

# NUOVI argomenti

Mensile del Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Lombardia

Numero 1/3 • Gennaio-Marzo 2021

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

 Legge Regionale 23/2015

## MODIFICHIAMOLA. MA COME?



**CGIL**  
**SPI**  
Lombardia

## Sommario

- 2** **Introduzione**  
Libertà di scelta  
o certezza della miglior cura?  
*Valerio Zanolla*
- 6** **Sanità lombarda:**  
la riforma continua  
*Manuela Vespa*
- 17** **Scrivere un nuovo pezzo**  
di modernità  
*Mario Melazzini*
- 19** **LEGGE 23:**  
**MODIFICHIAMOLA, MA COME?**
- 20** **Più coerenza con la normativa**  
nazionale
- 25** **Per uno sviluppo sostenibile**  
della sanità
- 37** **INTERVENTI**
- 38** **I Comuni garanti**  
della governance socio sanitaria  
*Emilio Del Bono*
- 40** **La sfida del futuro**  
è la continuità assistenziale  
*Emilio Didonè*
- 43** **La riforma tra rischi e opportunità**  
*Serena Bontempelli*
- 47** **DAL TERRITORIO**
- 48** **Più territorialità**  
più servizio pubblico  
*Carmen Carlessi*
- 50** **Sanità pubblica:**  
è ora di fare un salto di qualità  
*Anna Bonanomi*
- 52** **I principi fondanti non muteranno**  
*Palmiro Crotti*
- 55** **Non curarsi non è libera scelta**  
*Michele Lomonaco*
- 57** **Il confronto deve essere a tutto campo**  
*Oswaldo Galli*
- 60** **Ats della Montagna:**  
un bilancio fallimentare  
*Sandro Bertini*
- 63** **Conclusioni**  
La salute,  
un diritto da garantire  
*Monica Vangi e Federica Trapletti*

### Nuovi Argomenti Spi Lombardia

Publicazione mensile del Sindacato Pensionati Italiani  
Cgil Lombardia

Numero 1/3 • Gennaio-Marzo 2021

Direttore responsabile: Erica Ardentì

Editore: MIMOSA srl uninominale, presidente Pietro Giudice

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

Prestampa digitale, stampa, confezione:

RDS WEBPRINTING S.r.l.

Via Belvedere, 42 - 20862 Arcore (MB)

Registrazione Tribunale di Milano n. 477 del 20 luglio 1996

Numero singolo Euro 2,00

Abbonamento annuale Euro 10,32

# Introduzione

# LIBERTÀ DI SCELTA O CERTEZZA DELLA MIGLIOR CURA?

Valerio Zanolla *Segretario generale Spi Lombardia*

Con questo numero di *Nuovi Argomenti* vi proponiamo un lavoro complesso e forse non esaustivo: si tratta di uno sforzo importante per fare il punto sulla legge che la Regione Lombardia ha introdotto nel 2015 e sulla discussione che in questi mesi ci sta coinvolgendo assieme ad altri soggetti politici, sociali e alcuni operatori del settore per giungere a una valutazione sul suo funzionamento. Valutazione non solo prevista dalla legge stessa e sollecitata dal ministero della Sanità con un importante documento, che alleghiamo a questo lavoro, ma anche valutazione e riforma ritenuta dallo Spi Cgil necessaria proprio in considerazione della strutturale debolezza del nostro sistema sanitario regionale.

Lungi da noi l'intenzione di voler fare la storia della sanità regionale e, tanto meno, della sanità italiana. Altri si sono cimentati e con ottimi risultati. Non sappiamo se questo lavoro sarà sufficiente a fotografare lo stato della sanità in Lombardia, sappiamo però che i contributi qui proposti provengono dalle esperienze vissute in prima persona dai molti che hanno voluto impegnarsi nello scrivere e raccontarci quanto



hanno visto in questi anni di *libera scelta* e soprattutto cosa vorrebbero veder accolto nel dibattito in corso per cambiare la legge 23 del 2015.

Innanzitutto è bene sapere che la legge 23, a momento della sua promulgazione nel 2015, aveva come obiettivo realizzare una “*riforma*” dell’organizzazione sanitaria e sociosanitaria della Lombardia al fine di creare un sistema in grado di “*leggere*

**i bisogni, coglierne l’evoluzione e le priorità e utilizzare le risorse esistenti, sempre limitate, per dare le risposte assistenziali più adeguate nella misura in cui servono ed erogandole nel modo più efficiente”.**

Questa riforma si inseriva in un sistema sanitario già orientato verso principi che erano stati introdotti dalla legge regionale n. 31 del 1997 e i cui tratti caratteristici erano la “*libertà di scelta*” del cittadino del luogo di cura, dove si proponeva uguali diritti e doveri per degli erogatori pubblici e privati accreditati secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e competitività tra strutture pubbliche e private determinata dal sistema degli accreditamenti, separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione dei

servizi. Questa legge *prometteva* un modello socio-sanitario fortemente integrato tra sanità e assistenza e decentrato sul territorio, con il privato visto con il compito di integrare il pubblico. Il modello *realizzato* dalla giunta regionale diverge in modo sostanziale dal modello *annunciato* e nell'intervento di Manuela Vespa, al quale vi rimando, vengono chiaramente descritti i cambiamenti in negativo avvenuti tra il 1997 e il 2018. Vi troverete solo alcuni dei risultati più eclatanti e negativi ricavati dai dati ufficiali della Regione Lombardia. Voglio però sottolineare che tra le conseguenze delle scelte politiche del governo regionale vi è non solo una consistente riduzione dello spazio coperto dal servizio sanitario regionale pubblico a favore del privato, passato dal 76 per cento del 1997 al 62,5 per cento del 2013, ma anche un imponente trasferimento di risorse dal pubblico al privato stimabile nel 22 per cento delle risorse del Fondo sanitario, cioè quasi nove punti in più del trasferimento di attività. Nel 1997 le attività del settore privato coprivano il 24 per cento e nel 2013 il 37,5 per cento, il che ha prodotto una pesante dequalificazione del sistema pubblico avendo ceduto ai privati le attività più remunerative quali: la cardiologia, la cardiocirurgia, chirurgia vascolare, neurochirurgia, urologia, ecc.

In quegli anni, nel pieno della ubriacatura privatistica e immersi nel dibattito sull'autonomia si è voluto far credere che anche la sanità potesse avere risposte differenziate e l'allora presidente Roberto Formigoni, forte del suo potere mediatico, è riuscito a far credere che l'importante fosse far funzionare gli ospedali, sia pubblici che privati. Tutto il resto, ad esempio la medicina nel territorio, veniva dopo molto dopo, questa è stata l'eccellenza lombarda. Tutte le dichiarazioni roboanti si sono così dimostrate illusorie ancora prima del dramma pandemico che ha messo a nudo l'inadeguatezza di un sistema sanitario basato solo sulla centralità ospedaliera.

Purtroppo osservando il sistema sanitario nazionale possiamo sostenere che ventuno sistemi sanitari diversi, con risposte differenziate sono delle criticità da esaminare. Vi sono Regioni, come la nostra, che individuano nell'ec-

cellenza ospedaliera l'unica risposta utile per i cittadini. Si ha, inoltre, l'impressione di trovarsi nella sanità di fronte a un cantiere aperto con i progettisti, i tecnici e gli operai impegnati ad agire individualmente nel realizzare un modello differenziato a seconda delle singole convinzioni politiche ed economiche. Indaffarate nel trascinare da una parte piuttosto che dall'altra le regole del sistema sanitario deciso nel 1978, in una di quelle importanti stagioni di vero riformismo che ha caratterizzato il nostro paese. Fin dall'emanazione di questa legge l'obiettivo era di garantire ai cittadini una sanità efficiente, pubblica e accessibile. Ma le battaglie riformiste hanno sempre due fronti che si contrappongono e, in questo caso, chi ha perso si è riorganizzato cercando di recuperare il terreno perduto. Basterebbe pensare alla legge 194 anch'essa del 1978, accettata forzatamente da chi l'avversava e che ora chiamano per sminuirla legge sull'aborto, mentre ha come titolo "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Quando la legge di Riforma sanitaria è stata promulgata hanno preso il via molteplici iniziative tese a svuotarla. Non è stato possibile fare un referendum contro la legge 833/78 ma nel tempo, come viene detto in molti contributi contenuti in questa rivista, con la scusa di contenere la spesa sanitaria sono state fatte numerose modificazioni che ne hanno mutato anche la natura.

In Lombardia il grimaldello utilizzato dall'allora presidente della Regione – che taluni, in segno di religiosa deferenza, chiamavano *Il Celeste* – è stato, come detto, la *libertà di scelta* e, sull'onda di questo slogan, che aveva e ha trovato molti consensi nell'elettorato lombardo, si è portata avanti una privatizzazione strisciante della sanità pubblica in favore dei grandi imprenditori privati.

Non si dica però che le giunte Formigoni, Maroni e, quindi, Fontana abbiano agito così contro il parere della classe medica o della maggioranza dei cittadini lombardi, come adesso si sente dire da qualche parte. È una falsità perché in numero notevole molti applaudevano quella strategia. Questo lo diciamo per amore della verità e per onestà intellettuale.

La campagna contro tutto ciò che è pubblico, contro lo spreco dei soldi pubblici, contro il lassismo dei dipendenti pubblici, contro le tasse ha fatto breccia anche tra le nostre file, direi soprattutto tra la nostra gente. Potremmo citare il forte sviluppo che ha avuto il welfare contrattuale, forse più ancora della previdenza integrativa. Il dato è che l'opinione pubblica non viene sollecitata a pensare al futuro, la pensione riguarda il periodo in cui si è anziani e così la sanità. Se con la sanità privata si crede di essere più sicuri, difesi e tutelati non ci si accorge che il bisogno di cura lo si ha soprattutto quando si diventa anziani: da anziani aumenterà il bisogno e non avremo più la copertura contrattuale oppure ce la dovremo pagare a caro prezzo. Assistiamo, infatti, a un invecchiamento della popolazione che ha un serio impatto sul sistema sanitario, con la diffusione delle malattie croniche che sempre di più sono aggravate dalle multi morbosità e che in questi tempi di pandemia paiono trascurate con un forte calo delle prescrizioni di terapie, anche preventive. Questa emergenza mette in rilievo non solo la necessità del riordino del servizio socio sanitario regionale, ma anche l'esigenza di ridefinire, in materia sanitaria, il rapporto Stato – Regioni non essendo più possibile accettare l'esistenza all'interno dello Stato di ventuno sistemi sanitari diversi e autonomi, realtà questa che contraddice il principio dell'egua-

glianza dei diritti sociali e civili. Perché ciò che si dimentica, nella strumentale polemica che la Regione Lombardia quotidianamente alimenta con il governo, è che dal 2001 la Regione, con l'approvazione del referendum sulla Modifica del Titolo V, ha competenza concorrente in materia sanitaria con l'organizzazione dei servizi affidatole in esclusiva. Dunque, delle carenze e dei limiti che oggi registriamo, la responsabilità è soprattutto del sistema regionale.

Tornando alla nostra raccolta di interventi sul dibattito in corso relativo alla modifica della legge 23 ci siamo dati il compito di valutare la situazione, cercare di capire cosa è accaduto nella nostra regione e come sono state realizzati i contenuti che caparbiamente avevamo voluto inserire in un accordo siglato unitariamente nel settembre del 2014 e, infine, cercare di proporre il nostro punto di vista per realizzare i cambiamenti che riteniamo necessari. Per farlo abbiamo chiesto ai molti che, per varie ragioni, si stanno cimentando in questa discussione e a coloro che, dal nostro versante, hanno seguito in questi anni l'applicazione della legge e le sue reali ricadute. Si tratta certamente di una ricerca che non sta al di sopra delle parti, che non ha il carattere dell'imparzialità. Ma è poi possibile essere equidistanti su materie come la sanità? Per la nostra missione e per la nostra storia noi dobbiamo scegliere da che parte stare e, rappresentando i pensionati della Cgil, quindi gli utenti del servizio sanitario, abbiamo un punto di vista diverso da quegli imprenditori privati che investono sulla salute pubblica.

Il nostro punto di partenza è la salute delle persone anziane, e scusateci se è poco perché in Lombardia a grandi passi il numero degli over 65 sta arrivando a percentuali che si avvicinano al 25 per cento del totale della popolazione. Quindi una rappresentanza di tutto rispetto con bisogni sempre nuovi e complessi.

E allora, per fare un buon lavoro e presentare una fotografia dello stato dell'arte abbiamo pensato di rivolgerci a chi tutti i giorni si trova a dover maneggiare i temi sanitari e socio sanitari, sia nell'ambito della negoziazione con i presidenti e gli operatori delle tante Ats istitui-



te dalla legge 23/15 come pure nell'incontrare le persone che si rivolgono ai nostri uffici o che incontriamo nella nostra attività di sindacato. Abbiamo pensato anche di sentire il parere dei nostri dirimpettai, i rappresentanti dei pensionati Fnp Cisl e Uilp Uil che, pur in un rapporto fortemente e positivamente unitario, necessariamente presentano sensibilità e punti di vista diversi anche solo parzialmente dai nostri e, quindi, utili da inserire al momento della costruzione della nostra proposta sindacale da portare in Regione Lombardia. Abbiamo poi dato l'incarico a Federica Trapletti della segreteria Spi Cgil Lombardia e a Monica Vangi della segreteria Cgil regionale di tirare le fila di questo dibattito svoltosi sulla carta ma di grande qualità. Federica e Monica da almeno due anni seguono con attenzione e sagacia il dibattito in Regione e conoscono il modo di pensare dell'amministrazione che riteniamo non ancora consapevole di quanto bisogna fare per ridare un servizio efficace ai cittadini.

I continui cambiamenti ai vertici dirigenziali dell'assessorato costretto a ricercare fuori regione i sostituti ai dirigenti dimissionati sono la conferma, difficile da occultare, del fallimento del gruppo dirigente di centro destra regionale che da oltre vent'anni ci governa.

Concludendo, ci rendiamo conto che sviluppare un dibattito in una fase di pandemia dove viene giustamente limitata la possibilità di vedersi in presenza è complicato ma ci stiamo provando attraverso lo strumento cartaceo e coinvolgendo diversi attori. Tra i tanti voglio ricordare il ruolo dei sindaci, che sono i responsabili della condizione di salute della popolazione del proprio territorio. Ha accettato di dare il proprio contributo Emilio Del Bono, sindaco di Brescia capoluogo di una provincia che proprio in questi giorni è nuovamente e fortemente colpita da quella che viene definita la terza ondata della pandemia. Il ruolo dei Comuni va fortemente ripensato assegnando a loro compiti da protagonisti attivi nella definizione dei bisogni integrando le politiche di assistenza sociale con quelle sanitarie. Senza una loro presenza attiva come si fa a parlare di rilancio della medicina territoriale?

Abbiamo poi voluto sentire il parere di chi nel

2014/15 ha partecipato attivamente alla discussione che ha portato a questa riforma, in particolare chi come Manuela Vespa ha seguito i vari passaggi politici ed è, quindi, portatrice di una visione di insieme più ricca e completa. Sono poi stati coinvolti i compagni e le compagne che dirigono alcuni comprensori Spi Cgil della Lombardia e che sono fortemente impegnati nei tavoli negoziali con le Ats, i Comuni e le Rsa. Nel materiale che vi proponiamo in questo numero di *Nuovi Argomenti* abbiamo voluto inserire le proposte unitarie di Cgil, Cisl, Uil alla definizione delle quali lo Spi ha dato il suo importante contributo. Abbiamo, infine, sintetizzato l'analisi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali che su incarico del ministero della Salute ha fatto un suo studio del modello socio sanitario lombardo valutandone i risultati raggiunti e non raggiunti oltre a fare alcune valutazioni sulle criticità e indicare diverse proposte riorganizzative concrete.

Saprà l'amministrazione regionale e, soprattutto, il nuovo gruppo dirigente dell'assessorato al Welfare avere l'intelligenza e finanche l'umiltà di raccogliere i contributi emersi dal confronto attivato con gli esperti che ha incontrato? Lo scopriremo nelle prossime settimane, oramai siamo nel pieno del dibattito. Una cosa è certa, ai cittadini interessa avere una sanità che funzioni e che sia facilmente raggiungibile.

È questa la vera libertà di scelta. ■

# SANITÀ LOMBARDA: LA RIFORMA CONTINUA

Manuela Vespa *Dipartimento Welfare Cgil Lombardia*

## Dalle USSL alle ASL

Uno degli elementi che ha caratterizzato la realizzazione del Servizio sanitario nazionale, sin dalla sua nascita in attuazione della Legge 833/1978 di *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, è stato il continuo processo di revisione della sua *governance*, sottoposta a ripetuti cambiamenti, nel nome di una razionalizzazione gestionale e del contenimento della spesa sanitaria. In particolare, a partire dal Decreto legislativo 502/1992, si sono succeduti interventi normativi finalizzati a realizzare processi di aggregazione e di fusione delle Usl (Unità sanitarie locali), che ne hanno modificato anche la natura.

Se la legge di riforma del '78 aveva definito le Usl come strutture operative dei Comuni, con il D.Lgs. 502/92 e la successiva modifica introdotta dal D.Lgs. 517/93, si riorganizza il Ssn, trasformando le Usl in Aziende (Asl), dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale, coincidenti "di norma" con il territorio della Provincia e concedendo ai maggiori ospedali di rilievo nazionale, in possesso di determinati requisiti di alta specializzazione, di costituirsi in Aziende Ospedaliere autonome. La responsabilità primaria del sistema viene trasferita dai Comuni alle Regioni, aprendo così la strada a una nuova forma di centralismo



regionale – a discapito del protagonismo delle autonomie locali e della partecipazione sociale – nonché alla realizzazione di venti Servizi sanitari regionali.

## Il modello lombardo

In Lombardia alla sua nascita nel 1980 il Servizio sanitario regionale (Ssr) si fonda su cento Unità socio sanitarie locali (Ussl), un numero destinato a ridursi dopo

pochi anni a ottantaquattro, per scendere a quarantaquattro nel 1993, in attuazione del D.Lgs. 502/92.

Ma il vero punto di svolta sarà rappresentato dall'approvazione nel 1997 della legge regionale n. 31, anticipata da alcune delibere di finanziamento del Ssr, che introducono una liberalizzazione dell'offerta delle prestazioni specialistiche ospedaliere e quindi l'accreditamento, con relativo finanziamento a carico del Fondo sanitario regionale, di alcune migliaia di posti letto privati aggiuntivi. Preceduta alcuni mesi prima da un accordo firmato da Cgil Cisl Uil con il presidente della Regione, la legge di riordino, però, e soprattutto i successivi provvedimenti attuativi, conterranno scelte piuttosto divergenti rispetto ai principi e alle proposte contenute nell'intesa. La riforma Formigoni, entrata in vigore il 1° gennaio 98, che riduce le Asl a quindici, facendole coincidere con le province –

ad eccezione di Milano e della Valle Camonica – prevede la creazione di un “modello separato” (tra Asl ed Aziende Ospedaliere, che incorporano presidi ospedalieri e strutture poliambulatoriali precedentemente a gestione Ussl, tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario) e rappresenta una presa di distanza non solo dal “modello integrato” degli anni precedenti (e in particolare dall’esperienza delle Unità socio sanitarie locali, in cui risaltava la peculiarità della seconda “S”, a sottolineare la scelta dell’integrazione sociosanitaria), ma anche dai caratteri del Ssn delineato dalla normativa nazionale e realizzato nel resto del Paese; anche allora, come succederà poi con la l.r. 23 del 2015, la Lombardia potrà continuare sulla strada intrapresa grazie a una “sperimentazione gestionale”.

La legge 31/97 disegna un servizio sanitario regionale basato su tre principi:

- la libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino;
- la separazione fra i soggetti – le Asl – garanti della salute dei cittadini ed acquirenti di prestazioni sociosanitarie ed i soggetti erogatori – le AO e i privati accreditati;
- la parità di diritti fra soggetti erogatori accreditati pubblici e privati.

Seguiranno altri provvedimenti, che rafforzeranno l’originalità del modello lombardo, come la delibera sulla “collaborazione pubblico-privato” del ’99, che contiene una esplicita scelta di privatizzazione delle strutture del Servizio sanitario regionale, il Programma regionale di Sviluppo di legislatura 2000-2005, che ipotizza “la sperimentazione di una pluralità di soggetti acquirenti delle prestazioni sanitarie” (fondi mutualistici o assicurativi) e il primo Piano socio sanitario regionale 2002-2004, che prevede la trasformazione delle A.O. in fondazioni di partecipazione.

In questo piano si perfeziona il carattere *competitivo* del modello, pianificando il progressivo completamento del processo di separazione tra soggetti acquirenti ed erogatori, attraverso una graduale esternalizzazione e conseguente voucherizzazione anche dei servizi socio-sanitari territoriali a gestione diretta delle Asl, che vengono affidati a soggetti terzi pubblici e privati, profit e non profit. Le Asl, attra-

verso il Dipartimento Programmazione acquisto e controllo (Pac) manterranno quindi solo funzioni di committenza verso erogatori esterni da cui acquistare prestazioni, di autorizzazione, accreditamento e controllo degli erogatori sul piano della qualità e dell’appropriatezza. La completa separazione degli ospedali dalle Asl – non solo le strutture aventi i requisiti di legge (D.Lgs. 502/92), ma anche tutti gli altri presidi ospedalieri – risponde all’esigenza di separare la funzione di produzione (AO) da quella del finanziamento (Asl) e costituisce la condizione necessaria per creare un sistema di concorrenza tra ospedali pubblici e privati accreditati. Annualmente la giunta attraverso una delibera di “Regole di sistema” (di fatto l’unico vero strumento di programmazione regionale) emana gli indirizzi alle Aziende sanitarie pubbliche (Asl, AO e Irccs) per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti, degli investimenti e per la definizione dei contratti con i soggetti erogatori e dell’erogazione delle risorse del Fondo sanitario regionale.

### Il modello competitivo

L’obiettivo, peraltro non nascosto, della riforma del ’97, anche se in qualche misura dissimulato dietro la bandiera accattivante della “libertà di scelta”, è la realizzazione di un sistema fondato sul quasi-mercato, che si basa sull’idea di una parità di diritti e di doveri tra erogatori pubblici e privati. Un’idea impraticabile nella realtà, essendo soggetti che rispondono a *mission*, modalità organizzative e assetti normativi completamente diversi. È noto infatti che l’autonomia gestionale delle Aziende sanitarie pubbliche è molto limitata, poiché dipendono dalla Regione per le loro decisioni strategiche, organizzative e di bilancio, per la disponibilità dei fattori produttivi – risorse finanziarie, tecnologiche e di personale – e che le strutture ospedaliere pubbliche devono garantire una gamma di funzioni e di servizi molto più estesa, senza poter scegliere, a differenza di quelle private, le prestazioni più remunerative da erogare.

Nel corso degli anni si manifestano i limiti e le criticità del Ssr lombardo. La definizione di tetti di spesa da parte delle Asl e la contrattazione tra le Asl e gli erogatori pubblici e priva-

ti rappresentano lo strumento fondamentale di governo del sistema, ma l'offerta sanitaria, in mancanza di una vera programmazione regionale e locale, non sempre corrisponde ai bisogni di salute dei cittadini in termini di appropriatezza. L'apertura al mercato privato degli operatori favorisce la moltiplicazione dell'offerta, in particolare di quella ospedaliera una crescita non governata di alcune specialità, non giustificata sul piano epidemiologico (es.: Cardiochirurgie), uno spostamento di risorse dal pubblico al privato – dalla metà degli anni '90 al 2018 i posti letto pubblici si dimezzano, mentre i posti letto privati aumentano; nel 2017 gli erogatori privati, con il 35 per cento dei ricoveri, ricevono il 40 per cento delle risorse – e una distorsione del sistema con un appesantimento del costo dei Drg in molti casi artificioso. Non tutto il privato, in realtà riesce ad avvantaggiarsi delle nuove regole: è soprattutto il privato profit, più abile nell'utilizzare il nuovo sistema di pagamento a prestazione e più spregiudicato nella scelta delle prestazioni più remunerative a uscirne rafforzato, mentre il privato no profit subisce le stessa sorte delle strutture pubbliche: riduzione di risorse e di posti letto.

In questa accentuazione del carattere "ospedalo-centrico" del Ssr è anche la rete dei servizi territoriali, squilibrata nella composizione qualitativa e nella diffusione territoriale dei servizi, a soffrire e questo in contrapposizione esplicita con una normativa nazionale, che soprattutto con il D.lgs. 229/99 – la cosiddetta riforma Bindi – ha spostato l'asse del Ssn verso il territorio, attraverso il potenziamento del distretto. Ed è rispetto ai cambiamenti epidemiologici in atto che il Ssr lombardo dimostra tutta la sua inadeguatezza: questo modello non offre risposte appropriate ai bisogni di una popolazione che invecchia ed al conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative, per le quali il solo trattamento in ospedale è a volte inappropriato.

Il sindacato, con iniziative e vertenze regionali e territoriali, denuncia i limiti e le criticità del sistema, l'eccesso di costi a carico dei cittadini (ticket, rette, spesa privata per eccessivi tempi d'attesa) ed il processo di privatizzazione della sanità lombarda, che interessa sempre

più anche i servizi territoriali. In alcuni casi firma intese con la Giunta regionale, finalizzate spesso a "contenere i danni" di un processo che non sempre condivide (ad es. sulle delibere sulla collaborazione pubblico/privato, sull'esternalizzazione dell'Assistenza domiciliare integrata, sull'introduzione dei voucher sociosanitari, successivamente sulla sperimentazione del nuovo modello di assistenza ai cronici attraverso i GReG – Chronic Related Group – ed in più occasioni sulla riduzione dei ticket e delle rette nelle Rsa).

Sono inoltre anni in cui il Ssr lombardo è interessato da ricorrenti vicende giudiziarie (le più note riguardano Poggi Longostrevi per false prescrizioni sanitarie nel 1997, il San Raffaele per rimborsi gonfiati nel 1999, la casa di cura privata Santa Rita per interventi chirurgici non necessari nel 2007). Ne seguiranno altre anche negli anni seguenti, a conferma di un rapporto non trasparente in particolare con gli erogatori privati, che coinvolgeranno i livelli più alti delle responsabilità in Regione (Formigoni per la Maugeri nel 2014, l'assessore Mantovani nel 2015 per appalti in sanità, il presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale Rizzi nel 2016 per appalti odontoiatrici, ...).

### **Il Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia**

Nella primavera del 2013 nuove vicende giudiziarie che riguardano il presidente della Regione Formigoni portano all'interruzione anticipata della legislatura. Il nuovo presidente Maroni dichiara l'intenzione di segnare una discontinuità nella gestione della sanità rispetto al passato e affida a una Commissione per lo sviluppo della Sanità lombarda formata da qualificati esperti esterni e presieduta da Umberto Veronesi il compito di suggerire gli interventi necessari per rendere il sistema più efficace. Seguirà la presentazione il 30 giugno 2014 di un *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia*, che contiene un'analisi approfondita delle caratteristiche del Ssr lombardo, dei suoi pregi, ma anche delle sue criticità, con l'indicazione di proposte di riorganizzazione, in parte mutate dal documento della Commissione Veronesi, a partire dal superamento del-

la centralità ospedaliera, a favore di una nuova articolazione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio, per garantire la continuità assistenziale e la corretta presa in carico dei pazienti secondo lo specifico bisogno assistenziale.

Il Libro Bianco contiene un'analisi del modello di funzionamento del Ssr, l'indicazione dei principali punti di attenzione e degli strumenti da implementare per promuovere un suo sviluppo in relazione ai cambiamenti demografici e ai nuovi bisogni emergenti nel territorio regionale, per garantire la continuità assistenziale.

Viene quindi presentata un'ipotesi di "evoluzione" del Ssr che dovrà basarsi su tre principi; i primi due sono una conferma delle scelte operate con la l.r. 31/97: la libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino ed un modello organizzativo che separi le funzioni chiave: la programmazione, l'erogazione delle prestazioni ed il controllo. Il terzo è un obiettivo da realizzare: il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura", in un'ottica di accompagnamento della persona, grazie anche ad una maggiore integrazione sul territorio tra servizi sanitari e sociali.

Il documento formula un'ipotesi di riordino che riguarda i diversi livelli della governance e propone alcune novità interessanti per una riorganizzazione dei servizi nel territorio:

- la Regione: dovrà continuare a svolgere un ruolo di indirizzo generale e di governo del sistema, anche attraverso la costituzione di una nuova Struttura di Controllo e Promozione dell'Appropriatezza e Qualità, e di regia per gli acquisti delle Aziende sanitarie attraverso la Centrale Unica di Committenza;
- le ASL: non più Aziende bensì Agenzie sanitarie locali, di numero ridotto, avranno compiti di programmazione territoriale, di accreditamento dei soggetti erogatori, di contrattualizzazione e controllo dell'appropriatezza;

- le Aziende integrate per la salute, articolate in Poli territoriali e Poli ospedalieri erogheranno le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in concorrenza e/o collaborazione (coopetition) con gli erogatori privati accreditati;

- nel Polo territoriale si prevede la creazione di Centri socio sanitari territoriali (Csst) che dovranno unificare in un'unica sede le cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie e sociali e di Presidi ospedalieri territoriali (Pot), per ricoveri medici a bassa intensità, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, ecc...

### Le proposte del sindacato e l'accordo del 26 settembre 2014

In seguito alla presentazione del Libro Bianco sulla sanità lombarda, Cgil Cisl e Uil presentano il 23 luglio 2014 al presidente Maroni una piattaforma con le proposte per una riforma complessiva del Ssr; si tratta di un documento complesso, che affronta i diversi nodi del sistema, dalla governance alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e all'integrazione sociosanitaria, dalla riorganizzazione della rete ospedaliera alle questioni del personale e della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Il documento contiene un'analisi critica della situazione dei servizi sanitari e socio sanitari lombardi, individuandone la responsabilità nelle scelte operate dalla l.r. 31/97, che hanno determinato un "eccessivo sviluppo del pilastro specialistico-ospedaliero", trascurando "la



necessaria centralità dell'assistenza territoriale" e sottolinea la necessità di "dare una risposta efficace, appropriata e di qualità ai malati cronici e ai pazienti pluripatologici", realizzando un vero "cambio di paradigma" che metta al centro la prevenzione delle malattie e la capacità di presa in carico e di gestione della continuità assistenziale sul territorio. Da qui l'esigenza di attuare una riorganizzazione del sistema, a partire dalla "governance" del Ssr, ridefinendo il ruolo dei diversi livelli istituzionali (Regione e Comuni) e delle aziende sanitarie (Asl e Ao), garantendo trasparenza e una più incisiva capacità programmatica. Compito della Regione è la programmazione delle reti di offerta, dei volumi complessivi di produzione necessari per soddisfare il fabbisogno, in relazione agli obiettivi di salute.

Il documento sottolinea la necessità che si ricomponga l'unitarietà del sistema, a livello delle Aziende sanitarie territoriali, che riassumano il ruolo di gestione dei presidi ospedalieri per acuti, delle strutture e/o dei posti letto per sub-acuti e dei presidi ospedalieri riconvertiti in servizi territoriali. Il sindacato disegna un sistema integrato e continuo ospedale/territorio. Il distretto deve diventare il luogo in cui i servizi sanitari e sociali si integrano e si può realizzare un concorso positivo delle diverse realtà istituzionali (in particolare i Comuni). La proposta centrale del documento riguarda la riorganizzazione della medicina territoriale e la realizzazione di Centri H24, che dovranno essere luoghi chiaramente riconoscibili, che garantiscano la continuità delle cure, unificando l'offerta attualmente dispersa sul territorio in una miriade di punti di erogazione, che richiedono una faticosa ricerca di risposte da parte del cittadino. Si tratta di dare una nuova identità al territorio: non più luogo di erogatori disseminati, ma punto di riferimento e di ricomposizione dei percorsi di cura. Rispetto al rapporto tra pubblico e privato il documento sottolinea la necessità che la programmazione regionale definisca qualità e tipologie dei servizi, per perseguire l'obiettivo generale di assicurare una risposta adeguata e appropriata ai bisogni, integrando le prestazioni di tutte le strutture del sistema e promuovendo una fattiva collaborazione tra pubblico e privato in nome di un'integrazione.

Una linea quindi che prevede il superamento della logica competitiva.

A seguito di un primo confronto sul documento, il presidente Maroni, riconoscendo l'utilità di un approfondimento delle proposte contenute nel documento unitario e la rappresentatività di Cgil Cisl e Uil sul territorio lombardo, propone l'attivazione di un tavolo tecnico di confronto sindacale, che dopo numerosi incontri porterà alla definizione di un documento di intesa sui contenuti principali di una riforma del Ssr.

Il 26 settembre 2014 viene sottoscritto dal presidente Maroni, dagli assessori alla Salute e alla Famiglia e dai segretari generali di Cgil Cisl Uil, delle categorie della FP e dei Pensionati un Accordo che stabilisce l'impegno a un confronto costante tra le parti per arrivare alla definizione del progetto di legge di riforma della sanità e del welfare lombardo. Gli obiettivi sui quali la Regione e i sindacati si impegnano riguardano:

- la ridefinizione del ruolo della Regione e delle Asl;
- il rilancio delle politiche di prevenzione negli stili di vita e negli ambienti di lavoro;
- il riequilibrio del sistema dall'ospedale al territorio, attraverso il potenziamento di quest'ultimo, con una particolare attenzione all'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, finalizzata alla presa in carico dei bisogni dei cittadini;
- la revisione del rapporto pubblico-privato, che non dovrà essere più fondato sulla competizione, ma su una logica di collaborazione/integrazione;
- l'attenzione alle problematiche del personale e la valorizzazione del metodo del confronto preventivo sulle eventuali ricadute che su di esso avrà il processo di riordino.

Sulla compartecipazione degli utenti al costo dei servizi, inoltre, l'intesa prevede la riduzione delle rette a carico degli utenti per i ricoveri in strutture residenziali (RSA e RSD), attraverso l'incremento della quota sanitaria a carico del Servizio sanitario regionale e la riduzione, "in attesa della realizzazione dell'obiettivo dell'abolizione dei ticket sanitari", dei "superticket" sulle prestazioni specialistiche, previsione che si attuerà solo a distanza di anni.

## Il confronto consiliare e l'approvazione della l.r. 23/2015

Ci vorranno però ancora alcune settimane prima che la maggioranza trovi l'accordo su un testo di riforma da portare al confronto in Commissione consiliare e successivamente in aula; la prima proposta presentata in giunta avrà il voto contrario dell'ex assessore alla Sanità Melazzini e l'opposizione del suo gruppo, oltre che le critiche pubbliche del ministro alla Salute Lorenzin. La proposta di legge subirà durante il confronto in Commissione continui rimaneggiamenti, trovando faticosamente una sintesi su un testo che arriverà in aula a metà luglio 2015. Netta la presa di posizione dei segretari generali di Cgil Cisl Uil sul testo approvato in Commissione Sanità: è il frutto di un compromesso al ribasso, "il risultato di una confusa e continua ricerca di mediazione tra i gruppi di maggioranza... Il confronto con i sindacati è avvenuto su un testo diverso da quello che andrà in discussione in Consiglio regionale... Il Libro Bianco aveva promesso discontinuità rispetto al passato su una serie di aspetti... per garantire appropriatezza ed efficacia ed evitare gli scandali che hanno interessato la sanità, è necessario garantire trasparenza e pieno rispetto della legalità nella governance e nella gestione del sistema a tutti i livelli, oltre a nuove regole su accreditamenti, controlli, verifiche e rapporto con gli erogatori... L'obiettivo centrale della riforma doveva essere il rafforzamento dei servizi territoriali... in realtà il disegno di legge regionale va in direzione opposta: allarga gli ambiti territoriali e annulla la presenza dei distretti sul territorio, a discapito del servizio per il cittadino".

Il confronto consiliare non sarà facile, il testo subirà nuove modifiche – alcune di una certa importanza, ad esempio, sul ruolo dei distretti – risultato della battaglia ostruzionistica dei gruppi di opposizione ed in particolare del Pd; la legge regionale sarà approvata definitivamente l'11 agosto 2015.

La legge dovrà affrontare però anche un altro scoglio, rappresentato dalle obiezioni del ministero della Sanità su un testo che si differenzia in modo significativo dalla normativa nazionale in vigore (D.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni). Il confronto con il ministero si

risolve con un compromesso: il governo rinuncerà a promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte Costituzionale, a condizione che siano apportate alcune modifiche al testo e che la nuova articolazione in Ats/Asst sia considerata di carattere sperimentale, per un periodo di cinque anni, al termine del quale dovranno essere valutati congiuntamente – da un Comitato paritetico di monitoraggio – gli esiti della sperimentazione; seguirà la firma di un Protocollo di intesa sui tempi e le procedure della verifica, che dovrà avere una tappa intermedia dopo tre anni. Le modifiche richieste dal governo – tra cui il cambio del titolo, non più Sistema socio-sanitario lombardo, ma Servizio socio-sanitario lombardo e il carattere sperimentale del nuovo assetto organizzativo – verranno introdotte con la l.r. 41 del 22 dicembre 2015, con cui si completerà l'iter. Con l'inizio del nuovo anno la riforma diventa quindi operativa, ma ci vorranno almeno due anni per concludere il processo di implementazione del nuovo modello gestionale.

La l.r. 23 ha riscritto però solo il Titolo I della l.r. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", la revisione della legge sarà completata con successive leggi negli anni successivi.

## I contenuti della l.r. 23/2015

**La Regione.** È prevista l'unificazione nell'Assessorato alla salute e politiche sociali Welfare dell'assessorato alla Salute e dell'assessorato alla Famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità (una previsione che in realtà non verrà attuata). Sono compiti della Regione:

- la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea), le funzioni di programmazione, di indirizzo e di controllo, la definizione delle regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione e la fissazione delle tariffe delle prestazioni;
- l'approvazione del Piano socio-sanitario integrato lombardo (Psl) – comprensivo del Piano regionale della cronicità e della fragilità e del Piano regionale della Prevenzione;
- la promozione di modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse



Palazzo del Comune di Bergamo

componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia e l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali (Uvm), in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari e con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie;

- la costituzione a livello regionale dell'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo – con il compito di definire il piano annuale dei controlli e di programmare e coordinare gli interventi delle strutture di controllo delle Ats – e dell'Agenzia regionale emergenza ur-

genza (Areu), con il compito di assicurare i Lea in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali, di trasporti sanitari, di programmazione e controllo del Servizio NUE 112.

**Ats e Asst:** le quindici Asl vengono sostituite da otto Ats che comprendono una o due provincie e da ventisette Asst; le prime svolgono un ruolo di programmazione, acquisto e controllo (Pac), le seconde gestiscono i servizi territoriali ed i presidi ospedalieri pubblici ed hanno quindi un ruolo di produzione, in competizione con gli erogatori privati: la separazione delle funzioni non è più interna all'Asl, ma si realizza in due diversi livelli di governo: Ats e Asst.

Le Asst si articolano in due "settori aziendali": la *rete territoriale*, che eroga le prestazioni distrettuali e gestisce i presidi ospedalieri territoriali (Pot) ed i presidi socio sanitari territoriali (PreSST), e il *polo ospedaliero*, che si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura:

- i PreSST erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;

- i Pot sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

**Distretti:** sono un'articolazione dell'Ats e coincidono con il territorio delle Asst, si articolano in ambiti distrettuali, con una popolazione di norma non inferiore a 80mila abitanti.

**I Comuni.** Nulla cambia sotto il profilo della partecipazione dei sindaci alla definizione della politica sanitaria regionale. La presenza dei sindaci è prevista nella Conferenza dei sindaci a livello di Ats, nelle Assemblee di distretto e in quelle degli Ambiti Territoriali, per esprimere proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socio assistenziale, formulare pareri sulle linee guida per l'integrazione, partecipare alle verifiche di attuazione dei programmi, promuovere l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali.

Accanto all'innovazione sul piano dei modelli organizzativi, tra i principi del Ssr (rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia, promozione della partecipazione dei cittadini, garanzia dell'universalità del Ssl, valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane, ...) vi è la riconferma dei principi fondamentali su cui si basa il "modello lombardo":

- la scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, ... in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del Ssl;

- la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione;

- la sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta.

Solo l'obiettivo di un miglioramento delle performance del sistema – per rispondere in par-

ticolare ai bisogni di una popolazione che invecchia e dall'esigenza di realizzare una risposta più adeguata alle necessità di una presa in carico delle patologie croniche, attraverso un potenziamento della sanità territoriale – avrebbe giustificato una riforma così radicale. Un cambiamento che, sconvolgendo l'assetto di governance esistente, avrebbe richiesto un lungo ed oneroso processo di riorganizzazione, di redistribuzione di funzioni, risorse e personale. Ed è quanto avvenuto nel corso del 2016 e 2017, con ripercussioni anche sull'attività assistenziale.

Questo perché la riforma ha cambiato completamente l'assetto di governo del sistema, soprattutto a livello locale, ma gli effetti in termini di efficienza ed efficacia del sistema non si manifestano, anzi, la concreta attuazione della riforma fa emergere i limiti della sua impostazione e permangono nodi critici irrisolti:

- i Distretti, formalmente previsti dalla l.r. 23, svuotati di funzioni e di personale, non decollano;

- il processo di presa in carico delle patologie croniche non si realizza; dopo la sperimentazione dei Chronic Related Group (CReG), la Regione investe su un nuovo progetto di Presa in carico della cronicità (PiC), che prevede la compresenza di più gestori, pubblici e privati: sono entrambi modelli che si differenziano da quelli adottati nelle altre regioni e che registrano un'adesione limitata dei Mmg e dei cittadini con patologie croniche;

- la Rete territoriale è carente e disomogenea, con organici sottodimensionati ed è costituita dai Poliambulatori specialistici, da alcuni servizi distrettuali (centri di salute mentale, consultori materno infantili, servizi per le dipendenze,...) e dai Medici di medicina generale, che operano prevalentemente a livello individuale, privi di strutture di riferimento. Il modello della Presa in carico diventa oggettivamente alternativo alle previsioni della riforma. Con le delibere sulla Presa in carico la giunta regionale abbandona di fatto la realizzazione del modello delle cure territoriali previste dalla l.r. 23, rinunciando a implementare nelle Asst la rete territoriale (PreSST e Pot) da dedicare alle cure extra ospedaliere. Nonostante l'approvazione nel 2019 di delibere che ne definiscono contenuti e funzioni a seguito di alcune

sperimentazioni, mancano gli atti programmatori e lo stanziamento di risorse finanziarie, che ne permettano la concreta attuazione sul territorio lombardo;

- non si investe nell'integrazione socio sanitaria e si continua sulla linea dell'esternalizzazione di tutti i servizi, a partire da quelli domiciliari (Adi);
- sul piano dell'assistenza ospedaliera, nella logica dell'equiparazione pubblico/privato, si sono penalizzati gli ospedali pubblici, ridimensionandone l'offerta in termini di presidi, posti letto, personale e attività, a favore delle strutture private, salvo poi richiedere alle strutture pubbliche e ai loro operatori un impegno straordinario e ai limiti delle possibilità durante l'emergenza pandemica, richiedendo solo in un secondo tempo il concorso delle strutture private nel contrasto dell'epidemia.

Ed è proprio con la drammatica vicenda della pandemia da Coronavirus, che investe la Lombardia a partire da febbraio 2020, che si manifestano tutte le fragilità del modello sanitario lombardo, causando un numero impensabile di vittime. Risulta evidente a tutti, forse per la prima volta ed oltre i confini della nostra regione, che questo sistema, accanto ad eccellenze nelle strutture ospedaliere, presenta una grande debolezza sul piano della sorveglianza epidemiologica, dei servizi di prevenzione, sottodimensionati e privati di risorse e dell'assistenza territoriale e domiciliare, che impedisce di affrontare in modo appropriato l'epidemia. Gli ospedali lombardi sono costretti a fronteggiare da soli l'emergenza pandemica, non potendo beneficiare, a differenza di altre regioni, della funzione di filtro che la Rete territoriale avrebbe dovuto garantire; con l'assistenza a casa nella prima fase della malattia, riducendo la pressione sui Pronti Soccorso e le Terapie intensive, si sarebbero potuti almeno contenere gli esiti drammatici registrati sul piano della diffusione del virus e dell'incidenza della mortalità, che non ha confronto.

Solo dopo settimane la Regione cercherà di rimediare con provvedimenti urgenti finalizzati a potenziare l'assistenza domiciliare, creando unità straordinarie di medici e infermieri (Usca) per seguire i pazienti a casa, cercando di

ricoverare solo le situazioni più critiche e di creare sotto la pressione dell'emergenza quella rete territoriale che non era stata attuata prima.

Si è quindi confermato il fatto che il problema dell'infrastrutturazione del territorio è il nodo irrisolto del Ssl; in questi anni è stato al centro di molte riflessioni, convegni, documenti, piattaforme sindacali e confronti istituzionali, ma non ha ancora trovato una risposta nelle scelte regionali.

### La riforma della riforma?

Nelle prossime settimane la giunta e il consiglio saranno chiamati ad affrontare il problema di una revisione del Testo unico della sanità lombarda, poiché la scadenza del quinquennio di sperimentazione della l.r. 23 pone con urgenza il problema di una revisione dell'assetto, per adeguarlo ai bisogni di salute di una regione sempre più vecchia, che si trova tuttora nel pieno di una pandemia.

La nota inviata a dicembre dal ministro Speranza al presidente della Lombardia Fontana formula alcune indicazioni che discendono da un'approfondita analisi del modello lombardo e della valutazione dell'efficacia, in termini di miglioramento degli esiti, delle soluzioni organizzative introdotte con la riforma del 2015, contenute nel documento *La riforma del sistema socio sanitario lombardo (legge 23/2015) a cinque anni dall'avvio. Analisi del modello e risultati raggiunti*, elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Nella lettera ministeriale viene inoltre indicata la scadenza di 120 giorni entro la quale la Regione dovrà approvare la riforma del Ssr.

Il documento rileva alcune criticità nell'assetto della sanità lombarda, sintetizzabili in una frammentazione dell'impianto di governance, nell'assenza di un raccordo organizzativo tra ospedale e territorio, nella separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione (tra Ats e Asst) e nella competizione tra Asst ed erogatori privati accreditati.

Da queste discende l'esigenza di una riorganizzazione del SSL, per renderlo coerente con la normativa nazionale vigente (D.Lgs. 502/92) e per migliorarne l'efficienza. In particolare, sottolinea l'esigenza di una revisione di alcuni

aspetti dell'impianto istituzionale – con indicazioni sulla governance regionale e locale – e organizzativo, con particolare riferimento all'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza territoriale, sanitaria e sociosanitaria.

Nei prossimi giorni saranno depositate in consiglio le proposte di legge dei diversi gruppi di maggioranza e di opposizione ed avrà inizio il confronto che dovrebbe ridefinire il nuovo assetto del Servizio socio sanitario lombardo.

Cgil Cisl Uil hanno presentato all'attenzione della giunta e delle forze consiliari un docu-

mento con le proposte che secondo il sindacato sono necessarie per correggere le criticità del Ssr e dotarlo di quelle soluzioni organizzative che gli permettano di affrontare le sfide tuttora presenti della pandemia e di rispondere in modo appropriato alle domande di salute dei lombardi; l'auspicio è che il consiglio regionale faccia tesoro delle critiche e delle proposte emerse a partire da febbraio 2020 durante la difficile gestione dell'emergenza pandemica, per dotare la Lombardia di un Ssr effettivamente in grado di tutelare la salute dei suoi cittadini. ■

## IL SSR LOMBARDO - ALCUNI DATI

### LA GOVERNANCE DEL SSR NEL TEMPO

Ante D.Lgs. 502/92 1980 - 1993		Post D.Lgs. 502/92 1993 -1997		Legge regionale 31/1997		Legge regionale 23/2015		Post 502/92	Legge regionale 31/97	Legge regionale 23/2015
USSL		ASL		ASST	ATS	AO				
100	84	44	15	27	8	16	29	0		

### STRUTTURE DI RICOVERO ACCREDITATE PUBBLICHE E PRIVATE IN LOMBARDIA AL 2018 (Rapporto Oasi 2020)

Presidi a gestione diretta ASST	AO	Irccs pubblici	Totale strutture pubbliche	Irccs privati	Ospedali classificati	Case di cura private accreditate	Totale strutture private accreditate	Totale strutture accreditate
83	0	5	88	21	5	65	91	179

### POSTI LETTO NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Posti letto pubblici					Posti letto privati				
Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti x 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti x 1.000 abitanti
804	1.045	27.078	29.508	2,9	143	368	7.422	7.933	0,8

## STRUTTURE TERRITORIALI IN LOMBARDIA (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Ambulatori e laboratori		Strutture semi residenziali		Strutture residenziali		Altre strutture territoriali (*)		Totale strutture territoriali	
pubbliche	private	pubbliche	private	pubbliche	private	pubbliche	private	pubbliche	private
253	401	127	595	178	1.309	589	125	1.147	2.433

(\*) Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materno infantili, centri distrettuali e, in generale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale

## STRUTTURE SANITARIE - ASSISTENZA AGLI ANZIANI (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Strutture semi-residenziali		Strutture residenziali		Utenti x 100.000 anziani
Posti	utenti	posti	utenti	
	6.533	10.800	58.297	81.945
3.605,4				

## NUMERO MMG E PLS, NUMERO MEDIO DI SCELTE E DIFFUSIONE DELL'INDENNITÀ ASSOCIATIVA IN LOMBARDIA (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Numero MMG	Numero scelte per MMG	% MMG con indennità per attività in forma associativa	Numero PLS	Numero scelte per PLS	% PLS con indennità per attività in forma associativa
6.218	1.388	70,6%	1.184	976	63,4%

## PERSONALE DEL SSN PER RUOLO (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Ruoli					di cui	
Sanitario	Professionale	Tecnico	Amministrativo	Totale	Medici e Odontoiatri	Personale Infermieristico
59.688	198	16.964	10.568	87.585	13.128	35.059

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CASI TRATTATI (Annuario Statistico del SSN - Dati 2018)

Numero casi	X 100.000 abitanti	Di cui anziani	Anziani per 1.000 residenti anziani > 65	di cui Pazienti Terminali	Pazienti Terminali per 1.000 residenti
142.571	1.417	87,4%	54,8	7,7%	01.1

# SCRIVERE UN NUOVO PEZZO DI MODERNITÀ

Mario Melazzini *Amministratore delegato Irccs Pavia*

Un anno dopo Codogno, abbiamo l'anima lacerata dalla pandemia che solo nel nostro Paese ha causato oltre 95mila morti e oltre 2 milioni e ottocentomila di casi.

Ogni famiglia italiana ha dovuto fare i conti con una vita nuova, per tutti peggiore. Molti hanno dovuto vivere il dolore più grande, quello per la perdita di un proprio caro.

Un anno dopo siamo ancora in prima linea, tutti, ognuno secondo ruolo e responsabilità, contro questo terribile nemico e le sue varianti. Abbiamo modificato le nostre strategie per combattere il virus e lui ha cambiato se stesso, secondo varianti che gettano nuove inquietudini.

Ho sempre puntato sulla speranza, e l'ho sempre fatto dopo avere intrapreso la strada maestra della razionalità e della fiducia nell'uomo e nella scienza.

Nella lotta al Covid molti gli errori fatti, molte le cose che potevano essere fatte meglio. Le ricette per fare meglio sono arrivate quasi sempre dai geni del giorno dopo. Credo che per ragionare concretamente di una sanità migliore per affrontare crisi come quella che stiamo attraversando sia necessario attrezzarsi di umiltà. Lo dobbiamo al personale sanitario che ha pagato un prezzo altissimo, ai medici e agli infermieri morti per salvare vite. Il triste prima-



to della Lombardia ha messo sotto accusa un sistema sanitario che solo fino a qualche anno fa era esempio da seguire per tutti i Paesi occidentali. Accuse non tutte prive di ragione, quasi tutte irrazionali, spinte dall'emotività e quindi estremamente ingenerose. Abbiamo visto nel tempo come sistemi regionali basati su principi diversi, a volte opposti, a quello lombardo non abbia-

mo prodotto risultati diversi. Purtroppo, anche altrove il numero dei contagi è repentinamente esploso, anche in regioni con stili di vita diversi, costringendo a ripensare un po' ovunque ai modelli di socializzazione, agli spazi di lavoro, ai trasporti. Il comune denominatore è il tema della medicina territoriale, cioè la presa in carico del cittadino che non ha bisogno di ricorrere all'ospedale per avere le risposte ai bisogni di salute che presenta. Da mesi sostengo che, a mio avviso, in Lombardia dovremmo pensare a un nuovo modello ripartendo dalla legge 23 del 2015, che si proponeva di ammodernare il sistema dei servizi nella Regione Lombardia e i cui effetti negativi ci sono stati sì, ma solo nella parte rimasta inapplicata di quel grande progetto di riforma.

Quel provvedimento nato nel contesto di tagli dai governi nazionali al settore sanitario che mettevano seriamente in crisi il diritto alla sa-

lute dei cittadini, consentì una svolta. “Dalla cura al prendersi cura”, si disse alla presentazione dei lavori propedeutici alla legge 23. E che non fosse solo uno slogan fu dimostrato dalla riorganizzazione sul territorio del modello burocratico, che consentì risparmi rilevanti da reinvestire in favore dei servizi sanitari e socioassistenziali ai cittadini. L’idea fu quella di suddividere i servizi definendo cinque aree: prevenzione, fase acuta (rete ospedaliera), rete territoriale e presa in carico del paziente cronico, non autosufficienza, cure palliative. È agli atti che quella riforma prevedeva che in ospedale fossero erogate le prestazioni limitate alle fasi acute e alla diagnostica ad alta specialità e complessità. La gestione della quotidianità del paziente cronico avrebbe dovuto essere gestita nei nuovi contenitori a disposizione del territorio: i Pot (Presidi ospedalieri territoriali), i Presst (Presidi socio sanitari territoriali) ai quali veniva demandata l’assistenza per i non acuti, le cure domiciliari, la specialistica ambulatoriale; oltre altri strumenti come le Aft (Aggregazioni funzionali territoriali), in cui è fondamentale il ruolo dei medici di medicina generale, e le Unità Operative Complesse di cure primarie.

Peraltro, la legge 23 prevedeva la presa in carico da parte del territorio dei pazienti con patologie croniche e si proponeva, per quanto riguardava i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, di implementare l’associazionismo, il recupero delle professionalità ospedaliere da inserire nei Presidi Territoriali, la specialistica ambulatoriale e la nascita di poliambulatori distrettuali. Non è la legge 23 che ha fallito, ma la mancata applicazione di questa parte di quell’idea di sanità che ha consentito alla Lombardia di essere eccellenza in Europa, non solo in Italia, per quanto riguarda l’assistenza agli acuti, gli interventi di alta complessità, la ricerca. Il perché la parte del territorio non fu sviluppata, e negli anni implementata, attiene alle polemiche politiche e quindi altra materia. A noi resta il bilancio di una pandemia che, con i malati portati nei pronto soccorso a volte in maniera non appropriata perché gestibili anche dal medico di medicina generale, è stato terribile; certamente peggiore di quanto il virus avrebbe comunque causato.

La consuetudine ha preso il sopravvento sulla programmazione. Il cittadino non si rivolge più al medico di medicina generale. È venuta meno la rete, abbiamo perso il controllo.

L’arrivo delle nuove tecnologie oggi ci permetterebbe di rendere il fascicolo sanitario elettronico una vera e propria cartella medica, fonte di informazioni di ciascuno di noi, capace di indirizzare il cittadino-paziente lì dove ha bisogno per soddisfare le esigenze di cura. Ed è da qui che dobbiamo ripartire: tecnologia a disposizione del sistema e quindi per il paziente, telemedicina, riabilitazione a distanza, controlli da remoto. Nel mondo iperconnesso, delle geolocalizzazioni, dei social che conoscono non meno di diecimila nostre preferenze e atteggiamenti, non è pensabile che il nostro medico non sappia tutto della nostra salute e possa dividerne i dati, nel rispetto della privacy, con gli altri specialisti per tracciare storia ed evoluzione di ogni patologia e di ogni singolo paziente. Oggi formare la rete assistenziale grazie alla tecnologia è più facile, ma la volontà umana resta tutto. Per realizzare strutture capillari, per generare corretti alert, per programmare, dal piano pandemico alle risorse necessarie per le liste d’attesa che la pandemia ha generato. Dobbiamo tutti insieme produrre uno sforzo nuovo ed eccezionale per dare assistenza a distanza, per non lasciare sole le persone con disabilità e le loro famiglie, per le cure e l’assistenza domiciliare. Per la Lombardia si tratta di scrivere un nuovo pezzo di modernità, per tutti una sfida da cogliere e vincere. ■

# LEGGE 23: MODIFICHIAMOLA, MA COME?



# PIÙ COERENZA CON LA NORMATIVA NAZIONALE

*Sintesi del documento del ministero della Salute  
sulla riforma del Ssr della Lombardia*

*a cura del Dipartimento Socio sanitario Spi Lombardia*

Il documento ministeriale, redatto da Agenas (Agenzia per i servizi sanitari regionali) con il supporto della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa dal titolo *La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio*, è il risultato del lavoro di monitoraggio della sperimentazione quinquennale della riforma avviata con la l.r. 23 del 2015. Nella lettera di accompagnamento il ministro sottolinea che il documento, avendo rilevato alcune criticità nell'assetto della sanità lombarda, contiene una proposta di riorganizzazione del Ssr, ritenuta necessaria per renderlo coerente con la normativa nazionale vigente (D.Lgs. 502/92), oltre ad alcune raccomandazioni finalizzate a migliorarne l'efficienza. Fissa inoltre una scadenza di centoventi giorni entro la quale la Regione dovrà approvare la riforma del Ssr. Si tratta di un documento ampio ed articolato, che analizza diversi aspetti del SSR lombardo, valutando l'efficacia, in termini di miglioramento degli esiti, delle soluzioni organizzative adottate. La ricerca di Agenas ha utilizzato un "approccio multi-metodo", che consiste nel confronto di evidenze provenienti da fonti diverse: oltre ai documenti della Regione (Leggi

regionali, provvedimenti amministrativi, come i Piani di Organizzazione Aziendale Strategici e le Dgr), sono stati valutati i risultati di una ricognizione sul campo del modello di presa in carico (PiC) dei pazienti cronici, nonché gli indicatori oggettivi di performance utilizzati dal sistema di valutazione del network delle regioni coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola superiore Sant'Anna ed i report delle audizioni di diversi stakeholders del sistema sanitario lombardo.

## **Evoluzione del Ssr Lombardo**

Nella prima parte, il documento ministeriale individua i caratteri peculiari del Ssr lombardo, analizzando la normativa che lo ha definito, a partire dalla l.r. 31 del 1997, i cui principi erano: libertà di scelta del cittadino del luogo di cura, parità tra erogatori pubblici e privati accreditati secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e competitività tra strutture pubbliche e private, con l'introduzione di un sistema di "quasi-mercato", basato sul sistema di accreditamento, di separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo, da quelle di erogazione dei servizi.

Dal *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema socio-*

*sanitario in Lombardia*, presentato dalla giunta Maroni nel 2014, sono stati ripresi gli elementi di criticità del Ssr:

- elevata frammentazione delle unità di offerta;
- centralità dell'ospedale;
- carenza nella presa in carico da parte del territorio;
- scarsa integrazione del sistema sanitario con quello sociosanitario;

che motivarono la scelta di una sua revisione e portarono all'approvazione della l.r. 23/15, con l'intento di segnare un ulteriore passo nel processo di "evoluzione" del Ssr.

L'obiettivo prioritario era quello di avviare un processo di cambiamento, per adeguare il Ssr al nuovo contesto epidemiologico, caratterizzato dall'invecchiamento demografico e dal conseguente aumento delle patologie croniche, attraverso un cambio di paradigma, che permettesse di affrontare il tema della cronicità attraverso l'elaborazione di modelli centrati sulla presa in carico integrata della persona. La valutazione della sperimentazione della l.r. 23, oggetto della ricerca Agenas, riguarda proprio l'impatto che la riforma legislativa, ed in particolare la nuova articolazione organizzativa (Ats e Asst) hanno avuto nella risoluzione delle criticità rilevate, rispetto all'assetto precedente e agli obiettivi fissati.

### **Il modello della Presa in carico**

Uno degli obiettivi fondamentali della riforma era il passaggio dalla cura al prendersi cura, e proprio al nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici è dedicato un focus specifico, attraverso una valutazione diretta sul campo e l'analisi dei diversi provvedimenti che, a partire dal gennaio 2017 hanno implementato *la riforma della Presa in Carico della cronicità e fragilità*. Per la valutazione degli effetti del modello di Presa in Carico dei pazienti cronici sono stati utilizzati i risultati dell'analisi effettuata dall'Osservatorio Epidemiologico di Regione Lombardia, attraverso il confronto tra le prestazioni ero-

gate negli anni 2018 e 2019 (numero di ricoveri totali, numero di ricoveri evitabili, numero di accessi in PS, numero di accessi in PS evitabili). Dalla ricerca risulta una riduzione del numero di ricoveri totali e un rischio minore del numero di ricoveri evitabili per i pazienti presi in carico rispetto ai pazienti con patologie croniche non presi in carico. Secondo Agenas il modello di presa in carico si sta rivelando migliorativo del sistema, in quanto riduce sia il rischio di ospedalizzazione, sia il rischio di ricorso al PS e può contribuire quindi ad una maggiore appropriatezza nell'assistenza dei pazienti cronici. Suggerisce quindi una sua valorizzazione ed un ulteriore rilancio, con scelte che favoriscano l'adesione dei professionisti e dei pazienti e la collaborazione con i diversi attori coinvolti, ed in particolare con i medici curanti.

### **L'analisi dei dati**

Inoltre, al fine di rilevare gli effetti della riforma del 2015, la ricerca ha preso in considerazione 81 indicatori del Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali, afferenti alle aree della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, utilizzati dal sistema di valutazione del network delle regioni (di cui fa parte anche la Lombardia) coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola superiore Sant'Anna. L'analisi dell'impatto della riforma è stato condotto su 34 indicatori, ritenuti affidabili e confrontabili; per ogni indicatore è



stato confrontato il dato della Lombardia con i dati di Toscana e Veneto (situazione comparabile con la Regione Lombardia) nei periodi pre-riforma (anni 2014-2017 poiché si ipotizza che la riforma abbia richiesto un biennio di assestamento) e post-riforma (anni 2018-2019). Complessivamente si registra un “effetto riforma” statisticamente significativo su un numero piuttosto ristretto di indicatori (4 dei 34 analizzati). Miglioramenti rilevati:

- ulteriore contrazione dei ricoveri ospedalieri per i residenti lombardi;
- riduzione del tasso di ospedalizzazione per DRG medici (0-64 anni);
- riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete (35-74 anni).

Si registra invece un effetto riforma in senso peggiorativo per l'assistenza domiciliare integrata (Adi).

In sintesi queste sono le **principali criticità** che secondo Agenas caratterizzano oggi il Servizio sociosanitario lombardo:

- la frammentazione dell'impianto di governance;
- la dispersione dell'attività di controllo;
- l'assenza di un solido raccordo organizzativo tra ospedale e territorio;
- la separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione (tra Ats e Asst), con il distretto articolazione delle Ats;
- la separazione delle funzioni dell'attività di prevenzione;
- la competizione tra Asst ed erogatori privati accreditati.

### Confronto con la normativa nazionale

La peculiarità del modello lombardo rispetto all'assetto previsto dalla normativa statale consiste nella completa separazione delle funzioni di programmazione, acquisto di prestazioni e controllo, assegnate alle Agenzie Ats, da quelle di erogazione delle prestazioni assistenziali, assegnate alle aziende Asst e agli altri erogatori privati accreditati.

Nel confronto tra le previsioni della normativa lombarda (l.r. 33/99, modificata dalla l.r. 23/2015) con la normativa statale (D. Lgs. 502/92, modificato dal D. Lgs. 299/99) sono evidenziati i punti di contrasto, che riguardano:

- il **ruolo delle Ats**: rispetto alle Asl sono

Agenzie e non Aziende e non hanno funzione di erogazione;

- il **ruolo delle Asst**: erogano tutti i servizi attraverso i due Poli (territoriale e ospedaliero) e non ci sono Aziende Ospedaliere;
- il **Dipartimento di Prevenzione**, previsto in capo all'Asl dal D. Lgs. 502/92, in Lombardia risulta attribuito all'Ats, ma con una competenza Asst per l'erogazione di prestazioni;
- il **Distretto**: ha un ruolo di governo e di erogazione dei servizi di assistenza primaria, sanitari e sociosanitari nel D.Lgs 502, mentre in Lombardia l'erogazione delle prestazioni distrettuali è affidata all'Asst e agli altri erogatori;
- L'**attività di controllo** è prevista in capo a Regione e Asl nel D. Lgs. 502, in Lombardia è attribuita alle Ats e all'Agenzia regionale di controllo.

### Le proposte degli stakeholders

Nei mesi scorsi la Regione ha effettuato una serie di audizioni di soggetti istituzionali e portatori di interessi (ordini professionali, sindacati, erogatori, terzo settore, ...), raccogliendo valutazioni sul Ssr.

Il documento sintetizza alcune proposte emerse durante le audizioni, rispetto ai seguenti temi:

- **Regione/Ats**:
  - ricomporre ad unitarietà le competenze in ambito socio-sanitario e socio assistenziale (anche con riferimento al tema della disabilità), attualmente allocate su tre diversi assessorati regionali;
  - portare a compimento la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (Ats) da quelle di erogazione (Asst), unificando le funzioni oggi in co-gestione Ats-Asst (in particolare, le funzioni di prevenzione e cure primarie potrebbero essere trasferite alle Asst);
  - prevedere Tavoli Istituzionali di programmazione territoriale, condivisi tra Ats - Asst - Mmg/Pls.
- **Asst**:
  - distinguere tra polo ospedaliero e polo territoriale in termini di budget e personale;
  - ampliare l'attivazione di Pot e Presst, quali hub della medicina territoriale e luogo di gestione della presa in carico del paziente cronico;
  - condividere i percorsi clinico-assistenziali con



le cooperative di medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali.

• **Distretti:**

- istituire Distretti omogenei dal punto di vista territoriale;
- incardinare i Distretti nelle Asst, disegnandone i meccanismi di coordinamento con gli altri erogatori del Ssr, soprattutto con il polo ospedaliero delle Asst;
- inserire i Distretti all'interno del polo territoriale della Asst, afferendo ad essi i presidi di erogazione dei Lea territoriali;
- declinare nel dettaglio ruolo e compiti del Distretto;
- disegnare il Distretto quale luogo cardine dell'integrazione sociosanitaria e socioassistenziale, con compiti sia di erogazione dei servizi, sia di governo dei processi trasversali di continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- attivare strumenti di confronto e di interazione, finalizzati all'integrazione tra componente sociale del Comune e componente sociosanitaria;
- prevedere una coincidenza territoriale tra Di-

stretto e Ambito distrettuale di pertinenza degli enti locali associati, al fine di una programmazione sempre più integrata;

- coinvolgere i sindaci tramite incontri operativi stabili per delineare una programmazione integrata tra sociosanitario e sociale.

• **Dipartimento di prevenzione:**

- porre la prevenzione delle malattie infettive in capo ad un unico soggetto con funzioni di governance ed erogazione;
- prevedere azioni di comunicazione a sostegno di una maggiore diffusione della conoscenza dei programmi di prevenzione e promozione della salute;
- intensificare gli interventi di prevenzione specifici per gli anziani fragili in età antecedente la non autosufficienza (fascia 70/80 anni).

• **Agenzia regionale di controllo (Acss):**

- standardizzare, a livello di Acss, i criteri di controllo degli erogatori pubblici e privati, con l'obiettivo di uniformarne, a livello regionale, le modalità attuative.

• **Ircs:**

- specificare meglio il ruolo degli Irccs all'interno del sistema, ed in particolare il livello e gli ambiti di contrattazione per programmazione ed erogazione ed i meccanismi di controllo;
- sperimentare negli Irccs nuovi modelli organizzativi.

## Conclusioni e proposte di revisione del Ssr

Il documento sottolinea che l'obiettivo della ricerca è quello di delineare una proposta di riorganizzazione del Ssr lombardo che risponda a due esigenze:

- armonizzare l'impianto organizzativo rispetto alla normativa nazionale (D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche);
- rendere possibile un percorso di riorganizzazione sostenibile e condivisibile, a partire da una analisi delle principali criticità del Ssr.

Secondo Agenas i risultati dell'analisi multimetodo e alcune riflessioni sulla gestione dell'emergenza Covid-19 suggeriscono l'esigenza di una revisione di alcuni aspetti dell'impianto organizzativo e istituzionale del sistema sanitario lombardo, in particolar modo in riferimento al nodo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, sia sanitaria che sociosanitaria e della prevenzione.

Conclusivamente sono quindi indicati i **cambiamenti obbligatori e necessari** per armonizzare il Sistema sociosanitario lombardo con la normativa nazionale:

- Regione svolge funzioni di:
  - **pianificazione, programmazione e indirizzo;**
  - **accreditamento** istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta, come strumento fondamentale di governo del sistema, finalizzato ad una valorizzazione dell'attività dei soggetti privati accreditati all'interno della programmazione regionale, sulla base dell'analisi dei bisogni e del livello di soddisfacimento degli stessi;
  - **negoziiazione e contrattazione** con gli erogatori, pubblici e privati accreditati, per attività di ambito regionale o extra regionale (in alternativa all'Ats unica regionale);
  - **vigilanza e supervisione del controllo** (tramite Agenzia regionale di controllo) sul rispetto degli Accordi Contrattuali, sulla qualità

dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate da aziende pubbliche ed erogatori privati accreditati; emanazione di direttive sull'attività di controllo;

- **controllo** (tramite Agenzia di controllo) nei confronti degli erogatori di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli accordi contrattuali (in alternativa all'Ats unica regionale).

- Ats regionale, eventualmente con articolazioni territoriali, con funzioni di:

- **governo dell'offerta** degli erogatori lombardi di profilo nazionale;

- **negoziiazione e contrattazione** con gli erogatori, pubblici e privati accreditati, che rispondano a una domanda di salute non limitata ad una dimensione locale (in alternativa alla Regione);

- **controllo** nei confronti degli erogatori di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli accordi contrattuali (in alternativa alla Regione).

- Ats territoriali:

- **eliminazione delle attuali otto Ats** (eventualmente sostituite dalle articolazioni territoriali dell'Ats regionale).

- Asst (27): ad esse afferiscono i **Distretti, i Dipartimenti di prevenzione, i Dipartimenti di salute mentale ed i presidi ospedalieri**, svolgono funzioni di:

- **erogazione** di tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

- **indirizzo**, pianificazione, programmazione ed organizzazione dei servizi in attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali;

- **contrattazione e controllo** nei confronti degli erogatori di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali e sociosanitarie per attività in ambito locale con cui hanno stipulato gli accordi contrattuali.

- Distretti: sono **articolazioni delle Asst** con la previsione del direttore di Distretto, svolgono funzioni di:

- **governo ed erogazione** delle prestazioni distrettuali, con il coinvolgimento dei sindaci.

- Dipartimenti di Prevenzione: sono **articolazioni delle Asst**, svolgono funzioni di:

- **governo ed erogazione** delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione. ■

# PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE DELLA SANITÀ

*Le proposte di Cgil, Cisl, Uil  
per la modifica della legge regionale 23/2015*

La pandemia ha evidenziato le debolezze del nostro sistema sociosanitario, rendendoci più consapevoli dell'importanza di un servizio sanitario universalistico e pubblico e del fatto che la spesa sanitaria, dopo anni di razionamenti e di definanziamento, debba considerarsi un investimento per il benessere di tutti e di ciascuno. La riqualificazione del nostro sistema sanitario è possibile grazie anche alle risorse che nel corso dell'attuale emergenza pandemica si stanno attivando con strumenti di indebitamento il cui onere graverà sulle generazioni future. Proprio per questo le risorse disponibili non vanno sprecate e si giustificano solo se dal loro corretto e pieno utilizzo conseguirà uno sviluppo del Ssr, per metterlo in condizione di rispondere in modo appropriato ad una domanda di salute che dovrà misurarsi, anche dopo la Covid-19, con i problemi della transizione demografica, del conseguente aumento delle patologie cronic-degenerative e con la possibilità del manifestarsi di nuove emergenze epidemiologiche e sanitarie.

L'evoluzione del servizio sociosanitario, di cui la Lombardia ha più bisogno e che la legge 23/2015 non ha realizzato, riguarda, anzitutto, un cambiamento centrato su:

1. **la prevenzione** come fulcro del sistema sanitario e la prevenzione primaria alla base di tutte le attività preventive. Senza un miglioramento e rafforzamento organizzativo e funzionale nel

Ssl dei Dipartimenti di prevenzione, in coerenza con l'art.7 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., non può esserci un'efficace attività di promozione e tutela della salute delle comunità e degli individui negli ambienti di vita e di lavoro;

2. **il governo della domanda e della rete d'offerta erogativa di prossimità** in un unico punto di presidio fisico, chiaramente identificabile dal cittadino, che interagisca con la popolazione in multimodalità. Vale a dire, un'**organizzazione strutturata nel Distretto socio-sanitario**, capace di realizzare un'effettiva integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale, sanità e socio-sanitario. Senza una riorganizzazione dei Distretti non potrà esserci una sanità territoriale adeguata alle problematiche della fragilità, dell'integrazione sociosanitaria e della continuità di cura. Due sono gli assi fondamentali sui quali intervenire:

- **governo della domanda** e costruzione dei percorsi di presa in carico. I Distretti/ambiti distrettuali devono riappropriarsi della funzione di governo della domanda e di valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
- **governo della rete di offerta erogativa di prossimità**. Costituzione di nodi organizzativi per l'assistenza territoriale, indentificati fisicamente e strutturalmente nei Presst/Punto Salute, come sub-articolazione della rete territoriale delle Asst e sede unica dei servizi e degli operatori, incluso il Mmg/Pls e l'infermiere di fa-

miglia e di comunità come dipendente del Ssn. La nostra proposta si concentra su alcune problematiche di riorganizzazione del sistema di cura e assistenza, considerando anche le conclusioni del documento di Agenas, recepito dal ministero alla Salute, recante la proposta riorganizzativa di riallineamento del Ssl alle disposizioni di principio del D.Lgs. 502/92 s.m.i., e lasciando in secondo piano altri aspetti di struttura, riprendendo per facilità di lettura nomenclature esistenti, a cui non ci riteniamo affatto vincolati. D'altra parte, la modifica dei soli perimetri e delle tassonomie aziendali non sarebbe di per sé sufficiente a trasformare in meglio le prassi di servizio delle aziende riformate, come non lo è stato nel percorso attuativo della l.r. 23/2015. Il vulnus alla transizione dell'asse assistenziale verso il territorio della sanità lombarda e dell'assistenza di prossimità si trova all'interno della legge di riordino (L.R. 23/2015). Dovendo salvare l'impianto del sistema nella sua articolazione, come definito dalle norme sovraordinate, e volendo garantire la separazione delle funzioni di Programmazione, Acquisto e Controllo, da un lato, ed erogativa, dall'altro, la norma regionale ha generato un ibrido organizzativo, per cui alcune funzioni erogative non derogabili sono rimaste in carico ai Distretti (art. 6 c. 3), mentre altre funzioni sono state trasferite alle Asst. I problemi del nuovo assetto del sistema lombardo, quindi, non sono solo l'effetto di una insufficiente attuazione del mandato legislativo bensì sono strettamente conseguenti e correlati all'impianto legislativo medesimo.

La norma, infatti, attribuisce alle Ats, e strumentalmente ai Distretti, il *“governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale”* e il *“governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie”* (art. 6 c. 3, lett. b e c). Secondo i principi ispiratori della legge di rior-

dino del 2015, i Distretti si configurano come enti strumentali territoriali, presidi di salute pubblica delle ATS, e pertanto attuatori del mandato affidato alle medesime Ats.

In tale quadro, i Distretti (art. 7 bis), che *“hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività”* (art. 7 bis, c. 5), dovrebbero svolgere una funzione non meglio specificata di governo, non chiarendo in concreto dove termina la funzione di coordinamento e dove comincia la funzione prestazionale/erogativa degli stessi. Il ruolo dei Distretti pertanto non è definito, così come non sono evidenti le dinamiche e i processi di coordinamento con la rete

erogativa di prossimità in capo alle Asst, ed in particolare alla direzione sociosanitaria.



## 1. LA GOVERNANCE DEL SSL

Il governo del sistema deve recuperare integrità, coordinamento e autorevolezza. La forma e le modalità organizzative possono assumere tassonomie differenti, ma la sostanza del cambiamento da realizzare deve essere una forte integrazione tra l'anima sanitaria e quelle sociosanitaria e sociale-assistenziale.

Inoltre, l'evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo non può prescindere dal confronto sistematico, ampio, concreto e autorevole con le scriventi organizzazioni sindacali, stante che proprio con Cgil, Cisl, Uil regionali la presidenza di Regione Lombardia sottoscrisse

nell'anno 2014 l'Accordo sulla riforma del servizio sociosanitario, riconoscendo sia la rilevante rappresentatività del sindacato confederale tra i lavoratori e i pensionati che fruiscono dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e la funzione di rappresentanza dei loro interessi generali svolta dalle stesse organizzazioni sindacali, sia la maggior rappresentatività del sindacato confederale tra gli operatori del Servizio socio-sanitario regionale, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali.

Per tali ragioni si propongono di seguito alcuni interventi di assetto del sistema.

#### **A. Accorpamento delle funzioni assessorili.**

È importante che la rete sanitaria e socio-sanitaria così come le politiche sociali a carattere prevalentemente sanitario siano ricomprese in un unico assessorato, che abbia la gestione delle risorse economiche. In concreto occorre far confluire all'interno dell'assessorato al Welfare il coordinamento delle seguenti gestioni:

- politiche sanitarie;
- politiche socio-sanitarie territoriali (a carattere residenziale, semiresidenziale e domiciliare);
- politiche sociali a prevalente impatto sanitario e socio-sanitario (comprendendo le politiche per la disabilità).

#### **B. Potenziamento delle funzioni della DG Welfare.**

Si devono potenziare, con adeguate competenze e risorse economiche ed umane, le funzioni all'interno della DG Welfare legate alle seguenti materie:

- prevenzione, igiene e salute pubblica. Promozione e educazione alla salute;
- programmazione e sviluppo medicina territoriale e integrazione sociosanitaria;
- programmazione e sviluppo rete infrastrutturali ospedaliera;
- innovazione e Health Technology Assessment;
- monitoraggio delle politiche e Value Based Health Care, concentrandosi anche sugli esiti clinici e non più solo sulle singole prestazioni erogate.

**C. Rafforzamento dei Dipartimenti di Prevenzione** ricomponendo le funzioni di governo e di erogazione delle prestazioni preventive e delle attività di promozione e tutela della salute, strutturato in servizi dotati di autonomia tecnico-funzionale e unità operative territoria-

li, la cui competenza territoriale coincide con il Distretto e in forte collegamento e in interazione con esso e, come per il Distretto e il Presidio Ospedaliero, deve essere previsto a livello regionale ed aziendale un finanziamento certo e vincolato.

**D. Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale.** In tale quadro si riscontra l'evidenza di agire secondo le due precitate direttrici del cambiamento:

#### **1.1 Governo della domanda – Riaffermare il ruolo di regia del Distretto sociosanitario nel governo della domanda di salute della popolazione.**

È necessario il potenziamento del ruolo del Distretto sociosanitario come ente di programmazione e di governo. Al Distretto vanno (ri)affidati i processi di generazione della domanda di salute, in particolare quella relativa a condizioni croniche, pluripatologiche, degenerative e rare. In quest'ottica, al Distretto competono l'analisi dei bisogni e il supporto socio-sanitario e sociale, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale che determini il piano di cura e assistenziale più appropriato. Tale attività di costruzione di un percorso di reale presa in carico della persona dovrà poi vedere il momento attuativo/erogativo delle prestazioni nel setting assistenziale in capo alla Asst, tramite le proprie articolazioni territoriali di prossimità, in integrazione con gli altri attori del contesto socio-sanitario e sociale.

Sempre nell'ambito territoriale distrettuale occorre recuperare la dimensione programmatoria attraverso la definizione di Piani di Salute Distrettuali triennali con la partecipazione dei Comuni afferenti al territorio di competenza. Il ruolo dei Comuni e della Conferenza dei Sindaci di Distretto non può avere solo valore consultivo, ma deve essere determinante ai fini dell'approvazione ed attuazione del Piano.

#### **1.2 Governo della rete di offerta territoriale di prossimità – Rendere il PreSST/Punto Salute il reale nodo organizzativo, fisicamente individuato, di presidio e coordinamento della rete dei servizi territoriali.**

Ridiamo responsabilità ai territori e affiniamo il modello organizzativo per una sanità più vicina al bisogno e agli ambiti di vita delle persone e

della comunità. Il Distretto deve implementare modalità e procedure di effettiva partecipazione degli enti locali e degli erogatori, e di coinvolgimento e confronto con le organizzazioni sindacali e gli altri corpi intermedi, per valorizzare la medicina di territorio e migliorare il coordinamento dell'assistenza di prossimità. Occorre che tale livello/nodo organizzativo sia definito nel testo normativo e declinato operativamente nei documenti di programmazione organizzativa (Poas) all'interno del perimetro della Asst, con capacità di governo di un ambito territoriale con dimensioni adeguate.

Il coordinamento delle funzioni distrettuali con le attività erogative previste in capo alla rete territoriale delle Asst, e affidate alle responsabilità del direttore socio-sanitario (art. 7 c. 4-5), necessita di un nodo organizzativo, non previsto dalla norma nella sua definizione territoriale essendo i Pot e i Presst slegati da specifici riferimenti territoriali.

Occorre pertanto modificare la determinazione secondo la quale “*i Presst costituiscono una modalità organizzativa di riferimento*” (art. 7 c. 16) e attribuire ai medesimi, o ad altre forme organizzative-punti salute comunque denominati, il presidio fisico-strutturale e funzionale-strutturale dell'erogazione delle cure di ambito distrettuale, trasferendo al medesimo l'autonomia organizzativa e di budget prevista per il governo delle attività territoriali a carattere sanitario, sociosanitario e sociale.

In sintesi pertanto si configura la seguente struttura organizzativa:

- a) **un solo assessorato** per la gestione unitaria delle Politiche sanitarie, le Politiche socio-sanitarie territoriali (a carattere residenziale, semi-residenziale e domiciliare) e le Politiche sociali a prevalente impatto sanitario e socio-sanitario (comprendendo le politiche per la disabilità);
- b) **agenzia di controllo regionale** con funzioni di: 1) vigilanza e controllo degli erogatori accreditati e contrattualizzati di valenza regionale/extraregionale, 2) di indirizzo e supporto alle Asst per l'esercizio delle funzioni di controllo ad esse spettanti sugli erogatori accreditati e contrattualizzati con valenza territoriale;
- c) **agenzia regionale emergenza urgenza** (Aeu);

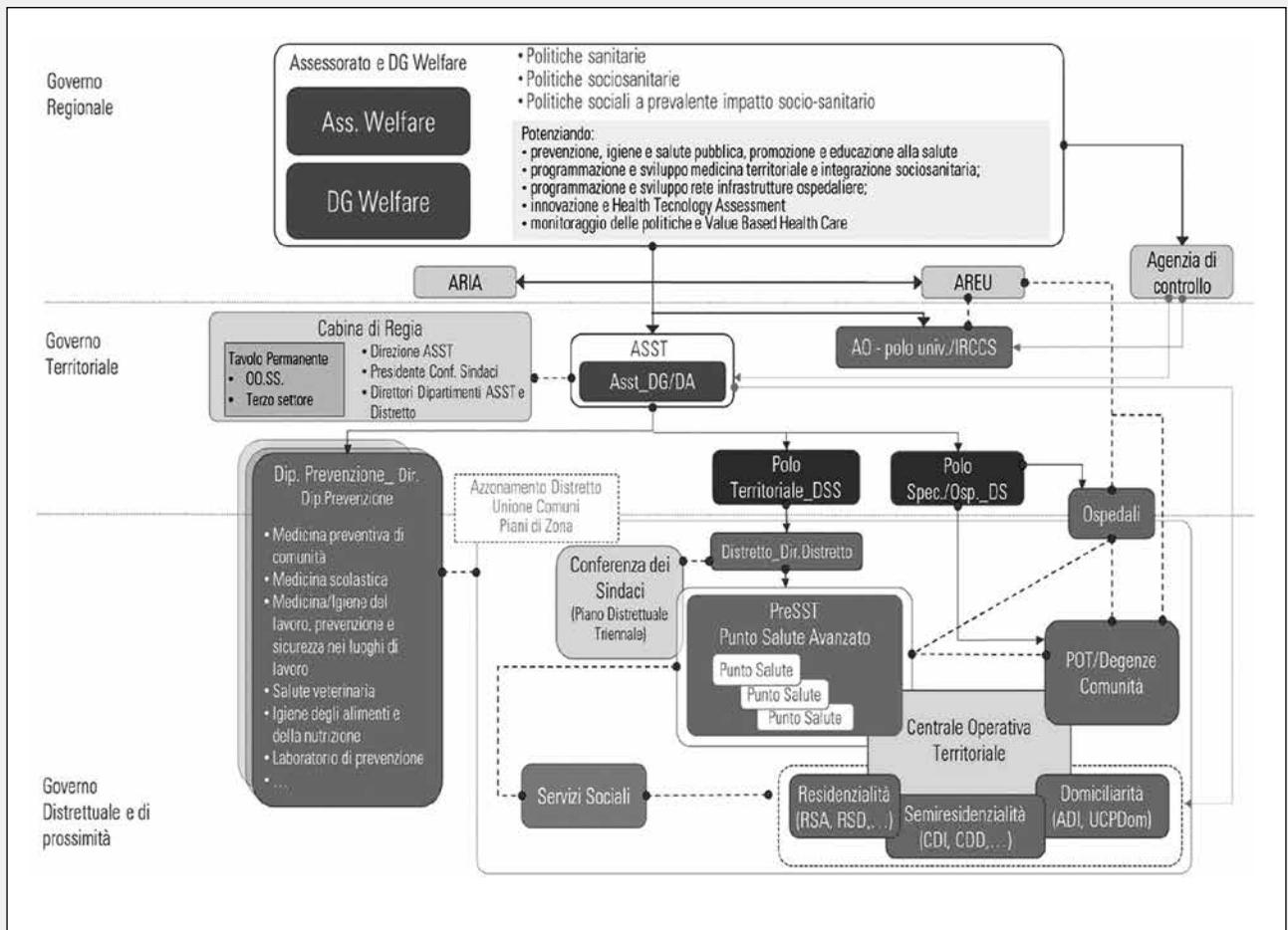
d) **azienda regionale per l'innovazione e gli acquisti** (Aria), efficientando le procedure, migliorando la trasparenza e riqualificando le competenze;

e) **Asst articolata** nei due poli specialistico-ospedaliero e territoriale, che svolge funzioni di governo e pianificazione nel territorio di competenza in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale e di organizzazione dei servizi e dell'attività erogativa, assicurando i Lea ed eventuali livelli di assistenza aggiuntivi definiti dalla Regione tramite risorse proprie, con una allocazione distinta di budget rispetto ai due rami d'azienda e un maggiore riconoscimento di ruolo e autonomia del DS e del DSS, dei Direttori di Distretto e del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Cure Primarie, del Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze, del Dipartimento di Medicina penitenziaria. Prevedere l'istituzione di una Cabina di Regia che, tramite incontri sistematici e periodici, assicuri il coinvolgimento e il confronto attivo e la partecipazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, del Presidente della Conferenza dei Sindaci di Distretto, dei corpi intermedi e del mondo dell'associazionismo territoriale alla programmazione e progettazione e verifica attuativa della rete delle unità di offerta sanitaria, socio-sanitarie e sociale, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione, in coerenza con i principi e il modello di sussidiarietà previsti anche dall'art. 3 della legge regionale 3/2008 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”;

f) **Distretti sociosanitari** in numero ottimale in ogni ASST rispetto alla popolazione di riferimento, in coerenza e puntuale applicazione del D.Lgs. 502/92 s.m.i., e costituzione del nodo organizzativo territoriale all'interno della DSS delle ASST articolato su due livelli erogativi: *Punto Salute e Punto Salute Avanzato*, aventi le caratteristiche meglio specificate di seguito;

g) **I rccs di diritto pubblico e Aziende Ospedaliere** individuate sulla base dei criteri di carattere tecnico ed organizzativo indicati dall'Art.4 del D.Lgs. 502/92 s.m.i. autonomi e disancorati dalla gestione della rete territoriale.

## 1.3 Struttura di governance del Ssl



## 2. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il cambiamento necessario rispetto al Dipartimento di Prevenzione deve realizzare un rafforzamento organizzativo e funzionale che valorizzi le funzioni di igiene, prevenzione e sanità pubblica, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ricomponendo anche le competenze di prevenzione veterinaria e della nutrizione, nonché della sicurezza alimentare, per ottimizzare nel territorio le competenze epidemiologiche e la promozione della salute, la prevenzione primaria, promuovendo azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, professionale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con i dipartimenti dell'Asst e con il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Occorre a questo fine incrementare le risorse dedicate alla prevenzione in sanità e definire dotazioni standard per i servizi di prevenzione,

potenziando gli attuali organici per rapporto alla popolazione di riferimento e alle caratteristiche territoriali, con tutte le professionalità necessarie (medici e veterinari, laureati in scienze ambientali, biologia, ingegneria ambientale e biotecnologie, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari e amministrativi) per le attività preventive del Dipartimento, tornando ad investire su ambiti di primaria importanza quali l'epidemiologia applicata, la medicina scolastica, la medicina sui luoghi di lavoro. Sviluppare le iniziative di prevenzione ed educazione alla salute degli ambiti di vita e aggregazione sociale, siano essi scolastici o lavorativi, risulta essere una delle primarie forme di tutela della salute pubblica. Intervenire, inoltre, sulle fasi di vita, garantendo iniziative di invecchiamento attivo per la popolazione anziana, così come la prevenzione dei principali fattori di rischio per la popolazione adolescente ed adulta, agendo sui principali fattori di rischio (fumo, alcool,

dieta e attività fisico-motoria e inquinamento), impone un ripensamento ed un investimento complessivo, abbandonando un'ottica meramente di spesa per concentrarsi su impatti di medio-lungo periodo.

Per mettere in atto un cambiamento reale nelle prassi e nella qualità dei servizi è necessario agire sulle leve della formazione del personale, sull'educazione sanitaria nella scuola, nei luoghi di lavoro e nella comunità, sull'integrazione tra livelli di cura, in ottica di riduzione del danno e delle patologie non trasmissibili, generando significative economie di sistema, come suggerito dall'Agenda ONU 2030 - Obiettivo 3. Tutti i soggetti coinvolti, nel processo di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro, inclusi i medici competenti essendo essi titolari della sorveglianza sanitaria, devono essere parte attiva del sistema regionale di prevenzione, come previsto dal D. Lgs 81/08 e RLS/RLST realizzando luoghi e forme di interazione con i servizi territoriali.

### 3. SANITÀ TERRITORIALE

Operativamente occorre creare presidi erogativi del Distretto, – utilizzando l'attuale profilo organizzativo dei PreSST o creandone uno innovativo comunque denominato facilmente comprensibile e individuabile dai cittadini – ossia dei Punti Salute articolati su due livelli di servizio a intensità crescente: *Punti Salute e Punti Salute Avanzati*.

In termini di distribuzione territoriale occorrerà prevedere:

#### A. Il Punto Salute

Il Punto Salute sarà caratterizzato a titolo esemplificativo dalle seguenti funzioni, che possono variare in base alle caratteristiche territoriali, logistiche e della domanda della comunità:

- agisce su ambiti territoriali corrispondenti all'articolazione dei Distretti e/o loro sub-articolazioni;
- è governato da una chiara responsabilità organizzativa (referente, preferibilmente medico-sanitario con specializzazione in igiene, medicina interna, medicina generale);
- ha un budget annuale definito per la gestione corrente e partecipa alla definizione di un piano di investimenti territoriali;
- svolge le seguenti attività amministrative:

- attività amministrative proprie (scelta e revoca, attivazione FSE, attivazione/rinnovo esenzioni, ecc.);

- uffici protesi ed ausili;

- centro prenotazioni;

- gestione delle necessità informative della popolazione, tramite un Punto/Sportello informativo;

- svolge tutte o parte delle seguenti attività sanitarie:

- ambulatori MMG/PLS di gruppo e/o di rete, con ampia disponibilità di accesso nella giornata (copertura oraria 8-20) e capaci di offrire un'ampia gamma di prestazioni, con dotazione di dispositivi diagnostici per effettuare alcuni esami e, in connessione con l'ospedale, per trasmettere immagini, ECG, refertazione e teleconsulto;

- infermiere di famiglie e di comunità;

- centro prelievi;

- continuità assistenziale;

- svolge tutte o parte delle seguenti attività socio-sanitarie e sociali:

- servizio sociale territoriale e sportello unico welfare;

- servizio di psicologia;

- consultorio di base (ostetricia, ginecologia, consulenza sociale e psicosociale, ecc.).

#### B. Il Punto Salute Avanzato

Il Punto Salute Avanzato integrerà le funzioni previste per il livello di base in tutto o in parte con le attività a titolo esemplificativo sottoelencate:

- attività amministrative:

- commissione medica legale – invalidità civile – patenti;

- coordinamento e gestione operativa di campagne di screening e prevenzione primaria, secondaria e terziaria (in stretto coordinamento con scuole e luoghi di lavoro);

- gestione dei percorsi di ammissione/dimissione protetta dalla rete d'offerta residenziale e semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria territoriale (Centrale Operativa Territoriale);

- gestione dell'attivazione della rete domiciliare (ADI e UCPDom, in primis);

- attività sanitarie:

- medicina preventiva primaria, secondaria e terziaria e centro vaccinale;

- Unità Valutazione Multidimensionale;
  - Centri Psico Sociali (CPS) e NeuroPsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA);
  - Servizi per le dipendenze (Ser.T; NOA; gioco d'azzardo patologico);
  - Medicina scolastica;
  - Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;
  - Diagnostica di primo livello e/o Point Of Care;
  - Ambulatori specialistici (con riferimento in particolare a cardiologia, pneumologia, ginecologia/urologia, geriatria, dermatologia e allergologia, ecc.);
  - Continuità assistenziale, ricoveri sub-acuti e/o degenze di comunità;
  - Centrale operativa per la telemedicina/teleassistenza (dispositivi per il monitoraggio cardiologico, saturimetria, pressione arteriosa, diagnostica POC, ecc.);
- attività sociosanitarie e sociali:
- Psicologia clinica e psicoterapia;
  - Gestione BES/DSA e psicomotricità;
  - Supporto alla fertilità, alla maternità e genitorialità, adozioni, affidi, problematiche di coppia, adolescenti.

Approfondendo alcune tematiche risulta necessario focalizzare negli atti di programmazione sanitaria:

a) **Rete ospedaliera** – Unitamente con gli interventi che il Legislatore regionale dovrà operare sulla rete territoriale, occorre assicurare lo sviluppo della rete ospedaliera, con i necessari adeguamenti energetici ed edilizi, considerando elementi quali la dislocazione territoriale e le distanze urbane, il numero di strutture e le loro specialità, compiti loro attribuiti in funzione di un effettivo collegamento con il territorio, migliorandone la gestione e il coordinamento delle varie realtà che operano nel contesto sanitario territoriale (presidi, MMG, enti locali, terzo settore, ecc.);

b) **MMG/PLS/SAI** – Sviluppare l'ipotesi di un rapporto convenzionale regionale integrativo per le categorie mediche indicate che sia finalizzato in particolare all'incentivazione di forme di associazionismo tra MMG e PLS;

c) **Prestazioni ambulatoriali specialistiche di prossimità** – Garantire la presenza di ambulatori specialistici territoriali delle principali

branche in orari predeterminati e settimanalmente calendarizzati attraverso la localizzazione di turni di personale medico ospedaliero all'interno dei PreSST/Punti Salute Avanzati. A titolo esemplificativo si potrebbe prevedere che un turno a settimana dei medici specialisti ospedalieri venga svolto a livello territoriale;

d) **Modello di resa in carico della cronicità** – La più parte dei cronici oggi fuori dal modello organizzativo vigente devono essere al più presto messi in condizione di essere ingaggiati, nei nuovi Distretti, dai MMG o nelle altre strutture accreditate per la predisposizione dei PDTA necessari e la gestione con tempistiche appropriate dei follow up. La disarticolazione organizzativa della PIC si è completata con la figura giuridica del gestore (32 enti pubblici – ASST e IRCCS pubblici –, 73 enti privati, 93 RSA, 70 altri soggetti, 25 cooperative di MMG e PLS) con esiti che, stante quanto fin ad oggi attuato del modello, con la presa in carico di una frazione minoritaria della popolazione dei soggetti cronici, non si possono dire adeguati rispetto agli obiettivi che ne hanno motivato l'introduzione. Si rende perciò necessario rivedere il modello, l'organizzazione e le regole d'ingaggio, con una programmazione dell'offerta in rapporto alla domanda rilevata e con un ruolo centrale nel modello di PIC del MMG e della medicina di gruppo tramite una più sviluppata presenza nel territorio dell'associazionismo tra i MMG;

e) **Continuità Assistenziale** – Migliorare la gestione dei presidi di continuità assistenziale, integrandoli nei Punti Salute territoriali, finalizzandoli anche alla gestione dei codici minori (bianchi e verdi) di urgenza con la finalità di decongestionare i PS dei presidi ospedalieri;

f) **ADI e Cure Palliative Domiciliari** – Potenziare tali modalità di servizio e assistenza con un incremento di budget, utilizzando un criterio che lo rapporti al reale bisogno di assistenza al domicilio e trovi punti di convergenza con il SAD, e una contrattazione anticipata delle attività e del budget di gestione dei profili di cura;

g) **Centrale operativa telefonica per il teleconsulto** – Attivazione di un nucleo operativo, in seno ai presidi ospedalieri, che gestisca le

richieste di teleconsulto con provengano dalla medicina di base e/o territoriale e calendarizzi le attività conseguenti;

h) *Farmacie dei Servizi* – Valorizzazione della Farmacie dei Servizi in un’ottica di potenziamento della funzione dei presidi attuali delle farmacie tramite l’integrazione di servizi, in particolare nell’area della prevenzione, del monitoraggio degli stati di salute e di controllo ed educazione alla salute, al benessere e ai corretti stili di vita;

i) *Unità mobili di medicina preventiva, igiene e sanità pubblica* – Attivazione di unità mobili di medicina preventiva che siano in grado di gestire eventi sanitari imprevisti e di intervenire su particolari e specifici bisogni di salute territoriali. In tale prima fase potrebbero essere utilizzate per l’effettuazione dei tamponi in multimodalità.

## 4. CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO E PRESA IN CARICO

### 4.1 Dinamiche di funzionamento dei sistemi integrati di presa in carico del bisogno – Centrale operativa territoriale, Coordinamento multiprofessionale

La parte strutturale del sistema di governo delle reti territoriali, articolata nelle due dimensioni descritte, deve essere accompagnata da dinamiche di processo che permettano ai vari operatori della rete di interagire in maniera efficace, agile e con procedure amministrative semplificate.

In particolare occorrerà procedere allo sviluppo di *Centrali Operative Territoriali*, all’interno dei Punti Salute Avanzati, con le seguenti caratteristiche:

a) *Accessibilità ai servizi tramite punti unici d’accesso* – Garantire il coordinamento della rete di offerta avendo piena visibilità dell’accessibilità ai servizi sia in termini di posti disponibili degli erogatori delle reti di offerta territoriali (RSA/RSD, cure intermedie/di transizione, in primis) e di possibilità di presa in carico all’interno della rete assistenziale domiciliare, sia relativamente alla gestione delle agende di attività poliambulatoriale specialistica;

b) *Integrazione dei percorsi* – Garantire l’integrazione e la transizione tra i percorsi di cura dal domicilio alla rete dei servizi di

territorio sino alla gestione in ammissione/dimissione alla rete specialistico/ospedaliera;

c) *Integrazione delle informazioni* – Garantire la gestione integrata dei professionisti tramite la possibilità di interagire su una unica base dati informativa sullo stato di salute/bisogno del cittadino integrando il bisogno sanitario e i bisogni di carattere sociale. Tale fascicolo informativo evoluto, in un’ottica di *cartella clinica elettronica*, dovrà essere accessibile, con le modalità autorizzative consentite dalla legge, da tutti i professionisti sanitari e non che prestano attività di cura e assistenza con vari profili di scalabilità, sia in modalità lettura sia in modalità scrittura;

d) *Gestione remota dei sistemi di tecnoassistenza e telemonitoraggio* – Garantire la gestione remota di sistema di telemonitoraggio/teleassistenza in ottica di telemedicina/tecnoassistenza per il monitoraggio di parametri funzionali alla gestione di alcuni stati di bisogno prevalentemente cronici tra cui a titolo esemplificativo non esaustivo condizioni cardiologiche, pneumologiche, diabetiche, neurologico degenerative tramite il monitoraggio di alcuni alert specifici (glicemia, fibrillazioni atriali, pressione arteriosa, temperatura corporea, saturazione, cadute, diagnostica POC, ecc.);

e) *Coordinamento multiprofessionale* – Garantire il coordinamento multiprofessionale tramite l’attivazione di un sistema di monitoraggio che permetta valutazioni multiprofessionali simultanee o differite su specifici casi, con la gestione delle agende specialistico territoriali, e/o il teleconsulto specialistico, in stretto coordinamento con i Dipartimenti/UOC/UOS dei presidi specialistico/ospedalieri;

f) *Integrazione pubblico/privato* – Realizzare l’integrazione delle agende e delle disponibilità di prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie integrando i data base degli operatori pubblici e privati del sistema di rete territoriale.

### 4.2 Valorizziamo la medicina di territorio – Creiamo cultura organizzativa, formiamo il personale, con responsabilità chiare e budget dedicati

I livelli di governo delle funzioni erogative territoriali dovranno essere caratterizzati da:

a) **Coordinamento organizzativo e formazione** - I nodi organizzativi territoriali individuati dovranno vedere il coordinamento di professionisti formati, considerando in primis la possibilità di coinvolgere in tale funzione MMG/PLS, che abbiano competenza di epidemiologia e igiene pubblica e che abbiano una capillare conoscenza degli attori del sistema territoriale (sia sanitari, sia socio-sanitari) e dei livelli istituzionali di interlocuzione sulle specifiche materie (in primis enti locali territoriali). A questi profili dovrà essere dedicato un percorso formativo specifico che garantisca l'individuazione di priorità di sistema rispetto al bisogno di salute territoriale;

b) **Partecipazione** - Avvicinando il livello organizzativo al territorio saranno facilitate e valorizzate le funzioni modalità di coinvolgimento e partecipazione e dialogo con degli enti locali, dei corpi intermedi, dell'associazionismo e delle rappresentanze sociali nelle attività di promozione della salute, valutazione dei bisogni, organizzazione dei servizi e semplificazione dell'accesso alle reti assistenziali;

c) **Costruzione della rete erogativa territoriale** - Definire la rete dei servizi territoriali, governando e progettando le attività degli erogatori presenti sul territorio, attuando i livelli organizzativi previsti: Punti Salute, unità d'offerta extraospedaliera di comunità (post-acuti e cure intermedie) e gestire le relazioni organizzative con i livelli di presidio ospedaliero (POT, in primis, e rete ospedaliera);

d) **Integrazione della rete degli erogatori e presa in carico del bisogno** - Il nodo organizzativo dovrà occuparsi di svolgere la funzione di pivot del bisogno di salute della persona, costruendo percorsi di salute intorno al paziente, coordinando gli erogatori e individuando la soluzione migliore per rispondere al problema di salute e di contesto sociale del paziente, tramite il coordinamento della rete degli erogatori e un livello informativo chiaro e omogeneo;

e) **Responsabilità e budget** - Le funzioni individuate dovranno avere una chiara responsabilità organizzativa e dovranno essere dotate di budget specifici per lo sviluppo di interventi di ambito (declinando quanto già previsto dalla L.R. 23/2015 art. 7 c. 5). Il dialogo con le

istituzioni locali e i corpi intermedi territoriali dovrà essere la modalità ordinaria per i Distretti e gli Ambiti distrettuali di costruzione di un sistema erogativo integrato.

## 5. SVILUPPARE I MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SERVIZIO IN AMBITO SOCIOSANITARIO

È necessaria un'azione regolatoria e di sostegno per l'innovazione e riorganizzazione dell'offerta sociosanitaria, e per realizzare una presa in carico da parte dei sistemi di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale che punti, anzitutto, a prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di condizioni di non-autosufficienza o ritardare il passaggio delle persona anziana o vulnerabile dal domicilio all'ingresso in struttura residenziale, evitando accessi inappropriati e non necessari, in presenza di servizi alternativi, semiresidenziali o domiciliari.

A questo fine si dovranno rafforzare setting di prossimità e domiciliarità assistita e modelli di residenzialità, con:

a) lo sviluppo dei servizi di residenzialità "aperta" e "leggera" per assicurare la permanenza della persona in un contesto che favorisca il mantenimento della vita di relazione e un adeguato sostegno alle residue autonomie,

b) la riqualificazione e riorganizzazione delle unità d'offerta integrando in modo diffuso nella rete socio-sanitaria e socio-assistenziale strutture destinate ad accogliere persone anziane e vulnerabili, cui offrire nuove modalità assistenziali e una residenzialità pensata anche per la tutela dei livelli di autonomia e la promozione del benessere psico-fisico, organizzata in modo da favorire il mantenimento degli interessi personali e la socializzazione, compatibilmente con le condizioni cliniche e le limitazioni funzionali delle persone assistite, e con il supporto medico, infermieristico e riabilitativo;

c) la revisione del sistema degli accreditamenti delle strutture sociosanitarie, in particolare, per quanto attiene:

- i modelli organizzativi, di servizio e residenzialità per una maggiore appropriatezza e qualità dell'assistenza;
- l'adeguamento dei minutaggi di assistenza alla reale complessità assistenziale degli ospiti;
- l'obbligo delle strutture accreditate alla tra-

sparenza ed evidenza pubblica dei dati relativi al servizio, agli esiti e alle rette applicate;

d) una migliore allocazione e distribuzione delle risorse del Fsr rispetto al sistema sociosanitario che riconosca agli enti gestori l'effettivo carico assistenziale rispetto alla casistica trattata e al miglioramento degli esiti, con un corretto ed equo riparto degli oneri tra quota sanitaria e quota sociale, aggiornando le tariffe a carico del Fsr, garantendo la copertura del 50 per cento del costo come previsto dai Lea;

e) la regolazione della quota di compartecipazione tramite la retta a carico delle famiglie secondo criteri di sostenibilità e sopportabilità, e uno standard adeguato di servizi;

f) il rafforzamento degli organici e lo sviluppo di percorsi professionalizzanti degli operatori previsti dai CCNL sottoscritti dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in coerenza con i bisogni assistenziali e lo sviluppo dei modelli di servizio.

## 6. RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO

Il rapporto pubblico/privato dovrà essere rivisto in direzione di un riequilibrio a favore delle strutture pubbliche che sono nel sistema lombardo in evidente posizione di svantaggio, stante un'equiparazione affermata in linea di principio ma di fatto impraticabile per il pubblico, sia sul piano dell'acquisizione dei fattori

produttivi che della flessibilità organizzativa. Riconsiderare il percorso di autorizzazione/accreditamento e contrattualizzazione degli erogatori privati sanitari e sociosanitari, rivedendo le regole di ingaggio, le procedure ed il sistema di remunerazione, **finalizzandolo al raggiungimento di obiettivi di cura**, per favorire una maggiore integrazione e collaborazione con il sistema pubblico di cura e assistenza, anziché di sostituzione e competizione, ed un governo pubblico che, **sulla base di una programmazione regionale e territoriale, fondata sull'analisi dei bisogni assistenziali**, sappia orientare le risorse e l'offerta sanitaria privata.

È necessario, pertanto, rivedere il rapporto con il privato accreditato e contrattualizzato di Regione Lombardia affinché assuma un assetto che valorizzi:

a) **funzioni integrative e non sostitutive**. Il privato, accreditato e contrattualizzato con il SSR, deve svolgere una funzione integrativa del sistema sanitario pubblico, a fronte di un percorso programmatico pubblico e di governo;

b) **revisione del sistema di remunerazione**. Occorre rivedere il sistema di payment del privato accreditato e contrattualizzato attraverso una revisione dei budget, in linea con i principi della programmazione e declinando parte di esso a specifiche esigenze e branche specialistiche, evitando dinamiche di



autoselezione dei profili del paziente, anche attraverso un percorso di revisione del case-mix e dinamiche tariffarie “a pacchetto” e/o “a performance/outcome clinico-assistenziali”;

c) **socio-sanitario territoriale e domiciliare.** Sviluppare un sistema maggiormente flessibile e dinamico di transizione da setting e regimi assistenziali permettendo una più ampia e facilitata mobilità tra regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Rispetto a tali unità di offerta potrebbe essere interessante valutare il potenziamento delle attività di ADI e di Assistenza Domiciliare Cure Palliative (UCPDom) attraverso significativi incrementi di budget;

d) **monitoraggio e controllo.** Attivare efficaci sistemi di monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni, con la possibilità di introdurre dinamiche periodiche di coordinamento e flessibilità della offerta di servizi per meglio rispondere agli obiettivi di programmazione sanitaria e alle esigenze della domanda.

## 7. POTENZIAMENTO ORGANICO

Il necessario potenziamento dell'organico della rete territoriale, attraverso la definizione di standard parametrati alla popolazione e alla infrastruttura della rete dei servizi, così come l'attivazione di percorsi di formazione specialistica, anche grazie al coinvolgimento delle università lombarde, l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità alle dipendenze del Ssr nel contesto di un rinnovato ruolo dei MMG e PLS, la formazione degli operatori socio sanitari finalizzata ad un più adeguato utilizzo di questa professione sia nell'ambito sanitario che sociosanitario, prevedendo l'avvio diffuso di scuole collegate al sistema sanitario; sono tutti aspetti fondamentali per la piena attuazione ed evoluzione della sanità territoriale, superando forme di precariato oggi ancora presenti nel Ssr avviando adeguati percorsi di stabilizzazione.

A questo riguardo è indispensabile anche uno stretto coordinamento fra il governo regionale e nazionale al fine di superare i vincoli assunzionali e di spesa vigenti e per adeguare gli organici alla riorganizzazione del Ssr.

L'attivazione di un Piano straordinario di rafforzamento e infrastrutturazione della rete territoriale deve trovare adeguata rispondenza ne-

gli obiettivi delle Direzioni del Ssl, così come in quelli dei dirigenti della struttura regionale. Le funzioni di controllo e valutazione devono essere monitorate sulla base dell'attuazione e degli esiti e non su indicatori di processo e/o definizione di piani di sviluppo.

I processi di mobilità del personale in servizio derivanti dalle trasformazioni e riorganizzazioni aziendali, a seguito della riattribuzione delle competenze, devono essere oggetto di verifica e confronto preventivi a livello regionale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative al fine di garantire la piena funzionalità dei servizi nonché il mantenimento della retribuzione accessoria in essere al personale in servizio.

Le semplici idee proposte vogliono rappresentare un contributo concreto, attuabile e velocemente “cantierabile” in direzione di un cambio di paradigma che generi uno sviluppo sostenibile della sanità e che punti sulla logica di investimento, che sviluppi alleanze e network finalizzati a produrre risultati in termini di igiene e salute pubblica prevenzione e medicina del lavoro e nella comunità, di promozione ed educazione della salute in ottica di riduzione del danno e del rischio per la gestione delle patologie demo-correlate, croniche e sociali che impattano già oggi, e sempre più nel prossimo futuro, sulla vita delle persone.

Perciò riteniamo imprescindibile che contestualmente alla modifica della legge regionale 23/15 si determinino le risorse destinabili ai percorsi riorganizzativi e di rafforzamento del Ssl, all'ammodernamento delle strutture, all'acquisto di strumentazioni biomedicali di nuova generazione per soddisfare le nuove esigenze della popolazione. ■



# INTERVENTI

38 Emilio Del Bono  
*Sindaco di Brescia*

40 Emilio Didonè  
*Segretario generale Fnp Cisl Lombardia*

43 Serena Bontempelli  
*Segreteria Uilp Uil Lombardia*

# I COMUNI GARANTI DELLA GOVERNANCE SOCIO SANITARIA

Emilio Del Bono *Sindaco di Brescia*

L'emergenza sanitaria, che ormai da oltre un anno sta mettendo in grande difficoltà il nostro paese, ha fatto emergere, in tutta la sua allarmante chiarezza, i limiti e le criticità strutturali del nostro sistema socio-sanitario, soprattutto nella sua organizzazione territoriale.

È quindi quanto mai essenziale procedere con una seria riflessione e con un'analisi accurata delle criticità, per giungere al superamento della Legge Regionale 23/2015, i limiti della quale si sono rivelati con drammatica evidenza nelle fasi più critiche dell'epidemia da covid-19.

In primo luogo, è necessario riprogettare il ruolo dei Comuni nella definizione dei bisogni e nell'integrazione delle politiche di assistenza sociale con quelle sanitarie, evitando la frammentazione tra gli enti. Le principali difficoltà che si sono riscontrate nell'affrontare la pandemia sono dovute proprio a questo. La legge regionale 23 del 2015 prevede infatti che, nonostante la gestione dei servizi sanitari territoriali sia curata dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, il rapporto con i Comuni che gestiscono i servizi socio-assistenziali sia mantenuto dall'Agenzia di Tutela della Salute. È chiaro che, in questo modo, la programmazione dei servizi al cittadino risulta divisa tra enti



che non hanno la possibilità di un lavoro comune, come purtroppo abbiamo constatato. Oltretutto, nella fase che ancora stiamo attraversando, occorre che la programmazione sanitaria sia guidata dai dati epidemiologici, indicando i bisogni di cura attorno ai quali costruire la rete dei servizi.

Sono più che mai convinto che i sindaci, in quanto vertici degli enti territoriali lo-

cali di base, debbano partecipare alla pianificazione sociosanitaria territoriale e che, proprio per questo, i Comuni possano assumere la funzione di garanti della governance socio sanitaria all'interno del proprio territorio.

Il ruolo centrale nell'integrazione e nel coordinamento dei servizi locali deve tornare ad essere svolto dai distretti sociosanitari, che potranno così meglio rappresentare il punto di riferimento organizzativo per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta, in una logica di sanità pubblica.

In quest'ottica va rivista anche la dimensione del distretto, che va ricompresa tra i 50 e i 100mila abitanti, a ognuno dei quali occorre assegnare un budget congruente con gli obiettivi di salute. I servizi sanitari e sociosanitari, inoltre, debbono essere gestiti direttamente dai distretti, anche attraverso l'attivazione dell'infermiere di comunità. Quest'ultima fi-

gura professionale, prevista peraltro nel Decreto Rilancio, dovrà avere il compito di rispondere ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento non erogando soltanto assistenza, ma puntando a instaurare con le comunità e con le persone veri e propri legami.

In altre parole, la medicina territoriale deve fornire la prima risposta alle esigenze di salute, consentendo al cittadino di ricevere, dal servizio più prossimo al suo contesto di vita, il livello di cura adeguato. In questo modo è possibile associare, nella risposta, i determinanti sociali ed economici, oltre a quelli sanitari: elementi che non devono essere scissi.

Altro aspetto molto importante riguarda il maggior coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nella pianificazione dei servizi. La Legge 833 del 1978, grazie alla quale è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale, in questo senso è davvero molto chiara e garantisce espressamente la partecipazione dei cittadini (art.1 Capo I, Titolo I, Legge 833/1978):

“L’attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti lo-

cali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini”. Soltanto grazie al contributo e alle proposte di coloro che, quotidianamente, affrontano le problematiche legate alle patologie croniche, perché malati o perché accudiscono parenti malati, è possibile mettere in campo un sistema davvero capace di soluzioni efficaci, in grado di rispondere anche agli aspetti psicologici, sociali e alle problematiche di contesto familiare.

Per concludere, mi preme ricordare uno degli aspetti più significativi contenuti nel manifesto “La salute nelle città: bene comune”, presentato l’11 luglio 2016 a Roma in occasione del Primo Health City Forum e che gode del patrocinio dell’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani: “La città può offrire grandi opportunità di integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali, servizi culturali e ri-creativi. Il futuro della sostenibilità dei sistemi sanitari nel mondo non può, però, prescindere dallo studio dei determinanti della salute nelle grandi città.”

Noi sindaci siamo consapevoli di questa sfida e, certamente, non ci tireremo indietro. ■



# LA SFIDA DEL FUTURO È LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Emilio Didonè *Segretario generale Fnp Cisl Lombardia*

**I**nvecchiamento della popolazione, aumento delle cronicità e dell'aspettativa di vita sono alcuni dei fattori di cambiamento più importanti con cui il nostro sistema sanitario si sta confrontando. Secondo le stime di Osservasalute 2018 tra meno di dieci anni il numero di malati cronici italiani salirà a oltre venticinque milioni, di cui oltre quattordici milioni multipatologici. E le persone ultra 65enni con gravi limitazioni motorie passeranno dai tre milioni di oggi a oltre tre milioni e mezzo nel 2028. Stesso trend in Lombardia, dove gli over 65 sono più di 2 milioni e trecentomila di cui circa un milione e mezzo con una grave patologia. Al riguardo sono circa tre milioni gli assistiti cronici censiti in Lombardia, più del 30 per cento della popolazione, che impegnano circa il 70 per cento delle risorse sanitarie in ricoveri, specialistica e farmaci.

Questo trend epidemiologico sta animando da tempo il dibattito tecnico politico sulla necessità di attivare servizi di cure intermedie per la gestione delle fasi di transizione tra la malattia acuta e cronica, con l'obiettivo di garantire la continuità di cura tra servizi ospedalieri e territoriali (e viceversa tra servizi territoriali e ospedalieri), e ridurre il ricorso non appropriato ai servizi sanitari. Il prevalere delle ma-



lattie croniche degenerative invalidanti su quelle acute, sta determinando le condizioni di una *tempesta perfetta* che può mettere a rischio la sostenibilità economica e organizzativa dei sistemi sanitari non solo di quello italiano. Lo stiamo osservando, prima e dopo pandemia, soprattutto dove i servizi sanitari si sono organizzati nel corso degli anni con logiche ospedalocentriche. Quindi

sistemi, adatti a rispondere in modo intensivo e tecnologico alla malattia acuta ma spesso inadeguati a garantire la presa in cura dell'assistito affetto da malattie croniche e invalidanti. Spesso persone anziane funzionalmente fragili, affette da più patologie.

La politica sanitaria attuata negli ultimi anni, anche in conseguenza del Dm. n. 70/2015, ha portato a una progressiva riduzione della percentuale di ospedalizzazione e conseguente diminuzione dei posti letto per acuti. In Italia si sono tagliati troppi posti letto negli ospedali, tanto è vero che con 3,6 posti letto ogni mille abitanti siamo ben al di sotto della media UE di cinque posti letto ogni mille. La riduzione posti letto non aveva lo scopo di ridurre le risposte necessarie in termini di cura agli assistiti ma di spostare risorse *fresche* verso medicina e servizi territoriali. Questo non è avvenuto, e sono emerse tutte le note criticità organizza-

tive di sistema. In particolare ha reso più che mai evidente la necessità di potenziare **continuità assistenziale e dimissioni protette** per rispondere adeguatamente ai bisogni degli assistiti e famiglie, e per ridurre il fenomeno ricorrente dei ricoveri ripetuti e degli accessi al pronto soccorso. **Garantire la presa in carico dell'assistito**, dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute. Questa è tuttora la sfida aperta per l'intero sistema sanitario che non ha ancora definito standard qualitativi, strutturali, tecnologici per l'assistenza territoriale da nord a sud, nei piccoli centri come nelle grandi città. Con la pandemia ci si è resi conto che non si può contare solo sull'ospedale ma occorre creare nel territorio una medicina territoriale di riferimento affidabile e presente. E dopo tanti convegni e proclami è arrivato il momento di realizzare *qualcosa di concreto*.

**Il territorio, questo non luogo che oggi non c'è**, risponde a esigenze vere e reali che viviamo tutti i giorni quando i problemi da gestire sono tanti e tutti insieme. Come accade per i numerosi anziani affetti da più cronicità. La stessa Oms individua la continuità assistenziale come indicatore del buon funzionamento di un servizio sanitario. E recentemente, i ministri della Salute dei paesi più industrializzati hanno ribadito che la continuità assistenziale, programmata e integrata tra i diversi professionisti e luoghi di cura, è una risposta ineludibile in una società che invecchia sotto il peso delle malattie croniche.

Continuità assistenziale, dimissioni protette, integrazione sociosanitaria, medicina territoriale, assistenza domiciliare, residenze sanitarie assistenziali, case della salute, ospedali di comunità, medici di medicina generale, infermieri di comunità, telemedicina sono concetti organizzativi che devono diventare realtà nel nostro sistema sanitario. Oggi, la disomogeneità delle organizzazioni sanitarie nelle diverse regioni italiane nell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari rende difficile anche fare confronti e individuare modelli efficaci di buona pratica di medicina territoriale, anche dove qualcosa è stato fatto.

La parola continuità assistenziale spesso è molto abusata. In particolare si parla sempre di con-

tinuità ospedale - territorio ma poco nell'altro verso di continuità territorio - ospedale. Dal punto di vista pratico, si è fatto poco in tutti e due i sensi. In Lombardia qualcosa è stato deliberato ma nessuno ha controllato l'applicazione sul territorio. Questo ha provocato evidenti disomogeneità di procedure a livello locale anche di quel poco che alcuni volenterosi hanno praticato. Percorsi sono stati avanzati in alcune Asst ma in maniera parcellizzata e disorganizzata, con Ats e assessorato al Welfare che non si sono distinti per coordinare linee di indirizzo comuni in tutti i territori.

L'obiettivo comune deve essere quello di giungere progressivamente a *gruppi di cura* tra ospedale e territorio. Gruppi multidisciplinari e multiprofessionali che si confrontano e integrano, rendendo meno rigida la distinzione tra ospedale e territorio. E nel concetto di continuità assistenziale, le varie specialità mediche devono avere la possibilità di seguire gli ammalati dalla fase acuta in ospedale alla fase di monitoraggio e cura nel territorio. Quindi, per una reale presa in carico condivisa è fondamentale adeguare le procedure amministrative e informatiche delle dimissioni ospedaliere.

Questo tipo di strutturazione dell'assistenza deve portare al superamento dell'ospedale per intensità di cure in un ospedale per percorsi e processi, che non si svolgono solo in ospedale ma si estendono in soluzioni di continuità anche nel territorio. Per rendere attiva la collaborazione tra specialisti ospedalieri e medici territoriali di riferimento sono essenziali sistemi di collegamento informatici e digitali, che funzionino. Al riguardo, la dimissione dai reparti ospedalieri non comporta quasi mai la guarigione ma il passaggio a un altro tipo di cura, e quindi la interconnessione tra i diversi soggetti deve essere semplice e pratica.

Tutte le cure, sia ai pazienti cronici sia a quelli che presentano quadri definibili come acuzie territoriali, devono essere erogate dai tanti singoli ambulatori aggregati di medicina generale e dalla rete assistenziale costituita da Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) e Uccp (Unità complesse di cure primarie), in stretta relazione con i servizi specialistici ospedalieri. Le case della salute, presidi di comunità, case

della comunità, Press, Pot o altro non possono essere solo dei contenitori di studi medici ma devono cominciare a essere anche delle strutture che erogano servizi specialistici territoriali, con medici di medicina generale in stretto rapporto con la specialistica ospedaliera. Inoltre, nel territorio ci deve essere un luogo fisico di riferimento per i cittadini dove rivolgersi, dove chiedere aiuto, dove informarsi: il **Distretto**. Punto di assistenza primaria, di igiene e prevenzione che deve gestire i percorsi socio sanitari e sanitari degli assistiti secondo priorità sociale, clinica e programmazione. Senza Distretto, inteso come luogo fisico e punto di riferimento della comunità, non si va da nessuna parte.

La rete territoriale deve comprendere anche le cure intermedie e le cure palliative che devono essere a disposizione dei medici di medicina generale per la gestione complessa degli assistiti senza dover transitare dal ricovero ospedaliero. E non dimenticare la figura dell'infermiere di famiglia, che si affianca al medico nella presa in carico, come raccordo e punto di riferimento.

**La continuità assistenziale tra ospedale e territorio, per una vera integrazione non solo tra i diversi professionisti coinvolti ma anche tra i diversi livelli di assistenza, è la vera sfida del futuro della sanità.**

Credo che il futuro sia puntare sempre più su questa integrazione ospedale e territorio. Tuttavia serviranno tempo, proposte e risorse per costruire un nuovo modello. E non sarà facile trovare soluzioni multiprofessionali e integrate che non sono mai decollate anche perché non è prevista una formazione che metta gli specialisti ospedalieri in grado di relazionarsi con le caratteristiche tipiche della rete territoriale.

Anche la politica deve fare la sua parte. Analogamente a quanto fatto per gli ospedali, Stato e Regioni devono definire standard qualitativi, strutturali, tecnologici per l'assistenza territoriale da nord a sud, nei piccoli centri come nelle grandi città. E per dare risposta concreta alla medicina territoriale va attuato il Piano nazionale della cronicità non ancora recepito in tutte le regioni. Occorre, quindi, avviare azioni e investimenti in termini di risorse per

sviluppare una vera connessione tra ospedale e territorio. Individuare e formare nelle università professionisti di continuità: medici, infermieri, fisioterapisti, altri operatori che si coordinano in team di cure intermedie. E in questi team devono collaborare anche operatori del sociale, che valutano i bisogni e che stendono progetti assistenziali individuali.

Desidero ringraziare lo Spi Cgil Lombardia per la cortese e gradita opportunità. Questo contributo non ha la pretesa di essere esaustivo ma molto più modestamente di mettere in luce alcuni temi, molto cari a noi sindacati pensionati, in vista del dibattito sulla legge di riordino della sanità lombarda. ■

# LA RIFORMA TRA RISCHI E OPPORTUNITÀ

Serena Bontempelli *Segreteria Uilp Uil Lombardia*

**D**ue sono i temi che queste poche osservazioni intendono offrire alla discussione sulla riforma della L.23/2015, la Legge regionale sul sistema sociosanitario lombardo, senza la pretesa di innescare un dibattito sulle riforme costituzionali o sull'essenza del neo-liberismo.

Il primo tema:

- sbagliate o giuste che fossero, le disposizioni elaborate da Franco Bassanini circa il titolo V° della Costituzione hanno determinato realtà regionali differenti dal punto di vista dell'efficacia e del costo del Servizio Sanitario. Si discute molto in questi tempi di pandemia (e di evidente inadeguatezza dei sistemi sanitari) se sia opportuno riportare la sanità sotto il controllo centrale. È una scelta politica, non necessariamente sbagliata (ma neppure necessariamente giusta). C'è il rischio che il prezzo da pagare sia quello di riportare alla linea mediana le prestazioni dei diversi servizi sanitari regionali, premiando i più inefficienti e penalizzando i migliori, inventandosi dei Lea inferiori a quelli già reali in alcune regioni, o pagando le siringhe a un prezzo a metà tra quello che paga la Lombardia e quello che pagano Regioni meno virtuose? È una questione da porsi.

Il secondo tema:

- non si può certo dire che le due ultime riforme



me del Servizio sanitario regionale lombardo siano state decise contro o all'oscuro dei sindacati. La Riforma Formigoni del 1996 fu sottoscritta, in una modalità sostanzialmente concertativa (anche se a Formigoni la parola non piaceva) dalle parti sociali, tra cui naturalmente Cgil Cisl Uil, dopo un confronto né facile né indolore. Si trattò di un'operazione molto innovativa, basata

sul principio della libertà di scelta per l'utente e della parificazione tra strutture pubbliche e private nell'erogare il servizio pubblico.

Il risultato voluto e realizzato fu quello di ampliare l'offerta di servizi per l'utenza, portando nel perimetro del servizio pubblico le eccellenze ospedaliere della sanità privata lombarda a parità di condizioni e costi, tramite il sistema dei criteri di accreditamento e il meccanismo dei Dgr (costi uguali per prestazioni uguali).

Anche la Riforma Maroni del 2015 fu condivisa nelle sue linee strategiche dal sindacato (Protocollo 26/09/2014).

L'accentramento sulle grandi aziende ospedaliere doveva permettere di riconvertire i presidi minori in strutture complementari al servizio del territorio (lungo degenze, riabilitazioni). Così come era previsto un miglioramento della medicina di base, tramite l'istituzione (e il finanziamento) delle Associazioni dei medici co-



siddetti di famiglia, per garantire la continuità assistenziale e il meccanismo della Presa in Carico dei pazienti cronici da parte dei Medici di medicina generale.

Obiettivi rimasti largamente sulla carta, sia per incapacità di governo sia per l'opposizione di parti del sistema: la riconversione degli ospedali minori ha spesso scatenato l'ira delle comunità locali e la resistenza degli operatori, inoltre resta inspiegabile l'indisponibilità della maggior parte dei Mmg ad associarsi tra loro, o a rifiutare la presa in carico dei pazienti cronici. Una delle responsabilità principali della Regione è aver subito e non governato questi processi? Ed è la seconda questione da porsi, quella delle responsabilità.

Fino al Covid, tuttavia, la sanità lombarda non veniva descritta come la madre di ogni scelleratezza, come ne sentiamo parlare oggi. Anche i detrattori più severi riconoscevano che le eccellenze ospedaliere lombarde (pubbliche e private) attiravano pazienti da tutta Italia (784 milioni di saldo attivo tra accessi e pazienti lombardi curati fuori Regione: dati 2017).

Aver portato la sanità privata di punta a dispo-

sizione di tutti i pazienti a costi immutati faceva dell'esperienza lombarda la migliore del Paese, anche per i parametri economici (spesa pro capite, efficacia dei servizi, costi di funzionamento, ecc.). La lamentela più ricorrente era quella relativa alla lunghezza delle liste di attesa, ma in realtà anche questo è imputabile ad un mancato controllo da parte della Regione sul rispetto dei criteri di accreditamento delle strutture private, che nel tempo hanno via via disatteso gli impegni e *manipolato* le agende fino a rendere talvolta impossibile l'accesso alla prestazione in convenzione, costringendo l'utente a prenotare privatamente, a pagamento, visite ed esami.

La crisi Covid ha travolto tutto e tutti, sanità lombarda compresa, per colpe che sono largamente diffuse in tutto il mondo, ma che non erano così evidenti in Lombardia.

Da noi, però, è stata anche la miccia che ha fatto esplodere le polveri con cui poteri centrali e locali, governo e opposizione potevano colpirsi, rinfacciandosi a vicenda mancanze, ritardi, preconcetti, inerzie, ecc.

Il combinato disposto tra le conseguenze del

decentramento e della semplificazione voluti dalle Leggi Bassanini, e la realizzazione di un sistema di *quasi mercato* tra l'offerta pubblica di servizi sociosanitari e l'offerta privata – previsto dalle norme lombarde – aveva i presupposti per una sanità di eccellenza, vaso di Pandora che lo tsunami pandemico ha scoperchiato con violenza, e, di conseguenza, spinto taluni a passare dalla critica alla *guerra santa*, auspicando la distruzione del servizio sanitario lombardo, a partire dal suo carattere fondante: la libertà di scelta e l'erogazione di servizi a pari condizioni da parte dei privati e del pubblico.

Non potendosi appellare all'inadeguatezza tecnica degli ospedali privati, si grida alla corruzione, al malaffare, alla tangente. Che naturalmente ci sono state, purtroppo anche nel mondo della sanità pubblica, o dei servizi pubblici in generale.

Il sindacato non deve cadere in questo tranello. Noi vogliamo occuparci con la massima serietà del Servizio sanitario lombardo: è chiaro che la vicenda Covid ha messo a fuoco (e non solo da noi) alcune linee su cui occorre muoversi: privilegiare la cura delle acuzie, perciò la centralità degli ospedali, marginalizza la prevenzione e quindi la cura sul territorio, compresa quella domiciliare. Investire su questo livello è indispensabile, ottimizzando anche l'utilizzo dei piccoli presidi ospedalieri, e creando una rete territoriale che comprenda medici di base, infermieri, poliambulatori, pubblici e privati, capaci di intervenire a monte e a valle dell'ospedale.

Tutto questo può portare a mettere in discussione il *potere* delle aziende ospedaliere? Forse.

Può essere che la medicina territoriale possa funzionare meglio se governata da un soggetto capace di assumere una dimensione territoriale? Sì, ma avendo cura di creare strutture efficienti e non carrozzoni.

Inoltre, la base portante della medicina territoriale non possono che essere i Medici di medicina generale (di famiglia), che però in ultima istanza sono soggetti privati cui viene assegnata una funzione di servizio pubblico basilare e propedeutico a tutto il resto del servizio, che nel tempo si è caricata di mansioni burocratiche, unite ad una certa propensione ad accontentarsi di far ricette, spesso sotto la spada di

Damocle di verifiche che ne hanno svilito il ruolo, spingendo molti Mmg a rifuggire responsabilità e impegni.

Se non vogliamo esagerare e nazionalizzarli, però almeno una serissima revisione delle loro funzioni, responsabilità, obblighi e doveri (e magari anche remunerazioni) dovrà essere fatta, per evitare che un'altra riforma della medicina territoriale resti lettera morta.

Riformare la L.23/2015 è una opportunità, oltre che un dovere, evitando di buttar via il bambino insieme all'acqua sporca, respingendo susulti ideologici e recuperando i principi che ci portarono a condividere la sperimentazione ma, soprattutto, ponendo realmente in capo al soggetto pubblico la responsabilità del controllo del sistema.

Si tratta di una sfida strategica, che va al di là dei confini regionali ma non li può ignorare. Il sindacato deve dimostrare di essere capace di affrontarla ragionando in termini di risposte a cambiamenti sostanziali della società, dei suoi bisogni, delle sue priorità. Senza dimenticare che le esigenze dei lavoratori della sanità vanno anch'esse inserite in un processo di riforma della nostra comunità.

Se non saremo all'altezza, la realtà ci scavalcherà, altri e altrove prenderanno le decisioni e al Sindacato rimarrà solo il compito di difendere le condizioni di lavoro degli operatori della sanità, compito nobilissimo e fondamentale, ma complementare alla missione che il sindacato ha di rappresentanza delle istanze di tutti i cittadini, in particolare quelli più fragili, che le organizzazioni dei pensionati esprimono. ■



# DAL TERRITORIO

- 48 Carmen Carlessi  
*Segreteria Spi Bergamo*
- 50 Anna Bonanomi  
*Segretaria generale Spi Monza-Brianza*
- 52 Palmiro Crotti  
*Segreteria Spi Cremona*
- 55 Michele Lomonaco  
*Segreteria Spi Milano*
- 57 Osvaldo Galli  
*Segretario generale Spi Pavia*
- 60 Sandro Bertini  
*Segretario generale Spi Sondrio*

# PIÙ TERRITORIALITÀ PIÙ SERVIZIO PUBBLICO

Carmen Carlessi *Segreteria Spi Bergamo*

La pandemia ha fatto emergere l'assoluta inadeguatezza del modello sanitario lombardo da sempre sbandierato come un sistema eccellente sia a livello nazionale che a livello internazionale. Questa crisi ha di fatto evidenziato tutti i limiti di un sistema che ha puntato eccessivamente sulla sanità privata beneficiandola di ingenti risorse a scapito del servizio pubblico, e che ha adottato una logica ospedalocentrica, determinando di conseguenza una inadeguatezza dell'assistenza territoriale che risulta non all'altezza dei bisogni delle persone, soprattutto delle più fragili e vulnerabili.

Questa inefficienza, a mio modo di vedere, origina sia dalla modifica del titolo V della Costituzione che ha ampliato eccessivamente ruoli e competenze delle Regioni in materia sanitaria, che dai continui tagli delle risorse dedicate alla sanità che hanno determinato una progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri senza che vi fosse un contemporaneo riadeguamento della medicina territoriale.

Nella nostra regione la legge sanitaria voluta da Formigoni ha di fatto consolidato il sistema centrato sull'ospedale e poco attento al territorio. Successivamente, la riforma Maroni, pur tentando di rivedere la logica ospedalocentrica nel tentativo di sviluppare il servizio sanitario



e socio-sanitario territoriale, non è riuscita a raggiungere l'obiettivo dichiarato anzi ha di fatto svuotato i distretti, eliminando così anche una fondamentale cerniera tra territorio e ospedale.

Queste scelte di politica sanitaria hanno creato i presupposti per la diffusione della pandemia nella nostra regione e, in particolare, nella provincia di Bergamo

Il virus Sars-Cov-2 si è diffu-

so e ha ferito profondamente la bergamasca che è il territorio più colpito da questa tragedia, che ha causato migliaia di morti arrivando anche a centinaia di decessi in un solo giorno.

Il vissuto dei bergamaschi è stigmatizzato dall'immagine dei mezzi militari che trasportavano le bare presso altri cimiteri perché quello cittadino non ne poteva più accogliere, ed è il simbolo più agghiacciante della tragedia che ci ha colpiti.

In quei giorni le strade, abitualmente caotiche e piene di vita, erano terribilmente vuote, nessuno osava uscire, si sentiva il suono continuo e incessante delle sirene delle ambulanze. Ognuno di noi sperava che quel suono non si avvicinasse a casa segno che la maledetta malattia non aveva colpito persone a noi vicine e care.

In seguito le ambulanze smisero di attivare le sirene così come i campanili non suonarono più le campane a morto risparmiandoci quei rintoc-

chi gravi e terrificanti che comunicavano che la malattia continuava a mietere vittime.

Ci sentivamo in balia di quel virus sconosciuto che poteva colpirci da un momento all'altro e che ci avrebbe costretto a salire su un'ambulanza disperatamente soli verso un destino che non conoscevamo se non attraverso le decine di pagine dei necrologi del giornale locale.

Eravamo soli a vivere una condizione angosciante; se si stava male, il medico non veniva al domicilio a visitare e, a meno che vi fosse una gravissima sintomatologia, sconsigliavano l'accesso all'ospedale limitandosi a formulare una ipotetica diagnosi telefonica.

Piano piano la situazione ha iniziato a migliorare e siamo usciti da quell'incubo riprendendo a vivere pur nel timore di ricadere nel contagio. Continuo a chiedermi come sia stato possibile che, nell'efficientissima Lombardia, possa essere successo tutto questo.

È forse inutile, adesso, cercare colpevoli, ma capire cos'ha causato questa tragedia è doveroso per evitarne il ripetersi.

Sicuramente la mancata chiusura dei paesi più colpiti: Nembro, Alzano e Albino come invece era avvenuto per Codogno, il sostanziale abbandono del territorio e la scellerata gestione delle Rsa ha fatto sì che il focolaio iniziale si diffondesse rapidamente.

Se è inopportuno cercare i colpevoli, responsabilità della magistratura che sta indagando, è necessario chiedersi come il sistema sanitario lombardo non sia stato in grado di arginare l'epidemia, anzi ne abbia favorito la diffusione.

È evidente che tante sono le criticità che vanno affrontate e risolte prima di poter parlare di un sistema sociosanitario eccellente

In particolare vanno rivisti e corretti con urgenza almeno i seguenti aspetti: l'organizzazione del territorio che deve essere in grado di dare risposte ai bisognosi clinico assistenziali in modo continuativo anche in assenza di episodi acuti per i quali è previsto il ricovero ospedaliero, la scarsità di risorse disponibili sia economiche che umane, la mancanza di coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti nel processo.

È necessario riorganizzare i servizi territoriali che devono poter garantire, alle persone che ne hanno bisogno, la fruibilità delle prestazio-

ni sia sanitarie che sociali attraverso l'accesso a uno sportello dedicato. Nel tentativo di rispondere a questa esigenza, la Regione ha previsto l'attivazione dei Punti di accesso territoriale (Pat) in sostituzione dei servizi precedenti: CeAD, SUW etc. che, pur essendo previsti e in alcuni casi realizzati, non sono mai stati seriamente nelle condizioni di operare non avendo risorse disponibili e dedicate, è evidente che il cambio del nome serve a poco se non si creano le condizioni affinché il servizio possa effettivamente funzionare.

La gestione dei tempi d'attesa è un altro tema da considerare come altamente critico. Peraltro la Regione stabilisce che i tempi d'attesa devono essere determinati solo dalla priorità indicata sulla prescrizione del Mmg e che, qualora sul territorio dell'Ats non ci fosse disponibilità, la struttura ospedaliera cui s'è rivolto il cittadino è tenuta a erogare la prestazione richiedendo solo il pagamento del ticket. In realtà la persona che non riesce ad accedere alla prestazione nei tempi previsti si sente spesso consigliare dagli operatori di rivolgersi alle strutture private convenzionate.

La crisi determinata dal Covid ha posto drammaticamente all'attenzione anche le Rsa. Queste strutture pensate per offrire una vita protetta a persone fragili, si sono rivelate contesti che hanno favorito la diffusione dell'epidemia tra gli ospiti da proteggere come pure tra il personale dedicato all'assistenza. Oltre a rivedere l'attuale modello delle residenze assistenziali, diventate in buona parte una succursali delle strutture ospedaliere, sarebbe opportuno iniziare a investire sui servizi di sostegno alla domiciliarità come peculiare luogo della cura e della protezione, attivando interventi in grado di sostenere le famiglie e i singoli nel desiderio di rimanere nella propria casa, nel proprio contesto di vita.

Questa pandemia ha fatto venire i nodi al pettine evidenziando la necessità che la legge sanitaria, sia nazionale che regionale, venga profondamente rivista partendo dall'esigenza di riconsiderare le politiche sanitarie rivolte alla sanità territoriale, ripristinando i distretti per garantire e supportare la continuità assistenziale e affidando la governance dei servizi socio sanitari a una struttura pubblica. ■

# SANITÀ PUBBLICA: È ORA DI FARE UN SALTO DI QUALITÀ

Anna Bonanomi *Segretaria generale Spi Monza-Brianza*

Approvata nel 2015, per la legge regionale 23 è arrivato finalmente il momento della verifica. L'esame dei risultati dopo un quinquennio, oggi è bene ricordarlo, fu una delle condizioni poste dal governo per dare il via libera alla legge di riforma sanitaria lombarda che non poche perplessità aveva suscitato all'atto della sua approvazione.

Si tratta quindi di un appuntamento non formale ma sostanziale, che giunge oltretutto nel pieno della terribile stagione pandemica, un evento che da ormai un anno ha fatto da banco di prova, oltre ogni altra possibile simulazione teorica, circa l'efficacia della legge, dei suoi principi e della sua applicazione.

Non si può infatti prescindere dall'esperienza maturata nel corso della gestione dell'emergenza sanitaria per dare un giudizio di merito sull'efficacia della 23. Sarebbe un grave errore considerare come del tutto eccezionale il periodo pandemico e perciò escluderne gli effetti negativi dalla valutazione complessiva. Semmai è vero esattamente il contrario: la dura prova a cui è stato sottoposto l'intero sistema sanitario ha messo in evidenza i limiti di una legislazione regionale che si è dimostrata alquanto inadeguata.

Partiamo da una considerazione che abbiamo data per scontata ma spesso non lo è, perché non vale per tutti: la tutela della salute garanti-



ta dall'accesso universalistico è un diritto e rappresenta una vera e sostanziale conquista di civiltà.

Fortunatamente, da italiani facciamo persino fatica a pensare che ci si possa trovare da soli di fronte al peso economico della malattia. Possiamo perciò concordare sulla supremazia dei principi che ispirano i sistemi universalistici, ma non è altrettanto automatico trasla-

re questo giudizio in termini di maggiore efficienza e ciò in conseguenza a quanto è accaduto proprio nel pieno della pandemia.

Senza entrare nel merito circa le responsabilità, i limiti e le inefficienze che abbiamo sperimentato nel nostro Paese, va però dato atto al sistema Italia nel suo complesso di aver reagito alla prima ondata in maniera più tempestiva di quanto abbiano risposto gli altri paesi europei. Viceversa, meno efficace è stata la risposta durante la seconda ondata.

Qualche domanda invece ce la dobbiamo porre nell'osservare i due sistemi sanitari nazionali, il nostro e quello della Gran Bretagna, purtroppo accomunati dai più alti tassi di mortalità per Covid-19, con l'aggravante per noi che il dato non è neppure giustificabile con la fase iniziale negazionista di Boris Johnson, e che la regione più ricca, con il modello sanitario più decantato è anche quella che ha il triste primato di letalità.

Troppo spesso la questione viene liquidata in modo affrettato e superficiale; il dato di mortalità viene giustificato con l'alto indice di vecchiaia della nostra popolazione e viene da pensare che, forse di fronte alla totale incertezza di come sconfiggere il virus, risulti più conveniente rifugiarsi in una risposta che non trova invece nessuna evidenza scientifica. Stiamo perciò ai dati e agli studi accreditati. Il 16° Rapporto Sanità redatto dall'Università di Roma - Tor Vergata indica chiaramente come, applicando i tassi di letalità per fascia d'età registrati in Italia alle altre strutture demografiche dei principali paesi EU, si scopre che la demografia spiega uno scarto di mortalità inferiore del 5 per cento sul totale. E allora ci si deve chiedere in che altro modo si possano spiegare le statistiche meno performanti di Italia e UK sulla mortalità.

Una possibile risposta può essere che è stata maggiormente sottostimata la popolazione contagiata rispetto agli altri paesi, avendo in tal modo fatto emergere meno casi; un'altra può essere che in Italia si ammalano di più gli anziani. In molti ritengono la prima probabile, mentre la seconda è difficilmente spiegabile. In entrambi i casi risulta evidente che ci sono delle falle nel sistema: se da un lato manca una rete di controllo e di informazione efficace, dall'altra – fatto ancor più grave – bisognerebbe ammettere che il maggior numero di persone malate è conseguenza di una mancanza di cure appropriate, che invece un sistema efficiente deve garantire.

Ben prima che scoppiasse la pandemia, il sistema sanitario pubblico ha dovuto pagare un prezzo salato sull'altare del risanamento economico. Tra gli obiettivi indispensabili dichiarati e perseguiti con maggior tenacia, quello della riduzione drastica e in tempi rapidi del tasso di ospedalizzazione purtroppo è stato centrato in pieno. In Lombardia, l'adesione incondizionata a questa impostazione, ha avuto come logica e diretta conseguenza quella di mantenere predominante la scelta di sviluppare l'assistenza primaria, divenuta così l'unica risposta possibile per far fronte al cambiamento dei bisogni delle nostre comunità. La pandemia ha messo a nudo i profondi limiti di queste scelte perché l'invecchiamento della popolazione, la notevole diffusione della cronicità, la modificazione delle

strutture familiari e la maggiore disponibilità di opportunità terapeutiche, indotte dall'innovazione, non hanno trovato e non potranno trovare in futuro risposte efficaci nei luoghi preposti a garantire le sole cure primarie. Si può perciò affermare che non è la vecchiaia che porta con sé fatalmente la malattia, ma se il sistema fosse stato in grado di garantire cure appropriate alle persone portatrici di patologie croniche, se fossero stati curati a domicilio, se ci fossero stati luoghi diversi dall'ospedale in cui poter garantire accertamenti diagnostici e cure, se tutto fosse stato organizzato garantendo sicurezza sia per i pazienti che per il personale – penso alle Rsa – forse non ci sarebbero stati tutti quegli anziani deceduti a causa del Covid-19. E tutto ciò non vale solo durante l'emergenza: la necessità di diversificare la risposta al diritto di vivere in salute vale sempre, anche nei periodi ordinari. Alla prova dei fatti quindi la legge 23/2015 si è dimostrata inadeguata anche per precise volontà politiche che non si sono tramutate in fatti. Una per tutte: se è vero che sceglieva, nei suoi principi, di organizzare risposte ai nuovi e diversi bisogni, attraverso strutture territoriali che si prendessero carico di realizzare l'anello di congiunzione mancante tra cittadino e ospedale, è altrettanto chiaro che nulla di tutto ciò è stato realizzato negli anni che hanno preceduto l'arrivo del virus.

Ora siamo arrivati a un momento cruciale, dove le scelte compiute possono essere riviste, modificate e perfino annullate. I limiti di questa legge li conosciamo bene e li abbiamo denunciati, unitariamente, fin dalla sua nascita. Siamo stati facili profeti? Semplicemente viviamo a contatto ogni giorno con la realtà e conosciamo quanto troppo spesso il diritto alla salute risulti violato, soprattutto a danno delle categorie più fragili, a cominciare dalla popolazione anziana. Un bagno di umiltà sarebbe utile a chi per anni ha sbandierato quel modello sanitario come il migliore possibile e l'occasione per rivisitare i contenuti della legge regionale non può essere persa. Noi abbiamo le nostre proposte, serie, concrete, fattibili. Rappresentano un contributo che consentirebbe finalmente alla sanità pubblica di fare quel salto di qualità che i cittadini lombardi attendono da troppo tempo. ■

# I PRINCIPI FONDANTI NON MUTERANNO

Palmiro Crotti *Segreteria Spi Cremona*

**H**o cominciato la mia attività nella nostra categoria dovendomi occupare, senza esperienze pregresse, del mondo sanitario e socio-sanitario. Ho iniziato ad approfondire le tematiche nel periodo in cui lo Spi di Cremona intraprendeva un intenso rapporto con le scuole, soprattutto con gli istituti superiori e di indirizzo sociosanitario.

Abbiamo così cominciato a parlare con gli studenti e a confrontarci sull'invecchiamento, sul mondo degli anziani, sulle necessità di cura e prevenzione, sulle leggi e la Costituzione, sui sistemi allora in atto nelle Regioni italiane. Erano proprio i tempi della nascita della LR 23/2015.

Per meglio studiare i diversi modi per affrontare argomenti che con i processi di invecchiamento sarebbero diventati man mano più complessi, organizzammo momenti di studio nella vicina Emilia Romagna a osservare, nel sistema delle case della salute, come in quella regione si integravano le esigenze sanitarie con quelle sociali e sociosanitarie e come, di conseguenza, venivano messi in atto la medicina territoriale e le esigenze di prossimità, i processi di prevenzione. Contestualmente si visitavano anche realtà lombarde facendo emergere come i diversi modelli organizzativi rispondessero a scelte politiche ben precise e come i dettami costituzio-



nali venissero diversamente interpretati.

Carichi di queste esperienze l'implementazione della Legge 23, nell'ormai lontanissimo 2015, ci incuriosì e non nascondo che, per quanto mi riguarda, le aspettative non erano del tutto negative; anzi, l'interesse nel cosiddetto "riordino del sistema lombardo" era particolarmente elevato. In realtà le parole d'ordine erano

accattivanti: *presa in carico, passare dalla cura al prendersi cura, integrazione, prossimità*; così come l'emergere di nuovi sistemi di accoglienza (i centri servizi). La nascita dei Pot e dei Presst ci illudeva invece di poter deviare positivamente verso sistemi più equi e inclusivi. Non somigliava davvero all'impianto da noi tanto evocato delle case della salute?

Il sistema di governo territoriale con la trasformazione delle Asl in Ats (aziende in agenzie) in realtà non ci piaceva, prometteva già allora problemi e complicazioni anche se sembrava potesse rilanciare, finalmente, con il ruolo fondamentale dell'assemblea dei sindaci negli organismi di governance per la pianificazione territoriale e l'integrazione socio sanitaria, il coinvolgimento delle istituzioni.

Piuttosto motivati iniziammo sul territorio (unitariamente e con le confederazioni) un'intensa attività negoziale e di confronto con tut-

ti i nuovi soggetti previsti dalla riforma, col mondo sociosanitario, con le amministrazioni comunali, per cercare di condizionare la direzione da intraprendere, per vedere realizzate almeno quelle prerogative che potessero davvero portarci verso un cambiamento migliorativo. Non eravamo certamente sprovveduti, sapevamo che chi continuava a governare la nostra Regione aveva a cuore i ruoli e gli interessi del privato, ma nell'intensa attività negoziale e nei molteplici incontri trovavamo molte Direzioni (specialmente quelle di carattere sociosanitario) non lontane dalle nostre considerazioni e dalle nostre richieste.

Nel 2016/17 svolgemmo anche una ricerca in tutte le Rsa del territorio e notammo che parecchie fondazioni guardavano con molto interesse alle nuove unità di offerta previste dal riordino e molte di loro si stavano muovendo per poter far nascere al proprio interno i Presidi territoriali (Pot o Presst) guardando a quella opportunità come all'occasione per aprirsi in forma nuova e più efficiente al territorio.

Poi pian piano tutto comincia a spegnersi, la presa in carico del malato cronico non decol-

la, i conflitti fra Ats e Asst ostacolano i nuovi processi, gli interessi dei privati prendono il sopravvento, la concezione ospedalocentrica del vecchio sistema non riesce o non vuole cedere il passo a una nuova visione che veda nel territorio il luogo vero del prendersi carico delle fragilità, della cura, della prevenzione.

Non si riesce a programmare nulla anche perché manca la consapevolezza dell'esistente, manca una analisi compiuta dei bisogni, forse (e il sospetto diviene presto certezza), si concretizza la mancanza di volontà di procedere ad alcun cambiamento.

Poi arriva la pandemia, con le conseguenze che conosciamo con un futuro prossimo che invece rimane ancora molto oscuro.

Il Covid, come sappiamo, ha messo in forte evidenza come le nostre organizzazioni, sicuramente quella lombarda, ma anche in parte quella nazionale caratterizzata dalla frammentazione dei sistemi sanitari per regione, siano ormai assolutamente inadeguate e necessitino interventi radicali e immediati a partire da una riconsegna al ruolo nazionale e pubblico del mandato costituzionale riferito al diritto alla salute e alla cura.



Cosa succede ora con la revisione nazionale della 23? Di certo non si azzererà nulla, interverrà qualche cambiamento importante sul ruolo delle ATS e nella divisione tra programmazione e prestazione, ma in sostanza si tornerà alla riconferma dei principi sopra elencati.

Penso allora che gran parte di quanto contenuto nei nostri accordi provinciali di inizio applicazione della 23 siano ancora straordinariamente attuali e concluderei proponendoli tali e quali, come esercizio di riconoscimento del lavoro svolto, ma soprattutto come riproposizione di fondamenti per la ripresa di un nuovo cammino rigorosamente attenti al nostro ruolo:

- la L.23 nella nuova organizzazione sanitaria affida alla Ats nel territorio l'importante ruolo del governo dell'offerta e dei percorsi erogativi socio sanitari delle cure primarie con l'integrazione dei servizi assistenziali e sociali;
- Ats – Asst – gli enti locali riconoscono la funzione di rappresentanza degli interessi generali svolta da Cgil, Cisl e Uil confederali e delle categorie dei pensionati e della Funzione pubblica. Un ruolo che è dato dal mandato di rappresentanza che le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ricevono dai cittadini e che le rendono interlocutori privilegiati in grado di indicare adeguatamente i bisogni emergenti e le esigenze della comunità territoriale oltre che le eccellenze e punti di criticità del sistema socio sanitario territoriale;
- le parti considerano fondamentale il ruolo degli enti locali nella programmazione territoriale e nell'integrazione socio sanitaria e sociale del territorio a partire dall'analisi dei bisogni dei cittadini nei luoghi definiti dalla legge di riordino. Un ruolo importante anche alla luce delle specificità territoriali, dalla presenza di numerose strutture erogatrici di servizi e delle tre Asst che richiederà necessariamente momenti di confronto e sinergie;
- le parti ritengono inoltre che – a fronte di un quadro demografico e socio epidemiologico profondamente modificato – la L.23 deve rappresentare un'opportunità per dare risposte adeguate e di qualità a malati cronici, pazienti pluripatologici, affetti da patologie psichiatriche, a persone con disabilità, persone bisognose di maggiori tutele socio sanitarie anche con il

supporto della rete di volontariato e familiare e del terzo settore che continua a caratterizzare la storia e la società territoriale;

- che di fronte a uno scenario che vede l'aggravarsi delle problematiche ambientali e al rapido mutamento del contesto lavorativo, assumono sempre maggior valore strategico le politiche di prevenzione e dell'assistenza primaria per contrastare le cronicità; che la piena integrazione ospedale/territorio e la valorizzazione del territorio come sede naturale della risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali sia il presupposto indispensabile per la gestione degli interventi di integrazione socio sanitaria, con l'obiettivo di riconoscere e dare risposte ai nuovi bisogni dei cittadini;
- che i servizi sul territorio debbano essere sviluppati a partire dalla valorizzazione delle esperienze già in atto;
- che il patrimonio di strutture e di professionalità che erogano servizi socio sanitari debbano essere salvaguardati e valorizzati;
- che i livelli occupazionali del comparto sanitario e socio sanitario del territorio debbano essere garantiti e implementati;
- seguono i vari impegni condivisi sulla programmazione dei confronti necessari ad affrontare quanto sottoscritto.

Concludo dicendo che ci attende un lavoro lungo e complesso possibile solo costruendo una forte coesione con la confederazione e un chiaro e rispettoso riconoscimento unitario. Le pubblicazioni come *Nuovi Argomenti* sono strumento utile e indispensabile per dare, invece, continuità nello studio e nell'approfondimento delle complesse tematiche da affrontare, il riconoscimento delle parti si conquista anche e soprattutto dimostrando competenza e conoscenza del territorio. ■

# NON CURARSI NON È LIBERA SCELTA

Michele Lomonaco *Segreteria Spi Milano*

La priorità assoluta post pandemia è senz'altro una modifica radicale della Legge 23 sulla sanità territoriale lombarda. Modifica di contenuti reali e applicabili non di vuoti intenti mai realizzati. I cosiddetti Presst e Pot sono rimasti praticamente sulla carta del dispositivo legislativo e pochissimi territori possono vantare la realizzazione. Milano città, in particolare, ha vissuto da una parte un lento e inesorabile decadimento e depotenziamento della rete pubblica di ambulatori e dall'altro un uso improprio e massivo degli ospedali e dei Pronto soccorso oltre a un proliferare di ambulatori privati che tendono a supplire questa scarsa attenzione al territorio. Nella città di Milano è stato chiuso il Poliambulatorio di Via Ripamonti, nonostante la nostra opposizione e nonostante le proteste dei cittadini/utenti della zona; siamo riusciti, invece, a sventare il depotenziamento e la possibile chiusura del Poliambulatorio di Via Masaniello (zona Baggio). Questa lotta condotta col pieno appoggio dei cittadini e attraverso un serrato confronto con Ats/Asst Nord ci ha di fatto consentito di affinare e qualificare la nostra proposta unitaria di Poliambulatorio Pubblico (Presst) che, a partire dall'esperienza sul territorio di Baggio, intendevamo estendere a tutta la città e poi all'area metropolitana.



Proposta che via via si è evoluta e vede oggi una configurazione del tutto simile alle case della salute presenti in altre regioni con la presenza di:

- Mmg/Pls associati;
- Usca/Guardia medica (Continuità assistenziale) che unitamente agli Mmg possono assicurare una presenza giornaliera e settimanale ampia e ripristinare le visite a domicilio oggi desuete ma, special-

mente in tempi di Covid, utilissime;

- ambulatori specialistici;
- analisi laboratorio;
- infermieri di comunità;
- scelta e revoca ed esenzione ticket;
- consultori e una struttura sociosanitaria (ass. sociali) in accordo coi municipi.

Negli ultimi incontri pre-pandemia con Ats Milano avevamo avuto comunicazioni in merito alla possibilità di aprire nel medio periodo 18/20 Presst sul territorio di Milano Città (due per municipio). Alcuni già individuati perché operativi in embrione (Farini e Doria) altri possibili in luoghi da individuare sentiti i municipi. Un assenso di massima alla possibilità di trasformare il Poliambulatorio di via Masaniello in un Presst. La pandemia ha di fatto bloccato il tutto e siamo in attesa di comunicazioni di Ats in merito.

Altro versante sul quale è prioritario interveni-

re per una modifica radicale quello relativo alla presa in carico dei cronici. Questo – prima dello scempio perpetrato sulla gestione del Covid – è stato il più grosso smacco della sanità lombarda. Una presa in carico che si è rivelata una vera presa in giro dei malati cronici. Specialmente nel territorio cittadino abbiamo assistito al fallimento vero e proprio del *prendersi cura*, perché a causa del mancato rapporto e, quindi, della mancata adesione dei Mmg il malato cronico si è trovato spiazzato e isolato nella scelta sul come comportarsi con gestori e erogatori e ha, quindi, peggiorato la propria condizione rispetto al passato.

Su questo versante una sanità territoriale e poliambulatori attrezzati possono senz'altro garantire un migliore e più equilibrato seguimento anche dei malati cronici. E possono garantire liste e tempi di attesa più coerenti rispetto allo scandalo attuale.

Una discussione andrebbe aperta anche riguardo la sanità metropolitana. Nell'area metropolitana il modello adottato (il cosiddetto *modello Milano*) ha mostrato evidenti limiti: sei Asst, con relative strutture ospedaliere e una gestione confusa della sanità territoriale. È mancato un disegno organico nella dislocazione delle strutture sul territorio. La proposta che noi abbiamo avanzato è quella che mira a creare una serie di luoghi ove il cittadino trovi tutta l'offerta sanitaria del territorio così come indicato in precedenza (Presst, casa salute o punti salute che dir si voglia). Secondo noi devono essere luoghi ben riconoscibili e percepiti come affidabili.

Per questa ragione, è necessario agire e legiferare con chiarezza e nettezza rispetto alle relative competenze, agli ambiti territoriali su cui intervenire e alla governance. La nostra convinzione è che sia necessaria una gestione il più possibile omogenea e coordinata della sanità del territorio metropolitano che avrebbe il pregio, tra l'altro, di consentire alle organizzazioni sindacali un'interlocuzione univoca e proficua.

Ma lasciatemi chiudere con la modifica delle modifiche e cioè una decisa inversione di tendenza che porti al rafforzamento della sanità pubblica, che in questa regione è stata mortificata molto più che nelle altre regioni.

Non possiamo tollerare oltre che le corazza-

te della sanità privata presenti soprattutto in città (San Raffaele, Humanitas, Ieo, Monzino, Cdi, ecc.) non solo continuino a rafforzarsi e di fatto a sostituire (non a integrare) le strutture pubbliche ma si permettano comunque nei momenti topici, vedi Covid, di tentennare, ritardare, lesinare un pronto intervento emergenziale. O addirittura si inseriscano a gamba tesa nell'emergenza offrendo tamponi e vaccini a pagamento.

Il sistema pubblico e il personale a esso collegato si sono comportati in maniera encomiabile, assicurando quanto nelle loro possibilità per alleviare le tragiche conseguenze di questa pandemia. Questo va loro riconosciuto attraverso condizioni di lavoro e salariali commisurate alla gravosità del lavoro svolto e praticando una politica degli organici congrua soprattutto in presenza di una emergenza che si è allentata ancora troppo poco e in vista di piano di vaccinazioni di massa dai numeri impressionanti.

La tanto decantata *libera scelta* è solo fumo negli occhi dei più sprovveduti, trattasi invece (le farneticazioni su vaccini e Pil lo testimoniano) di poter comprare a caro prezzo (o tramite polizze assicurative) i servizi sanitari di qualità e in tempi ravvicinati.

E chi non può permetterselo per condizioni economiche precarie può scegliere liberamente di non curarsi. ■

# IL CONFRONTO DEVE ESSERE A TUTTO CAMPO

Oswaldo Galli *Segretario generale Spi Pavia*

**L**a drammatica inefficienza del sistema sanitario lombardo è diventata visibile a tutti, in particolare e per primi agli operatori sanitari, sin dai mesi precedenti all'infezione da Corona virus e, soprattutto, dopo che questa si è evoluta in pandemia.

Un sistema dove si sono evidenziate carenze, inefficacia, e distorsione riguardo i diritti di ciascuno all'interno del sistema. Un'inefficienza emersa nel momento in cui si sono manifestate diverse necessità delle strutture sanitarie e delle richieste dei singoli cittadini – diversi per condizione sociale e lavorativa, oltre che per l'età, elemento che di per sé crea particolari necessità.

È proprio a causa di questa conclamata condizione critica che diventa impellente costruire un forte e condiviso impegno collettivo che miri a definire una riforma della sanità, che abbia alla sua base una visione democratica.

Riforma, dovuta certo alla scadenza della legge precedente, ma soprattutto alle drammatiche condizioni in cui versa la sanità. Un settore questo che per Regione Lombardia ha un valore economico rilevantissimo.

La riforma è urgente ma – perché sia una riforma – deve comprendere modifiche profonde per poggiare su principi – su cui poi creare le relative strutture – dove l'interesse pubblico



viene sempre prima di quello privato.

Inoltre è necessario un potere pubblico che controlli e corregga l'invadenza del privato non in funzione di un mero e astratto potere di interdizione rispetto all'impresa privata o, peggio, di censura politica, ma come azione necessaria per garantire la salute a tutti i cittadini, indipendentemente dalla condizione economi-

co-sociale e di pensiero, senza discriminazione alcuna.

In altre parole i principi costituzionali non possono venire meno perché la gestione viene affidata a una Regione anziché a un ministero governativo. Entrambi, devono assolvere allo stesso impegno che la Costituzione affida a qualsiasi istituzione pubblica.

Rispetto alle visite specialistiche e alle analisi mediche il dato diffuso dalla Regione tramite l'Ats – relativo agli accreditamenti riguardanti le strutture presenti sul territorio provinciale – evidenzia come le scelte operate abbiano favorito prevalentemente le strutture private (in totale cinquantaquattro, di cui tre sono strutture ospedaliere rappresentate da gruppi d'interesse nazionale e scientifico) che si sono installate negli anni nelle diverse aree del territorio pavese.

Di contro le strutture pubbliche presenti (guar-

die mediche, poliambulatori, ospedali con annessi laboratori e sale operatorie, visite specialistiche ecc.) sono state via via impoverite di mezzi, di competenze, di personale. Aver poi operato l'accentramento di funzioni ha fatto sì che in un ventennio si sia incrinato la capacità della sanità provinciale di rispondere alle esigenze di interi territori.

La pandemia ha ulteriormente evidenziato le disfunzioni di queste scelte. La medicina territoriale, depauperata dall'accentramento delle specializzazioni e delle cure solo su alcune strutture, è stata così incapace di rispondere alle necessità che si sono e si continuano a riscontrare.

È stata completamente disattesa la norma, prevista dalla legge, che prevedeva l'accompagnamento dopo l'uscita dall'ospedale in seguito a un'operazione invasiva. Tale accompagnamento doveva permettere la continuazione della cura tramite strutture altre che non fossero l'ospedale di provenienza (continuità assistenziale). Così come è fallita l'Adi, assistenza domiciliare integrata.

Si registra, inoltre, un calo della prevenzione con ricadute sullo stato di salute in generale. Questo per due motivi. Da un lato la diminuzione del reddito – conseguente alla frammentazione del mercato del lavoro – e la nascita di poli produttivi di nuova concezione, che hanno introdotto nei confronti dei dipendenti un abbassamento del valore economico delle retribuzioni. Dall'altro, la scelta di determinare un tetto alla spesa riguardante gli esami ambulatoriali oltre il quale al sistema sanitario pubblico deve subentrare il singolo cittadino. Ciò ha provocato come conseguenza lo sviluppo delle prestazioni in capo al privato: “non mi permetti un'ulteriore esame ma la visita la devo fare egualmente”.

Non va sottovalutato nemmeno il valore dei ti-

cket in essere, che per il loro costo hanno generato una spesa elevata a carico di fasce importanti di cittadini. In particolare, nella riforma che si deve approntare, deve essere rivendicata e deve trovare giusta e innovativa soluzione la condizione dei cittadini non autosufficienti. Vanno ampliate da subito le risorse, superata la frammentazione delle normative in capo a diverse istituzioni e sedi, che spesso disorienta questi cittadini, oltre a pensare l'attribuzione di incarichi a specifici operatori per facilitare il rapporto con i famigliari.

Anche se a livello nazionale non si è ancora in grado di costruire un'ipotesi complessiva di riforma che tenga conto delle necessità sempre più impellenti che riguardano questi cittadini, è oltremodo legittimo rivendicare che, all'interno della riforma della Legge 23, ci sia un capitolo che potremmo intitolare *dalla culla al dopo di noi*.

E, comunque, che Regione Lombardia – anziché prevedere un continuativo sostegno alla non autosufficienza – sostanzialmente si faccia carico solo di una parte del costo che questi cittadini e i loro famigliari sostengono, rimane uno scandalo vero e proprio.

La Regione, in questo caso, manca del principio di solidarietà che non è solo di carattere economico ma riguarda anche una società in grado di favorire, il più possibile, l'integrazione dei soggetti deboli o addirittura non autosufficienti. Tutto viene affidato al momento, al caso, alla conoscenza di norme che, du-

rando uno spazio di tempo limitato, sono spesso poco utilizzate. Bisogna, invece, determinare una legislazione coerente e duratura nel tempo.

In provincia gli stessi tempi di attesa per le visite specialistiche e la diagnostica sono critici. Il *Piano integrato sovra aziendale per il governo dei tempi di attesa nel territorio di ATS Pavia*, documento redatto nel luglio del 2020 dalla stessa Ats, è sufficientemente eloquente al riguardo. Tralasciando la fase dove l'emergenza Covid ha



## Le 15 prestazioni più critiche - anno 2019 - del territorio provinciale vengono riassunte dall'ATS con queste percentuali:

Classi di priorità	% complessiva di sfioramento Tempo max complessiva per classi di priorità
OB	46%
OD PV (prime visite)	24%
OD ES (prestazioni strumentali)	33%
U	25%

*Nell'anno 2019 le prime visite specialistiche pesano per il 51% e le prestazioni strumentali per 49%.*

determinato ulteriori problematiche, il periodo pregresso ha comunque visto una condizione di assoluta negatività in quanto la stragrande maggioranza delle prestazioni sono fuori del tempo massimo di attesa.

La riforma dovrà affrontare necessariamente anche lo stato dei tempi di attesa. Da questo punto di vista la dislocazione dell'offerta diagnostica sul territorio, gli orari di impiego delle strumentazioni, la quantità oltre la qualificazione e alla formazione del personale impiegato, sono argomenti che non potranno essere elusi. Anche la statistica dimostra che l'accentramento in poche strutture<sup>1</sup> degli esami e delle visite è un fattore negativo che va rimosso. Il raffronto delle quantità tra il primo semestre 2019 e quello 2020 è fortemente negativo con diverse decine di punti in percentuale.

Un capitolo importante nella riforma regionale della sanità riguarda le Rsa.

Per brevità riporto alcuni elementi da approfondire: modello di accreditamento; costo a carico della Regione; commissione di controllo in rappresentanza degli ospiti; modello di Rsa: aperta, chiusa, integrata; qualità professionale e formazione del personale; aspetti sanitari e strumentazioni; progetto e dimensione della struttura; elementi socio-economici utili a definire un approccio per proteggere la dignità dell'ospite; rapporto con la medicina territoriale. Mentre per le cosiddette casa famiglia si dovrebbe, vista la loro condizione, chiederne il superamento.

La complessità della riforma sconta anche il difficile confronto tra il movimento sindacale

confederale e la Regione. La necessità quindi di rivendicare un confronto a tutto campo sulle strategie che Regione Lombardia intende definire non è rinviabile. Non possiamo sottrarci alla volontà di affermare il nostro ruolo, mettere in campo le idee necessarie e dispiegare la forza rivendicativa che la situazione, e non solo quella regionale, ci chiede.

L'azione unitaria potrà essere d'aiuto. ■

### Nota

<sup>1</sup> Ci si riferisce, quando si parla di accentramento alle strutture pubbliche: ospedali, poliambulatori, ecc.

# ATS DELLA MONTAGNA: UN BILANCIO FALLIMENTARE

Sandro Bertini *Segretario generale Spi Sondrio*

Il territorio dell'Ats della Montagna, che comprende, oltre all'intera provincia di Sondrio, la Valcamonica e una parte dell'Alto Lario, presenta alcune caratteristiche specifiche, quali le distanze in termini di percorrenza e la dispersione, oltre all'altimetrica della popolazione che vi risiede che rendono particolarmente complessa la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari. A questo si aggiungono un tasso di invecchiamento della popolazione e di persone con patologie croniche superiore alla media regionale: il tasso di invecchiamento nell'Ats della montagna è pari al 133,4, mentre la media regionale è del 126,8. Partendo da questi dati e da queste ragioni oggettive, le regole nella programmazione dei servizi e della rete ospedaliera, le risorse economiche e professionali, i parametri organizzativi e funzionali per i territori interamente montani, devono andare oltre quelli previsti nel resto della Regione. Le scelte di Regione Lombardia hanno invece ulteriormente complicato la gestione dei servizi andando a disegnare i Cantoni, fortemente voluti dal presidente Maroni nel 2015, che nel caso dell'Ats della Montagna hanno portato all'individuazione di due Asst: quella della Valcamonica e quella della Valtellina e dell'Alto Lario. Quest'ultima comprendeva un territorio quan-



to mai vasto e complicato oltre ogni buonsenso, un territorio che andava da Livigno alla Tremezzina fino a Menaggio, con il suo ospedale. Un fallimento annunciato, tanto che la stessa Regione è stata costretta ad intervenire con un nuovo provvedimento, la Legge Regionale n. 15 del 2018, con la quale si sono ridefiniti gli ambiti territoriali della Asst, ridando in gestione l'ospedale di

Menaggio e il territorio di riferimento all'Asst Lariana di Como. Intanto, però, si sono sprecate risorse, si è ingenerata confusione organizzativa e si è perso del tempo, senza peraltro operare una scelta chiara quale il riconoscimento della specificità montana della provincia di Sondrio con una propria Asst che coincidesse con il territorio. Una scelta non dettata da campanilismi, che pure esistono e creano non pochi problemi, ma dalla conformazione del territorio e dalla stessa normativa nazionale. Il decreto n. 70 del 2015, la cosiddetta legge Del Rio, riconosce specificità e deroghe particolari per le province con territorio interamente montano e confinanti con Paesi stranieri, come nel caso della Provincia di Sondrio. La stessa legge prevede altresì presidi ospedalieri di base per le zone particolarmente disagiate e distanti più di novanta minuti dai centri ospedalieri di riferimento, che garantiscano il pronto soccorso, in-

dagini radiologiche con l'ausilio della telemedicina per limitare gli spostamenti, possibilità di eseguire gli interventi per i quali non è necessario il ricovero, una rete adeguata di emergenza urgenza per i casi più gravi. In assenza di un vero e credibile progetto di riorganizzazione e di una cabina di regia autorevole, gli anni che sono seguiti all'approvazione della legge regionale 23 hanno visto in provincia di Sondrio un costante impoverimento della qualità della risposta dei servizi sanitari erogati, un impoverimento che riguarda sia gli ospedali che il territorio. L'inevitabile conseguenza è che si è determinato un vero e proprio boom del ricorso alle prestazioni private, anche a pagamento, per effettuare visite specialistiche ed esami e ad una rapida ascesa dei tassi di fuga per i ricoveri ospedalieri, in particolare verso i grandi centri dell'area milanese. In una provincia che era riuscita fino al 2015 a mantenere una forte prevalenza dei servizi sanitari pubblici, anche per la presenza di un grande ospedale come il Morelli di Sondalo, si è così assistito a tutto un fiorire di cliniche e ambulatori medici, nei quali peraltro svolgono l'attività gli stessi medici degli ospedali locali, mentre nel contempo si sono dilatati i tempi di attesa. Appena fuori provincia

ma all'interno del territorio di Asst Valtellina e Alto Lario, è nel contempo cresciuto, ampliando attività e prestazioni, l'Ospedale di Gravedona, gestito dal Gruppo privato Italcliniche, che ha potuto trarne vantaggi non essendo sottoposto ai tagli e ai limiti imposti agli ospedali pubblici.

Un ulteriore elemento che ha contribuito all'impoverimento dei servizi sanitari nell'area montana è la scarsa capacità attrattiva di questi territori per le figure mediche qualificate anche in termini economici, avendo questi, nelle aree urbane, maggiori possibilità di guadagno e crescita professionale. L'Ospedale Morelli di Sondalo, fino a quando ha potuto esercitare il proprio ruolo di centro di riferimento anche nazionale per le cure delle malattie polmonari e per la riabilitazione ha attratto specialisti di alto livello nelle diverse specialità. I tagli e la mancanza di chiarezza sul futuro hanno invece innescato un fenomeno opposto, un fenomeno che oggi, in periodo di emergenza e di drammatica carenza di personale si sta ulteriormente aggravando, con la fuga di diversi specialisti. Non hanno certo giovato anche le scelte sul ruolo assegnato dalla Regione ad Ats e Asst. Bisogna riconoscere che l'Ats della Montagna, an-



*Rsa di Chiuro*



che grazie alla sua direzione, ha in questi anni cercato di potenziare in ogni modo attività importanti come quelle legate alla prevenzione, con buoni risultati delle campagne di screening e di promozione di stili di vita sani, attivando ad esempio numerosi “gruppi di cammino”, particolarmente graditi ai pensionati anche per la loro funzione di socializzazione. Di sicuro interesse, in ambito Ats, anche il progetto *Arnica*, nato per favorire il processo di presa in carico dei pazienti cronici in ambito montano attraverso archivi integrati con i servizi sociali, gestiti dagli Uffici di piano e l’attivazione di nuovi servizi di telemedicina. Ma la buona volontà di alcuni dirigenti non basta per colmare le gravi lacune. L’Ats si è vista progressivamente svuotare da qualsiasi compito gestionale, e il processo di presa in carico dei pazienti cronici, pur registrando percentuali superiori a quelle delle aree metropolitane, ha comunque coinvolto solamente un quarto dei pazienti interessati. Oggi la mancanza di medici di medicina generale in diverse zone dell’Ats, con i nuovi pensionamenti in corso, sta causando problemi sempre più gravi, perché mentre tutti parlano di potenziamento della medicina di territorio, viene meno uno dei tasselli fondamentali, a cui si aggiunge anche la mancanza di infermieri e di altre figure sanitarie, frutto di scelte miopi sia

nella programmazione che nella formazione. Bisogna anche aggiungere che alla direzione di Asst si è assistito un continuo turnover, in alcuni casi con personaggi calati in quel ruolo solo grazie alla loro fedeltà alle forze che governano la Regione, e che questo ha contribuito ad alimentare un clima di incertezza e di negatività. L’estremo tentativo operato dalla giunta Fontana, rendendosi in qualche misura conto della difficile situazione, è stato quello di commissionare al Politecnico di Milano uno studio di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari specificatamente per il territorio della provincia di Sondrio, un Piano che è stato presentato nell’autunno del 2019. Dal momento della sua presentazione all’assemblea dei sindaci anche questo piano, che ancora una volta è incentrato quasi esclusivamente sul ruolo assegnato ai presidi ospedalieri, ha però creato fortissime divisioni all’interno della stessa assemblea. In particolare, il depotenziamento dell’Ospedale Morelli di Sondalo, che secondo questo piano vedrebbe ulteriormente ridotto il proprio ruolo, perdendo diverse alte specialità, ha contribuito ad alimentare polemiche e proteste, sfociate nella creazione del Comitato *salviamo il Morelli* che ancora oggi gode di largo seguito. Con l’arrivo della pandemia il Morelli ha assunto il ruolo di Ospedale Covid che assorbe gran parte delle sue risorse, ma le divisioni continuano a persistere, così che la Regione ha sostanzialmente annunciato ai Sindaci del territorio che anche il Piano del Politecnico verrà messo da parte, sancendo così, se mai ce ne fosse bisogno, il fallimento delle proprie politiche di questi anni. ■

## Conclusioni

# LA SALUTE, UN DIRITTO DA GARANTIRE

Monica Vangi *Segreteria Cgil Lombardia*

Federica Trapletti *Segreteria Spi Lombardia*

Impossibile per tutti noi dimenticare il giorno in cui, a seguito della scoperta del paziente 1, fu dichiarata la prima zona rossa a Codogno. Per uno strano scherzo del destino la notizia arrivò nel bel mezzo di un attivo unitario di Cgil, Cisl e Uil, categorie della Funzione pubblica e dei pensionati di tutti i territori della Lombardia, convocato proprio per confrontarci sulle tante criticità che da tempo registravamo nel nostro sistema sanitario regionale. Un sistema sanitario della cui riforma avevamo condiviso alcuni pilastri portanti come il passaggio dal concetto di *cura* al *prendersi cura*, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e l'integrazione tra sanitario, socio sanitario e sociale, e che invece, al termine del quinquennio di sperimentazione, ci vede purtroppo tracciare un bilancio assolutamente di segno negativo. Quel 21 febbraio di un anno fa si parlava di ca-



Monica Vangi



Federica Trapletti

renti relazioni sindacali con Regione Lombardia e con i livelli istituzionali territoriali (Ats e Asst), nonostante l'intesa sottoscritta a settembre 2014 con l'allora presidente Maroni riconoscesse al sindacato confederale il ruolo di interlocutore privilegiato poiché portatore di interessi generali. I temi sul tavolo in quel momento sono noti: la mancata implementazione della medicina territoriale nonostante l'intesa sull'attivazione dei Pot e dei Presst sottoscritta nel mese di luglio 2019 con l'allora assessore al Welfare Gallera e rimasta tuttora solo sulla carta; il mancato rafforzamento dei Dipartimenti di prevenzione, nonostante gli impegni assunti dallo stesso assessore in occasione del presidio di mobilitazione unitario regionale del 2019 sul grave tema degli infortuni sul lavoro; e poi il mancato potenziamento dei Distretti socio sanitari territoriali, di accentramento delle in-



*Daniela Chiodelli, Spi Cremona, e Daniela Saresani, Spi Lodi, hanno portato la loro testimonianza durante i presidi realizzati in piazza Lombardia, presso la sede della Regione, lo scorso giugno*

sufficienti risorse umane ed economiche a favore degli ospedali e ancora l'inadeguata e carente continuità assistenziale ospedale/territorio e infine le infinite liste di attesa per le prestazioni di specialistiche ambulatoriali nelle strutture pubbliche lombarde, a fronte di ampie disponibilità nelle strutture private e accreditate.

Si parlava inoltre di cronicità, di come questo tema fosse allora come oggi di grande importanza, visto e considerato che i malati cronici in Lombardia sfiorano ormai i tre milioni (dato destinato ad aumentare in quanto legato all'allungamento delle prospettive di vita) e di come il modello di presa in carico dei malati cronici introdotto nel 2017 sia purtroppo fallito, viste e considerate le scarsissime adesioni da parte dei malati cronici e dei medici di medicina territoriale. Ma soprattutto si evidenziava come una vera presa in carico non possa prescindere da una integrazione tra sanitario, socio sanitario e sociale, che in Lombardia è assolutamente

inesistente, anche a causa della totale mancanza di coinvolgimento dei sindaci, il cui contributo è invece fondamentale stante il fatto che la malattia è sempre più un fenomeno che coinvolge a 360 gradi la vita di una persona ed è condizionata sempre di più da determinanti fattori sociali, economici e relazionali.

A tutte queste criticità si sommano quelle riguardanti le strutture socio-sanitarie: modelli organizzativi inadeguati, minuti di assistenza minimi da garantire a ciascun ospite settimanalmente non aggiornati da ormai dieci anni e totalmente inadeguati rispetto ai reali bisogni assistenziali dei residenti; scarso sviluppo dei servizi domiciliari e semiresidenziali; inadeguato riconoscimento alle Rsa, da parte di Regione Lombardia, della quota sanitaria al 50 per cento, come invece previsto dalla legge.

Queste le ragioni che ci portarono quel giorno a decidere di intraprendere un percorso di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di mo-

bilitazione che, a partire dai territori, sarebbe dovuta sfociare in una grande manifestazione regionale.

Certo, in quel momento, nessuno di noi poteva prevedere la gravità di quello che sarebbe successo da lì a pochi giorni e la situazione surreale in cui ci saremmo trovati: la dichiarazione di *lockdown*, il dramma degli ospedali e poi la strage nelle Rsa.

Per i tre mesi successivi abbiamo vissuto con angoscia e senso di impotenza di fronte al consumarsi della tragedia, il cui epilogo era in realtà già scritto proprio nelle cose che ci stavamo dicendo in quel maledetto giorno, cercando comunque di fare tutto quello che era nelle nostre possibilità per arginare in qualche modo la situazione: comunicati stampa, richieste di incontro, telefonate, ma purtroppo non sono bastate.

È bastato invece un virus, una piccola particella, per mettere in crisi contemporaneamente tutti i settori della sanità e per scatenare una sorta di *tempesta perfetta* all'interno del sistema sanitario ritenuto il più efficiente in assoluto, svelandone i numerosi punti deboli e presentando il conto, come sempre, alle persone più fragili e vulnerabili.

Durante quei terribili due mesi molti errori sono stati compiuti. Primo fra tutti indirizzare tutti coloro che avevano sintomi verso i Pronto Soccorso degli ospedali, mettendo questi ultimi e i lavoratori della sanità in una condizione di estrema criticità, ma soprattutto, vista l'insufficienza di dispositivi di protezione individuale, facendo diventare gli ospedali stessi dei luoghi di contagio.

Dopo qualche settimana, il contrordine: rimanete a casa e chiamate il vostro medico. Peccato che l'assenza di una medicina territoriale, e le difficoltà in cui si sono trovati gli stessi medici di base, abbiano fatto sì che tante persone siano state letteralmente abbandonate e siano morte per mancanza di cure.

Quanto alle Rsa, ricordiamo l'esito disastroso di due Dgr: da una parte quella che prevedeva il trasferimento di pazienti Covid positivi, anche se a bassa intensità di cura, all'interno delle Rsa, totalmente inadeguate e impreparate ad accogliere casi positivi e a proteggere gli ospiti anziani; dall'altra quella che dava indicazioni affinché gli anziani over 75 Covid con più di due patologie non fossero trasferiti in ospedale. La politica si è quindi sostituita alla scienza



medica decidendo chi si doveva curare e tentare di salvare e chi invece andava lasciato morire. Nei mesi successivi, non appena è stato possibile, Cgil, Cisl, Uil insieme alle categorie della Funzione pubblica e dei pensionati hanno ripreso in mano con ancor più forza e motivazione i temi della sanità e della salute, nella convinzione che servisse dare urgentemente una scossa per cambiare l'indirizzo della sanità lombarda. Per questo motivo sono state indette nel mese di luglio tre giornate di mobilitazione davanti a Palazzo Lombardia che hanno visto la partecipazione, seppur contingentata, di numerose persone: lavoratori, pensionati, operatori sanitari, familiari di alcuni ospiti delle Rsa che hanno manifestato e testimoniato per rivendicare un nuovo *Patto per la salute* con Regione Lombardia.

Tre giornate dedicate a tre temi fondamentali: le condizioni degli anziani all'interno delle Rsa, la medicina di territorio e i Distretti socio sanitari, la rete ospedaliera.

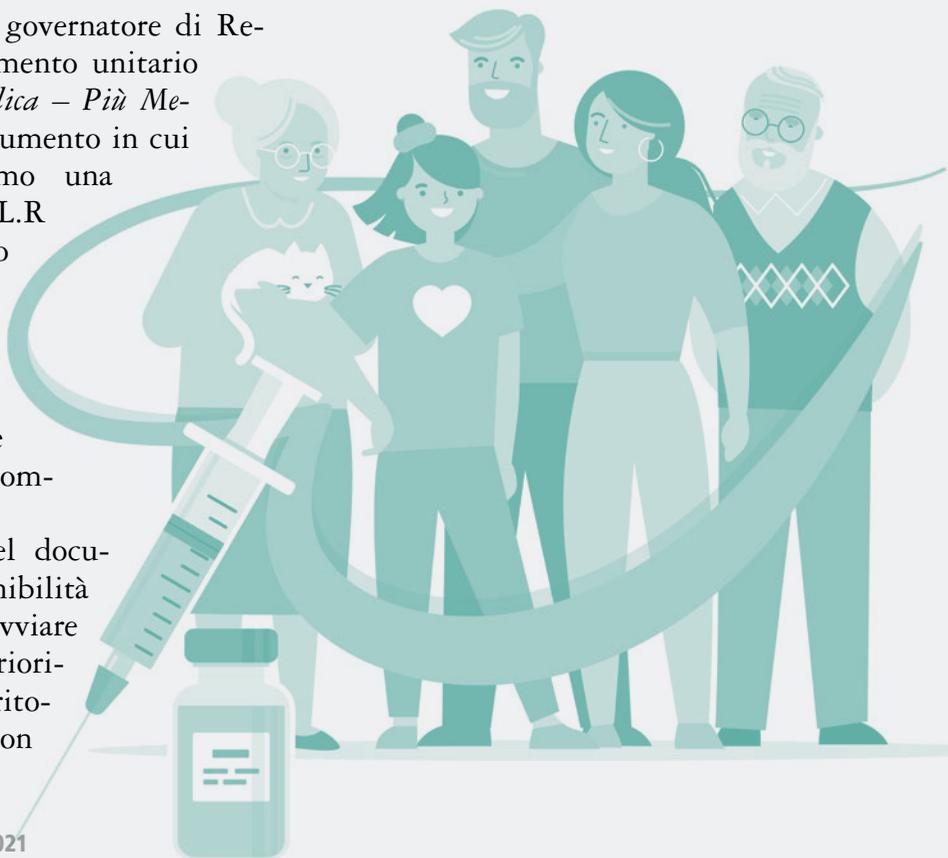
Insieme all'azione di denuncia e di protesta abbiamo anche formulato le nostre proposte, forti delle nostre idee e consapevoli che un servizio socio sanitario organizzato diversamente avrebbe potuto fronteggiare meglio le pesanti ricadute della pandemia da Covid-19. Con questa convinzione e determinazione abbiamo offerto al dibattito, a partire dal governatore di Regione Lombardia, il documento unitario intitolato *Più Sanità Pubblica – Più Medicina di Territorio*. Un documento in cui unitariamente esprimevamo una valutazione negativa della L.R. 23 del 2015 e sollecitavamo un approfondito riesame della legge regionale rivendicando nel contempo l'avvio di un confronto urgente, ampio, concreto e autorevole con Regione Lombardia.

Dopo la presentazione del documento è emersa la disponibilità di Regione Lombardia ad avviare il confronto su tre temi prioritari: Rsa, Medicina di territorio e ospedali. Tuttavia, non

possiamo certo dire che gli impegni assunti dal presidente di Regione Lombardia abbiano trovato un puntuale riscontro, anche per effetto del rimpasto di giunta che ha visto sostituire prima l'assessore al Welfare e poi il Direttore generale dello stesso assessorato.

Con la stessa motivazione che ci aveva spinto all'azione di denuncia e di proposta il confronto unitario è proseguito e, supportati dal documento redatto da Agenas e assunto dal ministero della Salute, abbiamo formalizzato il documento unitario *Le proposte di Cgil Cisl Uil per la modifica della L.R. 23*.

Nel documento di Agenas ci siamo ritrovati in fase di analisi a evidenziare la peculiarità di un Ssr differente da tutti gli altri Ssr. Specificità non solo riconducibili alla L.R. 23 del 2015 che, come noto, ha introdotto una nuova articolazione organizzativa (Ats e Asst) ma attribuibili anche alla L.R. 31 del 1997 i cui principi erano: libertà di scelta del cittadino del luogo di cura, parità fra erogatori pubblici e privati accreditati secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e competitività fra strutture. Nello stesso documento anche le criticità riscontrate risultavano in linea con quanto da tempo denunciavamo: la frammentazione del sistema di governance, la dispersione dell'at-





tività di controllo, l'assenza di un solido rapporto organizzativo fra ospedale e territorio, la separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione, la separazione delle funzioni dell'attività di prevenzione, la competizione tra Asst ed erogatori privati accreditati.

Il documento unitario di proposte di revisione della L.R recepisce pertanto le considerazioni conclusive del documento Agenas sulla necessità di riallineare il sistema di *governance* del Ssl alla normativa nazionale, ripropone la necessità di implementare la rete di offerta territoriale garantendo luoghi di erogazione di prossimità, rimettendo al centro il ruolo del Distretto, pone l'attenzione sulla necessità di un radicale cambiamento dei dipartimenti di Prevenzione a partire dal loro rafforzamento, evidenzia la necessità di rafforzare la continuità di cura ospedale-territorio, di ripensare i modelli organizzativi in ambito socio sanitario, rivedere il sistema di accreditamento in ambito sanitario e socio sanitario, ripensare il rapporto fra enti pubblici e privati accreditati, investire sulle risorse umane.

Porteremo le nostre proposte al confronto con Regione Lombardia e con tutte le forze politiche del consiglio regionale, ma anche con le associazioni con cui ci siamo confrontati in questi mesi.

Dovremo far vivere le nostre proposte nelle Camere del Lavoro territoriali così come con le lavoratrici e i lavoratori, con le pensionate e con i pensionati.

Siamo consapevoli che il percorso non sarà semplice ma continueremo nella nostra azione unitaria affinché le cittadine e cittadini della Lombardia possano contare su un servizio sanitario, socio sanitario e sociale in grado di rispondere ai reali bisogni di salute.

Un modello più equo e giusto che rimetta al centro la salute come diritto costituzionale da garantire a tutte e a tutti, che superi le logiche del mercato e del profitto. ■

# APPUNTI



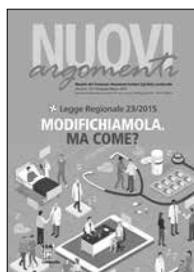
# APPUNTI

## Le nostre pubblicazioni

Si possono trovare e scaricare  
dal sito [www.spicgillombardia.it](http://www.spicgillombardia.it) link pubblicazioni

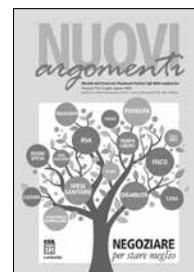
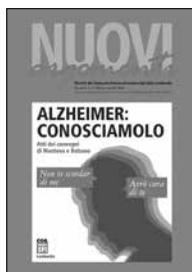
### 2021

- n. 1/3 **Legge Regionale 23/2015  
Modifichiamola. Ma come?**



### 2020

- n. 1/2 **Che futuro per la previdenza?**  
 n. 3/4 **Alzheimer: conosciamolo**  
 n. 5/6 **Chi evade non partecipa al patto sociale**  
 n. 7/8 **Negoziare per stare meglio**  
 n. 9/10 **Area benessere 2021 - Il coraggio di esserci**  
 n. 11 **Per un paese a misura di donne e uomini**  
 n. 12 **Ci dicevano: "Andrà tutto bene"  
...ma avevamo paura**  
 n. 12 **Supplemento  
Quale cura per una sanità malata**



## Le nostre pubblicazioni

*Si possono trovare e scaricare  
dal sito [www.spicgillombardia.it](http://www.spicgillombardia.it) link pubblicazioni*

### 2019

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

### 2018

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

### 2017

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

### 2016

- n. 1/2 **Salute quanto costa al cittadino?**
- n. 3/4 **Il danno sociale degli stereotipi**
- n. 5/7 **Generazioni a confronto**
- n. 8/10 **Dal voto alle donne alla Repubblica democratica**
- n. 11 **Area benessere 2017**

