distrettuali ammontano a circa 8 milioni di euro per l'anno in corso.

Apparentemente sembra che vi sia uno spostamento di risorse verso le attività distrettuali: in realtà la quasi totalità delle risorse destinate all'attività specialistica è assegnata alle AO, in quanto erogate dalle stesse.

Se mediamente la spesa per "attività specialistica ambulatoriale" pesa sul totale per circa il 12%, assistiamo, pur in assenza di dati ufficiali dell'assessorato, ad una quota superiore in Regione Lombardia, stimabile intorno al 14-15%. Spesa in continuo aumento soprattutto negli ultimi due anni (2007-2008).

Accanto a ciò la modifica introdotta nel sistema lombardo, che ha trasformato le ASL in PAC con un ruolo esclusivo di programmazione e controllo della spesa, seppur con tempi più lunghi di quanto inizialmente preventivato, condurrà nel breve-medio periodo alla esternalizzazione di quei servizi ancora oggi "facenti capo" alle ASL, che hanno tutti un ruolo di prevenzione e territorialità (a questo proposito si veda la scheda sui consultori allegata, significativa anche perché trattasi di servizio che la Regione Lombardia ha più volte sostenuto di voler esternalizzare).

Un nodo critico della territorialità è data altresì dalla mancanza di intreccio tra area sanitaria e area sociale e, conseguentemente, dal difficile rapporto tra programmazione sanitaria e bisogni sociali del territorio. Se precedentemente il ruolo dell'assemblea dei Sindaci poteva rappresentare un anello di congiunzione tra le due aree, oggi questa forma viene decisamente meno, rappresentando le ASL sul territorio un altro ruolo, molto meno programmatico di servizi e funzioni dirette.

Anche in ragione di ciò, recentemente e in occasione del Documento di Programmazione Finanziaria ed Economica Regionale, abbiamo chiesto di valorizzare il ruolo degli Enti Locali non solo in termini consultivi. La dimensione verticale della relazione tra Direttori Generali e Regione va arricchita di un'attenzione e un contributo orizzontale, territoriale, nella definizione delle scelte anche delle politiche socio-sanitarie territoriali.

La prevenzione

Per il 2009 la Regione prevede di spendere 856 milioni di euro (il 5,5%) delle risorse per gli interventi di prevenzione, di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Pensiamo che in Lombardia sia necessario un rilancio delle politiche di prevenzione primaria e secondaria, specie nei confronti delle patologie prevenibili di natura infettiva, neoplastica e cronico degenerativa di rilevanza sociale, oltre che per la prevenzione dei danni da incidenti domestici, da traffico o da lavoro, garantendo risorse ed operatori, in attuazione del Piano nazionale, che prevede interventi nei diversi ambiti (rischio cardiovascolare, diabete, obesità, screening oncologici, incidenti sul lavoro,...).

È inoltre indispensabile sviluppare capillarmente i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, per la salute dell'età evolutiva, per prevenire il decadimento psicofisico degli anziani; potenziare l'igiene e la sanità pubblica per le attività di vigilanza e controllo di competenza in materia di prevenzione e profilassi delle malattie diffuse, di igiene degli alimenti e della nutrizione, di vigilanza sull'esercizio delle attività sanitarie; sviluppare l'educazione sanitaria, soprattutto a livello distrettuale e consultoriale, per le patologie di rilevanza sociale prevenibili e per la riduzione del danno.

Infine, una valutazione sul ruolo che diversi fattori, oltre al sistema sanitario hanno nel modificare in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una valutazione quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sullo stato di salute ed il benessere delle persone e quindi sulla loro longevità. Secondo queste stime i fattori socio-economici e gli stili di vita incidono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e i servizi sanitari per il 10-15%. Se si considerano i cosiddetti "determinanti di salute" risulta quindi che l'organizzazione dell'attività sanitaria incide solo per il 10-15% sulla salute della popolazione, tutto il resto dipende da altri fattori, dagli stili di vita, alle condizioni ambientali, alle condizioni di vita e di lavoro.

Una valutazione che ci riguarda da vicino: è dimostrato che la condizione socioeconomica costituisce un importante determinante dello stato di salute. Tendenzialmente le persone meno abbienti, meno istruite o che esercitano un lavoro più umile hanno uno stato di salute peggiore. La riduzione delle disuguaglianze sociali è di per sé un fattore di riduzione delle disuguaglianze in termini di salute.

Queste riflessioni devono portarci a considerare come "determinanti di salute" in positivo o in negativo le politiche nei diversi settori, a partire ovviamente dalla questione dell'inquinamento ambientale (aria/acque), della difesa del lavoro e della conquista di migliori condizioni di vita e di lavoro proprio in termini di prevenzione della salute dell'intera collettività lombarda.

I NOSTRI OBIETTIVI

Riteniamo necessario, dopo aver fatto l'analisi dello stato della sanità nella nostra Regione, definire alcuni obiettivi che dovranno trovare, nell'ambito del confronto unitario e poi con l'assessorato, una loro definizione.

- a) Valorizzazione del ruolo delle ASL e dei distretti socio-sanitari nella nostra regione
- b) Ruolo delle amministrazioni locali nella gestione della sanità sul territorio
- c) La costruzione di una rete di servizi integrata che, partendo dalla non dismissione degli attuali servizi facenti capo alle ASL, risponda ai bisogni socio-sanitari della popolazione, con particolare attenzione alle dimissioni protette, alla rete territoriale, al ruolo integrato dei medici di base
- d) La pubblicizzazione delle liste di attesa (non più rese note dal 2002) per programmare una loro riduzione
- e) Una verifica puntuale del sistema "dote per i cronici": la recente introduzione per alcune patologie va attentamente verificata e vanno resi noti i risultati, affinché la sperimentazione non si traduca esclusivamente in una riduzione dei costi
- f) Tavolo di confronto preventivo con le OO.SS. relativamente alla promozione del nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2012.

Valorizzazione del ruolo delle ASL e dei distretti

L'analisi che precede questa ultima parte evidenzia come il nodo più problematico della sanità in Lombardia sia riconducibile ad una mancata diffusione sul territorio dei distretti, determinata dal modello lombardo che ha fondato nella struttura ospedaliera la sua eccellenza.

Riteniamo utile riproporre la necessità di una revisione della struttura, forti del bisogno inevaso di servizi integrati socio-sanitari nel territorio, del mantenimento e relativo potenziamento –in termini di risorse umane ed economiche- dei servizi ancora oggi assegnati alle ASL nel territorio, fermando la logica della dismissione e/o esternalizzazione dei servizi.

Riteniamo necessario affermare che la sanità lombarda deve offrire risposte adeguate ai tanti segmenti di popolazione che hanno bisogno di risposte particolari: dal diritto alla salute negli istituti penitenziari, dalle persone affette da patologie psichiche alle tossicodipendenze. In particolare per alcuni di questi è necessario uno stretto collegamento tra il bisogno di salute e la risposta che il servizio sociale può dare, di una integrazione sul territorio oggi resa molto difficile a causa della netta separazione tra la cura (quasi sempre assegnata alla struttura dell'ospedale) e il bisogno di re-inserimento o di risposte ai bisogni plurimi che la loro condizione determina.

In questa stessa direzione riteniamo indispensabile riprendere il tema del ruolo della medicina di base: pur apprezzando, come già detto, il risultato raggiunto della FP e dalla CGIL Medici relativo al numero di medici in rapporto alla popolazione (ripristino del rapporto 1/1000), riteniamo non più rinviabile il tema di una riorganizzazione del ruolo e del sistema di funzionamento, anche in diretto collegamento con il tema del servizio di emergenza-urgenza degli ospedali. Per fare questo è necessario un ruolo forte dell'assessorato, oltre che la costruzione di una consapevolezza diffusa che la salute non passa solo attraverso la cura delle acuzie.

E' altrettanto evidente che, seppur siano apprezzabili le campagne di screening sulla popolazione per alcuni tipi di patologia (tumore al colon, mammografia,), che però garantiscono al massimo la diagnosi precoce, va affermato il ruolo della prevenzione della malattia, accompagnato da stili di vita consapevoli ed adeguati. La spesa oggi disponibile per la prevenzione riteniamo debba essere significativamente incrementata, dotando i distretti di capacità di lettura dei bisogni del territorio e della popolazione che lì vi abita, affinché si possano fornire risposte adeguate.

Ruolo delle amministrazioni locali

Nella direzione di potenziare il ruolo dei distretti socio-sanitari e di migliorare il collegamento tra l'area dei servizi sanitari e l'area dei servizi sociali, che fanno capo alle autonomie locali, riteniamo indispensabile rafforzare il ruolo di coordinamento tra l'ASL e l'assemblea dei sindaci del territorio, forti anche del ruolo riconosciuto dai cittadini all'autorità cittadina.

Se il sistema oggi presenta una diretta relazione tra direttori generali delle AO e delle ASL con la Regione nella definizione delle scelte e degli orientamenti, riteniamo che, proprio in

ragione della miglior qualità della sanità sul territorio, questa relazione debba essere arricchita da una integrazione con il sistema delle autonomie locali, dando ruolo e possibilità di programmazione e gestione decentrata.

Così come proposto alla discussione del documento di programmazione regionale, è necessario, anche attraverso accordi locali, sperimentare forme di maggior coordinamento e partecipazione alle scelte: se i Piani di Zona sono stati un primo momento di confronto sulle materie di carattere sociale, è necessario partire da quell'esperienza per provare a costruire le condizioni di una risposta diffusa di partecipazione e di ruolo, che investa entrambe le aree.

Per fare questo riteniamo anche necessario costruire una relazione forte con l'ANCI e l'UPI, che spesso è stata assente su questi temi, magari scambiando un rapporto preferenziale con la Regione su altri temi e delegando a quest'ultima la gestione della sanità in Lombardia.

Rete di servizi integrata

L'Asl deve diventare il soggetto responsabile della programmazione a livello territoriale, per la definizione dei Piani di salute, con la partecipazione dei Comuni e delle forze sociali.

Le Asl devono poter svolgere un ruolo di responsabilità complessiva nella programmazione degli interventi, che deve basarsi sull'analisi dei bisogni di salute della popolazione, nella gestione e nel controllo dell'attività sanitaria e socio sanitaria nel territorio e deve vedere un'attiva partecipazione dei comuni nella formulazione dei programmi e nella valutazione dei servizi resi.

La presentazione da parte delle Asl ai Comuni del documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari" ha rappresentato un passo in avanti nel rapporto tra Asl e Comuni, ma non la riteniamo sufficiente a dare il giusto riconoscimento al ruolo dei Comuni nelle politiche sanitarie e socio sanitarie nel loro territorio.

Partiamo dal rivendicare che nessuna dismissione di servizi attuali debba essere operata dalle ASL o definita dall'Assessorato alla Sanità. Questo ci pare necessario in ragione della non condivisione della trasformazione delle ASL in PAC e ritenendo che solo con un ruolo di programmazione ma anche di gestione dei servizi, si possa costruire un rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari sul territorio.

Riteniamo che la costruzione dei distretti socio-sanitari debba vedere le ASL impegnate nella loro realizzazione, mantenendo e rafforzando il ruolo pubblico, a partire dalla lettura dei bisogni dei diversi territori e con il coinvolgimento pieno dei medici di famiglia.

Questa necessità risulta ancor più rafforzata se pensiamo anche al continuo e progressivo invecchiamento della popolazione: se i giorni di ricovero ospedaliero tendenzialmente sono in diminuzione, è però evidente la necessità di una rete, non solo sociale ma anche sanitaria, di protezione delle dismissioni, che risponda ad un bisogno di cura e sostegno, che non può essere lasciato solo alla famiglia

Accesso e pubblicizzazione delle liste d'attesa

La questione dell'accesso e del rispetto dei tempi entro i quali poter fruire di una prestazione è un nodo cruciale del sistema ed uno dei motivi di maggiore insoddisfazione da parte dei cittadini, poiché li costringe a ricorrere a prestazioni private o in libera professione.

Dal 2002 la Regione Lombardia non aggiorna la pubblicazione dei dati relativi alle liste d'attesa. E' stata più volte richiamata la necessità di andare verso una riduzione dei tempi di attesa, tenendo conto che il tema ha un forte impatto sociale sulla cittadinanza. Una delle ultime delibere dell'assessorato fa riferimento all'abolizione delle liste di attesa (o almeno della sua comparazione al privato) sugli screening rivolti ad una parte della popolazione. Il centro unico di prenotazione, che aveva tra gli scopi quello di offrire una maggior possibilità di scelta tra le varie strutture ma anche di rendere più accessibile e rapido il servizio, non ha ridotto la necessità, in ragione di un accertamento diagnostico urgente, di doversi rivolgere alla struttura privata accollandosi l'intero costo.

Per questo riteniamo che il primo passo sia la trasparenza e la pubblicizzazione dei tempi di attesa medi, per le diverse tipologie diagnostiche, al fine di monitorare la situazione e di individuare soluzioni possibili.

Rimane infatti obiettivo prioritario quello di garantire il servizio pubblico e/o convenzionato con tempi certi e confacenti ad una sanità di eccellenza in questa regione.

La riduzione delle liste di attesa va perseguita controllando e qualificando l'offerta delle prestazioni, verificandone appropriatezza e efficacia; ciò potrebbe anche consentire un risparmio di attività diagnostiche e terapie, teso ad eliminare quelle meno appropriate.

Il medico di medicina generale può svolgere una funzione di garanzia nell'individuazione dei percorsi di cura del cittadino.

Va anche operato un controllo della libera professione, da programmare previa adeguata effettuazione delle attività istituzionali, nello spirito della legge 229/99 e nella prospettiva di una reale attuazione del principio dell'esclusività del rapporto di lavoro.

Il sistema "dote"

Una recente delibera dell'assessorato ha introdotto il sistema della dote anche in sanità: è stata annunciata come una sperimentazione a tempo, da effettuarsi su alcune patologie di ammalati cronici (diabete, ipertensione, terapia anti-coagulante), assegnata al medico di famiglia, con lo scopo di garantire il sistema di controlli preventivi e necessari al contenimento della cronicità.

Non è però chiaro, nella medesima deliberazione, cosa succede qualora la dote rivolta al singolo paziente si esaurisca prima del tempo: ciò lascia il dubbio che il sistema introdotto, abbia anche come obiettivo quello del razionamento delle prestazioni. Se così fosse è evidente che saremmo di fronte ad un taglio economico e non all'esigenza di tutelare la salute del singolo e di prevenire il peggioramento dello stato di cronicità.

Trattandosi di sperimentazione riteniamo necessaria la pubblicizzazione dei risultati della sperimentazione, i dati positivi e/o negativi che dovessero emergere nel corso della sperimentazione medesima, e il non inserimento di ulteriori patologie fino a quando non risulti evidente che il sistema funziona e soprattutto determina un miglioramento dello stato di cronicità dei pazienti coinvolti.

Nuovo Piano Socio-Sanitario 2010/2012

A fine anno scade il piano socio-sanitario della Regione Lombardia e, conseguentemente, si apre il problema della ridefinizione degli obiettivi "strategici" per il prossimo triennio; i tempi per permettere l'approvazione e l'entrata in vigore del nuovo piano nei tempi stabiliti sono quindi molto ristretti, considerando che nella prima metà del prossimo anno finirà l'VIII legislatura. Per questo pensiamo che più probabilmente questo impegno sarà rinviato alla prossima giunta.

Riteniamo comunque che le organizzazioni sindacali debbano richiedere la presentazione della proposta, rivendicando un tavolo di confronto per:

- produrre risultati condivisi sui punti sopra brevemente elencati;
- per riposizionare la sanità lombarda, fatta salva la qualità finora raggiunto dal sistema lombardo e in particolare della struttura ospedaliera, anche nel territorio e nell'integrazione socio-sanitaria
- potenziare il sistema di regole

Riteniamo altresì che la ridefinizione del Piano Socio-Sanitario possa essere anche un'occasione in cui ripristinare, adeguandola, la necessità di un confronto preventivo con i soggetti che hanno una loro rappresentanza sociale. Se finora, in ragione delle regole di partenariato stabilite da qualche anno, si è ritenuto non necessario avere un tavolo di confronto tra le parti sociali, riteniamo di dover sottoporre questo tema, con tutta la forza che sarà necessaria, affinché vengano ascoltate e possibilmente accolte le istanze e le richieste che saremo in grado di produrre.

Il sociale

Premessa

Il modello lombardo attuato nel sistema sanitario regionale ha permeato anche lo sviluppo del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Le scelte regionali sono andate con determinazione nella direzione di un arretramento del ruolo pubblico di gestione dei servizi. Le ASL per la parte socio-sanitaria, e i Comuni per la parte sociale, sono diventati progressivamente soggetti acquirenti di prestazioni in un sistema di *semi mercato*, di *welfare society*, in cui deve essere promossa la capacità auto-organizzativa della società di rispondere ai bisogni, ponendo in concorrenza soggetti pubblici e privati.

Tale forma di mercato, che si autoregola ed auto-seleziona dal lato dell'offerta, prevede, dal lato della domanda, l'assunto che i titoli sociali devono sostenere la capacità di scelta di persone e famiglie nel trovare liberamente e autonomamente nel mercato la risposta più adeguata ai propri bisogni.

Nella direzione della creazione di un welfare così configurato, la *governance* che la Regione Lombardia esprime attraverso i propri atti è quella di un governo fortemente centralizzato, consolidato dalla strutturazione di competenze interne che svolgono attività di supporto e di filtro decisivi per il perseguimento di linee di indirizzo uniformi e coerenti, verso una gestione nettamente separata tra sanitario, socio-sanitario e sociale.

I limiti di questa separazione, drammaticamente per alcune fasce di popolazione, si stanno evidenziando in questo periodo di crisi e di riduzione di risorse in cui si richiedono interventi coordinati e integrati per una loro effettiva efficacia per la tenuta del tessuto sociale.

La separazione tra settori, unitamente all'assenza di una programmazione che consenta una lettura dei bisogni, all'indicazione di coerenti obiettivi da realizzare, all'assenza di strumenti di lettura di impatto sui bisogni, rendono più complessa la possibilità di intervento.

L'evoluzione del modello

La Regione Lombardia avvia il tema del cambiamento del sistema di welfare sociale solo a partire dal 2001. Sino ad allora la Regione, a governo di centro destra, si era impegnata soprattutto nella riforma e nella forgiatura del sistema sanitario regionale, ed è solo nel 2008 che la Regione procede all'attuazione della L. 328/2000 e della riforma costituzionale del titolo V., con l'adozione della l.r. 3/2008.

Nel Programma regionale di sviluppo 2001-2005 viene esplicitata la necessità che, anche nel campo dei servizi alla persona e socio-sanitario, venga avviata una separazione tra chi deve assumere il ruolo di acquisto di prestazioni - Asl e Comuni - e chi li fornisce - erogatori di prestazioni pubblici e privati - , per incentivare la concorrenza che sola può garantire il miglioramento della qualità e una maggiore efficacia ed efficienza dei diversi interventi.

Si opta quindi per la scelta di sperimentare un *bonus* per anziani non autosufficienti per sostenere le attività di cura; scelta che andava nella direzione non già di creazione e rafforzamento di servizi ripensati secondo le nuove necessità di interventi complessi, che le modifiche demografiche e sociali della popolazione evidenziavano, bensì nella direzione

di contenimento della spesa e di trasferimento nel privato di funzioni pubbliche.
Con il Dpefr 2002-2004 viene esplicitata la volontà del passaggio dal *Welfare State* alla *Welfare society* che presuppone l'idea lombarda di sussidiarietà orizzontale.

Si opera cioè uno spostamento delle funzioni delle istituzioni pubbliche, che sono di garanzia dei diritti sociali di rimozione di condizioni economiche e sociali svantaggiate, che impediscono nei fatti il godimento dei diritti, a funzioni pubbliche delegate ad erogatori pubblici o privati a seguito della scelta delle famiglie e delle persone, del dove e come trovare soddisfacimento ai propri bisogni.

ASL e Comuni attraverso il sistema di autorizzazione al funzionamento (ora DIA "denuncia di avvio di attività"), accreditamento e contratto definiscono la rete di unità di offerta.

Se da un lato gli accreditamenti possono costituire standard uniformi di servizi e prestazioni, tuttavia il sistema e i ruoli attribuiti ai soggetti pubblici di programmatori, acquirenti e controllori, rende sempre più difficile da parte dei Comuni la gestione diretta dei servizi.

D'altro canto il calo costante delle risorse sia nazionali (dimezzamento in pochi anni del FNPS e il venir meno del gettito ICI) che regionali (diminuzione costante del Fondo sociale regionale) sostiene contrattazioni economicamente più vantaggiose che hanno ricadute pesanti sulla qualità dei servizi e nel contempo sulle garanzie contrattuali dei lavoratori e delle lavoratrici.

In realtà i veri regolatori del mercato diventano i vincoli economici e di risorse: sono questi vincoli che condizionano l'avvio di unità di offerta, che rispondono alle logiche di mercato della redditività economica con conseguenze che vanno dalla disomogeneità territoriale al rischio di veder scoperti settori di intervento strategici poco redditizi, per i quali assai spesso si ricorre alla propizia progettualità del volontariato, che garantisce innovatività e flessibilità ma non continuità, se non supportata adeguatamente.

Vengono sempre più a mancare nei documenti di programmazione regionale

- strumenti di analisi del contesto lombardo che consentano anche a livello locale l'individuazione e la lettura dei bisogni
- una vera funzione di programmazione in campo sociale non solo in funzione ripartiva, ma anche preventiva e promozionale

La Regione affida a circolari e delibere di giunta lo sviluppo del proprio modello sociale e, nonostante il risultato non positivo della sperimentazione del bonus per gli anziani (utilizzato in realtà per lo più come reddito aggiuntivo per sostenere i costi di *caregivers* privati), la Regione continua a perseguire la via della voucherizzazione imponendo l'estensione dei titoli sociali, quali obiettivo prioritario e vincolante nei Piani di Zona per il settore sociale.

Nella Circolare 6/2004 dopo aver illustrato le criticità dell'introduzione dei titoli sociali nei P.d.z., si legge che *"partendo dalla valorizzazione e dal sostegno della capacità della comunità (singolo, famiglia, reti di vicinato, ecc.) di "prendersi cura" della fragilità dei propri membri attraverso l'utilizzo del buono sociale, ciascun sistema locale, sulla base delle esigenze, degli assetti organizzativi e delle risorse di cui dispone, può sviluppare soluzioni di "quasi mercato regolato" attraverso lo strumento rappresentato dal voucher"*.

In campo socio-sanitario Cgil Cisl e Uil, Sindacati dei pensionati e di categoria erano riusciti, attraverso una piattaforma unitaria, ad ottenere nel 2003 un Accordo con l'Assessorato regionale della famiglia e della solidarietà sociale affinché il voucher socio-sanitario non venisse considerato l'unico intervento a sostegno della fragilità, realizzandosi

uno spostamento sul voucher di prestazioni contenute nei LEA.

Si voleva inoltre impedire una generalizzazione incontrollata del voucher a tutto il sistema di ADI (assistenza domiciliare integrata), garantendone, nel contempo, il mantenimento di una quota in gestione pubblica.

La storia dell'accordo è sintomatica degli spostamenti e riposizionamenti delle funzioni pubbliche attraverso l'introduzione dei voucher ed i riflessi immediati sia sul sistema dell'offerta (spostamento all'esterno verso il privato) nonché per i riflessi immediati sull'occupazione di lavoratori e lavoratrici.

In campo socio-sanitario la Regione nel frattempo si era garantita il controllo e la gestione delle risorse attraverso i dipartimenti ASSI delle Asl, definendo una separazione netta con il sistema delle unità di offerta sociali.

Sintomatica è anche l'intera vicenda della trasformazione delle IPAB in ASP: la Regione tentò di centralizzarne la gestione con nomina da parte della Giunta del presidente e del direttore, con conseguente controllo regionale della gestione delle risorse. Ciò comportò la scelta delle IPAB di trasformazione nella maggior parte dei casi in Fondazioni di diritto privato, per garantire un controllo da parte dei Comuni anche sui patrimoni delle ex IPAB. Tra le conseguenze del processo di privatizzazione e delle scelte di riorganizzazione interna delle ex IPAB si è evidenziato anche il problema, tuttora aperto, della compresenza nella stessa struttura di differenti condizioni contrattuali di lavoratori e lavoratrici.

La legge regionale 3/2008

La l.r 3/2008, così come proposta dalla Regione, avrebbe dovuto costituire la cornice organizzativa del sistema ed è stato solo grazie agli interventi serrati di OO.SS., terzo settore e soggetti organizzati della società civile, che la legge è stata profondamente modificata.

Le legge opera, sia dal punto di vista funzionale che amministrativo, la separazione delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie individuate dalla Regione (in realtà dall'organo esecutivo della Regione, la Giunta) affidandone poi l'integrazione della programmazione sul territorio ai Comuni tramite i Piani di Zona.

In forma singola o associata i Comuni, d'intesa con le ASL, e in collaborazione con gli altri soggetti predispongono i piani, tenuto conto che:

- La Regione ha un ruolo nella ripartizione delle risorse alla rete delle 15 ASL che devono interagire istituzionalmente con i Comuni:
 - o accreditamento socio-sanitario della vigilanza e del controllo;
 - o definizione del piano socio-sanitario;
 - o fissazione dei livelli delle prestazioni socio-sanitarie e dei requisiti minimi dell'offerta sociale;
 - o determinazione dei criteri per le tariffe e le linee guida per l'accesso;
 - o tipologie dei titoli socio-sanitari;
 - o linee di indirizzo per la formazione;
 - o istituzione di osservatori;
 - o sistema informativo
- Le Province concorrono alla programmazione e realizzazione dei piani; sostengono gli investimenti; hanno competenza in materia di formazione e per la tenuta dei registri del volontariato
- I Comuni elaborano ed approvano i P.d.z. tramite l'Assemblea distrettuale e procedono all'accredito delle unità di offerta sociali individuate dalla Regione

- Le ASL svolgono funzione di ripartizione dei fondi; funzioni di vigilanza e di controllo sia sull'offerta sociale che socio-sanitaria, per la quale operano l'acquisto di servizi; svolgono attività di assistenza agli invalidi civili.
- Si promuovono forme di collaborazione tra pubblico e privato e viene istituito il tavolo del terzo settore

Nella fase attuale la Regione sta procedendo all'adozione delle delibere di attuazione della l.r. 3/2008 da cui emergono alcuni nodi critici in relazione soprattutto al forte centralismo che permea i rapporti istituzionali e con i soggetti che dovrebbero contribuire alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete di unità di offerta sociali e socio-sanitarie tra cui le OO.SS. Vogliamo qui ricordare che al tavolo regionale le organizzazioni sindacali sono state accorpate al tavolo degli EE.LL., e questo determina una problematicità non risolta, tenuto conto dei ruoli e delle rappresentanze assolutamente distinti tra tali soggetti.

Le OO.SS., e con forza anche il terzo settore, hanno criticato fortemente la determinazione per la DIA (Dichiarazione di Inizio Attività, che sostituisce l'autorizzazione al funzionamento) accreditamento e contratto delle Unità di offerta sociale in cui viene profilata una possibile presa in carico del cittadino/a da parte dell'unità di offerta e una forma di contrattazione diretta unità di offerta- privato cittadino che configura una sostanziale delega di funzione pubblica.

Gli ultimi accreditamenti a carico del Fondo sanitario per strutture socio-sanitarie (centri diurni disabili, centri diurni anziani) e le modalità di passaggio dall'autorizzazione all'accREDITAMENTO dei posti letto nelle RSA (ampliamenti pubblicizzati dalla Regione), prospettano una massiccia privatizzazione del comparto socio-sanitario. Tutto ciò, però, in assenza di una definizione del sistema di controllo: infatti si rimanda a successiva delibera l'adozione di nuove regole per gli accreditamenti e i contratti. Questo processo, peraltro, non è accompagnato da una revisione della ripartizione della copertura finanziaria tra sociale e sanitario, con evidenti ripercussioni per gli utenti

I piani di zona

Per quanto le Regioni, nel quadro delle riforme istituzionali avviate con la L. 328/00 e con la riforma del titolo V della Costituzione, conservino il ruolo di programmazione e di indirizzo, la piena titolarità delle competenze fa capo ai Comuni, per gli interventi in campo sociale, attraverso la programmazione dei Piani di zona, attingendo alle risorse non solo nazionali e regionali ma anche e soprattutto proprie (70-80 % secondo una ricerca Cergas-Bocconi).

Emergono anche livelli di spesa pro-capite molto differenziati da Comune a Comune, anche nell'ambito della stessa provincia: si passa per esempio dai 135,45 euro di spesa sociale pro-capite di Mantova città ai 39,74 di Borgoforte.

Sono state evidenziate anche differenze di spesa tra distretti: dai 168 euro di Monza di spesa pro-capite agli 81 della Valtrompia (Cergas-Bocconi, 2007).

Il quadro quindi dell'effettivo stato del sistema sociale non può fermarsi al solo livello regionale di programmazione e di indirizzo, ma dovrebbe ricomprendere il panorama delle realtà locali. Panorama in verità non uniforme, ma differenziato e spesso più ricco di quanto possa evincersi dai documenti e dalle delibere regionali.

Le diverse fasi di costruzione dei piani vede una partecipazione attiva delle Camere del Lavoro Territoriali e dello SPI, partecipazione, in alcuni casi, formalizzata utilizzando lo strumento dell' intesa.

L'avvio della progettazione territoriale è stato complesso e poco accompagnato dalla Regione: a volte sono prevalsi interessi municipali, difficoltà dei Comuni di mettersi insieme, a condividere progettazione e servizi.

Per la terza triennalità, 2009-2011, la Regione ha diramato linee guida per la programmazione; tuttavia i vincoli di programmazione posti dalla Regione non sono stati preceduti né da una valutazione di impatto sui risultati della precedente programmazione né vengono dati ai Comuni strumenti di valutazione dei propri territori e delle criticità.

La rendicontazione richiesta ai Comuni è di tipo esclusivamente contabile ed economico, mentre continua a mancare una messa in rete delle progettualità espresse, dei progetti innovativi sperimentati.

Le ASL conservano un ruolo centrale di validatori dei piani, di conformità con le direttive regionali e di soggetto istituzionale di confronto con i Comuni, a scapito di una sussidiarietà verticale, con differenziazione di funzioni, che in Lombardia diventa verticistica e centralizzata sulla Regione.

La Regione persegue nell'obiettivo del consolidamento dei titoli sociali e della forma di gestione associata dei servizi da parte dei Comuni con dismissione della gestione diretta o in convenzionamento dei servizi.

Tale prospettiva, in un contesto in cui si avverte l'assenza dei LIVEAS, rischia di minare alla radice la funzione pubblica essenziale di garanzia di diritti e della loro esigibilità in termini universalistici ed equi.

Le indicazioni per l'integrazione sociale e socio-sanitario si concentrano nella funzione del segretariato sociale con un'ambiguità di fondo sulla differenza con le funzioni del segretariato professionale.

Le aree

La gestione del consenso, la "mistica" della famiglia e la sussidiarietà

Nelle linee guida per i P.d.z. e negli ultimi PDEFR molto spazio è lasciato al sistema famiglia come soggetto e destinatario principale delle politiche regionali.

In realtà l'attenzione appare più enfaticizzata che reale e nasconde il trasferimento in capo alle famiglie di funzioni di cura molteplici .

La realtà delle famiglie lombarde è di una progressiva e profonda fragilità e di impoverimento, non solo di risorse economiche: aumento delle famiglie con un solo componente, aumento della popolazione anziana e soprattutto donne anziane sole con reddito basso, diminuzione dei matrimoni ed aumento di separazioni e divorzi, basso tasso di natalità, alta incidenza di nuovi nati stranieri, diminuzione di convivenze di anziani con i figli, aumento delle famiglie di cittadini stranieri, impoverimento generale delle famiglie e rischio di povertà o povertà conclamata delle famiglie numerose.

Il quadro che emerge dalle indagini statistiche regionali ¹e nazionali ²contrasta

¹ In particolare il Rapporto statistico per la Regione Lombardia www.rin.lombardia.it , bollettino marzo 2009

² ISTAT su povertà dei minori in Italia www.istat.it/società/

decisamente con l'idea di un mercato/rete di unità di offerta in cui persone e famiglie si muovono liberamente e sono sempre capaci di comprendere i propri bisogni e di rielaborarli come domanda attiva e consapevole, tanto più in periodo di crisi economica.

Si evidenzia invece

- il rischio di un accesso non universalistico ma selettivo alla rete delle unità di offerta in base alle capacità differenziate che famiglie e persone esprimono alle risorse di informazione, di conoscenza dell'offerta e di autonomia personale
- la volontà di una riallocazione sulle famiglie delle funzioni di cura, a minori, disabili e persone non autosufficienti, sempre più onerose in termini di risorse economiche ed umane.

La scelta della Regione, più che in indicazioni concrete e strutturate sostenute con finanziamenti stabili a favore delle famiglie, va nella direzione di finanziamenti annuali attraverso i bandi sulla l.r.23, i cui interlocutori sono i singoli o le associazioni, e in trasferimenti monetari non strutturali (buono famiglia, doti, voucher, premi).

Tra i criteri di valutazione per l'attribuzione del punteggio per i bandi della l.r. 23 vi è il carattere di innovatività, per cui necessariamente anche il grande impegno progettuale che può essere messo in campo o trova, l'anno successivo, il sostegno degli EE.LL., o riesce ad entrare nella programmazione dei p.d.z o, se ciò non avviene, il servizio sparisce nel nulla e ciò non garantisce il consolidamento di buone prassi e di professionalità.

L'applicazione dell'IRS anziché dell'ISEE o l'esclusione discriminatoria dal buono famiglia di alcune categorie di cittadini stranieri residenti ne evidenziano l'utilizzo strumentale e di ricerca di consenso: le famiglie non sono tutte uguali e politiche indifferenziate finiscono per aumentare le disuguaglianze anziché rafforzare la coesione sociale.

Per quanto riguarda il profilo dell'equità degli interventi, la Regione aveva espresso in passato la volontà di rivedere l'ISEE, iniziativa dalla CGIL contrastata. Ad oggi la definizione dell'ISEE da parte dei Comuni è disomogenea, anche se la Regione sembra aver abbandonato la volontà di riformare in chiave regionale lo strumento di misurazione del reddito, salvo applicare modelli differenziati a secondo delle delibere (vedi il caso del bonus-famiglia 2009 dove lo stato patrimoniale della famiglia non è inserito).

Nonostante le dichiarazioni dell'Assessore Boscagli che pone "la famiglia al centro" del suo assessorato e delle scelte conseguenti, notiamo che le risorse messe a disposizione provengono per la loro totalità dagli interventi di attuazione dei Fondi Famiglia e Non Autosufficienza definiti del Governo Prodi con stanziamenti previsti dalla finanziaria 2007, a cui la Regione, per accedervi, partecipa con un co-finanziamento che risulta anche poco significativo nelle quantità.

A questo proposito si veda la nota sulle risorse allegate e le deliberazioni in materia di:

- * sostegno alle famiglie numerose
- * costruzione di nuovi servizi per l'infanzia e sostegno delle spese di cura
- * rafforzamento della rete dei consultori
- * riqualificazione del lavoro delle assistenti familiari
- * sostegno alla domiciliarità dei non autosufficienti.

La non-autosufficienza

Il tema della non-autosufficienza, che riguarda per buona parte gli anziani (circa l'85% della popolazione di riferimento) e vede anche la presenza di persone con patologie o handicap gravi, è oggi uno dei nodi centrali della ridefinizione del nuovo welfare.

Se, come già detto, la speranza di vita in Italia è tra le più alte al mondo (78,3 per gli uomini e 84 per le donne) e la presenza di persone anziane sul totale della popolazione pone il nostro paese in un rapporto tra anziani (over 65 anni) e giovani (under 15) pari a 141 su 100, è evidente che questo trend, destinato ad incrementarsi ulteriormente, pone il tema di come garantire un tenore di vita e un livello di servizi adeguato alle persone prima di tutto, con una rete di sostegno alle famiglie che si debbono far carico del problema.

Da qui nasce la necessità di affiancare, ai tradizionali servizi costruiti nel tempo, una rete di servizi integrata, utile per rispondere ai diversi bisogni che le persone anziane e le loro famiglie richiedono.

In questo senso l'offerta di posti in RSA nella nostra regione, che evidenzia un significativo numero di strutture (circa 600) e posti-letto (e recentemente in aumento con la nuova delibera regionale per un numero di posti pari a 2.500 entro l'anno 2010), con un tasso di ricoverati superiore a quello nazionale (2,67% contro il 2% a livello nazionale), non è in ogni caso in grado di rispondere al bisogno strutturale della popolazione.

La Lombardia aveva fissato al 3,5% il fabbisogno di ricoveri in struttura, e possiamo quindi sostenere che l'obiettivo è ancora distante da raggiungere.

Nella nostra Regione si evidenzia poi che, a seconda della rete di offerta di strutture nei diversi territori, corrisponde una diversa domanda, affiancato dal "nodo dei costi", decisamente variabile anche sul territorio lombardo.

A questo proposito il tema delle rette, della sostenibilità dei costi, della suddivisione dei costi (parte "sanitaria" a carico del sistema e parte "sociale" a carico dei Comuni e della famiglia), della sostenibilità della spesa da parte dei familiari (su cui è aperto da qualche anno un contenzioso legale) sono tutti temi che dovranno trovare risposte adeguate, anche a partire dalle richieste contenute nella piattaforma sindacale.

La risposta al bisogno di assistenza e cura alle persone anziane è stata data in buona parte attraverso il ricorso ad assistenti familiari: per lo più donne straniere, più o meno regolari, che, in un sistema di debolezza generale del servizio pubblico, ha provato a risolvere in privato il problema, anche in ragione di un cambiamento nella rete familiare. Le stime più recenti parlano di un rapporto di 7 assistenti familiari ogni 100 anziani over 65 anni, di circa 130.000 persone concentrate nella nostra regione (stima IRS).

Il vantaggio di questa scelta è dato dal mantenere la persona anziana nel contesto familiare-domiciliare, anche se a volte l'aggravarsi dello stato di salute della persona anziana non trova risposta adeguata, lo svantaggio è dato dal "carico economico" che tale scelta presuppone, e che non sempre la famiglia è in grado di sostenere.

Per contro il tasso di assistenza domiciliare (ADI) nella nostra Regione, pari al 3,1% (media italiana 2,9%, 5,4% e 5,6% rispettivamente in Emilia Romagna e Veneto), dimostra ancora una volta che la struttura sanitaria della nostra regione ha una focalizzazione sulle strutture ospedaliere e risponde poco ai bisogni diffusi sul territorio.

Per fare ciò è stata rivendicata, sia a livello nazionale che locale (Regioni e sistema delle autonomie locali) la costituzione di un "fondo per la non-autosufficienza" stabile nel tempo e ri-finanziato costantemente. Il sindacato pensionati, a livello unitario, ha posto

all'attenzione della Regione una piattaforma, senza però ottenere ancora oggi una adeguata risposta.

In particolare riteniamo necessario che siano garantiti:

- la strutturalità del fondo, cui concorrano le risorse messe a disposizione dai diversi soggetti istituzionali (governo centrale, regione e governi locali), che, a partire dalla lettura dei bisogni, sappia rispondere alle esigenze di cura, integrazione, socialità, stati di disagio della popolazione anziana;
- un sistema di domiciliarità integrato, che a partire dalla "presa in carico" della persona anziana, sia in grado di orientare servizi e di rispondere ai bisogni, che possono mutare nel tempo (dimissioni e necessità di riabilitazione, domiciliarità assistenziale o socio-sanitaria, ecc);
- un sistema di RSA che, oltre alla garanzia di qualità del servizio assistenziale e sanitario, sia in grado di rispondere alle richieste, comprese le attività di "sollevio" per alcune patologie gravi.

Per questo rimane obiettivo prioritario di tutto il sindacato lombardo, e non solo del sindacato pensionati, rivendicare l'apertura del tavolo di confronto e la definizione, a tempi brevi e certi, di un accordo tra le parti accompagnato da scelte, orientamenti e risorse adeguate per rispondere al bisogno delle persone non autosufficienti della nostra regione.

I Servizi educativi 0/6

La stagione di avvio e di applicazione in Lombardia della L. 285/97 "Promozioni dei diritti per l'infanzia e l'adolescenza" ha contribuito allo sviluppo di una diversa cultura dell'infanzia e dell'adolescenza nei territori, oltre che ha contribuito a far decollare un diverso rapporto di collaborazione e progettualità tra Istituzioni diverse (per es. tra i Comuni, tra i Comuni e le Province, tra istituzioni e associazionismo sociale, tra istituzioni e terzo settore).

Non per nulla la L. 285/97 è stata considerato il terreno di prova per l'avvio della stessa L. 328/00. Le idee guida di costruzione della comunità educante e di città e luoghi a misura di bambini/e, ha portato allo sviluppo e sperimentazione di progetti innovativi volti non solo al sostegno del bisogno di minori provenienti da famiglie in situazione di fragilità (non solo in termini di servizi sociali), ma di sperimentazione di luoghi educativi e di socializzazione per minori di famiglie sempre più sottili. Solo in parte la ricchezza dell'esperienza si rispecchia nella l.r. 34/2004 che ripropone una divisione per settori di intervento (per unità di offerta sociali e sociosanitari).

Le sperimentazioni ed i progetti innovativi avrebbero dovuto trasmigrare in modo stabile nelle politiche territoriali e ad un modo di pensare ai servizi per l'infanzia non in termini né di sola spesa né di solo supporto alle famiglie e alla 'occupabilità femminile', ma di investimento.

Il modo di porre la questione dell'implementazione dei servizi per l'infanzia nella fascia 0/6 sembra invece tradursi nelle politiche della Regione, senza indirizzi adeguati di programmazione, alla necessità da un lato di dismissione del pubblico e ridimensionamento della spesa, dall'altro come sostegno all'occupazione femminile.

Per quanto la mancata redistribuzione di ruoli nelle famiglie renda indispensabili i servizi e gli strumenti di conciliazione -come esplicitato dagli obiettivi di Lisbona 2010-, la retorica della famiglia, il ritrasferimento nella famiglia del lavoro di cura non solo di minori ma anche di anziani e di non autosufficienti temporanei o permanenti, gli attacchi alla libertà di

autodeterminazione femminile della Regione non vanno certo nella direzione di contrasto agli stereotipi che stanno alla base dell'esclusione delle donne dal mondo del lavoro e della situazione di dumping.

Lo sviluppo di nidi differenziati per tipologia e gestione ed il trasferimento monetario per servizi di cura non può vedere lo scadimento dei servizi educativi in servizi solo custodiali, così come l'integrazione pubblico-privato deve conservare una valorizzazione del ruolo pubblico di progettazione, coordinamento e formazione continua. Tali condizioni sono prioritarie proprio se si pensa che il settore dei servizi vede una preponderanza massiccia di lavoratrici.

Parlare di servizi per l'infanzia non può inoltre non prevedere un ripensamento serio della loro regolamentazione e delle condizioni per l'accesso, posto che il lavoro di ricerca dell'Osservatorio regionale restituisce un quadro della popolazione dei minori il cui tasso di presenza è mantenuto costante e garantito per il prossimo futuro dalla presenza di minori stranieri.

La psichiatria

Nel maggio del 1978 veniva approvata la legge 180.

Una riforma storica, condivisa dall'OMS e dall'Unione Europea, che ha liberato migliaia di persone da una condizione di negazione dei più elementari diritti, ridando libertà e dignità a persone in condizioni di detenzione.

Il mutato quadro politico in questi ultimi anni sta pesantemente mettendo in discussione l'impianto della legge. In Parlamento sono stati presentati tre disegni di legge da parte del PDL per modificare o abrogare la "legge Basaglia".

L'enfatizzazione attraverso i media e la strumentalizzazione di alcuni gravi episodi compiuti da soggetti affetti da gravi psicosi, hanno dato nuovo vigore a questo tema.

Nelle linee di riferimento di modifica, si esprime la volontà di un ritorno alle vecchie forme di contenimento, con uno snellimento delle procedure per il TSO, e la reintroduzione del concetto di pericolosità sociale. Argomento balzato alla cronaca al Comune di Milano che voleva, con il tavolo "prevenzione pericolosità sociale", introdurre la schedatura dei sofferenti psichici. Progetto bloccato, ma che ha trovato, in una forma più mascherata, spazio all'interno del piano di zona del Comune di Milano.

I dati della nostra Regione sulle persone in trattamento psichiatrico, evidenziano un trend di crescita dal 1999 al 2006 da 107.000 persone a 145.000 (pari al 36%). Ogni anno i nuovi casi sono tra il 17 e il 24% del totale.

I Centri Psico Sociali si confermano le strutture di accesso ai servizi psichiatrici: dai 98.000 casi trattati nel 1999, si è passati agli oltre 135.000 del 2006. Nei Centri Diurni il numero dei pazienti trattati è, nello stesso periodo, aumentato del 61%.

A fronte di questa situazione la Regione, nel Piano di Gestione del SSR per il 2009, afferma che *"la dotazione di organico nei CPS e negli SPDC, a partire dagli anni 80, non ha subito modificazioni sostanziali"*, mentre *"le risorse umane sono aumentate nel settore un quarto del totale"*.

In realtà nei Servizi territoriali siamo in presenza di gravi carenze di personale con carichi di lavoro che limitano la possibilità di intervento, mentre nei servizi psichiatrici delle strutture ospedaliere non si provvede al turn over degli operatori che vanno in pensione. L'impossibilità di avere risposte adeguate nella rete dei servizi e l'isolamento in cui spesso

si trova la famiglia con sofferenza psichica, hanno fortemente incrementato i ricoveri nelle strutture residenziali. Assistiamo, infatti, ad un aumento significativo delle giornate di degenza nelle strutture residenziali psichiatriche (+ 164% dal 1999 al 2006) dove molti soggetti privati sono stati accreditati.

Con la Regione in questi anni non è mai stato aperto un tavolo di confronto con le OOSS sul tema della psichiatria.

La CGIL Lombardia, in accordo con la "Campagna per la salute mentale" (associazione che vede la presenza anche della CGIL di Milano e della Brianza e riunisce oltre 100 associazioni di familiari di persone con disagio psichico e associazioni di operatori della psichiatria), ha definito lo scorso anno una piattaforma rivendicativa in cinque punti raccogliendo, a sostegno, 35.000 firme in tutta la regione.

La piattaforma tra l'altro rivendica:

- Aumento delle risorse a tutela della salute mentale portandole a un livello non inferiore al 5% della spesa sanitaria regionale così come previsto dal Progetto Obiettivo Nazionale per la Tutela della Salute Mentale.
- Risorse certe rivolte alla neuropsichiatria infantile da vincolare a un'effettiva attuazione del Piano regionale della neuropsichiatria infantile (almeno il 2% del Fondo sanitario regionale)
- Servizi e politiche per l'integrazione territoriale riducendo gli effetti dannosi di una prolungata istituzionalizzazione, combattendo culturalmente la discriminazione e lo stigma, creando un sistema di opportunità sociali, attraverso le dimensioni dell'abitare, del lavoro, dello svago, delle relazioni sociali.

La pressione esercitata, anche con iniziative di mobilitazione davanti al Pirellone ha consentito, per la prima volta, l'avvio di un confronto che ha portato alla stesura di un documento sulle attività territoriali sulla salute mentale.

Nel mese di marzo 2009, per la prima volta siamo riusciti a mettere intorno allo stesso tavolo gli assessori alla sanità e alla famiglia focalizzando la loro attenzione sui contenuti della piattaforma. Grazie soprattutto alle politiche di alleanze con il mondo dell'associazionismo siamo quindi riusciti ad aprire un'interlocuzione con la Regione che dovrebbe portare, prima dell'estate, alla convocazione degli stati generali sulla salute mentale nella nostra regione.

Le tossicodipendenze

La condizione attuale dei Sert, nonostante la professionalità e l'impegno degli operatori, rende problematica la risposta ai bisogni che gli utenti manifestano.

La progressiva erosione delle risorse, sia finanziarie che di personale, collocano i servizi per le tossicodipendenze in ruoli sempre più marginali.

A livello nazionale i dati delle *relazioni annuali al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia dal 2002 al 2007* registrano la chiusura di numerosi Ser.T contro un consistente aumento degli utenti.

Il blocco delle assunzioni e del turn over degli operatori è uno dei fattori che ne ha determinato la crisi.

Sempre più si assiste al ricorso a personale assunto con forme atipiche, che rende problematico investire in percorsi di formazione e non assicura la continuità e la professionalità necessaria nell'erogazione del servizio.

Il costante aumento degli utenti in carico ai Ser.T ci segnala non solo consumo di eroina, ma anche un consumo generalizzato di cocaina, il cui uso sembra rientrare in un percorso

di pseudo normalità.

Si stima che in Italia circa un milione e mezzo di persone abbia fatto uso di cocaina nell'ultimo anno.

In Lombardia dal 2000 al 2007 si è passati da 81 Ser.T a 71, gli operatori da 1020 sono scesi a 930, il numero degli utenti è salito da 21.913 a 26.118.

Certamente questi dati mostrano un sistema in difficoltà per il costante ridimensionamento delle risorse, anche se in ogni caso ha garantito qualità negli interventi: si cerca di mantenere la persona in trattamento nel suo contesto sociale, affettivo e di lavoro, individuando il ricorso alle Comunità come una delle opportunità, ma non l'unica.

Sul versante del target, va sottolineato che il continuo mutare dell'uso delle sostanze cambia il profilo dell'utente e la tipologia della presa in carico; questo imporrebbe un aumento delle risorse, contrariamente al trend in atto, e renderebbe necessario un maggior impegno sulle professionalità da mettere in campo

La Regione anche nel campo delle politiche per le dipendenze non si discosta da quelli che sono i principi ispiratori del suo modello di welfare: in questi anni abbiamo assistito ad uno spostamento di risorse dal pubblico al privato.

Sulla base del principio caro alla politica della libera scelta, il ruolo pubblico della presa in carico dell'utente è stato esteso anche ai nuovi Servizi Multidisciplinari Integrati accreditati, che certificano lo stato di dipendenza e avviano al recupero.

La diretta conseguenza di queste politiche, negli auspici della Regione, avrebbe dovuto essere quella della nascita di SerT privati: ad oggi però se ne contano solo tre.

Alla fine del 2007, la scelta della Giunta Regionale di aumentare le risorse alle Comunità e di portare a 3 anni la possibilità di permanenza indica chiaramente, da un lato la volontà di operare a vantaggio di soggetti privati e dall'altra di perseguire politiche di contenimento e di controllo sociale. Su questa base la Regione ha costituito nei mesi scorsi un Osservatorio Regionale sulle dipendenze con una presenza significativa del Terzo Settore, ma con l'esclusione delle OO.SS. Questo fatto è stato da noi ritenuto grave, oltre che per l'impegno nella definizione dei Piani di Zona, anche perché le stesse hanno un ruolo nella contrattazione aziendale dove, sulla base dell'accordo Stato-Regioni, si sta provvedendo agli accertamenti su assunzioni di sostanze da parte di lavoratori e lavoratrici che svolgono particolari mansioni.

La legge sull'accertamento sulle dipendenze nei luoghi di lavoro

Il tema è delicato e mostra diversi aspetti discutibili:

- l'equiparazione delle sostanze;
- il rispetto delle categorie professionali: ci viene infatti segnalato che in molti casi agli accertamenti vengono sottoposti tutti i lavoratori e le lavoratrici di un'azienda, prescindendo da incarichi e mansioni;
- viene poco evidenziato che tra gli adempimenti dei datori di lavoro c'è l'indicazione di sensibilizzazione e informazione su stili di vita e salvaguardia della salute in un'attiva opera di prevenzione.

Occorre la massima vigilanza affinché gli accertamenti non confliggano con il D.lgs 81/08, ed in particolare con l'art. 41, ove si sottolinea che gli accertamenti sono propedeutici all'affidamento della mansione.

In questa fase si rende quanto mai necessario un percorso sinergico tra chi opera sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, le categorie e i dipartimenti di politiche sociali delle Camere del lavoro costantemente in contatto con la rete dei Servizi presenti sul territorio.

Il collocamento mirato

Nel 2003 con la costituzione della Consulta regionale per la gestione del fondo per l'inserimento lavorativo dei disabili si era provveduto a stanziare l'80% delle risorse a disposizione alle Province e il 20% alla Regione Lombardia per progetti di reinserimento di carattere regionale.

Già in quella occasione la Regione aveva manifestato chiaramente l'intenzione di destinare la gran parte delle risorse alle cooperative sociali di tipo B: intenzione che all'interno del Comitato era stata, in quel momento, bloccata.

Con la legge regionale 22/2006 e 19/2007 la Regione ha provveduto a definire un nuovo sistema di politiche per la formazione e il lavoro: in particolare l'introduzione della dote lavoro e della dote formazione il collocamento obbligatorio delle persone disabili ha subito una rivoluzione copernicana.

Dalla centralità dell'offerta si è passati alla centralità della domanda e l'attività di programmazione è passata dalla logica della promozione dell'offerta a quello di sostegno alla domanda attraverso lo strumento della "dote" con una enfattizzazione della libertà di scelta.

Nel nostro giudizio critico nei confronti dello strumento adottato dalla Regione in particolare abbiamo evidenziato:

- Le ricadute sul sistema di formazione professionale per l'impossibilità di una programmazione dei corsi sulla base di una lettura dei bisogni delle imprese, dovendo aspettare le domande dell'utenza.
- La scarsità delle risorse: già nella fase di sperimentazione della "dote" molte persone sono state escluse
- La centralità delle cooperative di tipo B come risposta centrale all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e come risposta esclusiva al disagio psichico.
- L'impossibilità per tutti i soggetti interessati ad accedere al sistema informativo sull'uso della "dote".

Su questo tema è necessario non solo continuare a monitorare la situazione, ma anche muovere le associazioni, le famiglie e le rappresentanze sociali affinché sia garantito il diritto al lavoro, a maggior ragione in una situazione di crisi come quella attuale.

I NOSTRI OBIETTIVI

I temi prioritari del confronto con l'assessorato, anche partendo dalla situazione sopra descritta, riguardano:

a) l'integrazione delle politiche sociali con quelle socio-sanitarie e sanitarie. Parlare di territorialità della sanità comporta infatti una visione complessiva che comprenda gli strumenti di conoscenza del proprio territorio, di prevenzione dei comportamenti a rischio legati anche alle fragilità sociali, oltre che di un uso appropriato delle risorse e della loro ripartizione;

b) punti unici di accesso quali strumenti di accessibilità ed universalità della rete dei servizi;

c) confronto sul ruolo delle ASL quale nodo critico anche di configurazione della sussidiarietà verticale e del rapporto tra EE.LL. e Regione;

- d) una maggior trasparenza e messa in rete dei risultati dei Piani di Zona e dell'impatto dei titoli sociali in particolare;
- e) il ruolo d'unità di offerta socio-sanitaria nella presa in carico e relativo sistema dei controlli;
- f) l'accordo sulla non autosufficienza e la definizione di un fondo strutturale, a garanzia delle persone anziane, e che potenzi e migliori la rete dei servizi territoriali e delle RSA;
- g) l'affermazione del ruolo di regia del pubblico nello sviluppo dei servizi per la fascia 0/6, sia nella programmazione sovra comunale che nella valutazione qualitativa dei risultati;
- e) prosecuzione del confronto in tema di disagio psichico che produca, accanto agli stati generali sulla salute mentale, risorse e strutture adeguate nella risposta;
- f) una verifica dello stato del "collocamento mirato", con lo scopo di monitorare e sostenere l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

Il rapporto con la Regione e il sistema delle autonomie locali.

Riteniamo che il ruolo della CGIL, e del sindacato, nelle politiche sanitarie e sociali dovrebbe comportare un confronto con la Regione non meramente formale di consultazione, ma di partecipazione attiva nella programmazione regionale e nella realizzazione della programmazione stessa, riconoscendo per questa via il ruolo di rappresentanza sociale, così come un confronto ed un ruolo riconosciuto ai tavoli di contrattazione territoriale.

Quello che accade sul *piano formale*, invece, è altro:

- vi è un ambito formale e formalizzato di confronto, a volte preventivo a volte consultivo, sulle scelte e conseguenti delibere che la Regione definisce,
- i temi su cui attuare la consultazione sono sempre scelti dalla Regione, sulla base delle priorità “sociali o politiche” da loro definite,
- ai tavoli formali sono invitati più soggetti, con rappresentanze diverse (è che il caso dei tavoli dell’assessorato alla Famiglia, dove il sindacato si siede allo stesso tavolo di consultazione con i rappresentanti delle autonomie locali –comuni e province-).

Se poi osserviamo quello che accade sul *piano sostanziale* la situazione peggiora ulteriormente:

- la Regione non riconosce il ruolo di rappresentanza sociale degli interessi, confondendo in un generico partenariato la consultazione dei tanti soggetti coinvolti
- il sindacato è spesso chiamato a rispondere, chiedendogli poi di condividere le scelte, in situazione di emergenza: è stato così in occasione degli scandali della sanità privata convenzionata. Ma mai è chiamato ad un tavolo di trattativa per individuare le priorità, le scelte e le politiche necessarie, proprio in ragione della rappresentanza sociale riconosciuta
- le politiche di inclusione sociale e di risposta ai bisogni sociali diffusi non sono oggetto di confronto, ma derivate quasi esclusivamente in un rapporto diretto tra governanti e cittadini, magari con la “mediazione” sociale di interessi particolari (associazioni delle famiglie, comunità di ispirazione cattolica, e così via).

Se poi mettiamo in relazione ciò a quello che accadrà nei prossimi anni in tema di decentramento di risorse e delle conseguenti scelte politiche con il federalismo, appare evidente che abbiamo bisogno di ripensare al nostro rapporto con la Regione ed anche con il sistema di rappresentanza delle autonomie locali in questo territorio.

Accanto a questo e come peculiarità di questo settore, è evidente che è necessario stabilire una “relazione politica” con il terzo settore. Fermo restando la nostra elaborazione che ha più volte ribadito, e che qui riconfermiamo, che il terzo settore non è da intendersi sostitutivo, ma integrativo, del sistema di welfare e di protezione sociale, è evidente che con questo soggetto (composito a sua volta per interlocuzione, composizione di interessi, rapporto politico più o meno stretto con chi governa) è necessario condividere alcuni obiettivi.

Del resto quando ciò è avvenuto, come in occasione della discussione e promozione della legge regionale 3/08, il rapporto è stato decisamente positivo: avendo condiviso con loro alcune modifiche di sostanza da apportare al primo testo legislativo, si è riusciti, proprio in

ragione di questa alleanza, a modificare in meglio molte parti del testo e degli obiettivi lì enunciati.

Stessa alleanza e rapporto politico si è visto in occasione della discussione dei Piani di Zona a livello territoriale: in molti territori esistono coordinamenti e/o interlocuzioni significative con i soggetti del terzo settore che operano in ambito territoriale, che sono state anche alla base della discussione e degli accordi sottoscritti.

Riteniamo di dover proseguire e rafforzare questa relazione, individuando anche terreni di sperimentazione comune che, fermo restando le specifiche autonomie dei singoli soggetti, provino a mettere in rete le esperienze e a costruire alleanze sui tavoli regionali.

Infine i rapporti unitari: senza sostituirsi al ragionamento generale e ai possibili terreni comuni di lavoro (che faranno parte di un'altra sessione), riteniamo che in materia di sanità e welfare sia possibile costruire una posizione unitaria di merito, che faccia sintesi anche delle differenze:

- in sanità il tema della territorialità e delle risposte che il sistema sanitario deve dare al bisogno di salute, trovano sicuramente sensibilità da parte di tutte le organizzazioni;
- in tema di welfare diffuso, fermo restando alcune differenze in materia di ruolo della famiglia, di sussidiarietà e di sistemi "economici" di risposta ai bisogni, è però certo che insieme si può perseguire la strada di una rete di servizi socio-sanitari adeguati e di presa in carico delle persone, a partire dalla non-autosufficienza, che trova convergenza sulle proposte e sulle posizioni da affermare.

Per queste ragioni, al termine dei nostri Stati Generali, è già previsto un momento di confronto unitario, utile a preparare i prossimi appuntamenti e i prossimi impegni di confronto con la Regione.

Il “libro bianco” di Sacconi: primi appunti di lavoro

“la libertà di scelta e di iniziativa delle persone è spesso compressa dalla invadenza di un attore pubblico che non sempre è in grado di garantire adeguati standard qualitativi dei servizi essenziali. Non di rado lo Stato si sostituisce al cittadino nelle sue decisioni con strutture viziate da ricorrente autoreferenzialità. Ciò diffonde una cultura assistenzialista che comprime il senso di autonomia e responsabilità”.

Il recente libro bianco elaborato dal ministro Sacconi e presentato alcuni giorni fa, pone sulla scena politica e sindacale nuovi scenari ed elaborazioni sul sistema di welfare e in generale della protezione sociale nel nostro paese.

Vogliamo qui sottolineare solo alcuni elementi di valutazione, soprattutto in relazione alla filosofia e ai valori lì definiti, che ricordano molto da vicino quanto già avviato nella nostra Regione in questi anni e convinti che vi sia la necessità di ulteriori approfondimenti ad ogni livello.

In particolare:

1.- l'identità valoriale fa esplicito riferimento alla persona nelle sue relazioni familiari collocate nel territorio (le parole chiave ricorrenti sono persona, famiglia, territorio), mettendo in discussione nel profondo il nostro sistema fondato sulla persona e sui suoi diritti;

2.- si parla di welfare multi-pilastro, introducendo il principio di capitalizzazione del sistema e di integrazione personale al sistema stesso (sanità integrativa, previdenza complementare che di fatto cambiano natura: da integrativa e volontaria a necessaria e forse obbligatoria);

3.- si parla di responsabilità della persona, contrapposto al sistema di diritto e di protezione pubblica, delineando così l'idea che le risorse –poche- siano disponibili in misura ridotta e solo verso pochi (sostanzialmente un welfare pietistico);

4.- il tema della totale equiparazione tra pubblico e privato permea l'intero sistema.

Queste idee-guida vengono applicate all'insieme delle materie “sociali”: dalla sanità al welfare, dal mercato del lavoro all'istruzione, dallo Statuto dei Lavori alla previdenza, con una premessa politica del Ministro che dichiara di voler spostare a tempi migliori (post-crisi) esclusivamente questi ultimi due capitoli, e dichiarando altresì la volontà di iniziare l'applicazione di questa filosofia sulle altre materie.

Il primo appuntamento potrebbe essere rappresentato dalla legge finanziaria per il prossimo anno e sui tagli annunciati, e riconfermati, sul capitolo sanità.

Così come appare altrettanto evidente che il passaggio dall'attuale sistema al nuovo sistema valoriale presumibilmente troverà momenti e passaggi intermedi, così come quelli conosciuti nella nostra Regione (si pensi ad esempio al tema della sanità integrativa).

Riteniamo quindi necessario prevedere, ad ogni livello, momenti di discussione ed approfondimento al fine anche di verificare come questo modello troverà ulteriore applicazione nella nostra Regione.