



Sig. Presidente della Regione Lombardia  
dott. Roberto Maroni,

In relazione al Libro Bianco – sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia – presentato il 30 giugno 2014, le associazioni firmatarie della presente (1) che hanno partecipato agli incontri del 16 e del 31 luglio, accogliendo la proposta di intervenire in termini propositivi sul testo presentato, inviano le seguenti rilevazioni e proposte:

1. **Ritengono anzitutto positivo** l'aver promosso le iniziative di presentazione e discussione sfociate nella richiesta di intervenire in merito mediante propri scritti. Fondamentale nella sanità, come nella società, la partecipazione dei soggetti collettivi interessati, così come è stato fatto. Non tutti hanno certamente lo stesso grado di rappresentatività, ma a volte, più che la rappresentatività, vale il ragionamento, valgono le proposte, vale, secondo la nostra concezione, la relazione fra soggetti e diritti.

Per entrare subito nel merito, se è stata ed è importante la partecipazione critica e propositiva dei soggetti interessati, riveste grande rilevanza definire più **precisamente la partecipazione dei soggetti che utilizzano il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. Le leggi lo stabiliscono, in particolare la legge 833/1978 art. 13, la legge 502/1992 e successive modifiche art. 14, e la legge regionale n. 48 del 1988 art. 3, ripresa dalla legge 31/1997 e dal Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità, che ha istituito i **Comitati di Partecipazione dei cittadini utenti e degli operatori. Una legge che ci sembra sia stata disattesa e che richiede di essere ripresa ed attuata in termini flessibili**, adottandola al nuovo quadro istituzionale che uscirà al termine della discussione sul Libro Bianco con nuove norme approvate dal Consiglio Regionale.

In altri termini, i cittadini e gli operatori del SSN, mediante proprie rappresentanze democratiche, nei territori di riferimento dovranno avere la possibilità di intervenire sul funzionamento dei servizi e delle strutture in funzione critica e propositiva. Altra cosa è la responsabilità della gestione che resta nelle mani di chi ne è stato deputato. Si aggiunge solo che la partecipazione così come viene intesa e da noi proposta può avere anche uno scopo di controllo, non istituzionale, relativo agli effetti che il sistema sanitario produce, che non sempre corrispondono ai diritti stabiliti.

Ciò in specificazione del tema che il Libro Bianco enuncia fra le necessità di revisione normativa (4.2.2).

2. Ci sembrerebbe assai utile che il Libro Bianco venisse arricchito di **un capitolo sullo stato di salute della popolazione della Lombardia**. Ci sono molti accenni, soprattutto di previsione rispetto alla anzianità della popolazione e alle conseguenze per l'organizzazione sanitaria. Sapere quale sia lo stato di salute della popolazione è interessante in ordine alla programmazione dei servizi e delle strutture, ma anche alle misure di prevenzione che andrebbero previste e promosse. Non parliamo qui di diagnosi precoce che è importante, ma che non può essere confusa con la prevenzione. **Non basta vivere di più se non si vive anche in salute** (2). L'organizzazione sanitaria è una delle componenti che

mirano al mantenimento in salute dei cittadini, ma non è né l'unica e nemmeno la principale. Per capire di più occorrerebbe rifarsi alla Dichiarazione di Ottawa dell'OMS del 1986. Ad esempio le condizioni di nocività negli ambienti di lavoro e di inquinamento nei territori aumentano le possibilità di contrarre malattie e riducono per i più esposti la speranza di vita. In occasione del 28 aprile u.s. giornata mondiale delle vittime del lavoro abbiamo manifestato davanti alla regione per evidenziare il problema della presenza di amianto. L'amianto, in seguito alle esposizioni lavorative degli anni passati si stima che stia mietendo in Lombardia almeno un migliaio di vittime l'anno per malattie asbesto correlate ed inizia anche a colpire cittadini esposti non professionalmente. All'Assessore regionale all'Ambiente abbiamo manifestato la necessità di procedere alla messa in sicurezza e bonifica di tutti quei siti in cui l'amianto è presente a partire da quelli pubblici o di interesse pubblico. (9)

Oltre lo specifico esempio ritorniamo alla necessità di **conoscere la situazione epidemiologica della popolazione della Lombardia** tramite la quale possiamo risalire alle cause più importanti che provocano perdita di salute e da qui verificare quali di queste possano essere eliminate o quanto meno ridotte. Questa è la vera spending review: meno malattie è uguale a meno sofferenze per i cittadini e meno costi per la collettività, e in particolare per il sistema sanitario.

3. Uno degli scopi fondamentali del Libro Bianco è quello di passare dalla cura al "prendersi cura"; si propone un atteggiamento diverso dei curanti e delle strutture che curano. La persona va considerata persona nel suo insieme, oltre la malattia, non in funzione esclusiva dell'organo o degli organi colpiti, ma per la sua condizione globale (sociale, lavorativa economica, familiare, ambientale ed altro). Se viene manifestata questa esigenza vuol dire che l'attuale pratica non è quella in atto. Il cambiamento dovrebbe avvenire tramite una considerazione diversa della cronicità. I malati cronici sono in aumento. In particolare quelli non autosufficienti sono nella condizione più difficile. Il territorio con i servizi ad essi dedicati dovrebbe divenire il centro dell'intervento, non sacrificando l'ospedale per gli scopi di cui si occupa, prevalentemente volto alla cura dei malati in stato di acuzie, ma la distinzione fra acuti e cronici non è così netta, sia perché si tratta di un obbligo istituzionale dell'ospedale (3), sia perché la rete territoriale di cure domiciliari è carente. Per l'esperienza delle nostre associazioni possiamo dire che non si ricorre, da parte degli enti ospedalieri, sufficientemente alle Unità Valutative Multidimensionali (UVM), ne esiste come prassi la definizione non burocratica del progetto personalizzato. I famigliari dei malati cronici non autosufficienti, nonché le persone con grave disabilità, all'uscita dall'ospedale o dall'Istituto di Riabilitazione si devono in sostanza arrangiare a trovare una soluzione per il loro congiunto. **Esistono "dimissioni selvagge", piuttosto che dimissioni protette.** La teoria del prendersi cura è ben lontana dall'essere realizzata. Il dato che presenta il libro Bianco della diminuzione dei ricoveri ospedalieri, ad oggi 37.500 annui va collegato con quello dei ricoverati in RSA e RSD (64.000). E' spontanea una domanda: ma forse la gran parte di quei ricoverati (nelle RSA viene affermato, sempre nel Libro Bianco, che il circa il 70% sono persone sono affette da demenza senile), non dovrebbero afferire a pieno titolo al SSN? Assolutamente da sottolineare quanto il medesimo LB afferma e cioè essere queste persone siano supportate prevalentemente in tutti i sensi (moralì, economici ed assistenziali) dai famigliari. La teoria della presa in cura non può prescindere da questo aspetto che è prima di tutto di diritto al di là che i sostegni economici erogati che per di più sono limitati e in generale non sufficienti. Abbiamo visto che le persone ricoverate (non ospitate) in RSA e RSD sono malati gravi. Ribadiamo ancora che la legge prevede che afferiscano al SSN. **Sarebbe opportuno e corretto, considerare a pieno titolo la RSA e RSD strutture del SSN e quindi da accreditare con gli stessi criteri delle stesse strutture sanitarie private convenzionate con il SSN.**

Si tratta di liberare risorse, e su questo, oltre a sottolineare quanto precedentemente affermato sulla necessità di attuare una vera prevenzione che richiede tempi medi e lunghi, si può intervenire in altro modo, come successivamente viene proposto.

4. Per le persone in condizione di cronicità e non autosufficienza il Libro Bianco prevede una forma di finanziamento diversa da quella utilizzata a livello ospedaliero, i cd DRG. Si tratta di sostituire i codici afferenti alle prestazioni così come derivano dalle schede di dimissione ospedaliera con un forfait onnicomprensivo che comunque deve essere definito nei dettagli. A nostro avviso andrebbe anche

messo in discussione il complesso dei pagamenti a prestazione trattandosi di “un sistema che paga la malattia” e che quindi tende ad aumentare se non a moltiplicare le prestazioni anche quando queste sono inappropriate o addirittura inutili e, in certi casi, anche dannosi. Lo diciamo sulla base degli studi che abbiamo svolto e anche dell’esperienza che ci siamo fatti quale parte civile (Medicina Democratica) nel processo contro Brega Massone e altri (noto come processo Santa Rita). Ed a questo proposito ci permettiamo di avanzare sinteticamente una proposta di sperimentazione di un sistema di finanziamento diverso che abbiamo definito **“un sistema che paga la salute”** (4).

5. L’attuale sistema di finanziamento delle strutture premia prevalentemente la quantità e la velocità, quindi più prestazioni si fanno in un tempo sempre limitato e più si realizza lo scopo. Ma quale sarebbe lo scopo: incrementare le prestazioni pagando la malattia o migliorare le condizioni di salute? A partire dall’osservazione della realtà si può dedurre che molti cittadini pensano sia necessario per la salvaguardia della propria salute, sottoporsi ad un numero quasi illimitato di visite ed esami, anche senza porsi il problema della loro effettiva necessità. E il sistema li aiuta. Per cui i tempi di attesa sono diventati il problema. Le persone in lista di attesa, nonostante gli sforzi che vengono compiuti, sono in costante aumento. Più si amplia la risposta e più si ampliano le richieste e i tempi di attesa aumentano ulteriormente. Abbiamo riflettuto e studiato il problema – nella fattispecie quello dei DRG - oltre averlo toccato con mano, e scoperto come alcune prestigiose riviste affermano, essere una buona parte delle prestazioni sanitarie discutibili e a volte del tutto inutili. In un apposito gruppo di lavoro, presenti diversi esperti non solo di MD, siamo giunti ad alcune prime interessanti conclusioni. Da qui la proposta di **chiedere alle Istituzioni competenti, quindi alla Regione, di sperimentare un sistema diverso incentrato sui risultati di salute, e sulla corrispondenza degli interessi degli operatori con l’interesse di salute del cittadino**. Chiariamo che il campo deve essere sgombrato da due rilevazioni che i sostenitori dei DRG ci possono muovere:
  - a) Non siamo per il ritorno all’antico, nel senso di ritornare al finanziamento a giornata di degenza che ha portato a mantenere ricoverate le persone malate oltre ogni limite.
  - b) Non riteniamo nemmeno che si tratti di attuare maggiori controlli sull’uso dei DRG da parte di appositi organismi (in Lombardia ci sono i NOC - nuclei operativi di controllo). Occorrerebbe infatti passare da un controllo del 6% delle cartelle cliniche e relativi DRG attribuiti al 100% se si vuole essere sicuri. Sarebbe difficile anche per percentuali inferiori. Senza considerare che si tratta di controlli di congruità e non di appropriatezza. Occorrerebbe creare un apparato impossibile finanziariamente da sostenere e soprattutto resterebbe il sistema “che paga la malattia”. (4)
6. Nella proposta del Libro Bianco la Regione intende modificare l’attuale assetto istituzionale tramite l’Azienda Integrata per la Salute composta di un polo territoriale e di un polo ospedaliero. Il polo territoriale comprende i Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST), insieme ai Presidi Ospedalieri Territoriali e alle Farmacie di servizio. Vogliamo ragionare sui CSST che comprenderebbero i diversi servizi di base e specialistici istituiti da precedenti leggi regionali quali risposte a bisogni essenziali da parte dei cittadini, ricompresi nei LEA. Avremmo preferito che si chiamassero “Case della Salute” perché questa dizione rappresenta meglio la visione globale delle risposte ed anche perché di derivazione da una proposta del fondatore di Medicina Democratica, il prof. Giulio Maccacaro (5). Ma al di là del nome il senso è quello di un luogo fisico nel quale sono concretamente presenti. Vedremo in essi Il Servizio di Prevenzione nei luoghi di Lavoro, il Consultorio, Il Centro Psico Sociale (CPS), il Servizio per le Tossicodipendenze (SERT), l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), come sembrerebbe, l’equipe dei medici di Medicina Generale presente su quel territorio. Il CSST sarebbe pure il luogo dove è presente il Comitato di Partecipazione di cui alla legge 48/88 citata all’inizio. In pratica tutti i servizi e le strutture del “prendersi cura” a livello territoriale e domiciliare. Alcuni di questi, anche se sono solo accennati dal Libro Bianco andrebbero rivisti e, se del caso, potenziati. Sembrerebbe infatti che il libro Bianco voglia trattare tutti gli argomenti ed è per questo, salvo prova contraria, che alcuni di questi sono stati ampiamente trascurati:

**La Salute Mentale è uno di questi.** Il Libro Bianco dedica al tema della salute mentale il paragrafo 1.2.3.4., alle pagine 49, 50 e 51. L'argomento viene affrontato con una sommaria indicazione statistica sulle prestazioni erogate, negli ultimi anni, dalle unità d'offerta per i minori (Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e per l'Adolescenza – U.O.N.P.I.A.) e per gli adulti (Unità Operative di Psichiatria: C.P.S., C.D., S.P.D.C., Strutture Residenziali). Per la fascia di età 0-18 anni, ci sembra di capire che andrebbe meglio focalizzare risorse e interventi sulla prima infanzia (0/1 e 0/3 anni) in virtù della efficacia di un intervento precoce di gravi patologie (es: l'autismo). Facciamo comunque notare che la scomparsa dei consultori pediatrici toglie la più importante occasione di screening. In anni non remoti tra UONPIA e Consultori pediatrici vi è stata una fattiva collaborazione. L'altro neo riguarda la fascia adolescenziale. Il LB sottolinea la scarsa offerta di prestazioni psicoterapiche e di supporto psicologico. Con la chiusura a Milano dei Centri di psicologia del bambino e dell'adolescente (CPBA) questa offerta si è ridotta ulteriormente. Il LB ha un approccio parzialissimo al tema della salute mentale. C'è un solo accenno a quanto è stato attuato per la diagnosi e l'intervento precoce dei disturbi mentali gravi. Peraltro, è significativa la sottolineatura sull'incremento di oltre il 220%, nel decennio 1999-2010, del ricorso alle strutture residenziali, con l'assorbimento di una quota preponderante della spesa. E' evidente che se si fa poco nei servizi territoriali, l'unica risposta è ancora rappresentata dal ricovero residenziale. La non esaustiva trattazione è indicativa della scarsa attenzione alle istanze promosse dalle associazioni di tutela (Forum per la Salute Mentale, Campagna per la Salute Mentale, Stop OPG, URASAM...), la cui voce, in questi ultimi anni, si è elevata ripetutamente e con puntualità argomentative: **NON C'E' SALUTE SENZA SALUTE MENTALE (6)**

C'è la necessità di sensibilizzare la popolazione (*lotta allo stigma*), di educare i giovani, di attuare progetti nelle scuole, con il coinvolgimento delle autorità scolastiche e degli studenti, di intervenire con la formazione professionale e l'inserimento lavorativo nei luoghi privati di lavoro e nella pubblica amministrazione.

Peraltro, nel Libro Bianco non c'è alcun accenno alla spinosissima questione delle persone ancora internate negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – O.P.G. e all'esigenza di non spingerle nuovamente nelle residenze neo-manicomiali, ma di accoglierle nei distretti sociosanitari, attuando per ciascuna persona, un Piano di Trattamento Individuale – P.T.I. confacente con una fattiva dinamica di inclusione sociale.

**Un ulteriore problema importante legato, ma non solo alla salute mentale, che meriterebbe di essere trattato nel LB è quello delle persone (bambini e adulti) affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), la cui prevalenza, secondo le stime delle associazioni, in Lombardia è di 90.000 persone.** Non vi può essere grandissima attenzione alla costruzione di nuovi ospedali, non sembra esserci altrettanta attenzione al bisogno di residenzialità delle persone con handicap specifici e tra queste le persone con autismo che necessitano di strutture con particolari caratteristiche e con personale con una formazione specifica.

Sull'argomento rileviamo:

\* per l'autismo le UONPIA offrono poco o nulla, se addirittura evitano la presa in carico delle persone con autismo e famiglia al seguito. Le attività ambulatoriali si riducono, quando avviene, a percorsi di terapia relazionale per i genitori e, come intervento riabilitativo per le persone con autismo, mezz'ora alla settimana di psicomotricità. Grasso che cola se è offerto poco altro (mezz'ora alla settimana di logopedia). Ovviamente, interventi, questi detti, molto discutibili in merito alla loro efficacia. Non si spiega, poi, come mai organizzazioni del privato sociale accreditato, per contro, offrono interventi diversificati, qualitativamente e quantitativamente maggiori e migliori. Vale il criterio della sussidiarietà e dell'esternalizzazione dei servizi? **Perché il servizio pubblico è così carente per la presa in carico, la cura e la riabilitazione delle persone sofferenti per ASD?**

\* per quanto riguarda l'età adulta, ovvero al compimento del 18° anno d'età, per le persone con autismo si pone un dilemma: *sono tutte morte o sono tutte guarite*. Già, perché istituzionalmente nessun servizio ha in essere protocolli per la presa in carico delle persone con autismo adulte. Dopo

l'UONPIA il servizio di riferimento dovrebbe essere il Centro Psico-Sociale (CPS), ovvero la psichiatria che con l'autismo ha poco a che vedere; infatti, i CPS non hanno protocolli per la presa in carico delle persone con autismo. Perché, fatto grave, l'eccellente sistema sanitario e sociosanitario Lombardo non ha ancora fatto nulla per risolvere questo vuoto istituzionale sanitario? **Si propone pertanto di istituire un Tavolo Regionale misto, medico/scientifico e rappresentanti delle organizzazioni per l'autismo, di confronto e operatività per tracciare percorsi, effettivamente realizzabili, di intervento, risposta ai bisogni e di totale presa in carico rivolti alle persone con autismo e alle loro famiglie.**

Si veda quanto quanto riportato nella DGR 116/2013 – Atto di indirizzo dell'Assessore Maria Cristina Cantù – che rileva la *“carenza di posti e disomogenea distribuzione territoriale all'interno della rete di unità d'offerta per la grave disabilità”* per le persone con disturbi pervasivi dello sviluppo (spettro autistico).

*“DELIBERAZIONE N° X / 116 Seduta del 14/05/2013 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI: ATTO DI INDIRIZZO*

*Particolari disabilità conseguenti a patologie neurodegenerative, post traumatiche e a disturbi pervasivi dello sviluppo – indipendentemente dall'età - non trovano oggi una risposta, che sarebbe più appropriata, all'interno della rete di unità d'offerta per la grave disabilità per carenza di posti e disomogenea distribuzione territoriale”.*

Allo scopo è necessario, insieme alle associazioni interessate, **svolgere una operazione di ricerca**, a breve termine, sull'esistente nei singoli Comuni, negli Ambiti Territoriali e nelle Province della Lombardia **dell'offerta di residenzialità per le persone con ASD** anche al fine di valutare il bisogno di residenzialità specifica per, se del caso, istituire nuove strutture, prima di tutto pubbliche, destinando fondi adeguati allo scopo. Analogamente, come già rammentato per le persone croniche non autosufficienti in tema di ammissioni protette negli ospedali, **si chiede che venga adottato nei pronti soccorso un protocollo di intervento per le persone affette dal ASD**, come quello istituito dal Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale di Pordenone.

**Per quanto riguarda gli altri servizi territoriali**, proprio nell'ottica di dare al Territorio importanza fondamentale, non in contrapposizione con l'Ospedale, ma per ridurre i ricoveri inappropriati, **occorre, a nostro avviso, che il Libro Bianco, venga completato da un'analisi anche dei servizi che non sono stati toccati (come quelli di Salute Mentale) e che quindi si formulino delle proposte ad essi dedicate**, con una precisazione di ordine generale: **la differenza nell'efficienza e nell'efficacia del sistema sociosanitario è sì data dalla disponibilità di risorse economiche sufficienti a rispondere ai bisogni, da una funzionale organizzazione, dalle capacità e competenze di ogni singola persona che nel sistema svolge un suo ruolo, ma soprattutto e comunque è data dalle persone per la loro dedizione, sensibilità e umanità.**

Fra questi ci sono i **Consultori**, di cui alla legge nazionale 405/1975 a quella regionale n. 44/1976 istituiti, come recita il titolo quali servizi per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, all'infanzia e alla famiglia, che hanno sofferto negli ultimi anni di un ridimensionamento nel numero e del personale, cosa comune anche ad altri servizi, pur in presenza della nuova domanda che si è affacciata (in particolare l'immigrazione). Con il sistema degli accreditamenti, sembra che vengano favoriti i consultori privati i quali non erogano tutte le prestazioni e le attività previste dalle leggi 405 e 44 ma che indirizzano le loro scelte su quelle maggiormente remunerative. **L'altro, ancora più grave problema, riguarda l'attuazione della legge 194/1978 per quanto attiene all'interruzione volontaria di gravidanza.** Molte donne portatrici del problema che si recano presso i reparti di ginecologia-ostetricia degli ospedali trovano non poche difficoltà nell'accoglienza e devono molto spesso rivolgersi a più ospedali prima di ottenere l'intervento, allungando i tempi con un rischio per la loro salute e maggiore sofferenza fisica e psicologica. **La legge va attuata.** Se l'obiezione di coscienza è un diritto per l'operatore che la sceglie, è altrettanto un diritto accedere ai servizi e alle strutture deputate all'IVG da parte delle donne che ritengono opportuno accedervi come stabilito dalla legge. La Regione deve provvedere a dare precise indicazioni alle strutture ospedaliere deputate perché, nel caso in cui non possano

effettuare l'IVG, quando è dovuta, inviino immediatamente in altra struttura, prendendo esse stesse i dovuti contatti, senza lasciare l'incombenza alle interessate.

Non vorremmo andare oltre per ridurre il più possibile il nostro intervento, ma ci permettiamo di rinviare il Presidente e gli altri interlocutori regionali sia il discorso dei consultori, ma anche su quello dei servizi delle tossicodipendenze, dei servizi domiciliari riservati alle cd fragilità, ad un recente incontro - Assemblea Autoconvocata (7) promosso da un consistente gruppo di operatori dei servizi territoriali della città di Milano, che, a nostro avviso, può essere rappresentativo, anche se non esaustivo dell'intera Regione. Le analisi che sono entrate nel merito dei singoli temi e servizi non hanno mancato di evidenziare aspetti comuni che hanno riguardato la chiusura di interi servizi: ad esempio a Milano sono stati chiusi tutti i Consultori pediatrici che hanno seguito quanto già avvenuto nel passato con i servizi di medicina scolastica. Inoltre in questi servizi sono presenti operatori prevalentemente anziani, perché non vi è stato ricambio e perché vi è stata una riduzione quantitativa. Non c'è un'evoluzione tecnologica che può sostituire il personale sanitario e socio sanitario e quello della prevenzione. Se mancano le persone si riducono gli interventi, viene a mancare l'aspetto fondamentale della relazione con i cittadini che, in non poche occasioni, si sentono abbandonati. La gran parte degli operatori fanno quello che possono in meno persone e con carichi di lavoro di tipo burocratico che riducono ulteriormente il tempo terapeutico. **La Regione non pensa che le proposte che scaturiscono dal Libro Bianco e che poi diventeranno operative con successivi passaggi legislativi e con ulteriori indicazioni non necessitino di ulteriori analisi, per meglio comprendere l'attuale realtà?**

Un'analisi più dettagliata dovrebbe riguardare l'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**, non solo rispetto al suo attuale funzionamento da quando è stato adottato il sistema dei voucher, ma anche in riferimento al precedente, a conduzione pubblica. Si è passati, infatti, da un sistema basato sulla offerta, teoricamente programmata, ad un sistema sulla domanda, dove non tutti, forse solo pochi cittadini utenti sono in grado di orientarsi. Del resto, anche in questo caso, non c'è più la libertà di scelta. Il voucher, con gli enti erogatori privati, è la sola possibilità esistente. Il sistema sanitario pubblico, erogatori di servizi, diventa l'appaltatore e il controllore, perdendo, in questo caso, la sua principale funzione. Così è facile, facciamo un'ulteriore obiezione, che i Comuni che dovrebbero avere conoscenza approfondita delle condizioni di salute dei propri cittadini, restano tagliati fuori, poco hanno da dire e poco partecipano al funzionamento del sistema nel suo insieme.

Ci permettiamo questa domanda sull'ADI anche in ragione di altre proposte che scaturiscono dal LB, sempre restando in ambito territoriale. **Non ci risulta chiaro cosa siano i CREG e quali funzioni devono avere.** Siamo in fase sperimentale, è vero, quindi si devono attendere le conclusioni. Ci appare che questa nuova modalità sia dovuta a razionalizzare ulteriormente i tempi già stretti di relazione medico-paziente attuati dai MMG. Non solo, ma ci sembra che vi sia una sorta di traslazione dei DRG sul territorio. Se così fosse quello che pone problemi in ospedale (le prestazioni in funzione delle tariffe), avrebbe una sua diffusione sul territorio, anche con effetti contrari alle necessità di economicità del sistema. **La nostra proposta è quella di chiedere che venga aperta una grossa discussione sui CREG prima di adottarli in maniera generalizzata.**

Per chiudere il discorso dei servizi territoriali, vogliamo ricordare che il servizio territoriale "più storico", nato in regione Lombardia è quello di **prevenzione nei luoghi di lavoro, oggi PSAL** (agli inizi SMAL), posto all'interno del dipartimento di prevenzione. Una struttura che da poche esperienze si è generalizzato per tutta la regione, facendo un'azione assolutamente importante per gli ambienti di lavoro e di vita.

Abbiamo però dovuto registrare un calo dovuto in gran parte (come abbiamo visto per gli altri servizi territoriali) non solo al mancato incremento degli operatori, da sempre ben al di sotto del numero stabilito ma, negli ultimi anni, da una ulteriore riduzione dovuta al mancato ricambio degli operatori, alla solo parziale disponibilità dei finanziamenti stabiliti, inclusi quelli comunque introitati dalle singole Asl con le sanzioni.

Nel libro bianco si rimanda al Piano della prevenzione 2014-2018 e si ritiene necessario affiancare “agli strumenti ordinari di vigilanza e ispezione” altri “dispositivi quali il dialogo sociale” tra i diversi attori.

Ciò può produrre un effettivo miglioramento solo se questo dialogo si fondi su un livello adeguato degli “strumenti ordinari” intesi non solo come puro “numero” di “controlli e ispezioni” ma in termini di qualità dell’intervento.

I sistemi di registrazione adottati, le modalità “rendicontazione” delle attività, come pure la definizione di obiettivi puramente numerici (spesso del tutto avulsi dal numero e dalla esperienza degli operatori nei singoli servizi), non sono in grado di rappresentare la qualità dell’intervento.

Permane inoltre un inadeguato coordinamento con gli altri servizi, regionali e non, che qualificano l’intervento complessivo a tutela dei lavoratori (INAIL, INPS, DTL), analogo problema permane per gli inesistenti rapporti con Arpa. A tale proposito si rammenta la immotivata deresponsabilizzazione degli operatori dell’Agenzia con la sottrazione della qualifica di ufficiali di polizia giudiziaria.

Condividiamo quanto la SNOP e i Sindacati confederali hanno scritto in una lettera alla Regione in data 29.10.2013 (8), e le critiche che sono state portate alla previsione del Governo in tema di istituzione di una cd nuova Agenzia sulla prevenzione. Togliere i servizi di prevenzione degli ambienti di vita e di lavoro dalle ASL, invece che potenziarli, significa promuovere condizioni di aumento degli infortuni e delle malattie professionali.

Vogliamo, infine, sottolineare un maggior impegno in tema di amianto: per l’attuazione di tutta la normativa nazionale e regionale stabilita, con particolare riferimento alle bonifiche, così come abbiamo proposto e richiesto in occasione della manifestazione del 28 aprile scorso in occasione della giornata mondiale delle vittime dell’amianto, come Coordinamento delle Associazioni degli esposti e delle vittime dell’amianto insieme a CGIL-CISL-UIL regionale, presentato all’Assessore Regionale Ambiente Claudia Terzi, di cui al comunicato congiunto (9).

Facciamo da ultimo un accenno ai problemi dei ticket di cui si occupa non solo il Libro Bianco, ma anche il Patto per la Salute.

L’introduzione di forme di compartecipazione (copayment/ticket) alla spesa sanitaria prendono origine già con le leggi finanziarie degli anni '80. In Italia, la compartecipazione è prevista nei seguenti ambiti: - specialistica ambulatoriale - codici bianchi pronto soccorso - cure termali - farmaceutica (dal 2007 molte regioni hanno reintrodotta il ticket con la riproposizione della quota fissa sulla ricetta e di una quota fissa per confezione, quote a volte modulate sul reddito). Nulla è previsto come operativo per ciò che concerne la medicina di base e i regimi di ricovero ospedaliero (anche se, in quest’ultimo caso, in diverse regioni si sta tendendo a trasformare forzatamente i regimi di ricovero giornalieri -day hospital- in regimi di erogazione ambulatoriale raggiungendo, nel contempo, la riduzione dei posti letto negli anni richiesta a livello centrale e un aumento delle prestazioni ambulatoriali e pertanto la relativa quota di ticket). I ticket, secondo diverse analisi empiriche<sup>1</sup>, riducono certamente la richiesta di prestazioni ma non vi sono evidenze che questa riduzione sia concentrata in quelle meno efficaci o meno appropriate. Senza dubbio le classi economicamente più fragili sono maggiormente toccate dall’effetto della compartecipazione e pertanto la possibilità di ridurre delle disuguaglianze di accesso è legata all’introduzione di esenzioni. Le esenzioni previste sono: - per le fasce d’età più basse (a livello nazionale 6 anni) - per condizioni reddituali familiari e condizioni sociali o personali (fra cui ultrasessantacinquenni con livelli di reddito familiare determinato) - per patologie particolari - per invalidità (come funzione “risarcitoria”). La normativa, già molto complessa in quanto risultante da una successione di interventi stratificatisi nel tempo, è stata ulteriormente complicata dalla modificazione del titolo V

---

<sup>1</sup> Vincenzo Rebba, Ticket sanitari: cosa dice la letteratura in campo economico. Seminario “Ticket sì, ticket no”, Roma, 17/05/2012

della Costituzione che ha permesso una differente applicazione delle linee nazionali nelle diverse regioni. Con l'applicazione dell'ultimo aumento previsto dalle leggi finanziarie del “superticket” di 10 € determinato dalla legge finanziaria del 2007 ma di fatto reso operativo solo dal 2011, diverse regioni hanno deciso secondo due metodologie maggiori: - ticket modulato sulla base delle capacità contributive. - ticket modulato sulla base del valore delle prestazioni. La prima, utilizzata per esempio in regione Toscana, è stata recentemente posta in discussione in quanto i risultati attesi non sono stati quelli previsti né sul piano economico né su quello dell'equità in quanto i metodi di valutazione del reddito (ISEE) non sono ottimali e l'aumento delle tariffe ha poi spostato una grande parte delle prestazioni ambulatoriali verso il settore privato. Tutto ciò ha anche fatto ventilare l'idea di spingere la specialistica ambulatoriale nella direzione della copertura attraverso piani assicurativi privati per determinati settori della popolazione mantenendo sotto il Servizio Sanitario Regionale solo i ricoveri e il settore dell'emergenza-urgenza<sup>2</sup>. Nonostante sia provato che il maggiore livello di inappropriata e sovrapprescrizione si ha proprio in quel campo. La seconda, utilizzata ad esempio in regione Lombardia, è ad oggi posta in discussione in quanto non tiene in considerazione alcun elemento socio-economico ma si pone come finalità la mera funzionalità gestionale del meccanismo (a seconda del valore della/e prestazione/i viene determinato il ticket). Per questo motivo sembra essersi fatta strada in questa regione l'idea di legare il pagamento del ticket ad altri indicatori. L'applicazione delle misure di co-payment anche dal punto di vista operativo e burocratico per la valutazione delle diverse quote e la loro operatività determina ovviamente dei costi non irrilevanti, seppur difficilmente quantificabili. Inoltre, le differenze basate esclusivamente sulla valutazione IRPEF delle singole persone (il metodo più utilizzato), considerando l'alto livello di evasione presente in Italia e rilevato da diverse analisi nazionali ed internazionali, configura un sistema non congruente con le finalità di riduzione delle disuguaglianze.

La ratio generale su cui si è fondata la loro imposizione, anche in un sistema come quello del Servizio Sanitario Nazionale nato dalla legge di riforma sanitaria 833/1978, comunque basato sulla fiscalità generale e universalistico, è sostanzialmente divisa in due: - una logica di “controllo della domanda” agendo sul lato della riduzione del cosiddetto moral hazard (sovrac consumo di prestazioni indotto dall' ampiezza della copertura assicurativa pubblica o privata), in quanto tale tendenza favorisce un aumento della non appropriatezza delle prestazioni erogate in esubero rispetto a quanto dovrebbe essere la reale situazione sanitaria dei singoli e conseguentemente spinge ad un aumento dei premi assicurativi privati o delle coperture pubbliche; - una logica di mera modalità di finanziamento della spesa sanitaria, spesso mai ammessa in modo palese. Le due logiche possono tra di loro contrastare in quanto un aumento della compartecipazione al fine precipuo di finanziamento attraverso un aumento delle quote potrebbe determinare la scelta di rinunciare a determinate prestazioni, favorendo un peggioramento potenziale delle condizioni di salute future con un aggravio dei costi totali oppure, come riscontrato da uno studio del CEIS del 2009, a causa di spese sanitarie impreviste, peggiorare le condizioni economiche fino a raggiungere casi di spese catastrofiche (da parte delle classi economicamente più fragili). Oppure spingere verso la sanità privata attraverso il totale pagamento out of pocket nel momento in cui la differenza fra il ticket e la prestazione erogata in ambito privatistico risulti economicamente ridotta o favorevole considerando anche i tempi di attesa (da parte delle classi economicamente più forti). Se fosse poi resa possibile l'uscita dal Servizio Sanitario Nazionale da parte di quest'ultima fascia di popolazione, si potrebbe facilmente prevedere una riduzione conseguente del finanziamento del SSN stesso ovvero un incremento della pressione fiscale per la popolazione più fragile per il mantenimento dei livelli precedenti e per il necessario aumento dei costi burocratici legati alla nuova modalità assicurativa.

---

<sup>2</sup> Lorenzo Roti, Sanità toscana: alto rischio di sbandata. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/sanita-toscana-alto-rischio-di-sbandata/>



Costi aumentati anche dal fatto che devono comunque essere considerati interventi di urgenza ed emergenza comunque da prevedersi per tutta la popolazione. Nel 2012 è stata formulata l'ipotesi, poi abbandonata ma recentemente ritornata alla cronache, di modificare totalmente questo sistema abbandonando i ticket e sostituendoli con un sistema basato su franchigie<sup>3</sup>. In questo caso, la proposta prevedeva il pagamento generalizzato del valore delle prestazioni fino ad una determinata quota (franchigia) rendendo a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale tutti i successivi interventi per i dodici mesi successivi. Questa modalità, secondo gli estensori, avrebbe avuto come caratteristica di eliminare gran parte dei costi amministrativi con la cancellazione delle esenzioni che sarebbero state sostituite, per quanto riguarda esclusivamente la parte socio-economica, da una modulazione del livello stesso di franchigia legandolo al reddito lordo (3 per mille nella proposta aprendo eventualmente anche aliquote progressive). Sarebbero stati così colpiti soprattutto i primi accessi al sistema (dove si segnalerebbero, secondo gli autori, le maggiori inapproprietezze) non toccando i rientri più numerosi o le procedure più costose. Il sistema comunque presenterebbe delle difficoltà costituite innanzitutto dalla determinazione del reddito su cui calcolare la franchigia (problemi simili ai ticket) e anche le modalità per memorizzare gli interventi eseguiti in modo da verificare il momento del raggiungimento della franchigia. La questione era stata posta all'ordine del giorno poiché, secondo la legge finanziaria del 2011, a partire dal 2014 si sarebbero dovuti trovare circa 2 mld € aggiuntivi attraverso i ticket. Considerando che, secondo una stima, il flusso dei ticket in Italia varrebbe intorno ai 4 mld €, l'aumento previsto avrebbe voluto significare quasi raddoppiare il valore di gran parte delle compartecipazioni attuali, la qual cosa sarebbe stata obiettivamente insostenibile. La questione si è trascinata fin nei mesi scorsi quando, a ridosso della fine del 2013, non era ancora chiaro se la quota di 2 mld € fosse stata coperta. Infatti, la stima del FSN per il 2014 era di 107 mld € a fronte di una richiesta di 109 mld €. Con la sottoscrizione del recente Patto per la Salute, la quota di 109 mld € (comprendente quindi i 2 mld € di copertura) è stata raggiunta. In ogni caso, comunque, il sistema della compartecipazione deve essere superato in quanto di fatto iniquo in particolar modo per i settori più fragili della società, tendendo alla sua cancellazione. Le procedure da erogarsi dovrebbero essere determinate in funzione esclusiva della loro effettiva efficacia ed appropriatezza. Una importante riforma dovrebbe anche in questo caso partire da una seria lotta all'evasione fiscale, agli episodi di corruzione e di truffa che soprattutto nel settore sanitario a livello regionale si è palesato in questi ultimi anni rendendo operativa una modalità di finanziamento equa, progressiva e pertanto solidale per un sistema realmente universalistico senza l'introduzione di barriere all'ingresso del Servizio Sanitario Nazionale. Una diversa modalità di finanziamento dei servizi eroganti non basata esclusivamente sull'atto della prestazione ma considerando altri indicatori che evidenzino il miglioramento del reale stato di salute della popolazione sarebbe auspicabile.

Per le associazioni firmatarie della presente

Fulvio Aurora ([fulvio.aurora@virgilio.it](mailto:fulvio.aurora@virgilio.it) – tel. 3392516050)

(hanno collaborato: Walter Fossati, Antonio Muscolino, Marco Caldiroli, Roberto Maria Bacci, Silvana Cesani, Pippo Torri, Valentino Gritta, Elisabeth Cosandey, Dario Vittone, Lauta Valsecchi)

Fulvio Aurora



Milano, 1 settembre 2014

---

<sup>3</sup> Cesare Cislighi, Francesca Giuliani, E se al posto dei ticket introducessimo una franchigia proporzionale al reddito? Seminario "Ticket sì, ticket no", Roma, 17/05/2012

## NOTE

(1)

### **MEDICINA DEMOCRATICA, MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE onlus**

Medicina Democratica è un movimento nato alla fine degli anni 60 a partire da una relazione fra lavoratori e ricercatori a difesa delle condizioni di vita e di salute della popolazione. E' divenuta associazione nel 1977, anno in cui è morto il suo principale fondatore, il prof. Giulio Alfredo Maccacaro – direttore dell'Istituto di Biometria e di Statistica Medica dell'Università di Milano, un anno dopo l'edizione della sua prima (omonima) rivista che prosegue tuttora. MD si occupa di affermare il diritto alla salute, costituzionalmente alla salute; opera nel campo della difesa della salute e sicurezza dei lavoratori, per la salvaguardia dell'ambiente, agisce anche contro l'emarginazione sociale. MD era ed è presente in molti processi penali sulla salute e sicurezza sul lavoro e sulla sanità. MD ha dimensione nazionale.

**ASSOCIAZIONE ITALIANA ESPOSTI AMIANTO onlus**, nata a Casale Monferrato nel 1989 per l'eliminazione dell'amianto in ogni sua forma; fondata esposti ed ex esposti all'amianto lavoratori e cittadini, nonché da esperti nel campo dell'epidemiologia, della prevenzione, del diritto delle bonifiche ambientali. Ho costituito, insieme ad altre associazioni di ex esposti e vittime dell'amianto, un Coordinamento Nazionale (CNA). E' pure presente come parte civile in diversi processi che hanno l'amianto per oggetto.

**ASSOCIAZIONE SENZA LIMITI onlus**, nata a Milano nel 1993 come coordinamento di associazioni per la cura e la riabilitazione delle persone croniche non autosufficienti "senza limiti" di durata. Di rilievo interregionale. Opera nel campo della difesa dei diritti degli anziani non autosufficienti, dei disabili gravi, delle persone con sofferenza psichiatrica."

(2)

### **In Italia continuano a diminuire gli anni di vita in salute**

**Valerio Gennaro**, UO Epidemiologia Clinica, IRCCS - AOU San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova;

**Giovanni Ghirga**, Pediatra, Ospedale San Paolo, Civitavecchia (RM);

**Laura Corradi**, Sociologa, Università della California - Professore in Sociologia della Salute e dell'Ambiente, Università della Calabria

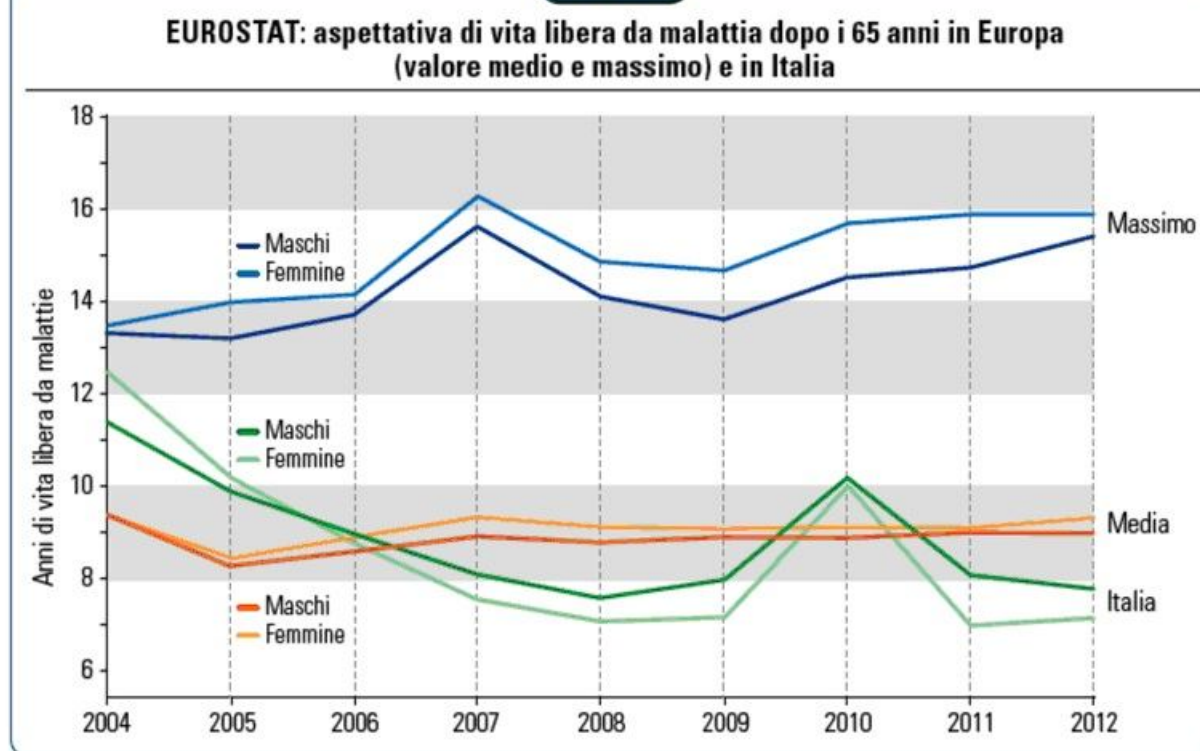
La buona notizia è che in Italia la durata della vita media, dal 2004 al 2012, ha continuato a crescere, come è accaduto costantemente nei decenni precedenti. Il nostro Paese rappresenta così una delle nazioni in cui questo valore è molto alto: a fronte di una media europea che si attesta intorno ai 76.3 e 82 anni, per uomini e donne, in Italia si raggiungono rispettivamente 79.8 e 84.8 anni. Lo rivelano i dati Eurostat, l'ufficio statistico della Commissione Europea, sulla base di dati relativi a cittadini europei forniti direttamente dai singoli Stati membri

[http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm).

Accanto a questo dato assolutamente confortante emergono contemporaneamente altre evidenze tutt'altro che rassicuranti per il nostro Paese: dal 2004 al 2012 è calata fortemente l'aspettativa di vita libera da malattia. Questo parametro proviene chiedendo, a un grosso campione rappresentativo dell'intera popolazione, se negli ultimi 6 mesi, a causa di problemi di salute, abbia subito limitazione alle attività quotidiane.

Dal 2004 il continuo peggioramento è stato evidente. Nel 2012 l'aspettativa di vita sana *alla nascita* è scesa a 62.1 anni negli uomini (era 68.7) e 61.5 nelle donne (era 71). I valori si collocano ora sul valore medio europeo (maschi) o addirittura al di sotto di oltre 1 anno (femmine). Questa tendenza è condivisa anche da altri Paesi europei, come la Danimarca (la durata della vita sana nei maschi è scesa da 68.3 a 60.6 anni), l'Olanda (da 65.4 nel 2005 a 63.5) e la Bulgaria (da 66.2 nel 2006 a 62.1). La maggior parte degli altri paesi mostra andamenti stabili o in crescita; spiccano, in senso positivo, l'Irlanda (aspettativa di vita sana maschile aumentata da 62.5 a 66.1), il Lussemburgo (da 59.5 a 65.8) e la Svezia (da 62.0 a 70.9). *Dopo i 65 anni* in Italia l'aspettativa di vita sana è scesa a 7.8 anni (maschi) e 7.2 anni (femmine), la metà rispetto ai massimi europei e ben al di sotto della media europea, rispettivamente di 9 e 9.3 anni. **(figura)**

Figura



**Conseguenze anche per i Mmg** Oltre alle ovvie considerazioni sanitarie e di qualità di vita dei singoli individui, la situazione italiana ha altre immediate implicazioni: una di queste è il fatto che i Mmg, a parità di assistiti rispetto a 10 anni fa, presentano un numero maggiore di soggetti malati, con le naturali conseguenze in termini di quantità e qualità di lavoro e qualità di vita. Un'altra conseguenza è l'aumento della spesa sanitaria, poiché, come visto, a fronte di un aumento dell'aspettativa di vita si è riscontrata una riduzione dell'aspettativa di vita "sana", come dire che il numero degli anni con disabilità tende molto ad aumentare. A questo si aggiunge il fatto che un maggior numero di anni vissuti con patologie invalidanti significa maggior sofferenza sociale, maggiori costi e minore produttività, sia per i soggetti in età lavorativa che per i familiari dedicati alla loro assistenza. **Ricerca le cause** È quindi fondamentale ora ricercare le cause di questo fenomeno, per porvi prima possibile un valido rimedio. Vi sono probabilmente responsabilità di vario tipo, politiche, economiche, sociali, ambientali, oltre al fatto che verosimilmente gli ultimi anni di recessione possono aver peggiorato fortemente la situazione. La relazione tra crisi economica e salute pubblica è stata già ben documentata negli anni '90 in Russia (Stuckler D et al. *Lancet* 2009; 374: 315-23; Stuckler D et al. *Lancet* 2009; 373: 399-407). Ma anche recentemente, sempre su *Lancet*, sono state documentate le conseguenze dei tagli alla sanità e della politica di austerità instaurata da qualche anno in Grecia (*Lancet* 2014; 383: 691-2; *Lancet* 2014; 383: 748-53).

V.Gennaro, G.Ghirga, L.Corradi.

Da Eurostat Heidi [http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm) (Modif.)

(*MD Medicinae Doctor, Digital aprile 2014*)

(3) Il diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata è stato stabilito dalla legge 841/1953 per i pensionati statali e dalla 692/1955 per i pensionati del settore privato e per i loro congiunti di qualsiasi età. Per garantire dette cure e la loro gratuità. Le citate leggi hanno disposto un aumento dei contributi previdenziali. Il sopra richiamato diritto alle cure ospedaliere gratuite e senza limiti di durata, che concerneva anche gli anziani colpiti da malattie invalidanti e da non autosufficienza (escluse solo le infermità psichiatriche), è stato esteso a tutti i cittadini dalla legge 132/1968 (art.29) e confermato dalla legge di riforma sanitaria. In queste ultime due leggi non vi sono disposizioni che abbiano cancellato la gratuità stabilita dalle citate leggi 841/1953 e 692/1955. È dunque molto strano che nelle sentenze della Corte di Cassazione venga affermato che nelle vigenti disposizioni di legge non è prevista la gratuità delle prestazioni rivolte ai vecchi malati cronici. Secondo alcuni, le dimissioni ospedaliere dei suddetti soggetti sarebbero consentite dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 agosto 1985. Al riguardo, la sentenza della I Sezione civile della Corte di Cassazione N. 10150/1996 (richiamata dalla decisione del Consiglio di Stato n. 7766 depositata in Cancelleria il 29 novembre 2004) ha stabilito che le leggi riconoscono il diritto soggettivo (e pertanto esigibile) alle prestazioni sanitarie, comprese le attività assistenziali a rilievo sanitario; hanno diritto alle cure sanitarie sia i malati acuti che quelli cronici; essendo un atto amministrativo, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 agosto 1985 non ha alcun valore normativo. Ne consegue che le dimissioni ospedaliere delle persone colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza erano e sono illegittime. Esse

erano e sono selvagge nei casi in cui il Servizio sanitario nazionale non garantisce la prosecuzione delle cure a domicilio o presso strutture sanitarie. Ciò premesso, occorrerebbe, quindi, chiarire se il trasferimento all'assistenza di un soggetto avente diritto alle cure sanitarie gratuite, può determinare l'applicabilità di rivalse a carico dei parenti per quanto concerne le rette di ricovero che il soggetto non è in grado di corrispondere con le sue risorse economiche, soprattutto se detto trasferimento è stato determinato, come avviene quasi sempre, dalle false informazioni fornite dal personale sanitario e sociale, secondo cui la sanità non è tenuta a curare i vecchi colpiti da patologie inguaribili. Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e l'articolo 54 della legge 289/2002 hanno ribadito il diritto alle cure sanitarie senza limiti di durata, anche se nei casi di degenza presso Rsa (residenze sanitarie assistenziali) o strutture similari gli utenti sono tenuti al pagamento della quota alberghiera sulla base delle disposizioni previste dai decreti legislativi 109/1998 e 130/2000.

(4) In concreto la proposta:

#### **UN SISTEMA CHE PAGA AL SALUTE AL POSTO DI UN SISTEMA CHE PAGA LA MALATTIA (\*)**

**La proposta che si vuole sottoporre all'attenzione della Regione Lombardia si definisce "sperimentale". Si vuole provare a verificare un nuovo sistema di finanziamento delle strutture sanitarie "a quota capitaria, fortemente pesata per età" cioè una cifra annuale per cittadino diversa seconda l'età: la cifra più bassa corrisponde ai 14 anni, sale in corrispondenza della minore e soprattutto della maggiore età.**

**Si vuole evitare quanto già avvenuto per l'adozione dei DRG che sono stati adottati per tutto il territorio nazionale senza che vi sia stata un'adeguata discussione, senza prove effettive. E' stato infatti assunto un sistema proveniente da un contesto assicurativo. E' stato accettato per contrastare l'ormai indifendibile sistema precedente e/o per ragioni di bilancio. Oggi le ragioni di bilancio esistono più di prima, ma, ancor più, sono importanti le ragioni di salute.**

Queste dovrebbero, al loro interno individuare alcune ASL (almeno 3 stante all'attuale situazione e denominazione) che abbiamo al proprio interno un ospedale pubblico e almeno uno privato e il cui direttore generale sia d'accordo e convinto che la proposta di un sistema di finanziamento diverso (dai DRG) delle strutture sanitarie e dei professionisti sia possibile, efficace e corretto. Per la Lombardia che ha adottato in cui A-USL e Aziende Ospedaliere sono entità distinte e separate occorrerà scegliere sia le une che le altre. Particolarmente ci dovranno pure essere strutture private convenzionate che, sempre per questa regione, sono considerate sullo stesso piano di quelle pubbliche. Dall'inizio il direttore generale, assistito dagli uffici della assessorato regionale alla sanità, deve coinvolgere i responsabili dei servizi e le organizzazioni dei cittadini utenti presenti sul territorio della A-USL. La ragione sta sia nella conduzione che nel monitoraggio. Chi deve dirigere deve capirne bene gli scopi e studiarne i metodi, chi in ultima analisi ne usufruisce in ugual modo deve capire che cosa si sta facendo e essere in grado di verificarne i risultati. Va pure stabilito che la durata della sperimentazione sia definita in 3 anni.

#### **Prima applicazione economica**

Sarà necessario prevedere un raccordo tra l'attuale modalità di retribuzione delle Aziende USL e ospedaliere con l'introduzione del modello di retribuzione secondo progressione economica fortemente pesata per età.

Il budget iniziale dell'A-USL dovrà essere uguale allo storico (dell'anno precedente, incrementato della quota percentuale che la Regione destina come incremento medio alle A-USL) e all'interno di questo totale dovranno essere calcolate le quote pesate per età; le retribuzioni degli anni successivi saranno computate secondo la composizione per età della popolazione e le quote determinate<sup>4</sup>.

(Come previsto dal modello, le prestazioni erogate ai non residenti e le prestazioni richieste dai residenti ad altra A-USL verranno compensate secondo tariffe/DRG, con le modalità in uso nella Regione che attua la sperimentazione)

Eventuali modificazioni successive del budget sanitario regionale dovranno riflettersi in modo equo anche sul budget delle A-USL "sperimentatrici" e di conseguenza sulle quote per età.

E' opportuno prevedere che, oltre alla retribuzione delle A-USL secondo il modello "quote capitarie pesate per età", il modello sia contestualmente applicato anche alle articolazioni distrettuali. Si può pensare che per i dipendenti siano studiate forme di collegamento con gli istituti dell'incentivazione contrattuale in funzione del principio base del sistema (che paga la salute piuttosto che la malattia) mentre il modello potrà essere applicato ai Medici di Medicina Generale (e ai Pediatri – in questo caso con pesature per età inverse), definendo anche per loro modalità di raccordo con il livello di retribuzione attuale.

#### **Azioni da compiere per implementare il modello**

Le azioni necessarie in fase preparatoria sono molteplici e devono essere attentamente seguite, in quanto si riferiscono principalmente al livello di informazione e di consenso interno all'A-USL.

Dopo l'approfondimento del modello con la Direzione, sarà necessario presentarlo ai diversi settori (dagli amministrativi ai clinici) e per ciascun settore declinarlo nelle specifiche azioni richieste. In altri termini occorrerà spiegare quali siano gli scopi che si vogliono raggiungere, dandosi i tempi necessari. Dovrà essere stabilita, in conseguenza di ciò, un'attività di formazione adeguata, distinta per i diversi settori organizzativi, di prevenzione e clinici.

#### **Indicatori del monitoraggio**

Sarà necessario raccogliere una serie di dati che, opportunamente analizzati, saranno la base della valutazione della "sperimentazione", che verrà attuata in itinere e alla fine del periodo. Particolare attenzione dovrà essere posta all'emergere di sintomi di "allarme", che evidenzino necessità di interventi correttivi.

Concettualmente, saranno necessari flussi informativi relativi ad aspetti economici, di attività amministrativa e organizzativa, soprattutto di risultati di salute per i cittadini. Alcuni sono indispensabili alla valutazione (e di pronto rilevamento), altri complementari e probabilmente non disponibili (saranno di seguito indicati in *corsivo*)

In particolare dovranno essere monitorati (semestralmente) i trend relativi a:

#### **dati di salute:**

- longevità della popolazione
- mortalità evitabile secondo la più ampia definizione OCSE (n. di anni di vita persi prima degli 80 anni/100.000 abitanti), monitorabile anche mensilmente
- mortalità degli assistiti, nei suoi diversi aspetti (età sesso causa)
- indicatori di patologie, quali possono essere
  - gli indici di incidenza rilevabili da eventuali registri tumori
  - i dati rilevati dagli incidenti stradali, dagli infortuni sul lavoro e dalle malattie di origine professionale
  - e, se affidabili e possibili, i dati di salute ricavabili dalle esenzioni per patologie incrociate con l'anagrafe sanitaria
  - e i dati dei DRG regionali estrapolabili come "prime prestazioni" riferite alle patologie dei residenti
- indicatori di "comportamenti" relativi a fattori di rischio, quali il fumo, l'attività fisica, le abitudini alimentari, che potranno essere rilevati da indagini ad hoc inserite in specifici progetti.

#### **dati di attività:**

- DRG, come attualmente rilevati, sia interni all'A-USL e Aziende ospedaliere (per residenti e non residenti), sia esterni per residenti
- Consumo di farmaci per residenti, in particolare scegliendo quelli riferiti a patologie cd sociali (cardiache, diabete, alcuni tumori)
- *Dati di attività di servizi non ospedalieri quali ad esempio, quelli relativi a Consultori, alla Salute mentale (CSM), alla prevenzione nei luoghi di lavoro;*

#### **dati economici:**

- Il finanziamento fornito alla A-USL e/o all'azienda ospedaliera secondo il nuovo modello
- I costi (per il personale e per le strutture) e le spese variabili (ad esempio per prestazioni fuori A-USL)

**dati relativi alla soddisfazione** dei cittadini e degli operatori dovranno essere definiti tramite indagini scientifiche svolte da enti terzi, sia dall'ascolto tramite conferenze di servizio, convegni, documenti presentati dalle organizzazioni degli operatori e da quelle dei cittadini.

Si sottolinea come la valutazione si basi sull'andamento degli indicatori rilevabili dai dati sopra descritti; a questo fine è comunque importante la valutazione a lungo termine, oltre i limiti temporali di questa "sperimentazione".

Le ipotesi, con cui confrontare i dati raccolti, sono, per grandi linee, le seguenti:

- minori spese specificando in quali settori
- aumento della speranza di vita dei residenti, superiore alla media regionale
- conseguente aumento del finanziamento regionale alla A-USL o azienda ospedaliera, superiore alla media regionale
- accettazione del modello da parte di operatori e cittadini, e aumento della "credibilità" del (fiducia nel) sistema sanitario
- assenza di dati, economici, di attività o di salute, di allarme e tali da invalidare il modello proposto

**N.B.:** l'asterisco \* si riferisce a valutazioni che probabilmente supereranno l'arco temporale della prima applicazione. Valgono comunque, nei primi anni, le verifiche relative alla prima e ultima ipotesi di cui sopra.

#### **Retribuzione di risultato e progetti interni all'azienda connessi allo sviluppo del modello**

Una quota importante della retribuzione di risultato di tutti gli operatori dovrà essere collegata al miglioramento di indicatori di speranza di vita e di soddisfazione dei cittadini-assistiti. Qualora la prima cresca più rapidamente della media regionale, anche i ricavi dell'A-USL e della/e AO "sperimentatrici" cresceranno più della media: si dovrebbe pertanto espressamente concordare con la Regione la possibilità che cresca più della media anche l'incentivo di risultato.

#### **Problemi e difficoltà**

Nel breve periodo, particolarmente nell'arco di un anno potrebbe sembrare illusorio misurare dei miglioramenti nella speranza di vita. Dalla bibliografia prodotta non sembra necessariamente vero. Non si aspettano cambiamenti rilevanti all'inizio, ma basta che si individuino una tendenza che vada in direzione diversa dalla precedente. La tendenza sta già nel mutamento del modello. Ovvero se prima del farmaco viene lo stile di vita, se prima della cura viene la prevenzione, se prima della prescrizione di una lunga lista di analisi ed esami, viene la relazione, la speranza di vita è già migliorata. Il sistema proposto costringerà le strutture del servizio sanitario nazionale a relazionarsi fra loro, si dovrà uscire dai compartimenti stagni. Le strutture curative, il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, gli specialisti e l'ospedale, dovranno essere necessariamente interessate a conoscere le iniziative del dipartimento di prevenzione e quelle degli altri servizi territoriali sul piano della riduzione degli infortuni domestici, stradali, lavorativi; altrettanto dovranno se non agire, quanto meno intervenire e fare presente che livelli alti di inquinamento ambientale, ad esempio la presenza di strade ad alta intensità di traffico o la presenza di un inceneritore, peggiorano la condizione complessiva di salute. Se non altro saranno più interessate a raccogliere i dati epidemiologici e a fornirli con maggiore sollecitudine.

L'interesse ancora delle grandi strutture quali gli ospedali, le RSA, ma anche quelle non necessariamente curative come le scuole, comunque tutte le agenzie che forniscono cibo (anche a livello domiciliare) verrà sollecitato in funzione del cambiamento delle diete

che ancora nella gran parte dei casi risultano sbagliate ed inadeguate, al di là che si faccia attenzione ad alcuni soggetti malati come i diabetici o ad altri casi particolari.

Infatti l'abbiamo detto: attaccare, ovvero eliminare i DRG perché il sistema sia fondato sulla salute e non, come scopo primario e assoluto, sulla malattia.

Un'altra difficoltà riguarda il sud Italia e il particolare contesto in cui si muove l'organizzazione sanitaria (per quanto si debba sottolineare che anche al Nord, forse in misura minore, distorsioni proprie del Sud, non mancano. Dalla sanità traggono vantaggio la politica in senso lato, meglio molti politici con i loro partiti-clientela; i produttori di materiali sanitari, le organizzazioni criminali. Si potrebbe pure aggiungere che lo scopo principale per molti che di sanità vivono, in quanto operatori, lo scopo è solo accidentalmente quello fornire il servizio cui sono chiamati. In altri termini la sanità è una grande organizzazione autoreferenziale da cui molti, anche in modo illecito, traggono vantaggio. Un sistema di questo genere è chiuso a qualsiasi cambiamento, perché gli affari traggono origine dal suo consolidamento. Una proposta di altro tipo rischia nemmeno di essere presa in considerazione. Eppure potrebbe essere oltremodo opportuna per fare saltare quegli equilibri che arricchiscono i soggetti interessati prima di occuparsi di promuovere la salute. In effetti qualsiasi proposta può essere metabolizzata a vantaggio dei soliti noti e ignoti, salvo però, nel sistema sanitario, di quella che noi facciamo che va nella direzione di migliorare la speranza e la condizione di vita. In Campania ad esempio ci si dovrebbe opporre all'americanizzazione della alimentazione come si dovrebbe radicalmente modificare il ciclo dei rifiuti iniziando a fare pagare le bonifiche delle discariche a chi le ha realizzate.

Un'ulteriore annotazione ci fa distinguere l'aumento della speranza di vita con l'accanimento terapeutico che è al di fuori dei pensieri di chi ha lavorato sulla proposta. Non solo ma soprattutto va tenuto presente che l'aumento della speranza di vita non è l'unico criterio di valutazione. Vi è pure quello indispensabile della percezione dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale sul cambiamento che è stato messo in atto. E ad ogni buon conto non resta che sperimentare il nuovo sistema per potere verificare se più o meno funziona. Certo è, ripetiamo che quello attuale, non va sempre che non si sia d'accordo per arrivare ad un sistema di tipo assicurativo, che non è più un servizio sanitario nazionale.

*\*Elaborato da un gruppo di lavoro informale*

## Bibliografia

DOMENIGHETTI G. (1994), *Il mercato della salute. Ignoranza o adeguatezza?*, CIC Edizioni Internazionali.

DOMENIGHETTI G. ET AL. (1998), «Promoting consumer's demand for evidence-based medicine», *Int J Technol Assess Health Care*, vol. 14, pp. 97-105.

DONALDSON C., GERARD K. (1989), «Paying general practitioners: shedding light on the review of health services», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 39, pp. 114-7.

DONZELLI A., LONGO F. (1997), *Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita*, Franco Angeli, Milano.

DONZELLI A. (1997), «Un sistema di finanziamento e un sistema premiante virtuoso per la specialistica ambulatoriale», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 3, pp. 13-17.

DONZELLI A. (1998), «Tetti di spesa per erogatore e pagamento delle prestazioni a tariffa: un «nuovo» cocktail fallimentare», *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 11, pp. 1-4

DONZELLI A., SGHEDONI S. (1998), *Le linee guida cliniche tra conoscenze, etica e interessi*, Collana Politiche Sociali, Ed. Franco Angeli.

DONZELLI A. (1999), «Il pagamento a prestazione ha fallito la maggior parte degli obiettivi dichiarati» (I parte), *ASI*, vol. 17, pp. 3-17, e (II parte) *ASI*, n. 18, pp. 7-17.

DONZELLI A., GEDDES M. (1999), «Modifiche di comportamento medico in relazione ai sistemi retributivi», *La salute in Italia: Rapporto 1999*, curato da Marco Geddes, pp. 131-52, Ediesse.

DONZELLI A. (2000), «L'evoluzione dei Drg negli ospedali lombardi dopo l'introduzione del pagamento a tariffa. Occorre ripensare criticamente al "motore" del sistema», *ASI*, n. 3, pp. 18-25.

Donzelli A. (2003), «Un bivio per la medicina di base. Privilegiare l'orientamento della domanda e il governo appropriato dei consumi o il ruolo di erogatori? E con quale (coerente) modello di remunerazione?», *ASI*, n. 41, pp. 13-28.

DONZELLI A. (da novembre 2002 a giugno

2004), «Pillole di buona pratica clinica, n. 1-16» *Occhio Clinico*.

EUROBAROMETER (1998), n. 49.

GORI G. ET AL. (1991), «Confronto fra due indagini condotte negli Ospedali nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS», in Biscontin S., Rigetti A. (eds.), *Per una ecologia della nascita*, Atti del Convegno, Pordenone, pp. 77-104.

GREENFIELD S. ET AL. (1992), «Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the Medical Outcomes Study», *JAMA*, vol. 267, pp. 1624-30.

GRUMBACK K., FRY J. (1993), «Managing primary care in the United States and the United Kingdom», *N Eng J Med*, vol. 328, pp. 940-5.

HIMMELSTEIN D. ET AL. (1999), «Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs», *JAMA*, vol. 282, pp. 159-63.

HIMMELSTEIN D. ET AL. (1986), «Cost without benefit. Administrative waste in US health», *N Engl Med J*, vol. 314, pp. 441-5

JOMMI C. (A CURA DI) (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche*, EGEA, Milano.

Labelle R. et al. (1990), «Financial incentives and medical practice: evidence from Ontario on the effect of changes in physician fees on medical care utilization», *Centre for Health Economics and Policy Analysis*, Ontario.

LOMAS J. ET AL. (1989), «Do practice guidelines guide practice? The effect of the consensus statement on the practice of physicians», *N Engl J Med*, vol. 321, pp. 1306-11.

LONGO F., VENDRAMINI E., DONZELLI A. (1999), *Costi, modelli di retribuzione e sistemi di gestione per le attività medico specialistiche*, UTET periodici, Milano.

MASLOW A.H. (1973), *Motivazione e personalità*, Armando, Roma.

MAYNARD A., BLOOR K. (1995), *Health care reform: informing difficult choices*, John Wiley Sons, Ltd.

MCPHERSON K. ET AL. (1981), «Regional variation in the use of common surgical procedure: within and between England and Wales, Canada and the United States of America», *Social Science and Medicine*, vol. 15, pp. 273-88.

MCPHERSON K. (1990), *Why do variations occur? The challenges of medical practice variations*, Macmillan, London.

MOSSIALOS E. (1997), «Citizens' views on health care systems in the 15 Member States of the European Union», *Health Economics*, vol. 6, pp. 109-16.

OECD HEALTH DATA BASE (annualità dal 1996 al 2003).

REID R. ET AL. (2003), «Stepped care approach to smoking cessation in patients hospitalized for coronary artery disease», *J Cardiopulm Rehabil*, vol. 23, pp. 176-182.

RICHARDS T. (1996), «European health policy must redefine its raison d'être. Market model has failed: more imaginative individual national policies are needed», *BMJ*, vol. 312, pp. 1622-3.

RICE T. (1984), «Physician initiated demand for medical care: new evidence from the Medicare program», *Advances in health economics and health service research*, n. 5, pp.129-60.

Rochax L. (1993), «Financial incentives for Physicians: the Quebec experience», *Health economics*, vol. 2, pp. 163-76.

SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (1998), *Europa: sanità in transizione*, OMS - Ufficio Regionale per l'Europa, Quaderni di sanità pubblica, vol. 21 (monografia).

SGHEDONI D., DONZELLI A. (2000), «The general practitioners' payment and inequalities in health: the system of incentives for health», in Wonca International Conference *Reducing Social Inequalities in Health*, atti, Copenhagen 28/9/2000, p. 7.

SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2001), «The cost-effectiveness of general practitioners' payment and incentive formulas: a proposal for incentives for health», in WONCA Region Europe, *atti*, 3-7/6/2001.

SGHEDONI D., DONZELLI A. ET AL. (2003), «A smoker cessation project led by general practitioners. Incentives and implementation», in Wonca Europe Conferenza 2003, *atti*, Ljubljana.

STEINDL J. (1965), *Random processes and the grow of firms: a study of the Pareto law*, Charles Griffin, Londra.

TAYLOR D.H. ET AL. (2002), «Benefits of smoking cessation for longevity», *Am J Public Health*, vol. 92, pp. 990-7

WHO (2000), *Health Systems: improving performances*, The World Health Report, Geneva.

WOLHANDLER S. ET AL. (2003), «Costs of health care administration in the United States and Canada», *N Engl J Med*, vol. 349, pp. 768-75.

ZUCCARO P. ET AL. (2003), «Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo», ISS, *Osservatorio Fumo, Alcol e Droga*, [www.iss.it/sitp/ofad/Fumo/fpdf/0002.pdf](http://www.iss.it/sitp/ofad/Fumo/fpdf/0002.pdf)

(5) Giulio Alfredo Maccacaro: "Per una Medicina da Rinnovare: " L'Unità Sanitaria Locale come sistema" pag.

#### **(6): NON C'E' SALUTE SENZA SALUTE MENTALE**

**Ci permettiamo pertanto di riprendere le proposte e richieste della CAMPAGNA PER LA SALUTE MENTALE (esprese in data 25 marzo 2014) a cui collaboriamo, per sottolineare le principali carenze proponendo quindi che Il Libro Bianco le faccia proprie:** nel 2013, dopo una analisi approfondita sullo stato dei Servizi psichiatrici in Lombardia, la Campagna Salute Mentale, associazione che comprende famigliari, Enti del Terzo settore, Organizzazioni Sindacali, elaborò un documento dal titolo "*Non c'è salute senza salute mentale*" presentato ai candidati alle elezioni regionali del 2013 che è stato, dopo le elezioni, oggetto di iniziative pubbliche e incontri con gli Assessori alla Sanità e alla Famiglia, con la Commissione Sanità del Consiglio Regionale per un confronto sui temi in essi richiamati. L'analisi delle Regole 2014, DGR n. 1185, avente per oggetto "*Determinazione in ordine alla gestione del Servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*", sembra recepire alcuni contenuti del documento 2013, tra cui:

- il passaggio, nel sistema di remunerazione della presa in cura, dal pagamento per prestazioni degli operatori) alla *tariffa di responsabilità* per il Progetto Terapeutico Individuale (PTI) condiviso dalla persona, (budget di salute per ciascun progetto);
- la collaborazione dei Centri Psico Sociali (CPS) con i SERT, con i Servizi Disabili, con la Neuropsichiatria Infantile e con i Servizi Sociali Comunali;
- la riconversione della spesa dai costosi ricoveri verso forme di Residenzialità Leggera e/o modelli innovativi di integrazione socio sanitaria.

**NELLA DELIBERA 1185 NON VENGONO PERÒ EVIDENZIATE CRITICITÀ OGGI PRESENTI E CHE CONDI ZIONANO PESANTEMENTE UNA CORRETTA PRASSI DI PROMOZIONE E DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

**I punti su cui richiediamo risposte urgenti sono:**

1. **Prevenzione** : promuovere attività di prevenzione primaria e potenziare la neuropsichiatria infantile con l'accompagnamento di percorsi formativi e di sensibilizzazione.
2. **Potenziamento organici nei Centri Psico Sociali ed estensione orari di apertura** : potenziare gli organici per estendere gli orari d'apertura giornaliera almeno fino alle ore 20 e il sabato



mattino. Condizione indispensabile, questa, per garantire le visite tempestive nel Servizio o al domicilio, per evitare l'eccessivo ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) e alle contenzioni nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Per creare le condizioni per accogliere le persone dimissibili dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dal Carcere favorendone l'integrazione sociale. Per rimodulare il progetto regionale per il superamento degli OPG.

3. **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** : il superamento delle carenze di personale va necessariamente accompagnato da una riorganizzazione del Servizio e dall'avvio di una formazione per gli operatori alla pratica del "no restraint" limitando il ricorso alla contenzione. La presenza degli ESP, Esperti in Supporto tra Pari, è in questo senso preziosa.
4. **Casi complessi tra sanitario e socio assistenziale** : la presa in carico multidisciplinare deve consentire, anche in deroga alla normale gestione, l'avvio di sperimentazioni con progetti individuali "ad hoc" che tengano conto dei bisogni complessi della persona;
5. **Progetti Innovativi Regionali (PIR)** : estendere a livello regionale delle buone pratiche di accompagnamento e inclusione sociale attuando "modelli innovativi a forte integrazione socio sanitaria" (psichiatria di comunità) in collaborazione con le Associazioni e la rete sociale, allo scopo di diminuire le recidive e i gravosi invii in Residenze protette.
6. **Utenti e Familiari** : dare loro sostegno e integrare il loro contributo esperienziale degli utenti e dei famigliari in attuazione del principio di sussidiarietà, anche all'interno dei altri Servizi psichiatrici;
7. **Riabilitazione** :Centri Diurni: promuovere il loro utilizzo quali luoghi non solo assistenziali ma anche di attività e iniziative di ri-abilitazione e re-inclusione sociale, in assnanza i desideri e attitudini degli interessati e alle opportunità offerte dal territorio,anche in ambito lavoro.  
Housing sociale: promuovere ResidenzaLità Leggere ad altre forme di abitare condiviso; sostegno ai progetti orientati all'inclusione sociale, attraverso forme di partnership/collaborazione con le Associazioni. i ritiene necessario che le attività di ricovero ospedaliero e le attività residenziali ad alta protezione non possono in nessun caso superare in totale il 50% del bilancio del Dipartimento.  
Inserimento Lavorativo: le persone con disagio psichico rappresentano l'anello debole nell'inserimento lavorativo, anche a causa del ricorso esclusivo all'assunzione nominativa che penalizza i portatori di disabilità psichica. La questione riveste particolare importanza anche alla luce della sentenza di condanna dell'Italia da parte della Corte di Giustizia Europea, che, stabilisce che il nostro Paese lavoro per le persone con disabilità Occorre, inoltre, creare sinergie tra i Centri Psico-Sociali, le Unità Operative Inserimento Lavorativo (SIL/NIL ... ) e il mondo del lavoro per facilitare l'incontro tra l'offerta di lavoro e il futuro lavoratore, favorendone l'integrazione professionale e il necessario accompagnamento.
8. **Anziani** : va rivista la decisione assunta dalla Regione Lombardia di far uscire dal circuito dei Servizi di Salute Mentale le persone al di sopra dei 65 anni. Il loro inserimento nelle RSA comporta il passaggio dal sistema sanitario a quello sociale con pesanti ripercussioni sulle loro condizioni di salute e gravi ricadute economiche sulle famiglie.
9. **Formazione** : aggiornamento e formazione continua degli operatori e accom-pagnamento dei famigliari alla fruizione ottimale dei voucher.

**LA SCADENZA DEL PIANO REGIONALE PER LA SALUTE MENTALE E I NUOVI INDIRIZZI DELI-NEATI DALLE "REGOLE 2014" RENDONO URGENTE L'ELABORAZIONE DI UN NUOVO PIANO REGIONALE SULLA SALUTE MENTALE CHE CONTEMPLI IL CONTRIBUTO DI TUTTI I SOGGETTI COINVOLTI SUL TEMA DELLA SOFFERENZA MENTALE.**

(7) <http://anlater.blogspot.it/2014/06/conferenza-autoconvocata-servizi.html>

Conferenza autoconvocata Servizi Sanitari e Socio Sanitari ASL Milano 11/6/2014

Mercoledì 11 Giugno 2014 c'è stata a Milano la conferenza autoconvocata dei servizi sanitari e socio sanitari della ASL Milano che comprende, oltre la città di Milano, anche il distretto di Sesto San Giovanni e il distretto di Cinisello. Nella mattina c'è stata l'esposizione del lavoro di analisi che i lavoratori hanno portato avanti e dei comitati e associazione degli utenti. Nel pomeriggio il confronto è proseguito con gli assessori regionali, il sindaco di Cinisello Balsamo, l'assessore di Sesto San Giovanni, l'assessore ai servizi sociali del Comune di Milano. Volantino dell'iniziativa: <http://goo.gl/sSWrba>

In particolare la zona 9 è interessata perché una delle strutture presenti sul territorio, il SERT di viale Suzzani è stato più volte oggetto di tentativi di chiusura ed oggi sembra reterà attivo il solo servizio di somministrazione del metadone.

E' stato particolarmente toccante l'intervento del Sig. Carillo dei rappresentanti degli utenti del SERT di viale Suzzani : <http://youtu.be/-ffc2OWsKsc>Alcuni passi dell'intervento del Sig. Carillo.

*I 5 minuti di incontro con il medico al SERT sono più importanti del farmaco.  
Se andassimo a prendere il metadone dai privati, saremmo pazienti a tempo.*

*Ho iniziato ad assumere sostanze nel 1982. Ho visto nascere i SERT e le 2 leggi droga. ho visto morire i ragazzi agli angoli delle strade per overdose. Ho visto le mie amiche prostituirsi. Non vedo intorno a me tanti amici che ho perso in questo percorso.*

*Non c'è risparmio se si riduce l'attenzione verso pazienti con problemi come il mio. Siamo pazienti complessi. Se si tagliano sedi come Boifava o Suzzani non si sta migliorando un servizio. Più c'è prossimità, più c'è contatto e più c'è risposta. Come si abbassa l'attenzione? Prendere un tram per andare in una sede lontana può essere un deterrente per l'inosservanza del programma. E' più facile a volte andare dallo spacciatore sotto casa e fare i cavoli propri. Quindi l'auspicio all'origine dei progetti era quello di migliorare i servizi di prossimità. Non risparmieremo di certo se ricominceranno i morti, i contagi, le rapine nelle farmacie. Aumenterebbero i costi di operatori dell'ordine e degli esami diagnostici.*

*Vorrei vedere il servizio medico che ti fa vedere la medicina come amica.*

*Questi servizi mi hanno aiutato. Ahi me in carcere, un po' tardi con il progetto Ecotonos a San Vittore. Quel progetto ha fatto sì che entrasse nel carcere il SERT ed ha impedito grosse forme di contagi. C'era una siringa per 2 o 3 ragni. Diffusione della TBC. Il SERT ha arginato questi fenomeni. Mi ha aiutato a guadagnare autostima e ad aiutare gli altri.*

La mattina della conferenza autoconvocata era riservata all'esposizione da parte dei gruppi di lavoro tematici aziendali e ci sono stati interventi dei comitati e delle associazioni degli utenti. Riportiamo per la mattinata i link alle riprese video degli interventi e le slide usate nelle presentazioni.

SESSIONE MATTUTINA:

### QUALI BISOGNI EMERGONO NEL NUOVO QUADRO METROPOLITANO?

Ore 9,30 – apertura dei lavori -intervento di **Alfredo Costa Sindacato Pensionati CGIL Milano**

- <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U>

Ore 9,40

#### INTERVENTI DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI AZIENDALI

- <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=13m18s> **Giuseppe Gallo FIALS** siamo arrivati qui dopo tante assemblee e dopo aver ascoltato tutti i colleghi. Abbiamo sollecitato la direzione per avere la situazione dei servizi sul territorio: SERT. Sentore parlare di tagli ai servizi e poi sentire gli scandali delle tangenti EXPO e del MOSE ci rende ancora più arrabbiati. Si potrebbero riorganizzare i servizi. Ci sono gli infermieri che sono costretti a fare gli amministrativi. Riorganizzare i servizi affinché funzionino meglio per tutelare i cittadini. Sosteniamo la conferenza dei servizi e la nostra battaglia non finisce oggi ma inizia. Siamo anche stati a palazzo Marino, tutti erano interessati ma non si è visto molto.
- <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=19m> **Dott.sa Sacchelli AUPI (Associazione Unitaria Psicologi Italiani <http://www.aupi.it>)** porto la voce di varie organizzazioni sindacali che riportano lo sdegno del POA (Piano di Organizzazione Aziendale) che impone tagli lineari sui servizi alla cittadinanza. Tanti i colleghi che hanno lavorato e partecipato ai lavori: comparto e dirigenza. Abbiamo colto che stanno accadendo delle cose rispetto alle quali è necessario intervenire anche per tutelare i servizi alla cittadinanza. Si fanno delle scelte organizzative senza prevedere le ricadute sui servizi alla cittadinanza. Nelle aziende sanitarie locali qual'è il costo amministrativo svolto dal personale che si dovrebbe occupare di altri servizi? Attenzione ai piani assunzione: negli ultimi anni il personale cessato è stato sostituito con personale amministrativo nelle sedi centrali. Non è possibile che le ASL si dimentichino dei servizi che sono di loro competenza. Un ruolo lo svolgono i professionisti. Non c'è alcun protocollo o linea guida capace di sostituire la capacità di un terapeuta per decidere cosa serve e qual'è il momento migliore per fare delle scelte sui pazienti. Diamo un ruolo ai professionisti che lavorano in questi servizi.

Ore 10,10

#### INTERVENTI DEI GRUPPI DI LAVORO TEMATICI AZIENDALI

- **VIDEO** <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=28m52s> **RSU Antonio Sabatini** I servizi a rischio riduzione sono SerT, Consultori familiari integrati, i centri vaccinali, e i punti di fragilità e persino i punti di scelta e revoca. La RSU ha puntato tutto sull'esperienza e motivazione dei lavoratori. La RSU ha fatto ricognizione delle problematiche. Le analisi dei dati raccolti da RSU intersindacale della dirigenza e da tutti gli operatori che si sono proposti. Le deduzioni sono state sottoposte alle assemblee. Una rete territoriale dei servizi deve affiancare la rete ospedaliera. Filtra interventi che aumenterebbero i costi delle strutture ospedaliere. La rete territoriale affronta il disagio delle periferie nella sua accezione più ampia. Tutti i servizi tendono a collocarsi verso il centro. Auspichiamo che si dia il via ad una conferenza dei servizi. Questo è in contrasto con quanto circola sui media, si parla di progetti di riassetto nei quali tutte le forze politiche condividono il potenziamento della sanità territoriale. **Slide usate durante la presentazione:** <http://goo.gl/1Z8Ev4>
- **VIDEO** <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=39m8s> **David Micheli gruppo lavoro SerT.** Porto il pensiero dei lavoratori dei SerT. Qualche numero in ASL Milano Città e Comuni Nord: 17 servizi dedicati alle dipendenze di

questi 4 presso le carceri di San Vittore, Bollate e Opera 4 dedicati al problema dell'alcool 8 per i problemi drghe illegali e 1 per i minori e adolescenti a questi si aggiunge 1 servizio di prevenzione che è in dipartimento. Presso alcuni sono attivi servizi relativi al gioco di azzardo e alla ludopatìa. 266 sono gli operatori che devono occuparsi anche della parte amministrativa. Nel carcere di Opera ci sono 120 persone in attesa per il servizio del SerT interno. Chiudere sedi significa perdere il contatto con i cittadini. Possiamo e dovremmo fare meglio. Dovremmo mantenere gli attuali standard di qualità. Non escludiamo soluzioni innovative. Reti informative e di prevenzione. Costante azione di coinvolgimento degli operatori. **Slide usate durante la presentazione** <http://goo.gl/ATaWAb>

- **VIDEO** <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=50m> **Imma Arcadu del gruppo consulori familiari e centri vaccinali.** I Consulori Pediatrici sono stati definitivamente chiusi tutti il 23 luglio 2010. Ci sono ambulatori in cui è presente un medico e un infermiere e ambulatori in cui sono presenti due infermieri (e non il medico), in alcuni Centri Vaccinali la gestione del percorso vaccinale si attua all'interno della sala medica sia come accettazione sia come vaccinazione. Alcune vaccinazioni si fanno in 3 minuti. Le sedi non sempre adeguate a livello strutturale, la carenza di personale, le disfunzioni organizzative non possono essere motivo di affossamento dei Consulori Familiari. I consultori sono un grande servizio volute dal comune di Milano nel 1978. Si è successivamente passati ai consultori integrati. Dal 1998 c'è stato una chiusura dei servizi e le stesse funzioni vengono svolte in maniera annacquata. Noi viviamo al mattino la soluzione. In base a quanti siamo ci organizziamo di conseguenza. Ci auguriamo che qualcuno ci risponda. Quali sono gli obiettivi di salute? Nel 2014 sono stati rese omogenee le aperture al pubblico, riducendo di fatto le aperture ma scrivendo sulla carta dei servizi "le prestazioni sono erogate in fasce orarie più ampie" non ben precisate. Le visite andrologiche non si fanno più ma... si è inserito l'andrologo 4 ore al mese in 3 consultori. 1 ora di gruppo e 1 ora l'andrologo è a disposizione per le domande degli adolescenti che se vogliono possono essere accompagnate dalle loro ragazze. Mi autodenuncio. Con una esperienza di 38 anni, come ostetrica, passo la maggior parte del mio tempo a fissare appuntamenti dove dico che l'appuntamento è fissato a settembre (dopo 4 mesi) nonostante ci sia una carta dei servizi che imponga 15 giorni. **Slide usate durante la presentazione** <http://goo.gl/feAljY>
- **VIDEO** <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=1h5m35s> **Renzo Marinello gruppi di lavoro consultori e centri vaccinali.** E' necessario un cambio di paradigma in noi operatori. Credo sia più importante in questo momento cogliere, capire e valorizzare le capacità delle persone. Ci vuole una capacità di flessibilità organizzativa da parte degli operatori. Riuscire a intercettare, cogliere e percepire i bisogni delle persone che sono in continuo cambiamento. C'è bisogno di alto livello di specializzazione. Per i centri per la famiglia siamo in difficoltà. Viviamo nella frammentazione dei legami famigliari. Abbiamo fatto dell'amore la forma di unione. Esiste solo in occidente e determina instabilità dei legami famigliari. In un percorso di supervisione ci hanno raccontato un caso di 3 persone in conflitto tra loro che erano seguiti da 5 operatori che erano litigiosi tra loro come lo erano i genitori. Il senso di partecipazione a questo gruppo di lavoro (che si è incontrato fuori orario di lavoro) è quello di poter costruire un percorso di confronto sereno e reciprocamente ascoltante con le istituzioni.
- **VIDEO** <http://youtu.be/lbnKVTZdu1U?t=1h14m7s> **Tiziana Vai per il gruppo delle Fragilità.** Registriamo un significativo aumento dell'indice di vecchiaia. Di fronte ad un bisogno che aumenta in questo modo dobbiamo mettere a punto un servizio che soddisfa la necessità degli utenti. L'area della fragilità è un'area promiscua. Dal 2004 si è registrato un disinvestimento di questi servizi. Sono state portate all'esterno molte attività. I vari distretti hanno un basso numero di operatori rapportati ai cittadini del distretto. Per esempio nel Distretto 2 8,9 operatori per 337 mila cittadini. Le attività sono varie dall'orientamento alla rete dei servizi alle visite domiciliari sul lavoro dei pattanti. Molto lavoro ci sarebbe da fare sulla prevenzione. Anche per esempio prevenire le cadute dell'anziano porterebbe a risparmi. Una delle criticità è il sistema dei voucher. E' vero che riduce i costi? Oggi il voucher è assegnata dal medico di medicina generale (MMG). La funzione di controllo è svolto in modo campionario e molto ridotto. Il controllo economico della prestazione sfugge persino a chi mette i soldi. Le sperimentazioni in atto a chi servono? Molte sono le risposte di facciata senza risolvere il problemi. Molte volte si riscontra l'imposizione di sistemi informatici che hanno aumentato la burocratizzazione, sono una vessazione burocratica. Sono tutti programmi che hanno un costo di manutenzione, un costo di acquisto e gestione. Non vorremmo passare per allocchi per aver preso programmi di Lombardia Informatica senza batter ciglio quando erano sovra-pagati rispetto a quello che servono. **Slide usate durante la presentazione** <http://goo.gl/INFEVT>

#### INTERVENTI DEI COMITATI E ASSOCIAZIONI UTENTI:

Ore 11,20 - **Auser - Lina Benuzzi VIDEO** <http://youtu.be/DfVAihjoENs>

Ore 11,30 - **Comitato utenti Sert – Carillo VIDEO** <http://youtu.be/-ffc2OWsKsc>

Ore 11,40 - **Comitato utenti CFI – Barbarano VIDEO** <http://youtu.be/e0fd-vW8U80>

Ore 11,50 - **Delegato sindacale medici ospedalieri – Ribera VIDEO** <http://youtu.be/LuUi00lxoew>

Ore 12,00 - Medicina democratica – Fulvio Aurora **VIDEO** <http://youtu.be/u8Ja4xgAmvY>

Ore 12,10 -Prof.ssa Amelia Compagni Università Bocconi di Milano **VIDEO** <http://youtu.be/xxQ30wK2J2g>

Ore 12,50 -conclusioni della mattinata a cura di Alfredo Costa **VIDEO** <http://youtu.be/L-bXqM18n1A>

ore 13,40 – Ripresa dei lavori:

“IL CASTELLO DI MARTA”

Un progetto teatrale sul rapporto cittadino/strutture di assistenza dell'Associazione Culturale LaQuercia-Teatro **VIDEO** <http://youtu.be/MxTYDJEVhZk>

SESSIONE POMERIDIANA:

Ore 14,00 saluti del Segretario Generale della Camera del Lavoro di Milano Graziano Gorla

Ore 14,10 TAVOLA ROTONDA: LA RISPOSTA DELLE ISTITUZIONI

**Claudio Carotti** CGIL Funzione Pubblica

**ASSESSORATO** alla Famiglia della Regione Lombardia

**ASSESSORATO** alla Sanità della Regione Lombardia

**Pierfrancesco Majorino** - Assessore alle Politiche Sociali e Sanitarie del Comune di Milano

**Siria Trezzi** - Sindaco del Comune di Cinisello Balsamo

**Roberta Perego** - Assessore con Delega alle Politiche Sociali e Sanitarie del Comune di Sesto San Giovanni

**Walter Locatelli** - Direttore Generale ASL Milano

**Sara Valmaggi** - Vice Presidente del Consiglio Regionale Lombardo

**Tiziana Scalco** CGIL Confederale

**Claudio Carotti** CGIL Funzione Pubblica **VIDEO 1** <http://youtu.be/fLq4W9aOCRg>

**VIDEO 2** <http://youtu.be/q1FLinMS8ow>

Link della playlist di tutti i video della giornata del convegno autoconvocato:

[https://www.youtube.com/playlist?list=PLNLzkaYh0qpE\\_-Py2mjJWI8NAOreZTfX\\_](https://www.youtube.com/playlist?list=PLNLzkaYh0qpE_-Py2mjJWI8NAOreZTfX_)

### **(8) RILANCIAMO LA PREVENZIONE IN LOMBARDIA (SNOP, CGIL-CISL-UIL)**

La prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, un'alimentazione sana e sicura, la promozione della salute, non sono dei “lussi”, ma costituiscono una vera necessità per un'attenuazione dei disagi e delle diseguaglianze, nonché un risparmio attuale e futuro.

Alcuni dati, riferiti alla situazione del nostro Paese, chiariscono meglio questa affermazione :

- ogni miliardo stanziato in prevenzione ne frutta 3 di risparmi in cura e riabilitazione (The European House-Ambrosetti, 2012)
- siamo il fanalino di coda in Europa per investimenti in prevenzione: 0,5% della spesa sanitaria complessiva contro una media europea del 2,9% (fonte: rapporto Ocse-Ue “Health at a Glance: Europe 2012”)
- circa 50 miliardi (3 % PIL) sono la stima della mancata prevenzione di infortuni e malattie professionali (Ministero della Salute)
- le irregolarità riscontrate in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sono pari al 76% dei cantieri ispezionati e al 66% delle aziende (rapporto annuale sull'attività di vigilanza in materia di lavoro e previdenziale, 2012)
- nel 2012 sono 70.105 le persone che hanno riportato una invalidità in seguito ad un infortunio accertato positivo dall'Inail (Inail, 2012)

Infortuni e malattie professionali, assenze dal lavoro per malattie ad esso correlate (anche se non riconosciute), continuano a rappresentare quindi un pesante onere in primo luogo per i costi sociali ed umani e poi anche economici e assicurativi.

La prevenzione non è solo comportamento individuale corretto (convincimento dei singoli su fumo, alimentazione corretta, attività fisica, adesione a screening disponibili, vaccinazioni, etc) ma è anche e soprattutto lotta alle cause economico- sociali, lavorative, ambientali, culturali di malattia e malessere, delle principali patologie “prevenibili”, tenendo oggi conto degli effetti sulla salute della crisi economico-sociale, della povertà, dell'invecchiamento anche della popolazione al lavoro, dell'immigrazione e della precarietà sociale.

I grandi temi che il sistema lombardo nel suo complesso (Regione, ASL, Agenzie per l'Ambiente, Enti locali, Sindacato, forze sociali e associative, media) deve affrontare meglio sono:

- \_ antichi e nuovi temi di sanità pubblica (quartieri degradati, impianti produttivi e di servizio a rischio, inquinamento delle falde che mette a rischio la qualità dall'acqua potabile, gioco d'azzardo nelle varie forme, etc.)
- \_ rapporto tra salute e ambiente ( “consumo del territorio”, inquinamento dell'aria, impatto di nuove sostanze, gestione e bonifica delle aree dismesse, gestione rifiuti urbani, tossici e nocivi, radioattivi, bonifiche amianto e scarsità di discariche per esso, scarsità di verde urbano, etc)
- \_ salute e sicurezza nei luoghi di lavoro oggi: se sono consolidati gli interventi in edilizia, amianto, agricoltura,

nei settori a maggior rischio infortunistico territoriale, si deve meglio sviluppare e sostenere la ricerca attiva delle malattie professionali (sia quelle del passato come i tumori professionali che quelle dell'oggi come le patologie muscolo scheletriche), coordinando il lavoro dei medici competenti, pressando INAIL sui riconoscimenti sempre difficili, potenziando gli studi sulla salute della popolazione lavorativa e l'intervento sul rischio organizzativo (stress lavoro-correlato e patologie muscolo-scheletriche), la questione dell'invecchiamento dei lavoratori, l'inserimento e soprattutto il mantenimento del lavoro per chi ha diversi gradi di disabilità, quello della esposizione a nuove sostanze chimiche così come il progressivo spostamento dell'occupazione verso il terziario con un crescente aumento dei fattori di rischio psicosociale (carico mentale, rapporti interpersonali, rapporto con il pubblico, società delle 24 ore, etc.) Rendendo insomma pienamente operativo quanto affermato dall'articolo 28 del TU 81/2008 1 sempre così attuale.

\_ mantenimento della qualità dell'alimentazione in tempi di crisi e di mercati globali

Certamente dobbiamo riconoscere che la Lombardia nel campo della prevenzione ha intrapreso azioni positive come ad esempio:

\_ l'abbandono per prima di molte attività inutili e di non provata efficacia (certificazioni, autorizzazioni)

oggi confermate all'articolo 42 del Decreto del Fare

\_ l'utilizzo di sistemi informativi trasparenti sulle attività pubbliche di prevenzione (vedi report di attività delle ASL in rete, i sistemi Impres@ dove vengono annotate tutte le attività di prevenzione e controllo dei servizi territoriali )

\_ la programmazione delle attività di controllo su priorità (graduazione dei rischi) e il contesto territoriale

\_ l'universalità : cittadino, lavoratore, consumatore, studente, imprenditore, etc

\_ la sinergia tra gli Enti: ASL, Direzione del Lavoro, Comuni, ARPA, INAIL, Procure...) pur tra tante differenze nei vari territori

**MA VI SONO ANCORA TROPPI PROBLEMI APERTI**

Innanzitutto la questione delle risorse ad iniziare da quelle "umane"

Molti servizi di prevenzione (soprattutto quelli nei luoghi di lavoro da SMAL a PSAL ) sono nati agli inizi degli anni '70 e molti operatori sono andati o stanno per andare in pensione. Da anni non viene garantito il ricambio generazionale e la spending review rende sempre più difficile l'acquisizione di figure professionali necessarie (medici del lavoro e di sanità pubblica, chimici, ingegneri, tecnici della prevenzione, assistenti sanitarie, psicologi, etc) che però le università continuano a formare per poter così continuare, migliorare e modernizzare le attività di prevenzione oggi e domani.

Oggi, pur avendo fondi dedicati, a differenza di altre Regioni non si assume nuovo personale con le forme compatibili, e nemmeno si incentiva (con letture burocratiche della "omnicomprensività"2 della retribuzione), il personale che sta garantendo con forme di lavoro extra-orario ( sabato in edilizia, lavoro serale per il controllo di realtà di lavoro aperte di sera, vigilanza su lavori dell'EXPO, sportelli informativi, etc) che rischiano di venire soppresse.

Non si adeguano ormai da tempo sedi e tecnologie.

**IN LOMBARDIA NON VENGONO UTILIZZATE TUTTE LE RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI ALLA PREVENZIONE!**

Ad esempio:

- quelle destinate alla prevenzione che dovrebbero essere almeno il 5,5% del Fondo sanitario regionale oggi in Lombardia sono circa il 4,5%, peraltro con un modesto risparmio per il sistema regionale ("limare" qualche decimo di punto da un 5,5% è ben poca cosa rispetto ad esempio al risparmio che si avrebbe contenendo altre "voci" ben più consistenti – ad esempio assistenza distrettuale 51%, o assistenza ospedaliera 43,5%).

- quelle dei fondi dedicati e vincolati alla prevenzione come quelli conquistati nel Testo Unico Dlgs 81/2008

L'art. 13 comma 6 indica che le risorse economiche derivanti dagli introiti delle sanzioni in materia di sicurezza sul lavoro debbano essere utilizzate per finanziare l'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro.

- quelle derivanti dai Committenti delle Grandi Opere 3

1 " La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici

impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia26 contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro "

2Una recente nota regionale ha limitato pesantemente l'utilizzo delle risorse derivanti dalle sanzioni, precludendo la possibilità di finanziare con fondi e modalità extracontrattuali progetti che prevedono controlli in orario aggiuntivo affidati ad operatori dei servizi, appellandosi al principio di onnicomprensività salariale richiamato dalla Corte dei Conti nella relazione annuale 2012.

3 La delibera della Giunta della Regione Lombardia 4 agosto 2005 n. VIII/489 prevede un contributo da parte del committente alle Asl interessate per "coprire" i costi dovuti all'impatto ambientale e sanitario dell'opera.

- quelle derivanti dai fondi di ricerca INAIL per i progetti di prevenzione

**LE RISORSE QUINDI CI SONO E VANNO SPESE IN MODO GIUSTO** oltretutto a fine luglio è stata firmata una INTESA sulla

prevenzione tra forze sociali e governo regionale: si tratta ora di attuarla!

Va garantito di potere "spendere " queste risorse economiche in risorse umane e tecnologiche, compatibilmente con i vincoli delle normative nazionali per mantenere e ulteriormente mirare i controlli ma anche per potere progettare altre forme di intervento: assistenza a RLS e RLST, alle Associazioni di Categoria con sportelli informativi, piani di formazione e comunicazione, produzione materiali, linee guida, strumentazione, sostegno a piani mirati. Inoltre va potenziato il sistema Salute e Ambiente delle ASL prevedendo strutture dedicate (servizi strutturati in tal senso vi sono solo a Milano e Bergamo), ricostruendo il rapporto tra questi e ARPA (fortemente depauperata e

indebolita con la perdita delle funzioni di controllo), promuovendo progetti partecipati di salute sui temi più sentiti (qualità dell'aria, vivibilità urbana).

Dobbiamo comunque registrare nella delibera X/63 del 24 aprile 2013, che definisce gli obiettivi dei DG delle ASL, una valorizzazione meglio definita anche se non sufficiente su questi temi, con un invito alle ASL ad operare in sinergia con ARPA, Comuni e Province per la bonifica dei siti contaminati, la presenza di radon e per l'attività di controllo delle aziende a maggiore impatto ambientale.

Un aspetto non certamente secondario è l'importante progressiva riconversione dei Servizi impiantistici delle ASL da servizi dedicati a verifiche periodiche (che possono oggi essere effettuate da organismi notificati e soggetti abilitati) a servizi che dovranno fare soprattutto vigilanza su programmazione in comparti ed aziende con impianti elettrici, apparecchiature a pressione, impianti di sollevamento a classe di rischio elevata quali ospedali e RSA, grande distribuzione, impianti chimici e di servizio.

Proponiamo un'ipotesi a nostro avviso non semplice, ma da esplorare assolutamente (soprattutto in scarsità di risorse interne al sistema sanitario): le risorse per la prevenzione all'interno delle ASL possono/devono essere ricercate non solo nei Dipartimenti di prevenzione medica e veterinaria, ma anche ad esempio nel Dipartimento PAC per i controlli nelle strutture sanitarie, nel Dipartimento Dipendenze per interventi sul tema alcool/consumo di altre sostanze/lavoro, nel Dipartimento ASSI per interventi su quartieri degradati, etc.

Tutto questo rende necessaria una collaborazione costante con le Direzioni Provinciali del Lavoro, con la rete dei servizi di sostegno e assistenza (NOT, SERT, NOEA, Consulteri, Centri Psico – Sociali), oggi anch'essi fortemente depauperati.

Occorre anche chiarire i rapporti con INAIL anche se da tempo sul Sistema informativo vi è una larga collaborazione tra INAIL e Servizi di prevenzione territoriali, rimangono aperti alcuni temi

- la difficoltà al riconoscimento delle patologie professionali, mesoteliomi da amianto compresi
- la condivisione dell'elenco degli ex-esposti ad amianto (per l'accesso alla sorveglianza sanitaria) sancito anche dal Piano Nazionale Amianto attualmente in completamento
- la condivisione dell'elenco dei RLS per permettere iniziative di assistenza e informazione a queste importanti figure del sistema di prevenzione.

Per tutti questi motivi CGIL CISL UIL Milano e SNOP si impegnano affinché il tema principale della prevenzione sia l'obiettivo comune dedicando maggiore attenzione alla questione della crisi economico sociale e gli effetti sulla salute.

#### **La prevenzione vive di partecipazione.**

La prevenzione non la fanno gli operatori ma i lavoratori, i cittadini, le imprese, le istituzioni con le loro scelte.

Per questo dobbiamo tutti migliorare la comunicazione e promuovere una maggiore partecipazione. La comunicazione è quindi un grande tema che va sostenuto politicamente, socialmente e finanziariamente con meno timidezza e più coraggio.

Milano, 29 ottobre 2013

## **(9) COMUNICATO CONGIUNTO**

### **COMUNICATO CONGIUNTO ASSESSORE ALL'AMBIENTE REGIONE LOMBARDIA, ASSOCIAZIONI ESPOSTI AMIANTO ED EX ESPOSTI E ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL-CISL-UIL LOMBARDIA**

Nella mattinata del 28 aprile una delegazione composta dalle Associazioni esposti amianto aderenti al Coordinamento nazionale amianto (CNA) e dalle Organizzazioni sindacali CGIL-CISL-UIL è stata ricevuta dall'assessore all'ambiente Claudia Maria Terzi. L'incontro è scaturito dalla richiesta congiunta delle Associazioni e delle Organizzazioni sindacali in occasione della ricorrenza della giornata mondiale delle vittime sul lavoro, focalizzata nella circostanza sul problema dell'amianto presente nel territorio lombardo. All'assessore sono state illustrate le richieste e le proposte coerenti con la necessità di bonificare il territorio regionale dalla fibra cancerogena che sta costando la vita non solo a molti ex lavoratori esposti all'amianto, ma anche ai loro familiari e a tanti altri cittadini che non hanno avuto apparentemente nessun contatto diretto con la fibra di amianto.

La delegazione ha evidenziato innanzitutto l'opportunità di un intervento di Regione Lombardia nell'ambito della Conferenza delle regioni al fine di sollecitare al Consiglio dei ministri il varo del Piano Nazionale dell'Amianto, esito della Conferenza Nazionale di Venezia del 2012.

La delegazione ha dichiarato con nettezza di volersi scostare da qualsivoglia tentativo di creare allarmismo inutile e dannoso, ma allo stesso tempo si è fatto presente che è decisamente prioritario informare la popolazione sul reale rischio a cui sono sottoposti i cittadini, attraverso un piano di informazione, sostenuto anche da un adeguato percorso formativo destinato in primis alla polizia municipale, alle guardie ecologiche, agli operatori delle ASL e ai Comuni tramite l'apertura di sportelli amianto, che possono dare supporto al piano di informazione predisposto ad hoc. Si è fatto presente che occorre colmare il gap di informazione sulla quantità reale di amianto presente sul territorio regionale, in quanto al momento è stato mappato solo il 10% del territorio, con una presenza rilevata di cemento-amianto in coperture pari a circa 2,8 milioni di metri cubi. Si è affrontato l'aspetto relativo al conferimento dei materiali contenenti amianto in discarica, in vecchie cave/miniere abbandonate o nelle gallerie ferroviarie dismesse, così come si è affrontata la necessità di sviluppare un'adeguata sperimentazione dei sistemi di inertizzazione attraverso l'analisi delle opzioni già esistenti. All'assessore Terzi è stato anche chiesto di farsi portavoce, in Giunta, della urgente necessità di individuare risorse finanziarie da destinare alle politiche di incentivazione per bonifiche verso i proprietari di abitazioni civili e commerciali e all'opportunità di potenziare il sistema di sorveglianza sanitaria regionale con modalità e procedure omogenee su tutto il territorio;

senza dimenticare la necessità di implementare i Registri degli esposti ed ex esposti, di potenziare il Registro dei mesoteliomi inserendo anche i tumori a bassa frazione eziologica.

Infine è stato chiesto di organizzare la Conferenza dei sindaci per far emergere lo status quo relativo alla presenza di amianto in Lombardia, al fine di assumere orientamenti comuni atti a promuovere le inderogabili bonifiche degli ambienti di vita e di lavoro, a partire dagli edifici scolastici. Secondo quanto detto dalla delegazione, la programmazione, che dovrebbe avere carattere pluriennale, dovrebbe essere gestita a livello istituzionale in ambito interassessorile, attraverso la costituzione di uno specifico tavolo coordinamento degli Assessorati competenti per un utile coordinamento degli interventi, ed evitare buchi o zone d'ombra che servirebbero solo a rallentare il processo di bonifica.

Altro aspetto significativo, a sostegno dell'auspicabile programma di bonifiche, può essere rappresentato dal supporto che possono dare le diverse associazioni in termini di testimonianze relative ai passati stoccaggi di vecchi manufatti giacenti nei siti dismessi e suggerimenti circa soluzioni tecniche da adottare.

L'assessore si è dichiarata disponibile a sostenere il principio della prevenzione e ha apprezzato i toni non allarmistici utilizzati dagli interlocutori, comunque sottolineando la gravità dell'esposizione all'amianto, così come si è resa disponibile a sostenere e a farsi promotrice della conferenza regionale dei sindaci. Ha tenuto anche a precisare l'attribuzione delle competenze in materia di deleghe assessorili, non negando la possibilità di intervenire in modo coordinato, anche costituendo gruppi di lavoro interassessorili con il coinvolgimento delle associazioni e delle organizzazioni sindacali. Ha evidenziato che si stanno già studiando norme per riconoscere incentivi per lo smaltimento di piccole quantità di amianto e per ridurre i costi delle bonifiche attraverso la semplificazione degli iter burocratici. Infine si è dimostrata interessata alla proposta di introdurre nella fase di compravendita degli immobili il certificato di presenza di amianto o di asbesto-free.

**CGIL-CISL-UIL Lombardia; CNA Lombardia** (Ass. italiana Esposti Amianto-Milano, Turbigo, Paderno D., Broni, Lacchiarella-Legambiente, ISDE (medici per l'ambiente), Comitato Prevenzione Amianto Lombardia-CopaL, Comitato per la difesa della salute nei luoghi di lavoro e nel territorio, Medicina Democratica, AVANI (Broni), ANMIL.  
Sesto San Giovanni, 29 aprile 2014