**SEDUTA DEL CONSIGLIO COMUNALE DEL 13 NOVEMBRE 2017**

**Presiede Lamberto Bertolè - Presidente del Consiglio**

**Partecipa il Segretario Generale Fabrizio Dall’Acqua**

**CONSIGLIERE FUMAGALLI:** Grazie signor Presidente. Sarà una rivoluzione copernicana e i medici che non ci stanno sono vecchi, questo è il commento dell’Assessore alla sanità regionale Gallera apparso su alcuni quotidiani riguardo alla nuova riforma sanitaria sui cronici e alle fragilità. Cercherò di spiegare brevemente la Rivoluzione Copernicana, che prevede nelle intenzioni di chi ha ipotizzato il miglioramento delle cure e una presa a carico del paziente da parte del cosiddetto gestore, che garantirebbe un abbattimento degli attuali tempi di attesa e per le prestazioni sanitarie, alleggerendo i pazienti dalle prenotazioni. Arriveranno a breve, a 400 mila cittadini milanesi cronici e fragili, e circa a 3 milioni 350 mila cittadini lombardi delle lettere, attraverso le quali la Regione li inviterà a scegliersi un gestore al quale affidare attraverso un patto di cura la gestione della propria salute, il patto di cura sarà vincolante per un anno. Il gestore potrà essere loro consigliato dal medico di base o scelto da uno specifico elenco, il gestore predisporrà il piano di assistenza individuale prevedendo le visite, gli esami e gli interventi.

Il medico di medicina generale può integrare il piano ma non modificarlo, essendo il piano in capo al gestore. Il paziente non sarà più valutato in base a prestazione ma per la patologia, quindi per le patologie croniche ci sarà il gestore, per altro, la polmonite, l’influenza e altro ci sarà il medico di base. Il gestore o tutor, così cambio, si rivolgerà ad un erogatore pubblico o privato, il gestore non è per forza un medico, può essere una società, il gestore può essere anche erogatore. I medici di medicina generale che hanno aderito alla riforma hanno dovuto optare per due dei seguenti scenari, diventare gestori dei pazienti cronici, quindi diventare soci di una cooperativa, non entrare in cooperativa ed essere co-gestori insieme ad un altro attore del sistema. I medici di famiglia avrebbero dovuto giocare un ruolo molto importante e aderire in massa, non lo hanno fatto, è stato un flop, il 48 per cento delle adesioni in Lombardia e sotto la Madonnina il 24 per cento, come a Pavia, la Città Metropolitana il 32 per cento, quindi uno su quattro a Milano.

La riforma non convince affatto, anche i sindacati, associazioni scientifiche e ordine dei medici non convince i medici di base, non convince gli specialisti, l’ordine dei medici di Milano è sul piede di guerra e non sono rivoluzionari. Si mette in discussione la riforma perché viene minata la piena libertà di scelta da parte del paziente, il paziente dovrà adeguarsi in tutto e per tutto alle regole del gestore, non ci sarà la possibilità del secondo parere che migliora e affina la diagnosi. Se un paziente è in cura al San Raffaele per un’ipertensione e al San Camillo per il diabete dovrà scegliere se stare al San Camillo o al San Raffaele, e come può fare un ultra 75enne con più patologie croniche fare questo tipo di scelta? Se il paziente dovesse fare prestazioni per le patologie al di fuori di quelle prestabilite nel piano di cura è costretto a pagare.

Si mette in discussione la riforma perché il sistema rischia di collassare, qualora tutti i (…) dovessero veramente vedersi erogate le prestazioni previste e appropriate rispetto al proprio stato di salute, il sistema non reggerebbe secondo molti esperti di economia sanitaria. Si mette in discussione la riforma perché secondo alcuni rappresenterebbe il primo passo per cancellare la figura del medico di medicina generale, per ora svuotando la sua operatività. Si mette in discussione la riforma perché i colleghi degli ospedali erogatori – gestori dovranno farsi in quattro per sostenere tutte le attività di reparto per i pazienti acuti oltre che cronici. Si mette in discussione la riforma perché il gestore farà il gestore sulle malattie croniche, il medico di base altro. Questa circostanza creerà situazioni confuse e conflittuali, per esempio un’aritmia in un iperteso di un iperteso chi la cura? Un po’ e un po’? Si mette soprattutto infine in discussione la riforma perché tutti i costi e i percorsi sono già prefissati e il paziente riceverà un’assistenza standard per ogni tipo di patologia cronica già catalogata nel sistema. La definizione di un budget forfettario per ogni patologia non sembra offrire tutte le necessarie garanzie per un percorso diagnostico e terapeutico personalizzato più corretto, a rischio la qualità delle prestazioni anche perché e il mancato coinvolgimento delle società scientifiche non assicura le vigenti linee di guida negli attuali protocolli.

Sono stato un po’ prolisso e anche un po’ noiosetto, ma per rendere più scorrevoli più ultimi trenta secondi vi leggo l’allegato c) delle prestazioni sanitarie stabiliti i primati di ipertensione che desteranno perplessità e ilarità anche ai non addetti ai lavori. Prestazioni stabilite per i malati cronici affetti da ipertensione, set di esami, oltre ai soliti visita cardiologica, oculistica, sono previste per gli ipertesi visita ortopedica traumatologica, visita otorinolaringoiatra, è compresa anche la mammografia bilaterale anche nei baschi, visita dermosifilopatica, perché un iperteso sicuramente ha qualche malattia sessuale. Poi è prevista radiografia di caviglia, piede, di femore, ginocchio, gamba e visita medica fisica e riabilitazione, tutte cose fondamentali per l’iperteso. Anche la vista urologica è fondamentale per l’iperteso e anche la radiografia del bacino e dell’anca. Infine per essere proprio sicuri un’ecografia bilaterale alla mammella, anche nei maschi. Questo è il set forfettario per i cronici.

Gli esami mancanti sono abbastanza importanti secondo le attuali linee guida, il monitoraggio nelle ventiquattro ore della pressione non è previsto, l’Holter non è previsto, l’ECG nelle ventiquattro ore non è previsto, non è previsto il test da sforzo. Sono esami fatti un po’ alla Carlona come si dice in Lombardia, a Milano, scritti un po’ alla Carlona. Per molti la riforma non è la Rivoluzione Copernicana e non sembra rappresentare il miglior strumento per il paziente cronico che di norma è anziano, fragile e indifeso.

Grazie.

**CONSIGLIERE RIZZO:** Grazie. Devo ringraziare il collega Fumagalli che mi ha dato una grande soddisfazione, perché ha ripetuto cose e ha aggiunto, le ha dette meglio di me, non esprimo giudizio, che io ho detto credo un mese fa su questa questione, forse anche più, aggiungendo di non dimenticare mai che la massima autorità a tutela della salute della città è il Sindaco, e che quindi una riflessione su questa riforma sanitaria che è stata proposta non è una questione che possiamo fare o non possiamo fare, la dobbiamo fare. Se siamo così convinti delle cose che sono state esposte, che sono state dette dobbiamo intervenire da subito perché non si concretizzi questa situazione, in maniera tale che si convochi la Commissione, che i cittadini sappiano come rispondere, perché quando arriveranno queste 400 mila lettere se i cittadini non sono preparati a rispondere si affidano unicamente alle persone di cui si fidano, il loro medico e credo anche l’autorità del Comune che dovrebbe tutelare la loro salute.

Mi aspetto che ci sia una immediata, rapida convocazione delle commissioni, che il Sindaco se lo riterrà batta un colpo su questa questione e mi permetto anche di fare un’osservazione, che questo sarà un oggetto di campagna elettorale per le regionali. Come hanno votato i gruppi in Regione su questa questione? Perché sarebbe interessante sapere che battaglia è stata fatta su questo procedimento che si sta determinando e che non ha convinto neppure i medici, su una situazione che è un reale tentativo, apertura di privatizzazione per quanto riguarda la sanità lombarda.