



viaBorgogna3
il magazine
della Casa della Cultura

DUEMILADICIOTTO numero speciale

**MOVIMENTO
PER LA
DIFESA E IL
MIGLIORAMENTO
DEL SSN** **ATTI E
DOCUMENTI**

rivista interattiva • segui i link

supplemento al numero speciale di

viaBorgogna3
il magazine
della Casa della Cultura

direttore
Ferruccio Capelli
condirettore e direttore responsabile
Annamaria Abbate

comitato editoriale
Duccio Demetrio
Enrico Finzi
Carmen Leccardi
Marisa Fiumanò
Paolo Giovannetti
Renzo Riboldazzi
Mario Ricciardi
Mario Sanchini
Salvatore Veca
Silvia Vegetti Finzi

progetto grafico e illustrazioni
Giovanna Baderna
www.giovannabaderna.it

direzione e redazione
via Borgogna 3, 20122 Milano
tel.02.795567 / fax 02.76008247
viaborgogna3magazine@casadellacultura.it

periodico bimestrale
registrazione n. 323 del 27/11/2015
Tribunale di Milano

viaBorgogna3 ISSN 2499-5339
2018 ANNO 3 NUMERO SPECIALE

ISBN 978-88-99004-50-7
titolo: MOVIMENTO PER LA DIFESA
E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN
atti e documenti
copyright Casa della Cultura, Milano



MOVIMENTO PER LA DIFESA E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN

atti e documenti

INDICE

- 6** • PIU' PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO
Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 8** • DOCUMENTO PRELIMINARE
Vittorio Carreri
- 10** • PATTO PER LA SANITÀ PUBBLICA
Vittorio Carreri
- 12** • RAPPORTO "AMBIENTE E SALUTE"
Vittorio Carreri
- 14** • RELAZIONE INTRODUTTIVA
Vittorio Carreri
- 18** • MOZIONE PER LA DIFESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)
Assemblea costituente
- 20** • RIUNIONE DELLA SEGRETERIA TECNICA DEL MOVIMENTO PER LA DIFESA E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN
RELAZIONE INTRODUTTIVA
Vittorio Carreri
- 22** • PER IL RILANCIO DELLA PREVENZIONE
Eugenio Ariano, Laura Bodini, Susanna Cantoni, Vittorio Carreri, Bruno Pesenti
- 30** • PROPOSTA DI INTERVENTO SULL'ODONTOSTOMATOLOGIA LOMBARDA
Laura Strohmenger
- 36** • SEGRETERIA TECNICA II RIUNIONE - RELAZIONE INTRODUTTIVA
Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 38** • SSN SOS DALL'INGHILTERRA
Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo
Maria Elisa Sartor
- 42** • SSN SOS DALL'INGHILTERRA
L'intervento
Vittorio Carreri
- 45** • LOTTIAMO PER UN SSN MIGLIORE
Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 46** • CONTRIBUTO SU SALUTE E AMBIENTE
Giulio Sesana
- 48** • ASSISTENZA INTEGRATIVA E PREVENZIONE
Antonio Faggioli
- 50** • INQUINAMENTO PER OMS E AGENZIA EUROPEA AMBIENTE
Amedeo Amadei
- 64** • PREVENIRE LA CRONICITÀ E ASSISTERE I CRONICI
Pino Landonio
- 67** • PREVENZIONE E SICUREZZA
Vittorio Carreri
- 68** • L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA
Le parole sono pietre
Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 72** • STRAGE SUL LAVORO ALLA LAMINA DI MILANO
Eugenio Ariano, Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 76** • I SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA
Criticità, problemi, prospettive
Luigi Benevelli
- 90** • DALL'ESPERIENZA (1978-2018) DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE UN CONTRIBUTO PER UN NUOVO ASSETTO DEL SSN
Luigi Benevelli
- 96** • AFFRONTARE LE SFIDE PER DIFENDERE IL SERVIZIO PUBBLICO
Segreteria tecnica del Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN
- 104** • ANDAMENTO INFORTUNISTICO E STRATEGIE DI PREVENZIONE IN AMBIENTE DI LAVORO
Eugenio Ariano, Susanna Cantoni, Bruno Pesenti
- 114** • I MATTI DI FELTRI
Luigi Benevelli
- 116** • IL RUOLO DEGLI UTILIZZATORI DEI SERVIZI PUBBLICI DI SALUTE MENTALE DALLA RIFORMA DEL 1978 AD OGGI
Arcadio Erlicher
- 120** • INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI: CONOSCERE PER PREVENIRE
Perché il sistema informativo stenta a nascere?
Eugenio Ariano, Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
- 75** • ALLEGATO A
- 103** • ALLEGATO B
- 119** • ALLEGATO C
- 125** • ALLEGATO D
- 126** • ALLEGATO 1
Il caso Lombardia, analisi dettagliata
- 134** • NOTE SUGLI AUTORI



PIÙ PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO

*Per la Segreteria tecnica:
Vittorio Carreri e Susanna Cantoni*

Molti eventi negli ultimi anni in Italia, specie nel 2018, hanno dimostrato che prevenzione e sicurezza sono diventate priorità irrinunciabili per il nostro Paese. Un ruolo importante lo dovrebbe avere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito nel 1978. Questo è stato uno dei motivi per cui un gruppo di persone di varia estrazione, ma con valori comuni, ha dato vita a metà del 2017, presso la Casa della Cultura di Milano, al Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN. La presenza di persone con rilevanti esperienze e competenze multidisciplinari ed interdisciplinari ha reso possibile in pochi mesi la elaborazione di documenti di rilevante interesse e attualità, anticipando in alcuni casi questioni che sono state poste al centro della campagna elettorale del 4 marzo 2018 e anche dopo con la nascita del Governo nazionale verde giallo. La direzione del magazine della Casa della Cultura "viaBorgogna3" ha preso con saggezza, tempestività e generosità la decisione di pubblicare alcuni dei più rilevanti documenti del Movimento con lo scopo primario di suscitare un dibattito sui temi della prevenzione e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro anche al di fuori degli addetti e degli specialisti nei vari settori. La costruzione dal basso delle analisi e delle prese di posizione è stata la preconditione per trattare in profondità le questioni con la massima partecipazione possibile sia dal punto di vista tecnico scientifico che politico ed istituzionale. La sintesi è stata fatta con grande scrupolo da una funzionale Segreteria tecnica formata da operatori sanitari, da amministratori, da economi-



sti, da sociologi e da cultori della materia. Lo sfondo di ogni contributo è stato in gran parte correlato alla convinzione che la prevenzione e la sanità pubblica siano fondamentali per la promozione della salute e anche per lo sviluppo sociale ed economico del nostro Paese. Con nostra piacevole sorpresa, spesso le prese di posizione del Movimento sono state riprese e rilanciate sia da News specializzate che dai principali giornali online. Sono stati affrontati anche temi che sembravano impossibili fino a qualche anno fa, specie in situazioni economicamente difficili, come per esempio: l'assistenza odontoiatrica, l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, il rapporto ospedale territorio, l'integrazione sociale e sanitaria, la salute mentale, il rapporto ambiente e salute e soprattutto la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro. Tutto ciò in soli 12 mesi (settembre 2017 – settembre 2018). Alcune conferenze pubbliche in particolare hanno riscosso un successo di partecipazione attiva di cittadini, di esperti, di operatori della informazione e della comunicazione. Tra le più dibattute: la conferenza sul confronto tra il nostro SSN e quello inglese e soprattutto quella sulla prevenzione della cronicità e sull'assistenza agli ammalati cronici. Inoltre assai interessante e vivace quella sulla assistenza psichiatrica dove i protagonisti oltre ad alcuni valorosi psichiatri sono stati in particolare i soggetti con problemi di salute mentale e i rappresentanti delle associazioni delle famiglie interessate. Molto lavoro ed impegno il Movimento ha dedicato inoltre al tema degli infortuni, delle malattie

professionali e delle morti sul lavoro anche con prese di posizione critiche e costruttive su eventi drammatici accaduti nella metropoli milanese. In particolare è stato aperto un forte dibattito sul sistema informativo inadeguato anche ai fini epidemiologici e quindi preventivi chiamando in causa i potenti istituti nazionali assicurativi e pensionistici. Tali problematiche, di assoluto valore preventivo, saranno affrontate in particolare in un convegno presso la Casa della Cultura di Milano entro il mese di ottobre 2018. Interessante inoltre la collaborazione del Movimento con operatori e docenti universitari di varie Regioni dal Veneto alla Campania, nonché con riviste specializzate come per esempio il Bollettino della Università degli Studi "Federico II" di Napoli, che tratta le principali questioni in materia di prevenzione e sanità pubblica con particolare riferimento al Meridione. Il sostegno della Casa della Cultura di Milano è stato prezioso, tempestivo e assai importante anche sotto l'aspetto informativo e comunicativo, essenziale nel mondo di oggi. Un grazie particolare è dovuto a Annamaria Abbate, condirettore e direttore responsabile di viaBorgogna3, magazine della Casa della Cultura, e a Sergio Lanza che ha recuperato e sistemato i vari documenti per la pubblicazione. Sono moltissimi altri coloro a cui spetta un grande ringraziamento per l'impegno, la competenza e l'aiuto generosamente dato per il raggiungimento dei principali obiettivi programmati fin dall'inizio dal Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del SSN.

DOCUMENTO PRELIMINARE

Vittorio Carreri

Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): idee preliminari per un progetto istitutivo. Faranno parte di questo movimento coloro che hanno concretamente contribuito con idee, fatti, esperienze positive a migliorare la sanità pubblica.

Il Movimento si istituisce in Milano e avrà la propria sede organizzativa presso la sede della Casa della Cultura.

I principi ispiratori sono quelli che hanno dato vita nel 1945 per iniziativa e volontà del Comitato Nazionale di Liberazione (CNL) del Veneto e per impulso di grandi protagonisti come Concetto Marchesi, Egidio Meneghetti, Augusto Giovanardi alla prima proposta di riforma sanitaria, base della grande riforma del 1978. Essi in sintesi sono:

- 1) Unità e globalità degli interventi sanitari e socio sanitari con il coinvolgimento degli Enti Locali.
- 2) Decentramento istituzionale, programmazione regionale, radicamento al territorio.
- 3) Partecipazione attiva e consapevole degli utenti e controllo democratico.
- 4) Finanziamento sulla base delle capacità economiche dei contribuenti.

Allo Stato centrale compete in materia sanitaria: fissare i principi per la tutela della sanità pubblica e aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in collaborazione con le Regioni.

L'Assemblea costitutiva del Movimento stabilirà programmi e priorità.

Sembra utile indicare in via prioritaria alcune problematiche:

- 1) Approfondimento delle tematiche inerenti le Città metropolitane.
- 2) Migliorare e potenziare l'efficienza e l'efficacia delle attività di prevenzione e di sanità pubblica
- 3) Riforma della Assistenza sanitaria primaria, della continuità assistenziale, della integrazione socio sanitaria, del rapporto tra l'ospedale e il territorio.
- 4) Riordino radicale e qualificazione della formazione (pianificazione nazionale, programmazione regionale, valorizzazione delle migliori strutture del SSN)
- 5) Migliore utilizzo delle risorse per la ricerca scientifica, specie di quella applicata agli obiettivi dei piani e dei programmi nazionali e regionali.

Per gli aspetti organizzativi ed esecutivi il Movimento si doterà di una Segreteria tecnica.

Nella prima Assemblea costitutiva sarà eletto un Presidente-garante.



PATTO PER LA SANITÀ PUBBLICA

da Vittorio Carreri a
Ferruccio Capelli e Giuseppe Landonio

*Richiesta rinvio dell'incontro
con il gruppo di medici clinici che
svolgono un programma di conferenze su
temi di rilevante interesse sanitario*

Ringrazio Ferruccio Capelli e Giuseppe Landonio anche a nome di Susanna Cantoni per l'invito. Purtroppo un' improvvisa sindrome influenzale mi impedisce di essere presente. Mi permetto tuttavia di inviarvi una sintesi dell'intervento che avrei fatto nell'incontro odierno.

Il Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del SSN ha iniziato la propria attività nel mese di settembre 2017. Si è dotato di un programma di massima sia per il 2017 che per il 2018. Siamo generosamente sostenuti e ospitati dalla Casa della Cultura di Milano.

Abbiamo fino ad ora 150 adesioni individuali e collettive. Esiste una Segreteria tecnica di 15 persone e due garanti: il prof. Giorgio Cosmacini e la dottoressa Maria Pia Garavaglia, già Ministro della Salute.

È stato prodotto un documento sulla prevenzione con particolare attenzione alla prevenzione negli ambienti di lavoro che andrebbe diffuso se possibile dalla Casa della Cultura, da Sergio Harari sul Corriere della Sera (On line), da Maria Pia Garavaglia sulla sua Rivista, da Maria Triassi sul Bollettino Sud-Nord per la prevenzione e la sanità pubblica, da Augusto Panà e Armando Muzzi sulla loro Rivista Scientifica, dalla New Igienisti On Line (Carlo Signorelli), dal Quotidiano Sanità (Giuseppe Imbalzano).

Stiamo completando un documento-proposta sulla Assistenza odontoiatrica (L. Strohmer, A. Amadei, A. Rossi). È stato istituito un Gruppo di Lavoro sulla Assisten-

za sanitaria primaria, sulla continuità assistenziale, sul rapporto ospedale e territorio (A. Aronica, G. Imbalzano, S. Cinquetti, F. Ceratti, M.P. Garavaglia). Stanno per essere avviati i lavori del Gruppo su Ambiente e Salute (G.M. Fara, G.Sesana, D. Cereda). Abbiamo chiesto il parere di Luigi Benevelli su proposte di legge presentate di recente in Senato sulla Assistenza Psichiatrica.

Siamo nettamente contrari ad un eccessivo sviluppo della sanità privata e alla mutualità integrativa. Preoccupante l'appello di ieri del presidente della spedalità privata: il SSN sarà salvato dai privati, con finanziamenti pubblici. Si leggano la L. 833/78. Siamo molto preoccupati inoltre sullo stato della assistenza sanitaria e socio sanitaria in molte città metropolitane, compresa Milano.

Abbiamo in programma nei prossimi tre mesi alcune presentazioni di libri che possono aprire finalmente il dibattito con la cittadinanza, nel disinteresse sulla salute di tutti i partiti:

- 1) SSN SOS dall'Inghilterra - Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo. A cura di Jacky Davis e Raymond Tallis. Premessa di Ken Loach - Introduzione e traduzione di Maria Elisa Sartor. La conferenza pubblica avrà luogo presso la sede della Casa della Cultura, mercoledì 6 dicembre 2017, dalle ore 15,30 alle 17,30. Vi prego di partecipare e di avvisare le persone che possono essere interessate.

- 2) Successivamente a data da destinarsi sarà presentato il libro del prof. Giorgio Cosmacini che sta per essere pubblicato. Esso affronta specie nella storia secolare i rilevanti contributi tecnici, scientifici, organizzativi della sanità pubblica milanese e lombarda.
- 3) È in programma anche la presentazione del mio libro: "LA FABBRICA SPORCA" - La lezione di Seveso e degli altri comuni della Brianza Milanese inquinati dalla diossina dello stabilimento ICMESA 1976-2017".

Il Movimento dunque ha obiettivi di promozione della salute piuttosto importanti e ha bisogno della collaborazione di tutti coloro che hanno a cuore i valori della riforma sanitaria e che vogliono salvare e sviluppare il SSN.



RAPPORTO “AMBIENTE E SALUTE”

da Vittorio Carreri
al Prof. Gaetano Maria Fara

Caro Prof. Fara, faccio seguito al colloquio di ieri per confermarti la necessità e l'urgenza di avere un documento chiaro ed efficace sul tema di rilevante interesse per il SSN e di rilancio del ruolo e della attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL in materia di igiene ambientale.

Bisogna smentire con forza e chiarezza che il SSN dopo lo sciagurato referendum del 1993 che ha tolto i controlli ambientali alle UUSSLL, che la tutela dell'ambiente non sia più di competenza delle Regioni e soprattutto delle ASL. Ne è derivato purtroppo un calo di impegno da parte di molte ASL su tutto il territorio nazionale, specie nelle Città Metropolitane. Le questioni sono gravi e ce lo conferma oggi anche il documento “AIR QUALITY IN EUROPE - 2017 REPORT”. Specie in Italia ognuno in questi anni è diventato esperto sul complesso e delicato rapporto “Ambiente e Salute” con il risultato che la situazione ambientale non migliora affatto. Gli epidemiologi hanno fatto quello che hanno potuto e siamo apparentemente fortunati per merito anche loro di sapere la stima delle morti correlate all'inquinamento dell'ambiente e alle mutate condizioni climatiche. Nel contempo nulla concretamente cambia. Perché? Abbiamo anche il censimento ufficiale delle aree più inquinate. Arrivano anche rilevanti finanziamenti statali a destra e a manca. Migliora qualcosa? A Mantova no, neppure nell'hinterland milanese. Non va meglio a Marghera, nella Terra dei



Fuochi in Campania, all'ILVA di Taranto, a Gela e forse in molte altre aree a rischio. La Tua autorevolezza e quella dei qualificati componenti del Gruppo di Lavoro da Te coordinato, possono non risolvere i problemi, bensì inquadrarli meglio ed indicare le possibili strade da attivare per migliorare gli ambienti di vita, spesso correlati agli ambienti di lavoro. Forse esiste anche un problema irrisolto nella formazione degli operatori non solo delle discipline mediche delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, bensì di molte altre Facoltà non mediche della maggioranza delle troppe Università italiane. Giudizio critico forse anche sui finanziamenti devoluti alla ricerca scientifica soprattutto quella applicata e in relazione soprattutto al Piano Nazionale Prevenzione (PNP) per gli anni 2014-2018 e relativi Piani Regionali Prevenzione (PRP), quinquennali di cui si ben poco si conosce. Andranno esaminati anche i problemi organizzativi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL senza velleità corporative e richieste meramente sindacali. Va dato un giudizio a mio avviso severo, molto severo sulle carenze ormai determinanti della maggioranza delle Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente (ARPA). C'è comunque bisogno di una rete moderna di Laboratori di Sanità Pubblica collaboranti strettamente con gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, con i Dipartimenti provinciali delle ARPA, con i Laboratori competenti delle Università e con ISPRA. L'ISS di Roma deve diventare finalmente, forse

cambiando la sua natura istituzionale, centro di riferimento vero del SSN, efficiente e autorevole in materia di qualità, di certificazione e di accreditamento della attività laboratoristica. Forse questi miei appunti possono servire a Te e agli altri colleghi per fare un documento sicuramente importante che indichi anche un superamento dell'assurda sequela di burocratiche e non utili autorizzazioni ambientali: VIA, VAS, SIA, VIS, eccetera. Forse è tempo di chiedere al Governo e al Parlamento che si arrivi a stabilire con legge “un'integrazione rapida, razionale e trasparente della Valutazione di Impatto Ambientale e Sanitario (VIAS)”. Ci sono ovviamente altri aspetti tecnici, scientifici, organizzativi che andrebbero ripresi, per ora credo che dobbiamo segnalare alle istituzioni e all'opinione pubblica quelli principali. Grazie e buon lavoro.

RELAZIONE INTRODUTTIVA ALL'ASSEMBLEA COSTITUTIVA DEL MOVIMENTO CULTURALE PER LA DIFESA E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN

*Vittorio Carreri
(Milano, presso Casa della Cultura).*

PREMESSA

Procederò al commento dei 6 punti della mozione allegata predisposta per l'esame e l'approvazione da parte dell'Assemblea.

PUNTO PRIMO

Principi della riforma sanitaria.

- 1) Unitarietà e globalità degli interventi sanitari e socio-sanitari.
- 2) Decentramento istituzionale sia da parte dello Stato centrale che delle Regioni. Ruolo degli Enti Locali. Semplificazione e sburocratizzazione. Nell'agosto del 2013, Roberto Satolli in una sintesi efficace sottolineava che cosa doveva essere il Servizio Sanitario: unico, pubblico, no-profit, trasparente, promotore della salute.
- 3) Contrasto delle disuguaglianze tra Regione e Regione e spesso anche all'interno di una stessa Regione.
- 4) Partecipazione degli utenti e controllo democratico.
- 5) Ruolo integrativo e non sostitutivo della sanità privata.
- 6) Finanziamento da parte dei cittadini in base alle loro capacità contributive

PUNTO SECONDO.

Le maggiori competenze in materia sanitaria in base alla Costituzione sono in capo alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano. Esse operano con il metodo della programmazione pluriennale e con finanziamenti certi. La priorità sembrerebbe logicamente orientata alla

prevenzione delle malattie di maggior rilevanza sociale a partire dalle patologie cardiovascolari e dai tumori. Su queste patologie da prevenire salvo alcune Regioni come per esempio la Regione del Veneto, la maggior parte di esse non fa quasi nulla. Le carenze più gravi riguardano sia la prevenzione primaria che quella secondaria, meglio definita diagnosi precoce come per esempio quella per i tumori della mammella, del collo dell'utero, del colon retto. Si ledono dunque diritti fondamentali alla tutela della salute dei cittadini. Ci sono disuguaglianze inaccettabili rispetto agli adempimenti di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e agli impegni fissati dai Piani sanitari, compreso il Piano Nazionale Prevenzione (2014-2018). Grandi preoccupazioni esistono anche per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la prevenzione degli incidenti stradali, per il mancato contrasto della cronicità e per le carenze nella assistenza sanitaria e socio-sanitaria agli anziani.

PUNTO TERZO

Serve soprattutto un' effettiva riforma dell'Assistenza sanitaria primaria, della continuità assistenziale da non confondere con la guardia medica notturna, prefestiva e festiva, del rapporto tra il territorio e l'ospedale. I medici non si parlano tra di loro. Si assistono a fenomeni crescenti di privatizzazione e di esaltazione acritica del "mercato" nella sanità. Si sviluppa a cura delle Assicurazioni, della Lega delle Co-

operative, persino di alcuni Sindacati dei lavoratori la mutualità integrativa. Questi aspetti nel Regno Unito sono iniziati come sta accadendo in Italia diversi anni fa e hanno portato alla semidistruzione del SS britannico come è ben descritto nel libro "SSN SOS dall'Inghilterra" di Jacky Davis e Raymond Tallis, con la introduzione e la traduzione di Maria Elisa Sartor, presente oggi al nostro incontro. L'esito del referendum confermativo del 4 dicembre 2016, ha evitato nel nostro Paese lo statalismo, il centralismo burocratico, il trasferimento della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro al Ministero del lavoro e della igiene degli alimenti, della sicurezza alimentare e nutrizionale al Ministero delle politiche agricole. Il tema dell'assistenza ospedaliera merita approfondimenti e proposte concrete che mancano in molte Regioni a partire dalla Regione Lombardia dove l'ultimo piano ospedaliero è del 1974 (L. R. 3 settembre 1974, n. 55 – Piano ospedaliero della Regione Lombardia per il quinquennio 1974-1978), ben 43 anni fa. Su queste problematiche generali e settoriali sono pervenuti in questi giorni a noi contributi importanti da Amedeo Amadei, Augusto Panà, Armando Muzzi, Lalla Bordini, Luigi Benevelli, Giuseppe Imbalzano, Aldo Grasselli, oltre al già citato Roberto Satolli. Serve dunque impegnarsi di più per qualificare l'assistenza e la spesa sanitaria. Si debbono combattere con maggior energia gli sprechi nella sanità, stimati in Italia ad oltre 22 miliardi di euro all'anno.

Alcuni provvedimenti specie della Regione Lombardia sulla assistenza ai cronici hanno suscitato contratti e forti preoccupazioni. Credo che sia giusto temere che la Regione diventi un semplice committente, specie a favore della sanità privata. Rinunciando così ad essere un fornitore istituzionale di salute pubblica. Tuttavia le inadempienze del servizio pubblico e dei medici di medicina generale anche in Lombardia non possono contrastare il decollo da parte del Consorzio per la Medicina generale di progetti e di programmi di assistenza primaria sostenuti dal Comune di Milano, con il concorso di medici specialisti e con un' efficace e non più rinviabile rapporto di collaborazione costruttiva con gli ospedali delle zone interessate. Il 26 settembre u.s. il Corriere della Sera ha dedicato due pagine sui Medici di Medicina Generale a Milano. I titoli degli articoli non erano benevoli: "Medici di famiglia. Orari troppo corti e la rete che non c'è. L'80% dei pazienti senza assistenza adeguata". Fino ad ora non ho letto smentite.

PUNTO QUARTO E QUINTO

Sui temi della formazione e della ricerca scientifica, specie di quella applicata alla programmazione sanitaria, finalmente le Regioni, coordinate dalla Regione Piemonte si sono svegliate da un lungo sonno e hanno predisposto di recente un documento interregionale da discutere con il Governo Nazionale. Sono presenti a questo incontro e hanno aderito al nostro Mo-

vimento molti esperti in materia. Essi ci daranno utili consigli. Serve dunque una vera programmazione regionale coinvolgendo nella formazione e nella ricerca scientifica sia le Università che le più qualificate competenze e strutture del SSR, come si fa nelle più importanti Nazioni della Unione Europea (UE).

CONCLUSIONI

Si deve intervenire in modo razionale, costruttivo e con esperienze concrete per salvare la riforma sanitaria e per migliorare il SSN. Sono passati oltre 70 anni dalla proposta di riforma sanitaria del Comitato Nazionale di Liberazione (CNL) del Veneto (Concetto Marchesi, Egidio Meneghetti, Augusto Giovanardi). Sono trascorsi quasi 40 anni dalla istituzione del SSN che ha avuto valorosi padri e gloriose madri: Luigi Mariotti, Tina Anselmi, Giovanni Berlinguer, Danilo Morini, Arturo Merzario, coadiutati da eccellenti tecnici e scienziati. Ricordiamo i principali: Augusto Giovanardi, Alessandro Seppilli, Luigi Checcacci, Enea Suzzi Valli, Giulio Alfredo Maccacaro, Severino Delogu, Giancarlo Bruni e Franco Basaglia. Già oggi dagli interventi preordinati e dal dibattito avremo contributi da diffondere tramite l'ottimo sistema comunicativo in streaming della Casa della Cultura di Milano e da parte di riviste culturali e di news specializzate, in particolare dal Bollettino "SUD-NORD per la prevenzione e la sanità pubblica" diretto dalla professoressa Maria Triassi della Università Fe-

derico II di Napoli. Saranno istituiti inoltre gruppi di lavoro sui temi prioritari (come per esempio: prevenzione della cronicità e assistenza ai malati cronici, ambiente e la salute a Milano, utilizzo corretto dei farmaci e dei vaccini, la formazione e la ricerca scientifica). Proponiamo anche una serie di conferenze pubbliche per il 2017 e il 2018 in sinergia con il gruppo di medici-clinici, coordinati dal dottor Pino Landonio, che già opera attivamente presso la Casa della Cultura di Milano. Pensiamo anche alla presentazione di alcuni libri come per esempio: La sanità a Milano di Giorgio Cosmacini. Il libro sarà pubblicato fra qualche settimana; il libro "SSN SOS dall'Inghilterra - Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo" a cura della dottoressa Maria Elisa Sartor; "La FABBRICA SPORCA - La lezione di Seveso e degli altri comuni della Brianza milanese inquinati dalla diossina dello stabilimento ICMESA 1976-2017", da me pubblicato all'inizio di questo anno. Grazie.



MOZIONE PER LA DIFESA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

*Letta e approvata dalla
Assemblea costituente.*

Il Movimento culturale per la difesa e lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituitosi il 28 settembre 2017 a Milano presso la Casa della Cultura chiede un forte e qualificato impegno alle istituzioni, ai professionisti della salute, alle persone interessate a:

- 1) A difendere i principi fondamentali per la tutela della salute e la salvaguardia dell'ambiente contenuti nella Costituzione e i valori irrinunciabili della riforma sanitaria del 1978: decentramento istituzionale, semplificazione e sburocratizzazione, rafforzamento del ruolo dei Comuni e delle Città metropolitane, unitarietà e globalità degli interventi sanitari e socio sanitari, contrasto delle disuguaglianze, partecipazione e controllo democratici da parte degli utenti, gratuità delle prestazioni, ruolo integrativo della sanità privata, finanziamento sulla base delle capacità contributive.
- 2) A realizzare prioritariamente i programmi pluriennali e le attività di prevenzione nei confronti delle malattie di maggior rilevanza sociale. L'impegno da parte di molte Regioni fino a questo momento è stato carente e confuso, quasi inesistente sulla prevenzione primaria.
- 3) A riformare radicalmente l'Assistenza sanitaria primaria, la continuità assistenziale, la rete ospedaliera, il rapporto territorio-ospedale. A qualificare l'assistenza e la spesa sanitaria.
- 4) A realizzare finalmente piani e programmi pluriennali per la formazione da parte delle Regioni e delle Università, dando maggior spazio alle strutture più qualificate del SSN. Si chiede inoltre una revisione nella formazione dei medici di medicina generale.
- 5) A potenziare con investimenti congrui la ricerca scientifica, specie quella applicata agli obiettivi della programmazione sanitaria con priorità agli obiettivi dei Piani sanitari e di prevenzione regionali.
- 6) A promuovere gruppi di lavoro di esperti sui principali temi e ad organizzare conferenze pubbliche in difesa e sostegno della sanità pubblica e del SSN

RIUNIONE DELLA SEGRETERIA TECNICA DEL MOVIMENTO PER LA DIFESA E IL MIGLIORAMENTO DEL SSN

relazione introduttiva di Vittorio Carreri.

Le linee politiche di politica sanitaria sono state definite nella Assemblea istitutiva del Movimento il 28 settembre 2017.

I documenti approvati in detto incontro hanno avuto ampio riscontro sia sulla stampa specializzata che nei giornali on line. Hanno aderito al Movimento 150 persone e gruppi scientifici, nonché il coordinamento regionale lombardo del Forum per il Diritto alla salute. Esso è rappresentato nella segreteria tecnica dal dottor Gian Piero Riboni.

In queste settimane sono giunti numerosi contributi che saranno attentamente letti. In questi giorni gruppi di lavoro valorosi e competenti hanno approfondito problematiche di assoluto valore e attualità.

In particolare:

- 1) La prevenzione efficace, con particolare attenzione alla prevenzione e alla sicurezza nei luoghi di lavoro (Cantoni S., Pesenti B., Ariano E.)
- 2) L'Assistenza odontoiatrica (Strohmen-ger L., Amadei A.)

ASPETTI ORGANIZZATIVI E PROGRAMMATORI

La Segreteria tecnica è composta da 15 esperti. Propongo come coordinatori: la dottoressa Susanna Cantoni e poco umilmente e pro tempore il sottoscritto. I garanti del Movimento dovrebbero essere la dottoressa M.P. Garavaglia, già Ministro della Salute con il Governo Ciampi e il medico, filosofo, storico della medicina e della sanità pubblica, prof. Giorgio Cosmacini.

Possiamo utilizzare per la pubblicazione dei documenti più rilevanti oltre all'ottimo sistema comunicativo della Casa della Cultura e, spero, anche due riviste importanti: L'Arco di Giano e Bollettino Sud-Nord per la prevenzione e per la sanità pubblica.

I prossimi temi che si propone di trattare sono:

- 1) L'Assistenza sanitaria primaria (coordinatore: Aronica A., Segreteria scientifica: Sandro Cinquetti, Giuseppe Imbalzano, Pier Giorgio Duca, Rossi A., Gian Piero Riboni, Aronica M.).
- 2) Ambiente e Salute (coordinatore: G.M. Fara, segreteria scientifica: Sesana G., Valsecchi M., Porro De Somenzi, Valerio E. Ceresa D.).
- 3) Riordino e ammodernamento della rete ospedaliera (Coordinatore: Cerratti F. Segreteria scientifica: Amedeo A., Triassi M. Galavotti M., Bianchi S., Dotti C., Giuseppe Landonio, De Crescenzo S.).

Si conferma che nei mesi di novembre e di dicembre del corrente anno, saranno presentati e discussi i seguenti libri:

- 1) "SSN SOS dall'Inghilterra. Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo" a cura di Jacky Davis e Raymond Tallis. Relatori: Maria Elisa Sartor, Roberto Satolli, Maria Pia Garavaglia, Vittorio Carreri.
- 2) "LA FABBRICA SPORCA - La lezione di Seveso e degli altri comuni della Brianza milanese inquinati dalla dios-

sina dello stabilimento ICMESA 1976-2017". Relatori: Ferruccio Capelli, Giorgio Cosmacini, G. M. Fara, Pier Alberto Bertazzi, Sandro Cinquetti, Nanni Rossi, Giulio Sesana.

- 3) "LA SANITA' A MILANO" di Giorgio Cosmacini. Relatori con l'autore Carlo Tognoli, Marco Salmoiraghi, G. M. Fara, Pino Landonio, Vittorio Carreri.

Si tratta di un piano di lavoro proposto che se approvato, ci permetterà di contattare gli interessati e di renderlo con le relative date pubblico. Vi prego dove è possibile di farmi pervenire per iscritto le vostre osservazioni ed integrazioni. Grazie e buon lavoro.

PER IL RILANCIO DELLA PREVENZIONE

*A cura di Eugenio Ariano,
Laura Bodini,
Susanna Cantoni,
Vittorio Carreri,
Bruno Pesenti*

PERCHÉ IL DOCUMENTO

La crisi cronica della prevenzione

- La prevenzione non ha domanda individuale e in questa fase di crisi della politica ha sempre meno domanda collettiva (forze politiche, forze sociali, consumatori ...), se non contingente e spesso distorta o strumentale. Sia pure con eccezioni lodevoli, tra i quali i diversi richiami del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, alla sicurezza del lavoro e del territorio.
- La prevenzione genera, se ha successo, risparmi più che doppi rispetto ai propri costi; genera però costi immediati, sia pure contenuti, e benefici solo a medio e lungo termine più difficilmente percepibili
- È invisibile perché genera NON eventi; anzi per la legge della crescente incidenza del rimanente genera irritazione per quanto ancora non ha risolto
- È da tutti invocata nelle emergenze ma diffusamente sottovalutata e scarsamente praticata
- Quando la prevenzione non funziona si attiva la ricerca di capri espiatori; si sancisce la responsabilità di chi è a valle nel terminale del comando, come se a monte non esistessero cause determinanti quali la disattenzione della politica e delle amministrazioni, la carenza di risorse soprattutto umane diversificate ai bisogni complessi, il non investimento in comunicazione efficace e moderna.



- È un problema di risorse, ma anche di cultura che richiede pianificazione, investimenti a vari livelli e a breve, medio e lungo termine.

Gli infortuni sul lavoro, le condizioni disumane di lavoratori reclutati attraverso il caporalato, i molteplici disastri ambientali, l'inquinamento atmosferico, delle nostre terre e mari, la scarsa sicurezza delle scuole, devono far riflettere sulla necessità di investire di più nella prevenzione per garantire sicurezza e salute di cittadini e lavoratori e per preservare il nostro ricchissimo patrimonio naturale e artistico.

Il Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN intende contrastare il progressivo depauperamento e indebolimento delle strutture del SSN deputate alla prevenzione e i tentativi di privatizzazione di alcune funzioni e attività delle stesse.

Il Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN intende farsi carico, nei limiti delle proprie forze, di indicare le principali criticità e alcuni obiettivi realisticamente perseguibili da parte del sistema sanitario per il rilancio della prevenzione, nella consapevolezza che è necessario attivare forti sinergie e coordinamento con le azioni che devono essere messe in campo da altri soggetti istituzionali e non.

A CHI È RIVOLTO

Il presente documento, con specifico ma non esclusivo riferimento alla prevenzione negli ambienti di lavoro, è rivolto quindi alla politica (nei suoi livelli regionale e naziona-

le), agli Enti e Istituzioni preposti, alle società scientifiche, agli operatori del sistema pubblico e privato della prevenzione e può servire da spunto per confronti sempre più stringenti e per avviare sinergie in grado di influire sulle scelte e sui comportamenti. Il documento, articolato per punti, costituisce un primo strumento per il confronto; ci si augura possa arricchirsi di proposte e contributi.

ALCUNI PRINCIPI GENERALI

- Più prevenzione comporta guadagno in salute, ma anche risparmio della spesa sanitaria; investimento tanto più necessario con l'invecchiamento della popolazione che deve essere aiutata a rimanere attiva e in salute il più possibile
- Prevenzione: non è solo screening e promozione di stili di vita più salutari, i cui temi, peraltro, dovrebbero essere ampliati (es. uso improprio dei farmaci, prevenzione odontoiatrica, uso compulsivo degli strumenti informatici) e valutati nella loro efficacia. Occorre puntare di più sulla prevenzione primaria, vale a dire sulla rimozione/riduzione delle cause di malattie/infortuni/incidenti
- La prevenzione primaria può incidere maggiormente nel contrastare i riflessi negativi per la salute delle diseguaglianze sociali, anche garantendo iniziative più efficaci di promozione della salute e nel mutamento degli stili di vita

- Il governo della prevenzione deve essere pubblico, indipendente dagli interessi economici e di mercato o non è prevenzione; l'ingresso di assicurazioni nel sistema di prevenzione e le offerte nei contratti di lavoro di pacchetti benefit di accertamenti sanitari, la cui efficacia preventiva non è affatto dimostrata scientificamente, distorcono gli obbiettivi della prevenzione, ingenerano false aspettative di salute e incrementano la spesa sanitaria

ALCUNI STRUMENTI E OBIETTIVI

- Investire di più in prevenzione, quantomeno raggiungendo il famoso 5% del fondo sanitario, ancora oggi non raggiunto da buona parte delle regioni, assicurando maggiore omogeneità negli investimenti in prevenzione
- Mantenere/riportare i Dipartimenti di prevenzione ad una dimensione che ne consenta un proficuo rapporto con il territorio, con la sua utenza e con gli enti locali, anche per un controllo democratico delle scelte programmatiche di attività
- Incrementare la presenza nei servizi pubblici di prevenzione di figure non prettamente sanitarie (es. ingegneri, chimici, fisici)
- Ricondurre le competenze in materia di prevenzione ai servizi dei Dipartimenti di Prevenzione in modo univoco, evitando coinvolgimenti di altri enti/istituzioni privi delle necessarie professionalità e com-

petenze scientifiche, duplicazioni, sovrapposizioni e contrasti negli interventi

- Creare/potenziare una rete regionale e nazionale di Laboratori di Sanità Pubblica che comprendano anche le ARPA, peraltro finanziate sul bilancio della sanità (maggiore dell'1%).
- Potenziare il sistema informativo nazionale e regionale in ogni campo (salute e sicurezza sul lavoro, negli ambienti di vita, salute e ambiente, alimentazione, ecc.) coordinando le informazioni con quelle di altre istituzioni (es. ISTAT, INPS, enti paritetici, Camere di commercio, Comuni, Forze dell'ordine, ecc.); ciò al fine di programmare, mirare e coordinare meglio gli interventi di prevenzione e controllarne l'efficacia nel tempo
- Ripensare la formazione dei "preventori"- Rapporto del SSN con le Università anche aggiornando i programmi dei corsi di laurea rivolti alle figure sanitarie (triennale, magistrale, scuole di specializzazione, ...), inserendo l'obbligo di tirocini pratici presso le strutture pubbliche e i sistemi aziendali della prevenzione. Analoghe considerazioni valgono per discipline non prettamente sanitarie, ma fondamentali per la prevenzione (ingegneri, fisici, chimici, biologi, agronomi, psicologi, ecc.)
- Garantire che Regioni e Ministero della Salute rendicontino annualmente circa lo stato di attuazione dei rispettivi Piani regionali e nazionale di prevenzione, gli obbiettivi raggiunti, le criticità emerse, l'impiego dei fondi stanziati per la preven-

zione, lo stato delle risorse di personale presenti nei Dipartimenti di prevenzione. Tali resoconti devono essere resi pubblici anche su pagine dedicate alla prevenzione dei rispettivi siti web (nella maggior parte dei casi da istituire). Gli stessi, inoltre, dovranno costituire strumenti informativi utili per la rendicontazione in sede europea circa l'attuazione delle direttive UE nei diversi ambiti e tematiche della prevenzione.

PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

In premessa vogliamo ricordare le recenti (ottobre 2017) parole espresse dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella: "Troppo numerosi sono i casi di aziende che risultano non in linea con gli standard di sicurezza, ed è inconcepibile che tra le vittime di infortunio sul lavoro vi siano ragazzi giovanissimi. Il lavoro irregolare deve essere contrastato in tutti i modi: la legislazione è puntuale, sta a tutti gli interlocutori attuarla e rispettarla ... Il rischio di infortunio deve essere neutralizzato al suo insorgere in qualsiasi luogo e per qualsiasi forma di lavoro: solo così si può parlare di salvaguardia della salute. Ma se l'infortunio si verifica, l'invalidità, come la malattia, non deve essere lasciata a se stessa."

- Gli infortuni mortali sono sopra la media UE, gli infortuni in generale sempre troppi, anche se dall'avvento del SSN in decremento; tra le principali cause la mancanza di cultura della prevenzione

(consulenti improvvisati, business su formazione), l'ampia presenza di un'economia sommersa, la giungla degli appalti e del reclutamento dei lavoratori (caporalato ma anche incentivazione del falso lavoro autonomo, flessibilità esasperata/precarità nelle assunzioni che ostacolano la formazione e l'addestramento al lavoro)

- occorre migliorare l'efficacia dei controlli, mirandoli sulla base di alcuni criteri da condividere in sede nazionale e regionale (abbiamo gli strumenti informativi per individuare il "bersaglio")
- bisogna garantire maggiore omogeneità in quantità e qualità dei controlli nelle diverse regioni/territori; non riteniamo che il problema stia tanto nel numero dei controlli (sia pure in modo disomogeneo il LEA dei controlli nel 5% delle imprese attive viene garantito nella maggior parte delle regioni) quanto nel selezionare obiettivi per massimizzare l'efficacia.
- in alcuni settori lavorativi (es. edilizia, agricoltura, piccole imprese, trasporti e logistica, sanità, aziende a rischio di incidente rilevante e rischio chimico e cancerogeno, aziende di trattamento rifiuti) è probabilmente utile un incremento dei controlli; ma per incrementare i controlli occorre incrementare le risorse di personale e la sua qualificazione (chi chiede un aumento dei controlli deve impegnarsi ed ottenere un adeguamento delle risorse)
- è necessario incrementare le attività

di promozione della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, l'assistenza in fase preventiva, il controllo della qualità della formazione erogata alle diverse figure aziendali della prevenzione (datori di lavoro, dirigenti, preposti, RSPP e ASPP, medici competenti, RLS, lavoratori), il controllo degli enti certificatori (es. organismi abilitati) ambito quest'ultimo ad oggi ancora fin troppo trascurato, anche a fronte di comportamenti comprovatamente illegali.

- è necessario potenziare un sistema di incentivi alle imprese, in particolare rivolto alle piccole, condizionato all'attuazione di misure di prevenzione e buone prassi, controllandone l'efficacia; ma anche valutare l'efficacia di quanto già in essere (bandi INAIL, programmi sviluppo rurale, ...)
- occorre incentivare la semplificazione di alcuni adempimenti (es. semplificazione del documento di valutazione dei rischi nei lavori stagionali e a tempo determinato), abolirne alcuni di scarso impatto sulla prevenzione o causa di duplicazioni (es. verifiche periodiche obbligatorie su alcune attrezzature e impianti già oggetto di obbligo di verifica da parte dei datori di lavoro con relativa commissione di obblighi e interessi), non solo aggiornando la normativa ma anche con prassi istituzionali da applicare, diffondere e incentivare. Questo punto è, tra l'altro, in linea con le indicazioni recentemente (gennaio 2017) presentate

nella Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni.

- definire interventi sugli infortuni in itinere/su strada, che rappresentano una quota importante di infortuni mortali, con un piano nazionale che coinvolga diverse professionalità/istituzioni (non solo le imprese e i servizi territoriali di prevenzione, ma le assicurazioni, ANAS, Comuni, Polizia stradale, le scuole guida, ecc.) con diverse tipologie di azioni
- le malattie professionali non sono in aumento (probabilmente attrezzature e ambienti di lavoro sono oggi più sicuri e salutarci non solo grazie agli interventi dei servizi territoriali di prevenzione, ma anche per i mutamenti intervenuti del tessuto produttivo); la crescita delle denunce e dei riconoscimenti è il frutto delle iniziative per farle emergere messe in campo principalmente dai servizi territoriali di prevenzione e dai patronati.
- Istituire, nell'ambito del Sistema informativo della prevenzione previsto dal D.Lgs. 81/08 (di cui si attende ancora il concreto avvio), un sistema di registrazione nazionale infortuni e malattie da lavoro indipendente da finalità assicurative, che costituisca la fonte ufficiale di comunicazione periodica dei dati da parte del Ministero della Salute e degli Assessorati Regionali. Ricordiamo che nelle statistiche dell'istituto assicuratore INAIL sono esclusi circa 9-10 milioni di

lavoratori

- Rendere più trasparenti i criteri di riconoscimento delle malattie professionali da parte di INAIL e le fonti utilizzate per la valutazione delle esposizioni, assicurando maggiore omogeneità nella definizione dei casi
- Sviluppare un progetto nazionale volto a valutare lo stato di salute complessivo dei lavoratori, non limitandosi alle sole patologie professionali ma considerando anche quelle che possono essere influenzate da un'organizzazione del lavoro che non tenga conto delle fragilità individuali (abuso di farmaci e psicofarmaci, di alcool, di antidolorifici)
- Investire risorse, anche culturali, per favorire l'inserimento lavorativo di lavoratori disabili o parzialmente idonei, oggi sempre più necessario, dato il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa.

PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA

- I temi all'ordine del giorno e delle cronache sono connessi alla mancanza di prevenzione e manutenzione del territorio e degli ambienti di vita (es. incendi nelle imprese di gestione rifiuti, danni da terremoti, frane, incidenti domestici, numericamente molto maggiori di quelli da lavoro, danni nelle scuole)
- ma la prevenzione negli ambienti di vita è scarsamente praticata anche dal SSN, se si escludono i temi della prevenzione delle malattie infettive e delle

intossicazioni alimentari; occorre incrementare sia le azioni di prevenzione e promozione, sia i controlli, indicando specifici obiettivi in un piano nazionale, destinando opportune risorse che comprendano anche la formazione degli operatori

- istituzione e forte avvio del ruolo dei servizi salute e ambiente (tra l'altro con l'assist del Piano Nazionale Prevenzione e dei rispettivi Piani Regionali) sui temi della qualità urbana, dei controlli (anche in collaborazione con il sistema ARPA), in particolare su sistemi critici: aziende di raccolta e trattamento rifiuti, aziende critiche dal punto di vista del rischio chimico potenziale, aree dismesse, siti inquinati, ecc.; servizi che devono avere un ruolo anche nelle situazioni di emergenza ambientale per la gestione degli aspetti di salute e igiene delle collettività
- il problema amianto costituisce un elemento che accomuna tutto il territorio italiano, data l'ampia diffusione dei manufatti con amianto nei decenni passati. Occorre un vero piano nazionale amianto che affronti alcuni nodi finora lasciati scientemente in ombra: come realizzare un censimento dei manufatti ancora presenti in tutto il territorio, come incentivarne la rimozione, come e dove smaltire i rifiuti. Oggi assistiamo ad una frammentarietà di azioni messe in campo nelle diverse regioni, senza un disegno organico, ma soprattutto allo smaltimento abusivo nei terreni, nei

mari, nei laghi; in tutte le operazioni di bonifica di aree dismesse si riscontra la presenza di amianto sotterrato per lo più in modo fraudolento. Nel migliore dei casi le bonifiche di siti contaminati da amianto comportano lo smaltimento di rifiuti all'estero con costi molto elevati

- il tema della sicurezza degli ambienti collettivi di vita costituisce una vera lacuna anche per la pochezza, in alcuni casi, di norme specifiche, in altri per la farraginosità e debolezza delle stesse; occorre procedere ad una revisione e un ammodernamento del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, con la realizzazione di una normativa quadro che definisca anche il potere di accesso delle strutture pubbliche di prevenzione e controllo, poteri prescrittivi, sistema sanzionatorio.

LA COMUNICAZIONE

Nei mass media si riscontra da qualche anno una maggiore attenzione verso i temi della prevenzione; ciò avviene però troppo spesso con un taglio scandalistico, mirato soprattutto ad eventi negativi e raramente a evidenziare e stimolare iniziative efficaci, privilegiando tra l'altro a volte fonti prive di specifiche competenze.

Ciò comporta pesanti distorsioni nella percezione sia dei rischi sia delle responsabilità (ricerca prioritaria dei "capri espiatori"); una corretta comunicazione viceversa è fondamentale per condividere la scelta delle priorità di intervento e per diffondere pratiche

corrette ed efficaci di prevenzione. La strategia di comunicazione di Istituti/Istituzioni di livello nazionale che pure hanno una notevole "potenza informativa", ha mostrato finora una visuale disorganica e limitata a specifici interessi di settore.

Occorre che le strutture del SSN (centrali e periferiche) si diano un piano organico e coordinato di comunicazione rivolto a tutti gli interlocutori (mass media, istituzioni, parti sociali, cittadini) rendendo trasparenti le azioni e i risultati delle azioni intraprese, anche evi-denziando criticità ed eventuali insuccessi

Si riporta di seguito un recente esempio di quanto detto sopra in tema di andamento degli infortuni sul lavoro:

All'inizio di ottobre INAIL ha messo on line nei suoi "open data" gli infortuni denunciati nei primi nove mesi dell'anno 2017, con i confronti "di mese" (settembre 2016 vs settembre 2017) e "di periodo" (gennaio-settembre 2016 vs gennaio-settembre 2017); con l'occasione ha presentato in conferenza stampa un primo commento ai dati, che parzialmente corregge le valutazioni più "pesanti" di fine agosto, raccolte dai giornali con titoli del tipo "Incidenti sul lavoro, sale il numero degli infortuni e dei morti: quasi tre al giorno".

In premessa si precisa peraltro che "il confronto richiede cautele, in particolare rispetto all'andamento degli infortuni con esito mortale ...".

In sintesi estrema: nei primi nove mesi 2017 sono diminuiti rispetto allo stesso pe-

riodo 2016 gli infortuni avvenuti in occasione di lavoro (-0,5%) e aumentati quelli avvenuti in itinere (+3,7%).

All'aumento complessivo (0,1%) ha contribuito soltanto la gestione Industria e servizi (+0,8%) mentre le gestioni Agricoltura e Conto Stato hanno fatto segnare un calo pari, rispettivamente, al 5,9% e all'1,3%. In particolare, per la gestione Industria e servizi si assiste nel periodo preso in esame a un incremento degli infortuni in occasione di lavoro dello 0,3% e del 3,8% per quelli in itinere.

Casi mortali: nei primi tre trimestri del 2017 si sono registrati incrementi sia dei casi avvenuti in occasione di lavoro (+0,4%) sia di quelli occorsi in itinere (+6,9%) (occorre ricordare però Rigopiano e Campo Felice nel gennaio 2017).

Naturalmente la parziale correzione di rotta non ha avuto alcun risalto sui quotidiani.

ASPETTI DI ORDINE GENERALE

Fin qui i dati; per parte nostra, senza entrare in dettagli, è importante mettere in evidenza alcuni aspetti di ordine generale.

Problemi di accuratezza della rilevazione, che dovrebbe servire a monitorare l'efficacia degli interventi di prevenzione, ma ancora di più ad evidenziare situazioni e dinamiche non sufficientemente presidiate.

Entrano qui in gioco fattori importanti: necessità di tenere conto dei denominatori e dei cicli economici, necessità di fare confronti su periodi medio lunghi, ma soprattutto: ai dati INAIL sfugge la realtà del lavoro

non assicurato (9-10 milioni in Italia, tra cui quota importante ad esempio del mondo agricolo), fatto che spiega ad esempio buona parte della differenza numerica tra gli infortuni mortali da trattore nei dati INAIL e quelli registrati da ASAPS e dal registro nazionale infortuni agricoli ("professionali" e non) gestito da INAIL in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni; è inoltre assai problematico risalire alle dinamiche infortunistiche oggetto di specifici interventi di prevenzione, con la conseguenza di non riuscire a monitorarne l'efficacia.

IL NOSTRO OBIETTIVO

Il nostro obiettivo, ambizioso, è quello di ridurre sostanziosamente gli infortuni sul lavoro. Obiettivo nazionale è -10 % nel periodo di piano nazionale prevenzione per infortuni gravi e mortali.

Occorre quindi, al di là dei dati che possono dare qualche stimolo, un impegno forte a che, nei comparti dove gli infortuni gravi e mortali non mostrano un decremento significativo, i controlli siano sempre più mirati ed incisivi (utilizzando e migliorando allo scopo i sistemi informativi); individuando, nella logica dei piani nazionali dimostratisi efficaci nel rendere omogenee sul territorio nazionale pratiche e priorità di intervento, azioni "forti" a tutti i livelli, in grado di affrontare il problema nella sua complessità (rispetto di pratiche di lavoro sicure, ma anche dinamiche di filiera produttiva, deregulation, turnover, formazione, ecc) .



PROPOSTA DI INTERVENTO SULL'ODONTO- STOMATOLOGIA LOMBARDA

*Laura Strohmenger,
Clinica odontoiatrica
Università degli Studi di Milano*

Il diritto alla salute del cavo orale, nel nostro Paese, non è garantito e ciò accade dai tempi della istituzione del SSN. Noi riteniamo che questa scelta sia una grave ingiustizia, alla luce dell'evidente correlazione tra salute del cavo orale e benessere sistemico, senza dimenticare l'importanza della funzione masticatoria e delle conseguenze psicologiche dell'individuo che ha perso gli elementi dentali. La prima affermazione quindi che ci sembra giusto esprimere è che vorremmo che il SSN e SSR si facessero carico di questo diritto di salute, in modo adeguato ai tempi e con dei percorsi di cura finalizzati alla funzione e al benessere psico-fisico del cittadino, senza nessuna atteggiamento estetico. Anzi, mettendo in atto i principi della odontoiatria di comunità ed i relativi protocolli.

È opportuno quindi formare la componente odontoiatrica pubblica in modo adeguato, altrimenti si trasferisce l'atteggiamento libero-professionale nelle istituzioni.

La situazione attuale dell'odontostomatologia pubblica in Regione Lombardia risente della privatizzazione di molte strutture pubbliche da 20 anni a questa parte.

La prima gara di esternalizzazione è avvenuta presso l'ospedale di Niguarda, successivamente sono state privatizzate molte altre realtà istituzionali

che hanno conservato una piccola entità di convenzionamento pubblico. Al di là degli episodi finiti nelle aule dei tribunali, questo fenomeno ha comportato una riduzione dei servizi erogati ai pazienti rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Oggi quindi il cittadino ha a disposizione un'offerta di cura, definita dai LEA, inferiore a quella di 20 anni fa, che rende l'accesso alle istituzioni molto problematico perché molto richiesto e determina la presenza di interminabili liste di attesa.

Tutto ciò è accaduto anche perché le strutture del SSR dedicate all'odontoiatria erano oggettivamente inefficaci e inefficienti, quasi tutte in perdita.

Tale problema poteva essere risolto valutando le cause di tale perdita, essenzialmente dovute alla mancanza di formazione degli operatori, alla mancanza di informazione/preparazione delle aziende ospedaliere, alla mancanza di informazioni dei cittadini sui LEA e in gran parte all'entità dei rimborsi regionali che sempre sono insufficienti, ancora oggi, a coprire le spese impiegate nella loro erogazione.

Per tale motivo le leggi regionali hanno istituito la possibilità di erogare prestazioni a pagamento calmierate e prestazioni per pazienti extra-LEA altrettanto calmierate. Tale iniziativa non ha comunque in modo significativo modificato nulla, perché fondamentalmente

il cittadino che si rivolge alla struttura pubblica è in condizione di grande fragilità, soprattutto economica e quindi alla fine rinuncia alle cure.

Alla luce di quanto espresso, invece di analizzare tali fenomeni e dare agli stessi una valenza che consentisse al servizio di funzionare e sostenersi, è stato deciso di esternalizzare il servizio mantenendo nei bandi di gara una piccola fetta di prestazioni istituzionali convenzionate.

Questa iniziativa ha inevitabilmente ridotto le prestazioni istituzionali ed ha leggermente aumentato l'accesso alle cure a pagamento del cittadino, senza comunque risolvere il problema di base.

Il cittadino infatti, in condizioni economiche fragili, ancora oggi continua a rinunciare alle cure. Ciò accade anche se il cittadino appartiene alle categorie LEA, che in molti casi prevedono il pagamento di un ticket, ma che sempre invece prevedono in soluzione unica il pagamento del manufatto protesico, che molti pensionati non sono in grado di sostenere. Questo è fondamentalmente il motivo per cui molti italiani hanno rinunciato alle cure, non solo quelli che si recano presso l'odontoiatra privato, ma anche quelli che si rivolgono a quello pubblico.

Si fa riferimento all'indagine ISTAT del 2015 (www.istat.it; report odontoiatrico anno 2015) che evidenzia, con dati



specifici, quanto detto. I dati sono stati raccolti tramite questionario e vengono esplicitati regione per regione. In tali tabelle, dall'analisi di questi dati emerge che il 5/7% dei cittadini riesce a rivolgersi alle strutture pubbliche, che circa il 30% ha le risorse per rivolgersi a quelle private, dato che, negli ultimi anni, è in diminuzione e tutto il resto della popolazione non ce la fa.

A questo proposito l'odontoiatria privata, molto frequentemente negli ultimi anni, invia alle strutture pubbliche il paziente compromesso a livello sistemico, per il quale ritiene sia necessaria una assistenza specialistica ospedaliera per poter gestire bene le complicanze sistemiche degli interventi orali necessari. Tale popolazione di pazienti spesso non riesce ad essere presa in carico dalle poche strutture pubbliche presenti.

La causa della rinuncia alle cure è sicuramente multifattoriale; da un lato è correlata alla mancanza di formazione e quindi di recepimento dell'importanza della visita odontoiatrica, della visita di controllo e dell'igiene orale professionale, strumento cardine della prevenzione, dall'altra al convincimento che le terapie conservative e protesiche attuate non necessitino di manutenzione, dall'altro ancora di una vera mancanza di risorse economiche.

La fetta pediatrica invece mantiene un accesso alle terapie, soprattutto ortodontiche, di un qualche rilievo. In tale fascia però la prevenzione specialistica quasi non esiste, segno di una mancanza di educazione alla stessa. Sarebbe fondamentale, per correggere questa situazione, attuare un censimento delle strutture pubbliche e delle strutture convenzionate, valutare le prestazioni erogate nel passato e riformulare un modello organizzativo che evidenziasse, all'interno dei LEA, le priorità socio-sanitarie degli stessi, essendo i pazienti LEA probabilmente molto superiori all'offerta pubblica presente oggi in Regione Lombardia. Tale intervento come obiettivo finale, vuole avere quello di rendere operativo il diritto alla salute orale, ma inizierebbe a fare chiarezza sui LEA che sono stati formulati, secondo noi, in modo quanto meno anomalo.

Mancano infatti nel nostro Paese dati epidemiologici sulle condizioni dento-parodontali degli adulti, mentre l'istituzione di un osservatorio epidemiologico che rilevi in modo epidemiologicamente corretto e secondo i criteri dell'OMS e dell'odontoiatria di comunità le esigenze di cura secondo un approccio comunitario, sarebbe auspicabile e fattibile con un impegno economico modesto. Nel nostro Paese esistono solo i dati pediatrici raccolti per 25 anni dal Centro di Colla-

borazione OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità di Milano, che consentono di organizzare e valutare ciò che accade nei bambini.

Sarebbe inoltre fondamentale chiedere una revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza in odontostomatologia.

Ci permettiamo infatti di ipotizzare che i LEA di 20 anni fa sono probabilmente molto cambiati alla luce del nuovo assetto epidemiologico ed anagrafico della popolazione.

Alla luce di ciò vogliamo suggerire al politico, dopo aver censito le strutture pubbliche ancora attive, di definire le categorie di pazienti con fragilità sanitaria ed economica adeguate all'assetto attuale.

La ricerca scientifica in odontoiatria infatti, negli ultimi anni, ha evidenziato una forte correlazione tra le condizioni infiammatorie/infettive del cavo orale e molte patologie sistemiche. È quindi un forte atto medico interrompere tale correlazione. Sempre la ricerca scientifica in campo odontostomatologico ha dimostrato come in questo settore la prevenzione è possibile con altissimi risultati perché semplice da eseguire, poco costosa e molto facilmente praticabile dal cittadino.

A questo proposito si cita l'editoriale di Lancet (www.thelancet.com; vol.373, January 3, 2009).

Oggi quindi è obbligatorio ed urgente rivedere i LEA in base ai dati scientifici

attuali ed individuare con metodo epidemiologico scientifico quelle categorie di bambini, di adulti e di anziani che corrono un alto rischio di ammalarsi e quindi di essere più compromessi in chiave sistemica e più dispendiosi per il SSN e SSR.

Questo obiettivo, urgente ed immediato, consentirebbe di applicare i concetti di sanità pubblica alla buona pratica odontoiatrica, cosa che fino ad oggi non è mai avvenuta. Le strutture pubbliche oggi, in molti casi, vengono attivate e lavorano in base agli stessi principi della odontoiatria privata senza rispettare protocolli e percorsi di odontoiatria di comunità. Ciò a discapito dei percorsi medici condivisi e corretti dal punto di vista dei risultati e delle relative spese.

Solo in questo modo si potrebbero uniformare i percorsi terapeutici e si potrebbero valutare i risultati degli stessi.

A tale proposito, il Ministero della Salute, negli ultimi 10 anni ha formulato una serie di linee guida e le raccomandazioni cliniche sulle quali è auspicata la formazione del personale odontoiatrico pubblico e l'esecuzione di protocolli clinici condivisi (www.ministerosalute.gov.it - Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (revisione anno 2013); Linee guida per la promozione della



salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio (anno 2010); Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva (anno 2012); Raccomandazioni per la promozione della salute orale in età perinatale (anno 2014); Raccomandazioni Cliniche in odontostomatologia (anno 2017)]. Bisognerebbe rendere questa formazione organica al personale coinvolto.

Naturalmente quanto da noi suggerito necessita di una profonda analisi delle prestazioni ambulatoriali erogate negli ultimi anni, dei ricoveri diurni e dei ricoveri normali in campo odontostomatologico, dati che potrebbero concorrere non a definire il bisogno, ma a definire quanto negli ultimi 10 anni è stato erogato.

Tutto ciò riuscirebbe a farci capire quali sono le aspettative di cura del cittadino e quali sono invece i bisogni sanitari del cittadino a livello del cavo orale e consentirebbe quindi all'operatore pubblico di diventare un attore della formazione in questo capo oltre che un esecutore di obiettivi istituzionali.

Poiché la patologia del cavo orale non ci pone in pericolo di vita, salvo rarissimi casi, il cittadino può anche rinunciare al suo diritto di farsi curare la

bocca quando non ha i soldi.

In nessuna altra disciplina, salvo la medicina estetica, può succedere così. Questa specificità rende l'odontostomatologia particolare ed è quindi necessaria una profonda riflessione in base a questi principi sia dei LEA, sia della organizzazione sanitaria, sia della formazione del personale istituzionale. L'ultimo punto sul quale è obbligatorio richiamare l'attenzione è che le patologie orali sono altissimamente prevenibili, in base ai dati scientifici, pubblicati negli ultimi 30 anni.

È quindi obbligatorio che il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione e tutti gli Assessorati alla Salute si impegnino a formulare dei piani di prevenzione sulle gravide, sulle famiglie dei disabili e sulla componente familiare di tutti i soggetti di età compresa tra 0 e 10 anni.

Tale progetto preventivo dovrebbe avere la stessa obbligatorietà, se lecito, della vaccino-profilassi, perché solo in questo modo, come ribadisce il famoso editoriale di Lancet, si riesce a cambiare l'assetto epidemiologico di questa patologia.

Alla luce di tutto quanto detto si ritiene che nei LEA debbano essere messi in posizione di assoluta evidenza le seguenti tipologie di cittadini:

- bambini di età inferiore ai 6 anni con anche solo una lesione cariosa

- pazienti disabili di ogni ordine e grado
- pazienti sieropositivi
- pazienti oncologici, adulti e pediatrici
- pazienti diabetici
- pazienti cardiopatici.

L'attenzione sanitaria su questo gruppo di pazienti ad alto rischio è da intendersi sia odontoiatrica sia di igiene dentale; nel SSN/SSR la grave mancanza di oggi è al figura dell'igienista dentale che viene laureata e non utilizzata e che invece, di concerto con l'odontoiatra, ha una funzione determinante nel raggiungimento e nel mantenimento della salute orale.



SEGRETERIA TECNICA SECONDA RIUNIONE RELAZIONE INTRODUTTIVA

Susanna Cantoni, Vittorio Carreri

Dopo l'Assemblea costitutiva del Movimento del 28 settembre 2017, la Segreteria tecnica si è riunita il 24 ottobre 2017.

PRIMO PUNTO ALL'O.D.G.

Verifica delle attività svolte: ci siamo fatti conoscere su: Quotidiano sanità, Corriere.it, Vivi Milano (inserto del Corriere della Sera), Bollettino Sud Nord per la prevenzione e la sanità pubblica, su Riviste specializzate.

Sono stati prodotti documenti di assoluta importanza: a) sulla prevenzione; b) sulla assistenza odontoiatrica.

Rapporti con altri Gruppi: il 9 novembre si è riunito il Gruppo dei clinici, coordinati da Pino Landonio che si è dato il motto "La salute bene comune". Pur essendo invitati non abbiamo potuto partecipare. Nonostante la richiesta di rinvio della riunione, gli interessati hanno ritenuto di dover svolgere la riunione e hanno anche fatto delle proposte che ci riguardano. Sono stati ipotizzati 5 incontri pubblici (dicembre 2017-maggio 2018). Il 13 dicembre 2017, alle ore 21,00 Conferenza sulla cronicità (Aronica, Imbalzano, Gallera, Majorino, Satolli) forse rinviata; 4 o 7 febbraio 2018, ore 21,00 Conferenza sul bio-testamento (Lambertenghi, Cacciari, un esperto valdese, un giurista, Cappato); 14 marzo 2018 Conferenza sui vaccini di cui dovremmo interessarci noi; 11 aprile 2018, il dottor Arcadio Erlicher dovrebbe organizzare una Conferenza sull'eccesso di medicalizzazione; 16 maggio 2018 infine noi do-

vremmo organizzare una conferenza sulla prevenzione ambientale. Su tutta questa problematica dovrà dare il parere la nostra Segreteria. La prossima riunione del Gruppo clinico avrà luogo giovedì 30 novembre 2017, alle ore 17,00 presso la Casa della Cultura. Abbiamo assicurato la nostra presenza.

SECONDO PUNTO ALL'O.D.G.

Conferenza del 6 dicembre 2017, ore 15,00 per la presentazione del libro "SSN SOS dall'Inghilterra – Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo". Relatori: Maria Elisa Sartor. Roberto Satolli, Vittorio Carreri. Dobbiamo favorire una buona partecipazione. L'argomento è rilevante e di attualità anche per il nostro Paese.

TERZO PUNTO ALL'O.D.G.

Oltre alla nostra Conferenza del 6/12, sono previste nel 2018 tre Conferenze diurne del Movimento:

- 1) Libro di Giorgio Cosmacini su "La sanità a Milano"
- 2) Libro di Vittorio Carreri su "La fabbrica sporca"
- 3) Gli screening, cioè la prevenzione secondaria o meglio la diagnosi precoce di malattie di grande rilevanza sociale: relatore Sandro Cinquetti del CCM della Regione del Veneto.
- 4) Documenti in fase di predisposizione: a) L'Assistenza Sanitaria primaria (Aronica-Imbalzano-Duca-Rossi-Ri-

boni-Sartor); il Rapporto "Ambiente e Salute" (Fara-Bertazzi-Sesana-Pesenti-Chierici-Cereda); il riordino della rete ospedaliera in Lombardia (Cerati-Amadei-Dotti-Bianchi-Triassi-Galavotti-Aronica-De Crescenzo); La tutela della salute nella Città Metropolitana milanese (Cantoni-Carreri-Satolli-De Somenzi-Landonio-Amadei); un progetto di legge sulla Assistenza odontoiatrica (Strohmeier, Amadei, Valerio); l'Assistenza psichiatrica (Luigi Benevelli, Arcadio Erlicher, Emilia Aronica).

Tutte queste proposte sono sottoposte al parere e alla approvazione della Segreteria tecnica.



SSN SOS DALL'INGHILTERRA. COME IL SSN È STATO TRADITO E COME SI È DECISO DI SALVARLO

Maria Elisa Sartor

*Intervento in occasione della
presentazione del libro:*

"SSN SOS dall'Inghilterra.

*Come il SSN è stato tradito e come si è
deciso di salvarlo"*

a cura di Jacky Davis e Raymond Tallis

Premessa di Ken Loach

Introduzione alla edizione italiana

di Maria Elisa Sartor

presso Casa della Cultura, Milano

Vorrei dire poche cose. Preferisco riservarmi un po' di tempo per rispondere alle eventuali domande dei presenti.

1. IL PERCHÉ DEL LIBRO.

Il libro è qui, ora, su questo tavolo perché nell'autunno del 2015 mi sono **imbattuta in una video-conferenza** (<http://tedxexeter.com/2014/05/06/allyson-pollock-privatisation-of-the-nhs/>). Al centro di un palco enorme, una donna sotto i riflettori. Buio intorno. Emozionata, ma decisa. I primi piani consentivano di osservare il suo sguardo limpido. Rivolgeva alla platea un appello. Richiedeva attenzione e poneva una questione. Diceva nella sostanza: il Servizio Sanitario Nazionale inglese sta per essere del tutto distrutto a causa della riforma Cameron. Era lì per informare i presenti sui fatti e sul valore di quello che inconsapevolmente stavano per perdere. Nella totale disinformazione. Lei informò puntualmente. In qualche passaggio, la sua voce sembrava rompersi per l'emozione.

Non avevo mai sentito nessuno parlare di sanità in quel modo. Non in Italia. C'era di che stare attenti. Ritornava ai fondamentali, esprimeva passione e una sottile vena di dolore. Poi ho scoperto chi fosse quella persona.

Allyson Pollock. Una professoressa della università di Londra, un'accademica molto nota in quel Paese, che si batte per la difesa del SSN inglese. E' stata tra i fondatori in Inghilterra del movimento *"Keep Our NHS Public"* (KONP) ovvero *"Manteniamo il nostro servizio sanitario nazionale pubblico"*, nato nel 2004, in piena epoca blairiana. E' molto

stimata. E' una delle autrici del libro. Di quella voce, di quell'approccio al tema, di quel punto di vista ancora oggi legato alle origini storiche del modello Beveridge/Bevan di Servizio Sanitario Nazionale, non esistevano tracce in Italia.

Come era possibile che nell'università italiana, fra i miei colleghi, nessuno avesse mai sostenuto o messo in evidenza o anche solo accennato a quel punto di vista?

Le nostre controriforme della sanità avevano spento del tutto l'attenzione e l'interesse per una visione lontana dalle politiche neoliberaliste? Nessuno del resto aveva nemmeno tradotto libri che parlassero della riforma Cameron e dei suoi effetti, e nel 2015 erano già trascorsi 3 anni dall'emanazione della legge. Non poteva essere solo un fatto spiegabile con la barriera linguistica; ma indubabilmente in parte anche sì. Avevo scoperto qualcosa di importante. **Non erano disponibili in Italia, nella nostra lingua, tali resoconti.**

Ho pensato che forse avrei dovuto io stessa considerare di rendere disponibili queste voci per colmare più di un vuoto.

Ricordavo di aver letto un libro di 6 autori della Bocconi (SDA e Cergas) della fine degli anni 2000¹, in cui si prefiguravano i possibili scenari di sviluppo della sanità in Italia. E' interessante notare oggi che fin da allora **nessuno degli scenari proposti riguardasse il mantenimento di un SSN pubblico, con un ruolo centrale del soggetto pubblico.**

Intendo un ruolo che andasse consistentemente oltre quello, mai messo in discussione, di principale finanziatore, ruolo richiesto soprattutto da parte di coloro che, in ragione

di quel finanziamento pubblico, avrebbero potuto facilmente continuare a reperire importanti risorse per sostenere il loro business. Va da sé che il confronto risulta impietoso fra la potenza di fuoco della Bocconi, dei suoi istituti, dei suoi estimatori, partner finanziatori, e dei suoi clienti (in sanità sono molti i clienti e gli ex studenti o diplomati nei master della SDA Bocconi!) e qualche voce sparuta che non è d'accordo sul dare per scontata un'analisi apparentemente tecnica ma che sostiene nel contempo un chiaro tipo di interessi.

Da qui l'idea. Cercare un libro inglese che informasse sui fatti della riforma Cameron registrando le voci dei difensori del Servizio Sanitario Nazionale pubblico. Le voci mancanti. L'ho trovato, per fortuna.

2. LE DIFFICOLTÀ DI PUBBLICAZIONE TRE PASSAGGI.

Primo. L'editore di una grande casa milanese di successo mi ha risposto che nessuno in Italia avrebbe mai letto questo libro, per quanto interessante fosse. Sottintendeva: parla di questioni che non ci riguardano direttamente. Errore. Niente di più sbagliato, dal mio punto di vista.

Secondo. Una casa editrice emiliano-romagnola, specializzata in pubblicazioni per la sanità, ha considerato il progetto, ma lo ha fatto con riserva, generando numerosi problemi. Sia a me che agli autori ha dato l'idea di voler più che altro far fallire il progetto. Il libro aveva il difetto, secondo l'editore - lo si è capito successivamente - di essere portatore di idee



divergenti dal pensiero vincente in sanità: il cosiddetto **“neo-universalismo selettivo”**, quello che sostiene che si debba fare ricorso a vari altri cosiddetti **“pilastri”** (cfr. M. Ferrera). Invece, a mio avviso, proprio per questo motivo, il libro avrebbe avuto qualche chance. Mi sono sottratta all’abbraccio mortale.

Terzo e ultimo passaggio: una minuscola casa editrice indipendente del veronese. “Importante fare presto”, mi sono raccomandata. Fortunatamente, lavorando sodo, è stato possibile far uscire il libro alla fine del mese di gennaio di questo stesso anno.

3. IL BUON RAPPORTO CON I CURATORI, IN PARTICOLARE CON JACKY DAVIS. Non è detto che non mi decida a rifare l’esperienza di traduzione di altri loro lavori, soprattutto se dovesse essere utile per il nostro movimento. Ora la casa editrice c’è. Un solo rammarico: non aver tradotto il libro che presento oggi almeno un anno prima.

4. IL SOSTEGNO ESPRESSO IN MODI DIVERSI PRIMA, DURANTE E DOPO LA PUBBLICAZIONE del libro da un gruppo di persone interessate a difendere il ssn pubblico in Italia. Laura Strohmenger, professore ordinario di Odontoiatria e coordinatore di Corsi di laurea magistrali in tecniche sanitarie; le colleghe docenti della facoltà, Donatella Camerino e Susanna Cantoni; i miei giovani ex studenti Lara Loreggian, Luca Boniardi, Fabio Pedretti, Beatrice Terraneo, ora studiosi e insieme professionisti sanitari; Aldo Gazzetti, grande

conoscitore della sanità lombarda e Roberta Canulla del CDA di una ONG italiana.

5. UTILITÀ DEL LIBRO PER UN LETTORE ITALIANO

Utilizzando una metafora, il libro è una macchina del tempo su cui si può salire e al suo interno vi si possono incontrare persone-guida (gli autori inglesi) che, nel mostrarci ciò che è accaduto in Inghilterra, ci suggeriscono anche i nomi più appropriati per descrivere quello che stiamo vivendo ora e che stentiamo ancora a riconoscere.

Il libro è stimolante, mi confessò un professore di Medicina del lavoro, dopo averlo letto. Spinge a porsi in un altro modo nei confronti della nostra sanità, a ricercare i dati di realtà, forse a sostituirsi ai giornalisti che non sanno o non vogliono interpretare accuratamente i fatti, ai politici che non vedono e non studiano quanto dovrebbero cosa sta avvenendo, a reinterpretare il ruolo di noi medici professionisti e operatori della sanità, a lavorare insieme ad un progetto di difesa del Servizio Sanitario Nazionale.

Oggi è importante sforzarsi di capire anche gli scenari e le strategie politiche e organizzative dei portatori di interessi economico – finanziari (Big Health, Big Pharma, il capitale finanziario e le assicurazioni, le piattaforme, le grandi corporation diversificate). Il libro ci aiuta a farlo. Gli interessi di salute dei pazienti, infatti, non possono essere garantiti e i ruoli dei medici e dei professionisti sanitari non possono essere difesi se non comprendendo i contesti e le strategie di coloro i quali stanno operando

con uno straordinario vigore e imponenti mezzi per convergere sulla creazione – ovunque - di spazi per il mercato, anche all’interno dei sistemi sanitari pubblici più evoluti e tuttora ben funzionanti, verso la commercializzazione piena della sanità.

Il **governo attuale della Regione Lombardia** promuovendo l’innovazione del servizio socio-sanitario con lo slogan “dalla cura al prendersi cura del paziente”, **in realtà sta introducendo ben altro**. Principalmente sta affossando il ruolo della sanità pubblica e liberalizzando il mercato del socio-sanitario, garantendo nel futuro, come ha fatto nel passato, cospicue rendite a quegli operatori che sapranno imporsi nel “quasi-mercato”, ormai nelle loro mani, assoggettando le strutture pubbliche.

Insomma, con questo libro, si possono capire meglio sia la riforma sanitaria di Formigoni (confrontandola con le riforme di Thatcher, Major e Blair qui richiamate) **sia quella di Maroni, riforma che, contrariamente a quanto preannunciato, continua sulla traccia lasciata dal precedente governatore¹. A questo riguardo, il resoconto del processo e, in parte, i contenuti della riforma Cameron sono illuminanti.**

Lì e qui c’è stato un **“libro bianco”**, in parte disatteso; lì e qui si è parlato di **“evoluzione”** del servizio sanitario, che invece si rivela essere una trasformazione radicale; lì e qui si è **calata dall’alto una riforma costosissima e scardinante la tradizionale medicina di base**, che ha un’evidente finalità condivisa con la riforma degli inglesi e, in entrambi i casi,

parimenti non espressa: **la privatizzazione ulteriore del sistema.**

In Lombardia, in particolare, si utilizzano **formati organizzativi** privati che rimandano all’integrazione delle funzioni che prima, nel ’97, da parte del governatore Formigoni in ambito pubblico erano state separate (istituendo così “ASL a separazione delle funzioni”). Tali funzioni, in parte modificate (reclutamento mirato dei pazienti, programmazione, gate-keeping, committenza-autocommittenza ed erogazione), vengono ricollocate tutte insieme (re-integrate) in organizzazioni per lo più profit – i **gestori dei pazienti cronici** – conferendo a quest’ultimi, in tale modo, un sorprendente potere di autoregolazione della propria rete di offerta.

La riforma, ora in pieno corso, che si potrebbe chiamare più realisticamente “riforma per la disarticolazione e la privatizzazione del sistema lombardo”, presenta delle specificità: sembra essere più confusa delle riforme degli altri paesi, peggio governata dal pubblico e, si prospetta, più selvaggia negli esiti. Naturalmente vorrei essere smentita dai fatti.

note

- 1 AA.VV., Gli scenari strategici per la sanità del futuro, Egea 2008.
- 2 “Quando si parla qui di riforma Formigoni o di riforma Maroni ci si riferisce ad un complesso di interventi normativi e non solo a singole leggi regionali. Per esempio, la riforma Maroni si avvia con la legge regionale n. 23 del 2015 ma è costituita anche da un insieme di interventi successivi (delibere di giunta) che riguardano in particolare l’approccio alla domanda e soprattutto le politiche di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili.”



SSN SOS DALL'INGHILTERRA. COME IL SSN È STATO TRADITO E COME SI È DECISO DI SALVARLO

Vittorio Carreri

*Intervento in occasione della
presentazione del libro:*

"SSN SOS dall'Inghilterra.

*Come il SSN è stato tradito e come si è
deciso di salvarlo"*

a cura di J. Davis e Raymond Tallis

Premessa di Ken Loach

*Introduzione alla edizione italiana
di Maria Elisa Sartor*

presso Casa della Cultura, Milano

PREMESSA

È giusto riconoscere a Maria Elisa Sartor che con la traduzione del libro che oggi presentiamo, ha suscitato nuovo interesse e un rilevante approfondimento su problematiche assai attuali anche in Italia.

FRASI PREVEGGENTI

Nelle primissime pagine del libro "SSN SOS dall'Inghilterra - Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo", viene riportata una frase di Aneurin Bevan, Ministro dell'igiene e della Ricostruzione che nel secondo dopo guerra realizzò il SSN nel Regno Unito (1948). Questa la sua affermazione è ancora attuale: "Il pericolo di un uso improprio del Servizio sanitario non sta tanto nel modo in cui le persone normali ricorrono al servizio. L'abuso è sempre laddove la ricerca del profitto si scontra con il servizio; dove viene messo in atto il tentativo di coniugare i principi del profitto privato con quelli del pubblico servizio, principi fra loro incompatibili. La soluzione è diminuire la dipendenza dall'impresa privata. Un Servizio sanitario libero è un esempio trionfante della superiorità dei principi di azione collettiva e di iniziativa pubblica contro i principi mercatisti del profitto e dell'avidità".

I PARTITI IN ITALIA FINALMENTE SI MUOVONO.

Come spesso accade nel nostro Paese, l'analisi della situazione sanitaria è molto carente, i dati epidemiologici non sono

aggiornati, la verifica dei risultati dei Piani e dei Programmi sanitari e di prevenzione pluriennali è assai trascurata. I bisogni di salute non sempre sono chiari, per cui gli obiettivi e le priorità di solito sono mal definiti. A dettare le regole spesso sono coloro che volevano una controriforma sanitaria con la legge di modifica della Costituzione. Fortunatamente essa è stata bocciata il 4 dicembre 2016 dalla maggioranza degli elettori. Che ci fosse del vero nella frase di Aneurin Bevan, mi si è appalesato con molta chiarezza leggendo il documento preliminare per le prossime elezioni politiche del partito che attualmente è maggioritario nel Governo nazionale. Tale documento porta un titolo non nuovo almeno in Lombardia e per nulla rassicurante: "Prendersi Cura della Persona". Il programma preliminare è stato pubblicato sul "quotidiano sanità.it" del 1° Dicembre 2017. Accanto a cose interessanti e anche ad indicazioni positive, ci sono tuttavia due punti a mio avviso molto discutibili e forse preoccupanti. Al punto 8 delle proposte, compare la "Sanità integrativa". Si intende mettere a sistema l'attuale spesa out of pocket, ossia quella sostenuta di tasca propria, "nel rispetto di una corretta programmazione pubblica". È appena il caso di ricordare che in Italia, al 30 novembre 2017 un contratto di lavoro su tre, sia per i contratti aziendali (15.139) che quelli territoriali (2.898) per un totale di 15.139, prevedono problematiche inerenti il Welfare aziendale. Per ora sono interessati 3

milioni di lavoratori. Al primo posto in Italia c'è la Lombardia con 4.381 contratti. Al punto 10 successivo del documento in oggetto, si auspica una "collaborazione pubblico-privato per migliorare il rapporto tra innovazione e sostenibilità del SSN. Le partnership pubblico privato inquadrate in una normativa adeguata che ne definisca tipologie e modalità di condivisione di know-how e risorse economiche, possono favorire l'innovazione delle aziende sanitarie. Occorre definire perciò nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, equità e proporzionalità di trattamento la <<contaminazione feconda>> dei diversi attori della sanità sia del settore della ricerca che di quello dell'assistenza". Per mera curiosità, sul vocabolario della lingua italiana "Devoto-Oli" alla parola contaminazione sta scritto: "Contatto fisico o morale perturbatore dell'equilibrio igienico o dei valori tradizionali o individuali: corruzione". Ma c'è di più. Il 4 dicembre 2017, un anno dopo il referendum, è stato reso noto il programma elettorale del partito di Stefano Parisi, Energia per l'Italia che dovrebbe essere concordato con il centrodestra. In sintesi: "va fatta una riforma profonda della Sanità". "I redditi più alti vanno liberati dalle tasse, dovranno pertanto pagarsi la sanità". Secondo Parisi "la sanità non può essere gratis per tutti". Egli è ovviamente deciso ad aprire alla sanità integrativa, pensa ad una libera concorrenza, a parità di regole tra strutture pubbliche e private. Prossimamente Unipol organizzerà un



convegno dal titolo assurdo: “A ciascuno il suo Welfare”. Boccia (Confindustria) dice la sua: “Il SSN va integrato con la sanità privata in una logica di efficientamento”. L'attacco al SSN è dunque a 360°.

LE DIFFERENZE TRA IL SSN INGLESE E QUELLO ITALIANO

Le differenze tra i due SSN sono storiche e molto rilevanti. Quello inglese non si è mai interessato in profondità della prevenzione in parte affidata agli Enti locali (Municipalità, eccetera). La prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro è ancora oggi di competenza del Ministero del Lavoro come era da noi prima della istituzione delle Regioni a statuto ordinario nel 1970 e soprattutto prima della riforma sanitaria del 1978. La veterinaria e parte della sicurezza alimentare e nutrizionale, erano e sono in capo al Ministero della Agricoltura con i drammi verificatesi al tempo della epidemia della mucca pazza a partire dal 1996 con decine di morti. Un SSN che negli ultimi 30 anni non si interessi affatto della prevenzione e del contrasto delle malattie cronico degenerative di maggior rilevanza sociale, è destinato al fallimento anche senza la controriforma iniziata nel Regno Unito (Inghilterra, Galles, Scozia, Irlanda del Nord) nel 2012. La riforma sanitaria in Italia non è apparsa per miracolo alla fine degli anni '70. L'idea forza di essa è iniziata nel 1945 con il progetto del Comitato Nazionale di Liberazione (CNL) del Veneto, promosso e definito da Concetto

Marchesi, Egidio Meneghetti e Augusto Giovanardi. Purtroppo sia il SSN inglese che quello italiano, si sono disinteressati da sempre, salvo eccezioni del rapporto “ambiente e salute”. Chiedo infine ai nostri economisti sanitari ben rappresentati anche nel Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN di recente istituito presso la Casa della Cultura di Milano, di analizzare anche la spesa sanitaria inglese e di quella italiana. Ci potrebbero essere delle sorprese interessanti ed educative specie da parte di quello anglosassone. Comunque gloria imperitura a lord William Henry Beveridge per il progetto di Welfare state formulato durante la guerra nel 1942 e al Ministro socialista dell'igiene e della Ricostruzione nel 1945, il gallesse Aneurin Bevan: autore dell'Health Act (5-VII-1948) sul servizio sanitario gratuito.



LOTTIAMO PER UN SSN MIGLIORE

Susanna Cantoni, Vittorio Carreri

Oggi, 6 dicembre 2017 dalle 15,30 alle 17,30 si è svolta presso la Casa della Cultura di Milano un' interessante e partecipata presentazione del libro “SSN SOS dall'Inghilterra – Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo”. L'incontro è stato moderato dal noto storico della medicina e della sanità pubblica, prof. Giorgio Cosmacini. Relatori: Maria Elisa Sartor, docente universitario e traduttrice del libro dall'inglese, Roberto Satolli, medico e esperto in comunicazione, Vittorio Carreri promotore del Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN. È seguito un vivace e costruttivo dibattito. Si coglie l'occasione per confermare che mercoledì 13 dicembre 2017, alle ore 21 presso la Casa della Cultura si svolgerà un dibattito sul provvedimento della Giunta Regionale della Lombardia sulla assistenza agli ammalati cronici.

Infine venerdì 15 dicembre 2015, alle ore 15,30 alla Casa della Cultura si riunirà la Segreteria tecnica del Movimento per lo sviluppo del SSN. I temi all'ordine del giorno saranno:

- 1) L'assistenza sanitaria primaria (relatori: i coordinatori del Movimento).
- 2) Il Rapporto “Ambiente e Salute”, provvedimenti di contrasto dell'inquinamento dell'aria con particolare riferimento alla Città metropolitana milanese (relatore: il prof. Gaetano Maria Fara).

Tutti gli interessati sono invitati a partecipare agli eventi sopra indicati. A presto.

CONTRIBUTO SU SALUTE E AMBIENTE

*Giulio Sesana
Chimico igienista industriale*

Buonasera.

Faccio seguito alla ricezione del documento in tema di salute e ambiente per alcune osservazioni.

Sono convinto che la strada da percorrere debba essere differenziata dalla esperienza vissuta e "storica": infatti è dato di fatto che il tema ambiente - salute è definitivamente suddiviso nelle sue componenti.

Molta acqua- peraltro e per fortuna- è passata sotto i ponti e molte strade diverse (anche di specializzazione spinta) hanno percorso i cultori della sanità e dell'ambiente. Alcune questioni "spinose" sono state ripensate e rivalutate in positivo da tutti e ciò in particolare riguarda proprio il rapporto salute ambiente e il ruolo sinergico che devono svolgere gli attori preposti alla prevenzione da ogni lato la si consideri. quindi il momento è favorevole per una proposta strutturata e innovativa.

I cultori della prevenzione hanno in questi anni adottato sistemi (e visioni) differenti di valutazione e di modalità procedurali ma assistiamo purtroppo ancora a difese di ambiti singoli e ristretti.

A VIA, VAS (previste espressamente nell'ordinamento ambientale) si sono aggiunte VIS e VIAS: sono tutte procedure che necessitano dall'origine di ogni competenza con risultato sull'utente-cittadino (peraltro attualmente molto preparato): a ciò occorre porre attenzione.

Sarebbe quindi positivo se attraverso il documento si pervenisse a richiedere la maggiore chiarezza possibile per le azio-

ni di prevenzione, di tipo sinergico, con la introduzione di meccanismi trasparenti ed efficaci, con una comunicazione tempestiva delle decisioni verso l'utenza, con una reportistica anni 2000 su decisioni, risultati attesi, risultati conseguiti, piani di monitoraggio, miglioramento delle qualità ambientali e sanitarie locali nonché una fase sistematica di riflessione circa le previsioni di miglioramento operativo tecnico amministrativo da perseguire.

Occorre ricercare e attuare sistemi semplici, pragmatici, adottare algoritmi semplici ma evidenziare sistematicamente l'obiettivo che si persegue e il risultato atteso; la dimostrazione della efficacia dell'azione, della garanzia della piena espressione da parte delle discipline della prevenzione coinvolte, della garanzia della indipendenza professionale, della individuazione delle responsabilità appaiono essere elementi di fondamentale importanza per una proposta che venga considerata attuale.

Bisogna evitare azioni e strutture organizzative che alla fine non producono il risultato voluto; le bonifiche nazionali sono un esempio. Quante erano? Quante sono?

Occorre quindi superare inutili bagarre quali quella avviata recentemente su VIA-VIS.... per differenziarne le competenze (e le afferenze) fra campo sanitario e ambientale mantenendo invece unitario il processo (a responsabilità disgiunta) ma con la partecipazione attiva delle professioni necessarie.

Come giudicare infatti la assenza di pa-

rerri circa le potenziali ricadute sanitarie di processi autorizzativi?....la attivazione di procedure di valutazione di danno sanitario svincolate dai processi autorizzativi o addirittura a valle degli stessi e interferenti con la autorizzazione?,... il modesto collegamento con le azioni autorizzative IPPC? la assenza di piani e programmi di valutazione integrata della qualità delle matrici ambientali? degli inquinanti emergenti? nell'aria, nelle acque, negli alimenti.

Il documento dovrebbe infine proporre garanzie di trasparenza e trasferibilità del risultato al cittadino utente (magari accessi informatici facilitati...).

Un cordiale saluto

ASSISTENZA INTEGRATIVA E PREVENZIONE

*Lettera di Antonio Faggioli
a Vittorio Carreri*

Caro Vittorio, concordo con le analisi che hai esposto all'incontro di Milano il 6 Dicembre scorso, (SSN SOS dall'Inghilterra) e ti trasmetto le mie considerazioni sui temi che ritengo fondamentali per il nostro SSN: Assistenza (così detta) integrativa e Prevenzione.

Integrazione sanitaria pubblico-privato.

È il maggior rischio che corre l'attuale SSN che si profila in tempi brevi, vista la "potenza di fuoco" di chi lo sostiene (UNIPOL e Assicurazioni in generale, Sindacati, Confindustria, Sanità privata, Stefano Parisi). È vero, come tu affermi, che a certe condizioni l'integrazione potrebbe "favorire l'innovazione delle aziende", ma i miei dubbi derivano dal significato equivoco attribuito a "integrazione" e a "collaborazione" tra pubblico e privato per i motivi ampiamente esposti da Ivan Cavicchi nei suoi numerosi interventi pubblicati da Quotidiano Sanità (che certamente conoscerai), con la dimostrazione che di fatto si tratta della restaurazione delle mutue.

In un recente incontro promosso dall'Ordine dei Medici di Bologna, al quale ha partecipato anche Cavicchi, è risultato che la maggioranza dei medici non conosce o trascura tale evenienza e quei pochi che se ne stanno occupando la vedono positivamente.

Ritengo quindi necessario avviare con urgenza iniziative di informazione e comunicazione ai Medici, alle quali potrebbe contribuire il "Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN". Purtroppo, come

mi aspettavo, il tema non sembra interessare la SITI (Società Italiana Igiene Medica Preventiva e Sanità Pubblica).

La prevenzione

Come tutti sappiamo, la prevenzione non è mai realmente decollata nell'attuale SSN e anche di questo dovrebbe occuparsi il "Movimento".

Lo stato critico della prevenzione anche in Inghilterra, a tuo avviso, sarebbe imputabile alla attribuzione di tale funzione agli organi di governo locale e ciò è probabile. Un rischio questo che abbiamo ritenuto di evitare in Italia sostenendo l'attribuzione della prevenzione al SSN.

Ma visto il risultato, sono sorti dubbi tali da indurre alla ricerca di soluzioni che non possono certamente essere viste nell'integrazione pubblico-privato o solo nel rendere disponibili maggiori risorse dedicate.

Mi sono sorti dubbi in proposito a seguito del D. Lgs. n. 502/1992 (art. 3a, comma 14) che attribuisce funzioni ai Comuni con totale esclusione di quelle sanitarie, fatta eccezione per quelle del Sindaco Autorità sanitaria locale con potere di ordinanza contingibile e urgente nei casi di emergenza sanitaria e di igiene pubblica (Testo Unico Enti Locali. D. Lgs. n.267/2000, art. 50). Le nostre esperienze pre-Riforma ci avevano dimostrato l'efficienza e l'efficacia delle funzioni di prevenzione svolte dai Comuni, grazie soprattutto al loro rapporto diretto con la comunità, un rapporto oggi diverso quantitativamente e qualitativamente da parte delle Aziende USL.

Non sono un nostalgico del passato al punto da ritenere opportuno il ritorno della prevenzione agli enti locali, che deve restare attribuito al SSN; penso solo che il richiamo a quelle esperienze (la conoscenza del passato è fondamentale per la costruzione del futuro) deve indurci a sostenere un aggiornamento attuativo della prevenzione anche ai sensi del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2016 (prorogato al 2017). Non si tratta solo di attribuire maggior risorse ai Dipartimenti di Prevenzione, pur necessarie, ma anche e soprattutto di rivedere principi, strategie e organizzazione attuativa che richiedono una adeguata formazione degli operatori, a mio avviso oggi carente; un esempio è dato dallo scarso impegno dei DP per la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) dei rischi alla salute attribuibili a fattori ambientali. Anche di questo dovrebbe maggiormente interessarsi la SITI.

In occasione dell'istituzione delle Città Metropolitane, ho sostenuto che a queste sarebbe stato opportuno trasferire da parte delle Regioni le funzioni di programmazione organizzativa e di verifica in materia sanitaria, una facoltà riconosciuta alle Regioni (anche se non specificamente citata per le funzioni sanitarie) dalla Legge 7 Aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle Città Metropolitane). Le Regioni se ne sono ben guardate dall'operare tale trasferimento.

Per concludere, il tuo Movimento dovrebbe approfondire le due tematiche che ti ho esposto, con l'obiettivo di farne oggetto di ampia informazione e comunicazione.



INQUINAMENTO PER OMS e AGENZIA EUROPEA AMBIENTE

*Amedeo Amadei
medico igienista*

INQUINAMENTO.

Rapporto shock dell'Oms: 600mila morti l'anno in Europa, quasi 33mila solo in Italia. Morti che costano al nostro Paese ben 97 miliardi di dollari l'anno. Il 4,7% del Pil. Il rapporto è stato presentato ad Haifa in occasione della conferenza internazionale sull'ambiente e la salute.

L'Oms calcola in 7milioni i morti per inquinamento a livello globale e che nove cittadini su 10 vivono in ambienti inquinati. «La principale fonte di inquinamento atmosferico è il trasporto, soprattutto nei principali centri urbani.

Per quanto riguarda l'Italia il numero di morti prematuri l'anno nel 2010 è risultato di 32.447 (nel 2005 erano 34.511). Calcolati in numeri di anni di vita persi, queste morti equivalgono a 47.481 anni di vita andati perduti per cause evitabili. E tutto ciò ha un costo enorme. Per i decessi causati dall'inquinamento atmosferico l'Italia spende infatti 97miliardi di dollari l'anno.

Il costo economico delle morti da solo rappresenta oltre 1.400 miliardi dollari. A questo va aggiunto un altro 10% che è da imputare al costo di malattie da inquinamento atmosferico (cardiovascolari, ictus, etc). Il tutto si traduce in un totale di circa 1.600 miliardi dollari L.F.28 aprile 2015

Secondo il Rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente nel 2012 il nostro Paese avrebbe addirittura registrato 84.400 decessi per inquinamento atmosferico legato a polveri sottili, biossido di azoto, ozono. Più nel dettaglio l'AEA attribuisce 59.500

morti alle micropolveri sottili, 403mila vittime nell'Ue a 28, mentre per gli altri due imputati il conteggio è di 21.600 e 3.300 rispettivamente.

Il rapporto «Qualità dell'aria in Europa 2016» presenta una panoramica aggiornata e l'analisi della qualità dell'aria in Europa per il periodo 2000-2014 sulla base di dati provenienti da stazioni di monitoraggio ufficiali, tra cui più di 400 città in tutta Europa. Tra gli altri risultati, risulta che nel 2014 circa l'85% della popolazione urbana nell'Ue è stato esposto alle cosiddette «polveri sottili» (il particolato PM2.5) a livelli ritenuti dannosi per la salute dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. E proprio il particolato, spiega il rapporto, ha causato in Europa almeno 467mila morti premature. Mentre le vittime del biossido di azoto (NO2) sono 71mila e quelle dell'ozono (O3) sono 17mila. Datti allarmanti anche se le tre cifre non possono essere sommate a causa di numerose sovrapposizioni fra i tre inquinanti.

Nell'Unione Europea il costo in vite umane di una scarsa qualità dell'aria è più elevato di quello degli incidenti stradali, rendendola la prima causa ambientale di morte prematura in UE. L'inquinamento dell'aria causa inoltre la perdita di giorni di lavoro, costi sanitari, e colpisce in misura maggiore le fasce di popolazione più vulnerabili (bambini, asmatici, anziani

Secondo il rapporto diffuso dall'Agenzia lo scorso anno, l'Italia era tra i Paesi dell'Unione europea che registrava più morti pre-

maturi a causa dell'inquinamento dell'aria. I dati attuali confermano il trend e l'alto numero di decessi in Italia attribuibili agli effetti dello smog (anche se con una leggera diminuzione) soprattutto per il biossido di azoto dovuto agli scarichi delle auto - in particolare dai veicoli diesel - ma anche da impianti di riscaldamento, centrali per la produzione di energia e un ampio spettro di processi industriali. Nel nostro Paese sono 66.630 le vittime del particolato fine (PM 2.5), 21.040 del biossido di azoto (NO2) e 3.380 per l'ozono (O3).

I dati del rapporto arrivano a poche ore dal voto, a Strasburgo, della direttiva che introduce nuovi limiti alle emissioni inquinanti per il periodo 2020-2030. Il direttore esecutivo dell'Agenzia europea per l'ambiente, Hans Bruyninckx dichiara. «Abbiamo bisogno di affrontare la causa dell'inquinamento dell'aria, il che richiede una trasformazione radicale e innovativa della nostra mobilità, dell'energia e del sistema alimentare. Questo processo di cambiamento - aggiunge - richiede un'azione da parte di tutti, tra cui le autorità pubbliche, le imprese, i cittadini e la comunità della ricerca».

L'inquinamento atmosferico è cancerogeno per gli esseri umani. A definirlo così nel 2013 e catalogarlo nel "gruppo 1", quello che contiene le sostanze più pericolose, è stata l'agenzia dell'Oms specializzata per il cancro, ovvero l'IARC (International Agency for Research on Cancer), a seguito di un'attenta revisione di tutta la letteratura scientifica sull'argomento. Allo stesso



modo, insieme all'inquinamento in generale, anche il particolato atmosferico, ovvero le cosiddette polveri sottili – che sono una delle componenti che causano “cattiva aria” – è stato separatamente revisionato e dichiarato cancerogeno. In altre parole, si tratta della sostanza cancerogena più diffusa al mondo. “Le sorgenti principali sono infatti trasporti, centrali elettriche, emissioni industriali e agricole e anche riscaldamento e cucine, le centrali termoelettriche a carbone e il diesel per il trasporto su gomma”. 27 maggio 2015. Tuttavia, precisano gli esperti, alcuni agenti inquinanti hanno anche fonti naturali. “

Motori di veicoli, industrie e impianti di riscaldamento producono polveri che possono essere nocive e mortali: questo può avvenire non solo se tali inquinanti superano i limiti imposti dalla legge italiana e dall'Unione Europea, ma anche se sono presenti in concentrazioni inferiori. Ad affermarlo, per la prima volta, i risultati di uno studio internazionale pubblicato su Lancet (dal titolo “L'inquinamento dell'aria uccide ben al di sotto dei limiti di qualità dell'aria imposti dalle Leggi in vigore nella Unione Europea”).

Ma non è tutto. Oggi, infatti, emerge un dato significativo. “I risultati suggeriscono un effetto del particolato anche per concentrazioni al di sotto dell'attuale limite annuale europeo di 25 µg/m³ per il PM_{2,5}”, hanno affermato gli autori della ricerca. “L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) propone del resto come Li-

nea Guida 10 µg/m³ ed i suddetti risultati supportano l'idea che avvicinandoci a questo target si potrebbero raggiungere grandi benefici per la salute delle persone”.

Dunque, i limiti proposti dall'OMS, pari a 10 µg/m³ per il PM_{2,5}, sono inferiori rispetto a quelli attualmente in vigore nel nostro paese, pari a 25 µg/m³: una differenza di ben 15 µg/m³.

Per fare un esempio, la media 2014 di PM_{2.5} a Roma è di 15,6 µg/m³ (dati Arpa Lazio), più bassa del limite UE ma più alta di quanto raccomandato dall'OMS. Lo stesso vale per il PM₁₀. L'UE pone il limite a 40 microgrammi per metro cubo (media annuale), mentre l'OMS ne consiglia 20. Roma nel 2014 ha avuto una media di 26,1 µg/m³ (dati Arpa Lazio).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha approvato una risoluzione sull'inquinamento atmosferico che pone l'accento sugli impatti negativi dell'inquinamento sulla salute umana e sull'economia e chiede ai governi di intraprendere misure immediate per prevenire patologie e decessi in futuro. Il testo della risoluzione, approvata dai governi nel corso della 68° Assemblea Mondiale della Sanità tenutasi a Ginevra esorta i governi a:

- Sviluppare sistemi di monitoraggio della qualità dell'aria;
- Promuovere tecnologie e combustibili puliti per riscaldamento, illuminazione, preparazione dei cibi;
- Rafforzare il trasferimento internazionale di competenze, tecnologie e dati scientifici riguardo l'inquinamento at-

mosferico.

Sebbene la Commissione Europea riconosca l'inquinamento dell'aria come “una delle preoccupazioni principali a livello politico dalla fine degli anni '70” e si impegni a “sviluppare e implementare gli strumenti [e standard] appropriati per migliorare la qualità dell'aria”, gli standard EU sulla qualità dell'aria riguardo al particolato fine (PM_{2.5}) sono significativamente più accomodanti di quanto raccomandato dall'OMS: il limite UE per i PM_{2.5} è di 25 microgrammi per metro cubo (media annuale), contro i 10 µg/m³ di media annuale raccomandati dall'OMS.

“La risoluzione sull'inquinamento dell'aria è una tappa fondamentale per la prevenzione delle patologie respiratorie e cardiache, nonché del cancro e degli ictus, legati a cause ambientali.

Ma l'ambiente è deteriorato non solo nell'aria atmosferica e indoor, ma anche per la contaminazione delle acque superficiali e profonde e del suolo.

Tra gli inquinanti oltre alle sostanze chimiche tossiche o pericolose ci sono quelli fisici Radiazioni ionizzanti e non ionizzanti (trasmettitori per telefonia mobile) Radiazioni UV (skin cancer), il Rumore. Problemi vengono anche da inquinanti biologici come Ambrosia ed altri pollini.

TUMORE AL POLMONE. IL RADON È LA SECONDA CAUSA DI MORTE

Il radon è un gas radioattivo tra i principali responsabili del tumore polmonare. “Il ra-

don e il Piano Nazionale Radon”, è un sito web che ha l'obiettivo di fornire le più importanti informazioni su questo gas e sulle attività per ridurre i rischi connessi alla sua esposizione. Il sito è stato realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'ambito del Piano Nazionale Radon (PNR), un progetto - promosso nel 2002 e parzialmente finanziato dal Ministero della Salute - per la riduzione del rischio di tumore polmonare in Italia.

Il radon è un elemento chimico proveniente principalmente dal suolo e presente in tutti gli edifici (le nostre abitazioni), con concentrazione anche molto diversa da un edificio all'altro. Secondo l'OMS, è la seconda causa di tumore al polmone, dopo il fumo di sigaretta: l'esposizione ad esso in Italia è responsabile di circa 3.300 casi di questa malattia (la stima oscilla da un minimo di 1.100 a un massimo di 5.900 in relazione alle incertezze delle stime di rischio). Queste stime sono state valutate dall'ISS sulla base dei più recenti studi epidemiologici, a partire dai dati della concentrazione di radon rappresentativi dell'esposizione della popolazione italiana nelle abitazioni e della mortalità per tumore polmonare.

A partire dalla fine degli anni '80 sono state effettuate campagne di misura della concentrazione di radon indoor (dentro le abitazioni), sia a livello nazionale che regionale, finalizzate a stimare l'esposizione della popolazione al radon.

In ogni Regione, il valore di concentrazione di radon all'interno di singole abitazioni,



scuole e luoghi di lavoro varia da pochi Becquerel per metro cubo (Bq/m³ – il Becquerel è l'unità di misura dell'attività di un radionuclide, in questo caso il radon) fino a migliaia di Bq/m³.

I dati sulle attività svolte in Italia sono raccolti nell'Archivio Nazionale Radon: in una prima fase sono stati raccolti solo dati relativi alle attività svolte dagli enti pubblici preposti; complessivamente sono state svolte 94 campagne di misura, di cui 5 nazionali, coinvolgendo un totale di circa 38.000 abitazioni, 8.500 scuole e 12.000 luoghi di lavoro. In totale, inoltre, sono state svolte azioni di risanamento in oltre 300 edifici (di cui circa 160 scuole, circa 80 abitazioni e circa 60 luoghi di lavoro).

ECOREATI. "INQUINARE È UN CRIMINE". AUMENTANO PENE E SANZIONI PER REATI CONTRO L'AMBIENTE

Nel 2015 è stata approvata la legge 22 maggio 2015, n. 68 "Disposizioni in materia di delitti contro l'ambiente.

Il provvedimento introduce nel codice penale un nuovo, autonomo Capo, dedicato ai delitti contro l'ambiente, che;

- Modifica il Codice dell'ambiente, in particolare introducendo una specifica disciplina per l'estinzione degli illeciti amministrativi e penali in materia di tutela ambientale;
- Inasprisce le sanzioni irrogabili per alcuni illeciti previsti dalla Convenzione sul commercio internazionale delle

specie animali e vegetali in via d'estinzione.

- Sono previsti sei nuovi delitti:
 - 1 inquinamento ambientale (articolo 452-bis), che punisce con la reclusione da 2 a 6 anni e la multa da 10.000 a 100.000 euro chiunque, abusivamente, cagiona una compromissione o un deterioramento significativi e misurabili dello stato preesistente: delle acque o dell'aria, o di porzioni estese o significative del suolo o del sottosuolo; di un ecosistema, della biodiversità, anche agraria, della flora o della fauna (primo comma).
 - 2 morte o lesioni come conseguenza del delitto di inquinamento ambientale (articolo 452-ter) che prevede per l'inquinamento ambientale aggravato dall'evento un catalogo di pene graduato in ragione della gravità delle conseguenze del delitto ovvero: la reclusione da 2 anni e 6 mesi a 7 anni se dall'inquinamento ambientale derivi ad una persona una lesione personale (escluse le malattie di durata inferiore a 20 gg.: è il caso in cui la lesione personale è punibile a querela); la reclusione da 3 a 8 anni se ne derivi una lesione grave; la reclusione da 4 a 9 anni se ne derivi una lesione gravissima; la reclusione da 5 a 12 anni in caso di morte della persona. Ove gli eventi lesivi derivati dal reato siano plurimi e a carico di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi

per il reato più grave aumentata fino al triplo, fermo restando tuttavia il limite di 20 anni di reclusione.

- 3 disastro ambientale (articolo 452-quater), che, raccogliendo l'auspicio formulato dalla Corte costituzionale (Sentenza 327 del 2008) in ordine alla tipizzazione di un'autonoma figura di reato, punisce con la reclusione da 5 a 15 anni chiunque, abusivamente, cagiona un disastro ambientale. Il delitto è definito, alternativamente, come: un'alterazione irreversibile dell'equilibrio di un ecosistema; un'alterazione dell'equilibrio di un ecosistema la cui eliminazione risulti particolarmente onerosa e conseguibile solo con provvedimenti eccezionali; l'offesa all'incolumità pubblica determinata con riferimento sia alla rilevanza del fatto per l'estensione della compromissione ambientale o dei suoi effetti lesivi, sia al numero delle persone offese o esposte al pericolo.
- 4 traffico e abbandono di materiale ad alta radioattività (articolo 452-sexies), che punisce con la reclusione da 2 a 6 anni e la multa da 10.000 a 50.000 euro chiunque abusivamente «cede, acquista, riceve, trasporta, importa, esporta, procura ad altri, detiene, trasferisce, abbandona o si disfa illegittimamente di materiale ad alta radioattività» (primo comma).
- 5 impedimento del controllo (articolo

452-septies), che punisce con la reclusione da 6 mesi a 3 anni, sempre che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque impedisce, intralcia o elude l'attività di vigilanza e controllo ambientale e di sicurezza e igiene del lavoro ovvero ne compromette gli esiti. L'impedimento deve realizzarsi negando o ostacolando l'accesso ai luoghi, ovvero mutando artificialmente lo stato dei luoghi.

- 6 omessa bonifica (articolo 452-terdecies), che punisce, salvo che il fatto costituisca più grave reato, con la reclusione da 1 a 4 anni e con la multa da 20.000 a 80.000 euro chiunque, essendovi obbligato, non provvede alla bonifica, al ripristino e al recupero dello stato dei luoghi. L'obbligo dell'intervento può derivare direttamente dalla legge, da un ordine del giudice o da una pubblica autorità.

Rispetto alle nuove fattispecie, solo due possono essere commesse per colpa: il delitto di inquinamento ambientale (articolo 452-bis) e il delitto di disastro ambientale (articolo 452-quater). In questi casi, in base al nuovo articolo 452-quinquies, le pene sono diminuite da un terzo a due terzi. Una ulteriore diminuzione di un terzo della pena è prevista per il delitto colposo di pericolo ovvero sia quando dai comportamenti di cui agli articoli 452-bis e 452-quater derivi il pericolo di inquinamento ambientale e disastro ambientale.

Il nuovo articolo 452-octies del codice penale prevede poi circostanze aggravanti nel caso di commissione dei nuovi delitti contro l'ambiente in forma associativa.

L'articolo 452-decies introduce nel codice penale con riguardo ai delitti ambientali la disciplina del ravvedimento operoso. In particolare, è previsto che chi si adopera per evitare che l'attività illecita sia portata a conseguenze ulteriori o provvede alla messa in sicurezza, bonifica e, ove possibile, al ripristino dello stato dei luoghi beneficia di una diminuzione di pena dalla metà a due terzi.

L'art. 318-quinquies prevede obblighi di comunicazione da parte del PM, che abbia in qualsiasi modo notizia della contravvenzione, all'organo di vigilanza o alla polizia giudiziaria, per consentire di imporre le prescrizioni ed effettuare le relative verifiche sull'adempimento.

L'art. 318-septies prevede l'estinzione della contravvenzione a seguito sia del buon esito della prescrizione che del pagamento della sanzione amministrativa.

Infine, l'articolo 3 del disegno di legge prevede l'entrata in vigore del provvedimento il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale. 20 maggio 2015.

Dobbiamo ricordare che 40 anni or sono la legge 319/76 cosiddetta Merli prevedeva al Titolo VI sanzioni non meno gravi anche per reati in fase preventiva quali:

Art.21.

1. Chiunque apre o comunque effettua nuovi scarichi nelle acque indicate nell'art.1 della presente legge, sul suolo o nel sottosuolo, senza aver richiesto la prescritta autorizzazione, è punito con l'arresto da due mesi a due anni o con l'ammenda da lire 500 mila a lire 10 milioni.
2. Alla stessa pena soggiace chi - effettuando al momento di entrata in vigore della presente legge scarichi nei corpi ricettori di cui al precedente comma - non presenta la domanda di autorizzazione o di rinnovo.
3. Fatte salve le disposizioni penali di cui al primo e al secondo comma, l'inosservanza dei limiti di accettabilità stabiliti dalle regioni, è punita con la sanzione amministrativa da lire tre milioni a lire trenta milioni. Per gli scarichi da insediamenti produttivi, in caso di superamento dei limiti di accettabilità delle tabelle allegate si applica la pena dell'ammenda da lire quindici milioni a lire centocinquanta milioni o dell'arresto fino ad un anno. La condanna comporta l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione.
4. Si applica sempre la pena dell'ammenda da lire venticinque milioni a lire duecentocinquanta milioni o la pena dell'arresto da due mesi a due anni qualora siano superati i limiti di accettabilità inderogabili per i parametri di natura tossica persistente e bioaccu-

mulabile. La condanna comporta l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione

PRINCIPI SULLA SALUBRITÀ AMBIENTALE E RUOLO DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

La popolazione ha il diritto di vivere in un ambiente salubre e sicuro, per cui va evitata ogni esposizione ai contaminanti pericolosi per la salute con livelli superiori agli standard fissati a livello internazionale.

Le matrici ambientali, aria, acqua e suolo, le caratteristiche e le condizioni microclimatiche degli ambienti di vita e di lavoro, ivi comprese le radiazioni ionizzanti e non, il rumore e gli odori, non dovrebbero poter essere alterate rispetto ai parametri stabiliti dalla legislazione, e comunque non devono costituire causa di rischio o danno alla salute.

Il legislatore nazionale definisce i valori limite ed i valori obiettivo di esposizione agli inquinanti delle matrici ambientali negli ambienti di vita e di lavoro, validi su tutto il territorio nazionale, uguali o migliori rispetto a quelli fissati da organismi internazionali e detta linee guida per il miglioramento della qualità e salubrità delle matrici ambientali. Qualora ci possano essere rischi per la salute collettiva i controlli delle agenzie ARPA devono essere trasmessi agli organi sanitari. Poi spetterà ai competenti servizi del dipartimento di prevenzione della AUSL, con la necessaria integrazione e collabo-

razione degli organi competenti in materia di ambiente, e salute e dei rispettivi organi competenti esercitare le dovute verifiche, controlli e proporre provvedimenti correttivi.

Anche in materia di igiene del TERRITORIO le ASL devono esercitare un ruolo propositivo e di vigilanza mediante :

- pareri vincolanti su Regolamenti Edilizi ,
- partecipazione ai processi di formazione di strumenti urbanistici e dei vari regolamenti comunali contenenti norme di valenza igienico sanitaria quali quelli di polizia mortuaria, di fognatura , sullo smaltimento dei rifiuti, rumore, radiazioni elettromagnetiche, ..

Il comune, nella elaborazione dei regolamenti edilizi e degli strumenti di pianificazione del territorio, nonchè nel procedimento per il rilascio di eventuali autorizzazioni per la tutela dell'ambiente naturale, si avvale della collaborazione di qualificati esperti in materia di igiene e sanità pubblica e prima dell'approvazione degli stessi deve acquisire il parere favorevole degli organi della AUSL competenti in materia.

Tale parere riguarderà gli aspetti igienico-sanitari con particolare riferimento agli standard urbanistici, alle opere di urbanizzazione primaria e secondaria, al piano urbano del traffico, alla zonizzazione acustica, alla separazione delle varie destinazioni.

INTERVENTI DELLA ASL IN MATERIA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELL'INQUINAMENTO

Conoscere, programmare, fare, verificare

- Conoscenza del fenomeno per programmare gli interventi di prevenzione
- Interventi atti a favorire il contenimento dell'inquinamento atmosferico
- Interventi per migliorare l'utilizzo del territorio
- Informazione ed educazione
- Partecipazione alla iniziative regionali

Conoscenza del fenomeno per programmare interventi di prevenzione

- Conoscenza dei dati ambientali
- Conoscenza, raccolta ed elaborazione di dati sullo stato di salute della popolazione

Dati che dovrebbero essere disponibili nella ASL

- Dati derivanti dai registri delle cause di morte
- Dati derivanti dalle denunce di malattie professionali
- Dati derivanti dai registri per l'esenzione per patologie
- Dati derivanti dall'accertamento delle invalidità civile
- Dati dei ricoveri recuperati dalle SDO per tutte le diagnosi dell'ICD9,
 - per anno di nascita,
 - per sesso,
 - per cittadinanza,

- per comune di residenza,
- per medico curante,
- per istituto di ricovero,
- per esito del ricovero

Per ciascun soggetto (affetto da patologia correlabile all'inquinamento atmosferico) dai dati correnti della ASL si possono ricostruire i percorsi diagnostici e terapeutici ed in particolare conoscere: Tutti i dati personali, Ricoveri: quanti, quando, dove, di che tipo e durata, con che esito, Prestazioni ambulatoriali specialistiche: tipo, quantità, erogatore Consumo di farmaci: tipologia quantità, prescrittore, Altri tipi di assistenza: prestazione in ADI, ADP, cure palliative domiciliari o in Hospice, ricovero in RSA.

Conoscenza del fenomeno per programmare interventi di prevenzione

- Conoscenza elementi epidemiologici da correlare all'inquinamento atmosferico:
 - morti/ricoverati per patologia respiratoria acuta o cronica
 - morti/ricoverati per tumori maligni
 - ricoverati/sottoposti a test per allergie respiratorie
 - malattie professionali da esposizione a inquinanti aerodiffusi

Interventi atti a favorire il contenimento degli inquinanti

Col Regolamento Locale d'Igiene si può intervenire per la qualità dell'aria indoor (norme di aeroilluminazione, ventilazione, condizionamento degli ambienti) e per il

riscaldamento domestico (combustibili gassosi, impianti termici centralizzati con contabilizzazione individuale), per la raccolta dei rifiuti solidi con preselezione, e per corretti sistemi di raccolta e smaltimento dei reflui idrici.

Con la pianificazione del territorio con pareri ASL su strumenti urbanistici generali, parziali e sugli strumenti attuativi e partecipando alla loro formazione con suggerimenti e osservazioni per migliore utilizzo del territorio si può intervenire con

- Pareri preventivi su localizzazione impianti
- Perimetrazioni (individuazione centri abitati, centri edificati, aree pedonali, aree di rispetto per vincoli ambientali, cimiteriali)
- Zonizzazione (zone a traffico limitato, zone urbane vulnerabili)
- Aree destinate a standard (reperimento in loco degli standard urbanistici per riqualificazione del territorio)
- Sistema del verde (funzionale articolazione degli spazi verdi nel centro abitato)
- Piani Urbani del Traffico (collaborazione con ARPA)
- Pianificazione Acustica

FOCUS AL 46° CONGRESSO DELLA SITI DI TAORMINA

Sotto accusa la frattura tra competenze sanitarie e ambientali e la mancanza di valutazioni delle varie norme che spesso ignorano le priorità di salute.

Gli studi di epidemiologia ambientale sono lunghi e difficili, il rischio di strumentalizzazione su temi ambientali è altissimo e le certezze per i cittadini sono poche.

Michele Conversano, Presidente SItI, ha evidenziato come spesso "le norme ambientali vigenti non siano correlate con gli effetti sanitari, tanto che si sono riscontrati eccessi di malattie in presenza di limiti di legge rispettati. "L'Italia è un paese di controllori, di vigilanti e di burocrazie che affogano le imprese e lo sviluppo" ha sottolineato Carlo Signorelli. Nel settore ambientale ci sono almeno 7 corpi ispettivi deputati ad attività di vigilanza e ispettive, spesso non coordinati tra loro, che portano a una scarsa efficacia del sistema, poche certezze per i cittadini sui reali rischi per la salute e 'irruzioni' sempre più frequenti della magistratura per reati ambientali".

Oggi sono deputati, a vario titolo, ai controlli ambientali l'ISPRA, i NOE (Carabinieri), il Corpo Forestale dello Stato, le Polizie Provinciali, le Polizie Locali, le ASL con i laboratori (dove sono stati istituiti) e l'ARPA, creata dopo il referendum del 1993. A ciò si aggiungono i controlli dei gestori del Servizio idrico e gli autocontrolli, introdotti anni fa dalla legislazione comunitaria e oggi sempre più diffusi.

Mentre i servizi ed i dipartimenti delle asl/ats sono stati privati di competenze e di personale a seguito del referendum 1993 con un evidente calo di attenzione e controlli puntuali sul territorio, i controlli ed

i provvedimenti dell'arpa stentano a farsi vedere così' con la dovuta collaborazione con gli organi del SSN e ciò nonostante

siano finanziate in buona parte dai fondi della sanità'.
In Lombardia con oltre 80 milioni

Tutela della salute	Servizio sanitario regionale finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA	Trasferimenti correnti	007649	Funzioni dell'agenzia regionale per la protezione dell' ambiente - ARPA -	80.460.000,00
---------------------	---	------------------------	--------	---	---------------



IN OGNI CASO ANCOR OGGI LE COMPETENZE DELLE ASL/ATS IN MATERIA AMBIENTALE A TUTELA DELLA SALUTE SONO PREVISTE NEI NUOVI LEA E IN LOMBARDIA DALLA DGR n /4792 del 08/02/2016-

NUOVI LEA

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il livello si articola nelle seguenti aree di intervento.

- A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**
- B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**
- C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**
- D Salute animale e igiene urbana veterinaria**
- E Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori**
- F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
- G Attività medico legali per finalità pubbliche**

B2	Tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione	Classificazione delle acque di balneazione	Valutazione della qualità delle acque di balneazione Classificazione e monitoraggio delle acque di balneazione Campionamento e analisi delle acque di balneazione Informazioni alla popolazione e alle istituzioni
B3	Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica	Promozione, negli strumenti di regolazione edilizia e urbanistica, di criteri per la tutela degli ambienti di vita dagli inquinanti ambientali, per lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale Valutazioni preventive dei piani urbanistici	Partecipazione e supporto agli Enti preposti nella definizione di strumenti di pianificazione e regolazione urbanistica, con particolare attenzione al rapporto tra salute e pianificazione urbanistica
B4	Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato	Promozione di progetti/programmi di miglioramento dell'ambiente e di riduzione dell'impatto sulla salute Valutazione di possibili effetti sulla salute	Comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale Partecipazione e supporto ad enti ed istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti

B10	Tutela della popolazione dal rischio "amianto"	Censimento della presenza di manufatti in amianto friabile e compatto Controllo dei piani di bonifica Vigilanza sulle attività di bonifica a tutela dei cittadini e dei lavoratori	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute
B11	Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo di gas tossici	Valutazione sulle condizioni di sicurezza nell'impiego dei gas tossici	Attività di controllo Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute

B15	Tutela della collettività dal rischio radon	Classificazione del territorio con individuazione delle aree a rischio	Comunicazione alla popolazione e alle istituzioni in merito alle ricadute sulla salute Indicazioni e informazioni per la corretta bonifica degli edifici pubblici e privati e la costruzione dei nuovi edifici Attività di controllo
------------	---	--	--

DGR LOMBARDIA

La regione Lombardia con la DGR n /4792 del 08/02/2016 avente in oggetto: delle linee guida per la componente salute pubblica negli studi di impatto ambientale. Allegato alla delibera ci sono le linee guida per la componente salute pubblica negli studi di impatto ambientale (SIA) e negli studi preliminari ambientali (SPA).

In esse si legge che le categorie progettuali assoggettate alle procedure di VIA/verifica di assoggettabilità alla VIA sono molte diversificate, così come diversificati possono risultare gli impatti generati da tali opere aventi ricadute sulla salute della popolazione.

Sulle norme le linee guida rilevano che "la normativa ambientale affronta il tema della protezione della salute umana utilizzando un approccio preventivo, che pone limiti ai fattori che possono determinare un impatto sulla salute. Non sono però note le norme generali che impongono limiti espliciti agli effetti sulla salute. La commissione Europea già nel 2000 raccomandava il principio di precauzione inteso come scelta cautelativa da utilizzare nell'ambito dell'analisi dei rischi.

Le linee guida indicano un possibile riferimento nelle concentrazioni soglia di contaminazione che forniscono informazioni circa il valore di rischio al di sotto del quale si ritiene tollerabile una probabilità incrementale di effetti cancerogeni sull'uomo elaborate da ISPRA nel 2012.

Naturalmente i rischi ambientali non sono solo fattori cancerogeni e tossici, ma anche fattori stressogeni legati alla occupazione/disoccupazione, mobilità, infortunistica.

Quindi secondo le linee guida lo studio SPA a supporto della istanza di assoggettabilità alla VIA deve fornire le seguenti informazioni:

- Descrizione sintetica quali quantitativa degli scarichi/emissioni di sostanze generate
- Quantificazione degli impatti sulle diverse matrici ambientali
- Quantificazione e distribuzione della popolazione potenzialmente e sposta agli effetti riconducibili al progetto, anche per effetti cumulativi.

E deve rispondere ai seguenti quesiti:

- Il progetto prevede emissioni/scarichi nelle matrici ambientali?
- Esiste popolazione direttamente esposta: di tale popolazione vanno descritte le caratteristiche più rilevanti dal punto di vista socio demografico e spaziale?
- Quali sono gli effetti sulla salute della popolazione esposta in base all'analisi della letteratura di riferimento?
- Quale stato di salute della popolazione ante operam e stima dell'impatto generato su di essa sia in fase di cantiere, esercizio, dismissione?

In questa fase è prevista una obbligatoria fase di consultazione /confronto con le ATS (agenzia di tutela della salute istituite in Lombardia dalla legge 23/2015 anche al fine di consentire il reperimento delle infor-

mazioni utili quali:

- Mortalità
- Ricoveri ospedalieri
- Consumi di farmaci
- Prestazioni specialistiche
- Esenzioni per patologia
- Registri di patologie, registri tumori, altri registri
- Accessi al pronto soccorso
- Certificati di assistenza al parto
- Indagini epidemiologiche

Le linee guida entrano poi nel merito delle mitigazioni. Il progetto in tal senso deve provvedere a minimizzare gli impatti prevedibili e valorizzare nel contempo gli effetti positivi ottenibili e compatibili con il progetto al fine di ottimizzare il bilancio ambientale complessivo.

Infine le linee indicano la necessità di un attento monitoraggio. Lo studio di impatto ambientale deve anche indicare quali azioni/attività devono essere messe in atto per monitorare il processo realizzativo ed in particolare per permettere di valutare quanto le fasi attuative dell'opera si avvicinano o si discostano dalle indicazioni previsionali.



PREVENIRE LA CRONICITÀ E ASSISTERE I CRONICI

*Pino Landonio
medico oncologo*

Intervengo a questo dibattito in rappresentanza dell'assessore Majorino, delegato al welfare nella giunta Sala e già, in precedenza, nella giunta Pisapia. **Il Comune, come è noto, non ha deleghe dirette in campo sanitario né compiti specifici rispetto alla delibera regionale di cui stiamo discutendo. Tuttavia, come ogni questione che ha ricadute sui propri cittadini, il Comune non può stare solo alla finestra.**

Del resto il problema dei pazienti cronici è uno dei problemi già oggi più "sfidanti" per il comune, sia per il numero dei soggetti interessati che per la complessità dei casi, e che, finora, ha affrontato con un approccio di tipo sociale o, in qualche caso, socio-sanitario: dal tema dei contributi ai meno abbienti, alla domiciliarietà, ai centri di aggregazione diurna, al sostegno alla residenzialità. In qualche caso specifico si è andati oltre, in particolare per quanto riguarda il fondo sociale per i cittadini con problemi di salute mentale o la rete Alzheimer per i soggetti con decadimento cognitivo.

Il tema della cronicità come oggi viene affrontato dalla regione Lombardia suscita sia interesse che più di qualche preoccupazione. Nella **linea dell'interesse** la, presunta almeno, presa in carico di questi pazienti da un soggetto individuato come "gestore" e da una serie di erogatori autorizzati, e soprattutto con un piano terapeutico individualizzato che dovrebbe garantire efficienza ed efficacia di interventi

e una tempistica agevolata per questo tipo di pazienti. Ma ci sono **perplexità e preoccupazioni** che vengono sia da considerazioni di carattere generale che dallo specifico della realtà milanese. Tra le prime: non si rischia nel meccanismo gestore-erogatore, quando non mutuato dal proprio medico di fiducia, di far venire meno un rapporto fidelizzante e, appunto, fiduciario, in generale molto utile per il sostegno anche psicologico di questo paziente? E non si rischia di far venire meno un approccio olistico al paziente che potrà essere seguito per la patologia cronica da un soggetto diverso da quello cui dovrà rivolgersi per le patologie acute intercorrenti? La stessa natura e il ruolo delle cooperative mediche chiamate a far da gestore, e che sono altra cosa dalle associazioni di MMG (Medico di medicina generale), non finiranno per snaturare il ruolo stesso del MMG, trasformandolo in un rapporto di dipendenza? E non si rischia, con il ricorso che si annuncia ampio ai call center, di spersonalizzare ancor più questo rapporto e di creare difficoltà invece che facilitare i percorsi?

Per quanto riguarda lo **specifico milanese** risulta che solo una esigua minoranza di MMG (quella già oggi facente parte di una cooperativa) agirà da "gestore", e un'altra esigua minoranza da "co-gestore". Ben oltre la metà dei medici si asterrà dall'adeguarsi alla delibera e, probabilmente consiglierà i propri assistiti cronici di non aderirvi. Questo, anche

nella ipotesi di una sperimentazione efficace, si pone come un vulnus o, si direbbe in termini statistici, come un bias. Da tempo del resto, come Comune, denunciavamo l'anomalia rappresentata da una larga maggioranza di medici che lavorano in studi singoli, non associati. E non a caso sia nel programma di Pisapia che in quello di Sala si è parlato della necessità di favorire l'associazionismo anche attraverso l'individuazione di spazi idonei e in qualche modo agevolati per il suo svolgimento.

A oggi è stato possibile realizzare un esperimento di **casa medica** in via dei cinquecento, e sono allo studio due possibili realizzazioni in via Famagosta e al quartiere Adriano, rispettivamente. Crediamo che l'**ATS** debba agevolare il più possibile l'inserimento di giovani medici nella realtà milanese, senza lasciarseli sfuggire al completamento del loro iter formativo, e tenendo conto di ambiti carenti che, da Quinto Romano allo stesso quartiere Adriano, non si riescono ancora a coprire.

E crediamo che una azione pressante di "moral suasion" ma anche di soluzioni concrete sui mmg per indirizzarli all'associazionismo, sia necessaria per qualificare l'assistenza di tutti i pazienti, e non solo di quelli cronici.

Proprio a fronte di questo insieme di preoccupazioni (cui si aggiunge, al momento attuale, **l'incertezza della stessa applicazione della delibera**, contro la quale



sono stati avanzati ricorsi al consiglio di stato che, pur respingendo la richiesta di sospensiva, ha però ordinato al TAR di Lombardia la “sollecita fissazione della udienza di merito”) a fronte di queste preoccupazioni, dicevo, una intenzione del Comune che sarà presto annunciata dall’assessore Majorino sarà quella di aprire nella casa dei diritti un “**osservatorio**” dove sia possibile ai cittadini con patologie croniche, accedendovi o semplicemente telefonando, segnalare tutte le disfunzioni, le inadempienze o le difficoltà rispetto alle proprie esigenze assistenziali. Segnalazioni che verranno girate tempestivamente all’ATS o, se necessario, direttamente alla Regione, sia per risolvere i casi che siano rapidamente risolvibili, sia per affrontare in un tavolo idoneo le questioni di sostanza e strutturali che dovessero emergere.

Non ci poniamo, in sostanza, perché non può essere questa la posizione del Comune, “contro” a prescindere. Del resto il fronte dei contrari è, a ben guardare, quanto meno variegato: ci sono sia forze come medicina democratica che osteggiano questo provvedimento ravvisando il rischio di un ulteriore passo verso la privatizzazione del sistema; sia i settori notoriamente più retrivi del sindacalismo medico (lo Snami) che denunciano invece un vulnus alla professione medica. Difficile tenere insieme e sullo stesso piano queste ragioni, tra loro contrastanti.

Ma sembra ovvia che, in tale ginepraio,

compito del Comune sia quello di vigilare sulle criticità che potranno insorgere individuando strumenti di prevenzione dei rischi o, quanto meno, di riduzione del disagio dei cittadini.



PREVENZIONE E SICUREZZA

Gentili amici,
sulla drammatica condizione di lavoro che ha portato a morte in pochi giorni in Lombardia ben cinque lavoratori in Lombardia, il Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del S5N che ho l’onore di coordinare con la dottoressa Susanna Cantoni ha predisposto un documento che ritengo meritevole della vostra attenzione e riflessione. Quando ho cominciato a lavorare come medico della prevenzione e della sanità pubblica nel 1962, in Italia i morti sul lavoro erano in un anno circa 5000, oggi, ancora troppi sono circa 1000. Qualcuno propone di tornare a quei tempi con Ispettorati del lavoro, Enpi, Ancc, Uffici di igiene comunali, eccetera. Sarebbe un disastro, le leggi impongono ai datori un severo autocontrollo che forse non viene eseguito nel modo migliore. La competenza in materia di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro è una funzione primaria delle ASL che dovrebbero svolgerla tramite i Presidi e i Dipartimenti di Prevenzione che soffrono da 10 anni di ricambio del personale sanitario e tecnico. In Italia e anche in Lombardia si “risparmia” sul primo LEA quello della prevenzione collettiva e della sanità pubblica. In questi giorni avrei visto favorevolmente una Convocazione straordinaria del Consiglio Regionale e del Consiglio comunale di Milano per esaminare lo stato della prevenzione e della educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro in Lombardia, a Milano e nella Città Metropolitana milanese. In compenso la propaganda elettorale di molti partiti è improntata sui vaccini. Nella nostra Regione persino i Dipartimenti di Prevenzione sono stati ridotti da 15 a 8. Hanno cambiato persino il nome a partire dal 2015, sono diventati i Dipartimenti di igiene e di prevenzione sanitaria. Già in questo cambiamento di nome si capisce che esiste un grave arretramento culturale e operativo. Discutiamone dunque se vogliamo realizzare finalmente un moderno ed efficace sistema di sicurezza sociale.

Vittorio Carreri.

L'ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA

Le parole sono pietre

*Susanna Cantoni, Vittorio Carreri
Movimento culturale per la difesa e il
miglioramento del Servizio Sanitario
Nazionale (SSN)*

PREMESSA

Il Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del SSN pone il suo maggior interesse sulla situazione della Medicina Generale (MG), della Pediatria di Libera Scelta (PLS), della Assistenza sanitaria primaria, della continuità assistenziale, del rapporto Ospedale e Territorio, della assistenza domiciliare integrata (ADI), senza affatto trascurare il contrasto della cronicità e l'assistenza agli ammalati cronici. Nel dibattito in corso specie a Milano, sembra che l'unico problema nella sanità sia legato alla delibera della Giunta Regionale della Lombardia del gennaio 2017 e seguenti, inerenti l'assistenza sanitaria agli ammalati cronici e ai soggetti fragili. Tale problematica interessa circa il 30% della popolazione e assorbirebbe oltre il 70 per cento della spesa sanitaria. Anche coloro che sostengono il discusso provvedimento regionale fanno presente che da anni a Milano e in gran parte della Lombardia si omette impunemente di adempiere a buona parte dei contenuti normativi più rilevanti dei Contratti Nazionali per la Medicina Generale che sono vincolanti per l'intero territorio italiano.

LA SPECIFICITA' DELLA REGIONE LOMBARDIA

La Lombardia dalla metà degli anni '90 del secolo scorso, con la Giunta Formigoni si è dotata di un Servizio Sanitario Regionale (SSR) frantumato in contrasto con la riforma sanitaria del 1978, con i decreti legi-

slativi attuativi e di dubbia costituzionalità. Doveva essere un esempio per le altre Regioni, fortunatamente nessuna altra Regione italiana lo ha preso ad esempio. L'attuale Giunta Regionale, presieduta da Roberto Maroni e la maggioranza politica consiliare che la sostiene, nel 2015 è riuscita fare anche di peggio. Abbiamo 8 Agenzie di tutela della salute (ATS), 26 Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere (ASST) e alcune Aziende sanitarie regionali di indirizzo, vigilanza e controllo. Una tale assurda e onerosa entificazione e dispersione delle responsabilità, rende assai complicata la gestione e la realizzazione di qualificati, razionali, sinergici ed economici interventi efficaci per la tutela e la promozione della salute. Inoltre, la separazione di alcune attività di prevenzione tra ASST e ATS (esempio: vaccinazioni) porta a confusione organizzativa e allo snaturamento delle stesse, viste come mere prestazioni sanitarie e non come prevenzione delle malattie trasmissibili e protezione della collettività. La stessa delibera regionale sulla cronicità introduce elementi di gestione separata, di confusione sia organizzativa che delle responsabilità, con rischi di privatizzazione incontrollata. I lodevoli risultati di alcune Associazioni di Medici di Medicina Generale nel settore della Assistenza sanitaria primaria anche a Milano non possono essere condizioni sufficienti per l'attuazione delle incongrue delibere della Giunta Regionale sulla cronicità.

IL SSN È UNIVERSALE, UNITARIO, GLOBALE, GRATUITO

Nel 2012, il SSN dell'Inghilterra ha avviato una controriforma che partiva proprio dai Medici di famiglia a cui si affidava un budget e la possibilità di investimenti, di acquisti e di collaborazioni con i più potenti gruppi gestori di servizi sanitari privati sia statunitensi che di varie parti del mondo. Da quel momento, il SSN inglese ha cominciato a rinunciare a sui obblighi e responsabilità nell'assistenza sanitaria di oltre 50 milioni di cittadini con costi niente affatto controllati e di certo superiori a quelli del nostro SSN. Si tenga conto inoltre che il SSN dell'Inghilterra non comprende gli aspetti più rilevanti della prevenzione e della sanità pubblica. L'igiene pubblica è affidata alle Municipalità, la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro è di competenza del Ministero del Lavoro del Regno Unito, la veterinaria e la sicurezza alimentare non fanno parte del SSN, bensì dipendono dal Ministero dell'Agricoltura. Nel 1996 l'epidemia della "mucca pazza" nel Regno Unito ha fatto decine di morti tra i consumatori di carne, diversamente da quello che è accaduto fortunatamente in Italia. Si dimentica spesso che i pilastri del nostro Servizio Sanitario Nazionale, non "sistema" come si va dicendo per confondere le idee, si basa essenzialmente su tre pilastri a cui fanno riferimento anche la programmazione sanitaria generale e speciale (per esempio quella sulla prevenzione) e i Livelli Essenziali di Assistenza

(LEA): i Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, gli Ospedali. La sanità privata non è né sostitutiva di quella pubblica e neppure paritaria. Essa è solamente integrativa. Le Regioni con delibere amministrative non possono affatto cambiare le leggi, specie in materia di diritti delle persone come quello della tutela della salute che trova riferimento autorevole nella Costituzione Repubblicana. L'esercizio delle responsabilità è in capo dunque alle articolazioni periferiche del SSN che non può essere rappresentato da un'arlecchinata di ASL, AUSL, ATS, ASST, Grandi Aree, eccetera di cui una nelle Marche, una in Sardegna, tre in Toscana, 8+26+4 in Lombardia, una in Romagna per la Regione Emilia Romagna, eccetera. Si tratta, a nostro avviso di leggi illegittime. Riteniamo, tornando all'Assistenza sanitaria primaria, che i MMG e i PLS possano svolgere un ruolo importante, anzi fondamentale. La priorità in Italia è pertanto quella di far decollare l'Assistenza sanitaria primaria. Tornano da qualche tempo incredibilmente e sorprendentemente in circolazione parole che non si usavano più dal 1970, quando furono finalmente istituite le Regioni a Statuto ordinario: mutualità, mutualità integrativa, gestione privatistica della sanità e anche di peggio. Il "libero" mercato in sanità pubblica e la privatizzazione selvaggia del SSN non fanno parte dell'ordinamento vigente. Le cooperative dei MMG che hanno molti meriti nella Medicina Generale non possono pertanto definirsi le "nuove

mutue". Si sta facendo una grandissima e pericolosa confusione. Se la Regione Lombardia vuol fare dei radicali cambiamenti nella assistenza sanitaria, a partire dalla Medicina Generale, deve farlo assolutamente con legge. Il contrasto della cronicità e l'assistenza agli ammalati cronici non può pertanto essere scotomizzato dai Dipartimenti di Prevenzione, dai Distretti, dagli Ospedali, dall'apporto di tutti i professionisti della salute, in primis dei MMG e degli specialisti, sotto la responsabilità e il controllo delle istituzioni competenti. In Regione Lombardia, a Milano di recente si è tenuto un convegno presenti assessori regionali e parlamentari che si è diviso ad un certo punto in due gruppi di lavoro: uno diretto da un funzionario regionale del Welfare e un altro da un responsabile di Lombardia informatica. Si parla già di incentivi, di investimenti, di risorse economiche e finanziarie, di consistenti affari, come è accaduto in Inghilterra. Niente di nuovo dunque sotto il sole.

LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale da non confondere con la guardia medica prefestiva, festiva, notturna, non si realizza dividendo e creando nuovi gestori e co-gestori, pubblici, privati, di MMG, di ONLUS, eccetera che alimentano la sanità privata e la spesa sanitaria. Senza semplificazioni radicali e organizzazioni collaborative e sinergiche quelle persone che si dice di voler aiutare (la presa in carica del paziente) vengono

in realtà inserite in un servizio burocratico, scoordinato anche rispetto ai Distretti. Inoltre, la continuità assistenziale deve comprendere anche gli aspetti socio-sanitari e sociali e non solo quelli sanitari, con un approccio razionale e globale alle esigenze delle persone interessate; intendimenti pur dichiarati fondamentali ed irrinunciabili dalla legge regionale di riordino (L.R. 23/2015) ma del tutto ignorati nei provvedimenti operativi della Giunta Regionale. L'associazionismo dei professionisti è un obbligo di legge. Chi non lo fa deve essere sottoposto a severe sanzioni. La crescita professionale non dipende da discusse delibere regionali bensì dalle Università in stretta collaborazione con il SSN. I Ministeri competenti e le Regioni devono impegnarsi di più con la massima sollecitudine e con una reale ed efficace collaborazione. Il Sistema della Educazione Continua in Medicina (ECM) è decisamente carente, inutile, dispendioso e forse diseducativo. Dunque non serve. A nostro avviso bisogna trovare altri modi per la formazione, specie in materia di aggiornamento permanente dei professionisti della salute. La ricerca scientifica inoltre va finalizzata specie agli obiettivi del SSN e della programmazione sanitaria e della prevenzione. Il patto per la salute, come è noto, le persone lo fanno con le istituzioni pubbliche e con il SSN. La parola "paziente" in particolare è deontologicamente ed eticamente scorretta e non va pertanto usata. Il SSN infatti si interessa

anche della salute delle persone sane o che credono di esserlo. Costoro che sono milioni non sono affatto "pazienti". Anche le persone ammalate spesso sono impazienti. Le parole sono pietre diceva molti anni fa il medico antifascista, scrittore e pittore Carlo Levi. Prima di attuare provvedimenti non verificati, privi di evidenze scientifiche, probabilmente inutili, costosi e forse dannosi, vanno applicate le leggi che ci sono e le buone pratiche nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Il SSN che va difeso e migliorato. È l'unico al mondo costruito dal basso, unitario e globale frutto del lavoro di scienziati democratici (Concetto Marchesi, Egidio Meneghetti, Augusto Giovanardi) del CLN del Veneto fin dal 1945, realizzato finalmente nel 1978 dal Parlamento della Repubblica con il concorso di medici avveduti, delle principali forze sociali e politiche, democratiche e popolari e di un Parlamento avveduto e autorevole.



STRAGE SUL LAVORO ALLA LAMINA DI MILANO

*Eugenio Ariano, Susanna Cantoni,
Vittorio Carreri*

*Comunicato del Movimento per
la Difesa e il Miglioramento del SSN*

Le cause di dettaglio e le eventuali responsabilità del terribile infortunio alla LAMINA di Milano del 16.1.2018 sono in corso di accertamento da parte della magistratura e degli organi tecnici competenti, operatori della ATS e Vigili del Fuoco; non è il caso qui di fare ipotesi.

Il profondo e doveroso cordoglio per l'enormità dell'evento, che ha portato quattro lutti che vanno ad aggiungersi alla lunga serie di tragedie in ambiente confinato con dinamiche simili, che purtroppo continuano a scandire con regolarità le cronache delle tragedie sul lavoro, non può esentarci però da alcune riflessioni e dal contrastare alcune derive legate sia a cattiva informazione, sia a cosciente disinformazione.

Non basta emanare una specifica norma (DPR 177/'11 sugli ambienti confinati) e neppure intensificare controlli mirati, se si continua a sottostimare i rischi e ad affrontarli con scarsa competenza; ciò però è inscindibile da un contesto generale che continua a veder prevalere da un lato precarietà dei rapporti di lavoro, ampio ricorso ad appalti, diffusa presenza di economia sommersa, dall'altro, e non per caso, autocontrollo di mera facciata –mentre dovrebbe essere base essenziale di impegno dell'azienda e del sistema aziendale ad incorporare strutturalmente la prevenzione-, consulenti spesso improvvisati, formazione come mero adempimento burocratico.

Ciò non significa che le strategie messe

in campo siano fallite e debbano essere radicalmente riviste; non occorrono interventi straordinari di emergenza destinati a lasciare il tempo che trovano, o stravolgenti istituzionali, spesso invocati in alternativa all'affrontare seriamente i problemi, magari tornando oggi sotto l'egida INAIL e del Ministero del Lavoro, al passato remoto dell'unico ispettorato del lavoro, che a suo tempo brillò per inefficacia. Al contrario il superamento di tale modello da parte della 833/78, ha avuto come caposaldi la territorialità dei Servizi, la compenetrazione di funzioni di assistenza e vigilanza e la metodologia di lavoro sviluppata nei Servizi nel corso di decenni incentrata sull'integrazione di competenze sanitarie e tecniche, sull'approccio globale ai problemi di sicurezza e igiene del lavoro, sull'attenzione alla organizzazione del lavoro e del sistema di prevenzione aziendale, ai processi lavorativi e non solo agli oggetti materiali, sulla partecipazione delle diverse figure presenti nelle imprese, sulla tessitura di rapporti con i diversi attori per favorire l'innalzamento della cultura della prevenzione. Metodologia che ha consentito una drastica diminuzione degli infortuni, anche se certamente non il loro azzeramento, e l'emersione delle malattie professionali quasi mai denunciate.

Significa invece che nella complessità dei rapporti di produzione e dei rapporti sociali occorre un impegno continuativo da parte di tutti, perché la prevenzione non è un problema tecnico, e non vi sono scor-

ciatoie utili senza questo impegno.

Certo, i controlli vanno potenziati, non solo nei luoghi di lavoro, ma anche sulla qualità della formazione erogata alle diverse figure aziendali, e sugli enti certificati che effettuano le verifiche periodiche in azienda, ambito quest'ultimo ad oggi ancora fin troppo trascurato; ma occorre potenziare anche le attività di promozione della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, l'assistenza alle imprese e opportunità politiche premiali con attenzione anche a favorire l'inserimento lavorativo di lavoratori disabili o parzialmente idonei, fatto oggi ancor più necessario dato il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa.

Perché ciò sia possibile necessita un impegno concreto ad un adeguamento delle risorse dei dipartimenti di prevenzione e che ci si impegni ai livelli istituzionali quanto meno a garantire il turn-over del personale e a spendere in prevenzione almeno il 5% del fondo sanitario, come stabilito –ma ampiamente disatteso- a livello nazionale.

Ognuno deve fare la sua parte; le regioni garantendo il ricambio generazionale la cui mancanza sta mettendo in crisi le strutture e investendo i soldi delle sanzioni in prevenzione, ma anche l'efficacia di intervento dei servizi e maggiore omogeneità in quantità e qualità nelle diverse regioni/territori; il ministero della salute (attraverso piani nazionali e coordinando le attività oltre che controllandone i risultati)



occupandosi seriamente di un tema da sempre lasciato in mano al ministero del lavoro che a sua volta deve potenziare le sue strutture di coordinamento e emanare i numerosi decreti attuativi che languono da anni (primi tra tutti gli attesi decreti di semplificazione degli adempimenti), il ministero dei trasporti le indicazioni attuative per la revisione periodica dei trattori che da sola a regime garantirebbe il risparmio di 100 vite all'anno, il Ministero dello Sviluppo Economico, oggi addirittura latitante, rilanciando il controllo del mercato delle macchine, e così via; l'INAIL sostenendo con la ricerca e le politiche premiali le strategie di prevenzione e le priorità nazionali anziché cercare di inglobarle; le parti sociali garantendo un maggiore impegno e interesse a sostenere davvero il sistema aziendale di prevenzione, costringendo il mondo della consulenza e della formazione a prestare più attenzione ai risultati e meno agli adempimenti formali e al business, e lasciando perdere le forme striscianti di monetizzazione che stanno riemergendo in forma di assicurazioni sanitarie integrative.

In sintesi, se si vogliono ridurre sostanziosamente gli infortuni sul lavoro non si può discutere della sicurezza del lavoro solo in occasione di eventi come questo per poi dimenticarsene per il resto del tempo fino al prossimo incidente.

Occorre un impegno forte a che, nei comparti dove gli infortuni gravi e mortali non mostrano un decremento significativo,

i controlli siano sempre più mirati ed incisivi individuando, nella logica dei piani nazionali -efficaci nel rendere omogenee sul territorio nazionale pratiche e priorità di intervento-, azioni "forti" a tutti i livelli, in grado di affrontare il problema nella sua complessità.

ALLEGATO A

Video dell'incontro disponibile su:

<http://www.casadellacultura.it/casa-della-cultura-incontri-video.php?id=2194&t=stream1>



Mercoledì 6 dicembre 2017 ore 15.30

In occasione della presentazione del libro

SSN SOS DALL'INGHILTERRA

Come il SSn è stato tradito e come si è deciso di salvarlo

A cura di **Jacky Davis** e **Raymond Tallis**
(Jago Edizioni)



Moderatori

Ferruccio Capelli

Maria Pia Garavaglia

Relatori

Vittorio Carreri

Maria Elisa Sartor

Roberto Satolli

I SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA; CRITICITÀ, PROBLEMI, PROSPETTIVE,

*Luigi Benevelli,
Milano, Casa della Cultura,*

Il 13 maggio p.v. sono trascorsi 40 anni dall'approvazione della legge 180 che, così come per la 194 "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" conflui nella 833 Istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Cosa è successo dal 1978 ad oggi nel lavoro per la salute mentale. nei Dsm, che operano al posto dei manicomi?

Dal punto di vista legislativo, in Italia, la più recente e importante delle misure di protezione legale delle persone prive in tutto o in parte di autonomia ha riguardato l'istituzione dell'amministratore di sostegno (legge n. 6/2004). Questo istituto, teso a superare le rigide norme previste dal legislatore per la protezione dei sofferenti psichici, è in linea con la Raccomandazione del Consiglio d'Europa del 23 febbraio 1999 e delle successive dichiarazioni e convenzioni internazionali che invitavano gli Stati a conformare la loro disciplina interna sulla tutela legale degli incapaci a principi meno limitativi e meno escludenti il soggetto. Si va nella direzione di un rovesciamento della tutela della persona rispetto a interdizione e inabilitazione, norme rigide e non facili d'adattare alle singole situazioni che determinano lo status di incapacità della persona.

La finalità primaria dell'amministrazione di sostegno è quella di tutelare, con la minor limitazione possibile, la capacità di agire delle persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante interventi di sostegno temporanei o permanenti. La

norma si avvale dei principi di "gradualità" e di "flessibilità" nelle misure di sostegno. E in forza di tali principi il giudice deve scegliere tra gli strumenti di protezione dati dall'ordinamento quello che apporta la minor restrizione possibile della capacità dell'interessato, tenuto conto della funzione di protezione. L'amministrazione di sostegno è suscettibile di essere adattata all'esigenza del caso concreto.

L'interesse preminente è quello della tutela della persona come soggetto di diritti. La nomina dell'amministratore di sostegno non conferisce al beneficiario la qualità soggettiva di "incapace" e il beneficiario deve considerarsi "soggetto capace", incapace esclusivamente in relazione a quegli atti facenti parte dell'oggetto dell'amministrazione. E resta sempre l'obbligo dell'amministratore di informare il beneficiario circa gli atti da compiere. L'obbligo di informazione non si risolve nel caso di specie in una mera comunicazione delle scelte, ma in una informazione necessaria per discutere, nei limiti del possibile, con il beneficiario le scelte da effettuare, di modo che queste corrispondano il più possibile ai suoi bisogni e ai suoi interessi.

Nell'ambito della capacità residua del beneficiario sussiste, comunque, il problema dei c.d. atti personalissimi, individuati dalla dottrina in diverse vicende (riconoscimento del figlio, testamento, matrimonio, donazione). Per questa categoria di atti, anche qualora fosse prevista espressamente una limitazione di capacità nel decreto del giudice, non

è ammesso alcun tipo di sostituzione del beneficiario.

L'istituto dell'amministrazione di sostegno non esclude che, in presenza di patologie particolarmente gravi, si debba far ricorso all'interdizione o all'inabilitazione.

Sul versante del Codice Penale, nonostante i ripetuti interventi della Corte Costituzionale e i provvedimenti che hanno portato alla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (opg) e all'apertura delle REMS, sono rimaste vigenti le norme che prevedono la non imputabilità e della misura di sicurezza del "reo folle".

A proposito della situazione dell'assistenza psichiatrica pubblica italiana Fabrizio Starace, presidente della Società italiana di epidemiologia psichiatrica (SIEP), ha parlato di un "paradosso della salute mentale", afflitta dall'aumento e diversificazione dei bisogni, da un lato, e dalla riduzione delle risorse, specie umane, dall'altro.

È stata più volte segnalata l'inadeguatezza crescente del sistema di cura per la Salute Mentale in Italia, caratterizzato da eccellenze di spicco a livello internazionale e al tempo stesso da diseguaglianze profonde, intollerabili, a partire dall'inosservanza da parte delle Regioni del rispetto della quota minima del 5% della spesa sanitaria da destinare alla salute mentale. Ma bisogna aprire il dibattito fuori dal perimetro disciplinare: oggi "fare salute mentale" di comunità assume connotazioni diverse e richiede nuovi modi, nuovi strumenti, nuove alleanze, rispetto solo ad alcuni anni fa.



Nel corso dei 40 anni dall'approvazione della 180, sono state presentate numerose proposte di legge della Destra tese a reinserire l'attributo della pericolosità sociale. Nel corso della XVII Legislatura sono state elaborate 3 proposte di legge in tema di salute mentale, tutte sottoscritte da parlamentari dell'area del centrosinistra, a differenza di quanto accaduto nelle legislature precedenti:

1) Pdl Camera n. 4174 Casati e altri, Norme per promuovere equità di cure nel territorio nazionale in continuità con la legge 13 maggio 1978 n. 180 e per valorizzare la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale. Essa riprende e rappresenta i temi del movimento "Le Parole ritrovate" nato a Trento nel 1993 da cui ha preso vita il movimento degli UFE (Utenti Familiari Esperti), persone con problema psichiatrico che mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale. Gli UFE, oggi più di 40 in Italia 'lavorano dentro' il sistema dei servizi, fornendo, in modo strutturato e continuativo, prestazioni riconosciute; affiancano gli operatori, ma non li sostituiscono, sono un valore aggiunto, migliorano il clima, favoriscono l'adesione ai trattamenti. Gli UFE sono professionisti, 'esperti per esperienza', riconosciuti e monetizzati dall'Azienda sanitaria. Gli UFE offrono agli utenti e ai familiari in carico al Dipartimento di salute mentale la loro esperienza, un

modello di percorso di cura riuscito, vicinanza emotiva, fiducia e speranza. Gli UFE sono presenti in tutte le aree del Servizio: Centro di salute mentale, prima accoglienza; Area della crisi e della presa in carico nel tempo; Circuito dell'abitare con presenza amicale notturna e diurna; accompagnamento in situazioni abitative difficili; Reparto psichiatrico: presenza quotidiana; facilitazione negli incontri con le Famiglie; Percorsi di cura: garanti nei percorsi di cura condivisi; presenza nelle campagne contro lo stigma.

Motto degli UFE è "FAREASSIEME", vale a dire percorsi di cura condivisi, nei quali si valorizzano la partecipazione e il protagonismo di tutti e si sviluppano rapporti di condivisione tra utenti, familiari e operatori.

GLI OBIETTIVI

La condivisione del percorso di cura, costituendo una vera e propria "squadra", la contrattazione e la sottoscrizione di reciproci impegni, la neutralità, rappresentata dalla presenza del Garante, una figura esterna alla "squadra". Mettersi in cerchio invece che davanti a una scrivania, parlare tutti, senza esclusione di alcuno, avere un utente/familiare come Garante di un clima di parità, è una piccola grande rivoluzione. LA SQUADRA

L'utente, il suo psichiatra, il suo operatore e le figure più significative per lui lavorano insieme per aiutarsi e sostenersi affrontando impegni e obiettivi come una "squadra". Il

paziente, protagonista dei percorsi di cura è importante che abbia tutte le informazioni relative al Servizio, alla diagnosi e ai farmaci, che si senta libero/a di esprimere i dubbi, l'eventuale mancanza d'informazioni, il desiderio di riceverle e di approfondirle: Insieme si possono definire luoghi e momenti in cui colmare queste lacune. Consapevolezza, fiducia e speranza sono elementi fondamentali nel percorso di cura.

Il garante è individuato tra gli Utenti Familiari Esperti (UFE). Facilita il cambiamento di contesto e di stile comunicativo, e garantisce un confronto paritario tra i componenti della "squadra".

La pd.l ha spaccato il movimento delle famiglie in particolare perché è prevista la remunerazione degli "esperti" da parte del DSM.

2) DDL Senato 2850, Dirindin, Manconi e altri, Disposizioni in materia di tutela della salute mentale
Il d.d.l. riprende i temi evidenziati dal Rapporto della commissione senatoriale di inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del Servizio sanitario nazionale (febbraio 2013), ma è soprattutto la summa dei contenuti delle battaglie e delle iniziative messe in campo dal Forum salute mentale sin dalla sua costituzione; sullo sfondo la complessa vicenda delle esperienze italiane di de-istituzionalizzazione psichiatrica nel loro intrecciarsi a livello Costituzionale (Corte costituzionale), istituzionale

(Parlamento, Governo, Comitato Nazionale per la Bioetica, Conferenza Unificata Stato-Regioni-Città-Autonomie), normativo, programmatico, amministrativo-gestionale (rapporti fra Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie); dei modelli di organizzazione dei servizi sanitari e sociali, dei modi di fare salute mentale nello specifico del protagonismo dell'associazionismo delle famiglie, in particolare, essendo quello degli utenti dei servizi decisamente più marginale in Italia;

- dei saperi della bio-medicina, della psicologia, dell'antropologia medica, delle raccomandazioni del Parlamento Europeo e dell'OMS.

La relazione di presentazione del d.d.l., documenta il modo con cui la politica ha governato l'assistenza psichiatrica pubblica a livello nazionale, regionale e locale a partire dal 1979, denuncia in modo forte un disinvestimento che dura da anni, e giustifica la scelta del disegno di legge con la necessità e l'urgenza di contrastare, bloccare tendenze al degrado e all'abbandono in atto nei Dipartimenti di salute mentale italiani, per rilanciare l'assistenza psichiatrica pubblica, promuoverne la funzione in tutta la penisola. Propone i LEA nel lavoro per la salute mentale e l'assistenza sociale.

Innovativa e aggiornata è la trattazione del diritto alla salute nelle Carceri, della natura e delle funzioni delle REMS, dopo la avvenuta chiusura degli Opg. Non propone modifiche del testo in vigore della 180/78.



Il DDL Dirindin-Manconi, secondo il già citato documento SIEP, ha il pregio di individuare criteri ed articolazioni organizzative che hanno dimostrato, solo in alcune parti del Paese, di essere funzionali a una mission (la salute mentale), poi ripresentato nel maggio 2018 come DDL Senato 391, a prima firma Paola Boldrini e altri, coerente con i principi della Riforma del '78.

3) PROPOSTA DI LEGGE di iniziativa popolare promossa dai Radicali Italiani (o legge "Mastrogiovanni") per la modifica della L. 23.12.1978 n° 833 – artt. 33 - 34 - 35 (TSO) con introduzione della difesa tecnica per il controllo di legalità della procedura del tso; divieto di utilizzo di mezzi di contenzione; SPDC aperti, salvaguardia delle comunicazioni del paziente con l'esterno; sorveglianza del garante nazionale dei detenuti e dei ristretti

Ma, a mio avviso, più importanti sono alcuni documenti e prese di posizione nazionali e sovranazionali che si sono succeduti negli ultimi due decenni:

- Il più importante, del settembre 2017, è il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica "La cura delle persone con malattie mentali". Vi si illustra l'assistenza delle persone con malattie mentali dopo l'abolizione dei manicomi come un modello centrato su una rete territoriale diffusa di servizi di salute mentale, con un approccio olistico alla persona e l'obiettivo di mantenerla nel suo ambiente di vita. Per questo è fonamen-

tale l'interazione con l'intera rete dei servizi sociosanitari, in modo da attivare e rafforzare le reti sociali e relazionali della persona. I servizi di salute mentale devono essere in grado di eseguire una diagnosi precoce e di fornire un tipo di trattamento tempestivo e continuo in modo da ridurre la cronicità dei disturbi, prevenire le crisi per quanto possibile e, quando si presentino, risolverle per quanto possibile mantenendo la persona nel suo contesto di vita (limitando cioè i ricoveri in fase acuta in ospedale e soprattutto i TSO).

Il principio del rispetto dei diritti umani è la guida etica agli operatori, ed è al tempo stesso uno strumento di empowerment della persona, verso l'obiettivo della recovery, il percorso verso il miglior stato di salute possibile e verso la migliore integrazione senza discriminazioni. Ciò significa affermare il dovere etico di far sì che ognuno possa ambire al raggiungimento di questo stato, necessariamente diverso da soggetto a soggetto, nel quadro di una ridefinizione del problema salute anche "in termini di accrescimento delle capacità operative degli individui". Il modello di assistenza territoriale della legge 180 presenta ancora gravi punti di criticità nella sua attuazione, ad anni di distanza dal recepimento di tale legge all'interno della normativa di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Le difficoltà presenti sul territorio rendono difficile la realizzazione di una "cura" delle persone con malattie mentali

che integri il rispetto di diritti umani fondamentali, insieme a un'adeguata offerta di supporto sociale. In troppi casi il sostegno sociale e relazionale si esaurisce nell'azione delle famiglie, sulle quali, in particolare sulle donne, finisce così per gravare, spesso quasi per intero, il peso dell'assistenza.

Il CNB propone di garantire e promuovere la maggiore autonomia possibile delle persone con malattie mentali, considerando tale promozione come parte integrante dello stesso processo di cura. Al bilanciamento tra principio di autonomia e principio di beneficiabilità affermato nei pareri precedenti, si affianca in questo parere l'assunzione teorica dell'interazione tra i quattro principi enunciati dalla Dichiarazione di Barcellona del 1998: autonomia, dignità, integrità, vulnerabilità.

L'autonomia non va intesa solo nel senso della capacità di dare un consenso informato ai trattamenti, ma come un'idea regolatrice e al tempo stesso come un'ideale commisurato alla finitezza umana, considerate le determinazioni biologiche e sociali, culturali e cognitive e i limiti delle capacità dei singoli individui. L'impegno è di riconoscere la persona umana come un essere complesso, un corpo vivente situato in un contesto culturale. Il secondo principio formulato è quello di dignità, da intendersi come "la proprietà in virtù della quale gli esseri possiedono uno statuto morale". Il terzo principio, l'integrità è "la condizione dell'espressione di una vita degna, nella sua dimensione mentale e fisica". All'integrità

non si può arrecare offesa. Il quarto principio, la vulnerabilità, si riferisce alla situazione di debolezza e fragilità di persone che per età, condizione, etc., necessitano di una protezione particolare. In senso lato e generale, riguarda la condizione di precarietà di tutti i viventi, umani e non umani, che sono esposti, nell'arco della loro esistenza, al rischio di essere feriti, e sono quindi eminentemente "vulnerabili". A tali principi si aggiunge il principio di giustizia, che focalizza l'attenzione sulla distribuzione delle risorse per la salute mentale (da sempre a rischio, probabilmente per la particolare vulnerabilità dei soggetti interessati, di restrizioni maggiori rispetto agli altri ambiti della sanità); ma anche sulla questione dell'uguaglianza, della parità di accesso e dell'inclusione sociale, combattendo i fenomeni di stigmatizzazione e discriminazione nei confronti delle persone con malattie mentali. Da tali principi muovono le riflessioni sulle discrepanze tra le affermazioni di principio sui diritti delle persone con queste patologie e la realizzazione di tali diritti nell'assistenza sul territorio.

Un grande rilievo, sia per gli impegni richiesti agli Stati firmatari, che per l'impianto teorico e per il forte impatto sociale, hanno avuto

- La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006. SCOPO della Convenzione è "promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e pro-

muovere il rispetto della loro inerente dignità". Il comma 2, nello specificare "chi" rientri nella definizione di persone con disabilità, fa esplicito riferimento alle minorazioni mentali e intellettuali, sottolineando come per tutte le forme, la disabilità sia data dall'interazione tra la menomazione e le barriere frapposte alla partecipazione sociale.

- L'Implementation Manual for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, curato dal World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP) del 2008, chiarisce quali siano i cambiamenti che un effettivo rispetto della Convenzione dovrebbe portare nelle vite delle persone con disabilità psicosociali. L'attenzione si focalizza sul rispetto della capacità legale intesa come "capacità di agire", e sul ruolo centrale che tale rispetto ha per il riconoscimento di altri diritti fondamentali, come il diritto alla libertà personale, a non subire trattamenti coercitivi e contrari alla dignità umana, nonché il diritto alla vita familiare e sociale. Va ricordato che nella storia i concetti di capacità/incapacità legale sono stati usati per negare lo statuto di persona alle persone con disabilità mentale. L'articolo 12 della Convenzione ribalta questa situazione, affermando il diritto delle persone con disabilità a "essere riconosciute ovunque quali persone di fronte alla legge". Ciò significa per gli

Stati Parti l'obbligo di "riconoscere che le persone con disabilità godono della capacità legale su base di eguaglianza rispetto agli altri in tutti gli aspetti della vita" (c. 2), e al tempo stesso l'obbligo di assicurare il sostegno che le persone con disabilità dovessero chiedere nell'esercizio della propria capacità legale (c. 3) e di "assicurare che tutte le misure relative all'esercizio della capacità legale forniscano appropriate ed efficaci salvaguardie per prevenire abusi".

L'articolo 15 proibisce la tortura e trattamenti crudeli ed inumani; l'elettroshock è condannato, insieme alla psicoturgia e ai farmaci neurolettici, per i danni alla salute, all'autonomia e alla creatività, sulla base del rispetto dell'art. 17 della Convenzione che sancisce il diritto al rispetto dell'integrità mentale e fisica.

- Il rapporto uscito nel marzo 2017 (Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health è il risultato di una consultazione ad ampio spettro con i diversi stakeholders, inclusi i rappresentanti di comunità di disabili, gli utenti di servizi di salute mentale, rappresentanti della società civile e professionisti della salute mentale.
- Il Piano d'Azione Europeo per la Salute

Mentale adottato dall'OMS nel 2013. Tre i valori di riferimento: l'equità, che comprende la lotta contro discriminazione, pregiudizi e negligenza; l'empowerment, che si basa sul diritto di essere il più possibile autonomi, assumersi responsabilità e intervenire nelle decisioni che influiscono sulla propria vita, sulla salute e sul benessere; la sicurezza e l'efficacia degli interventi terapeutici. Centrale è il riferimento alle persone con problemi di malattie mentali come "cittadini", i cui diritti devono essere rispettati e promossi.

- Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale varato in Italia nel 2013, si muove nella stessa direzione e alla luce degli stessi principi, focalizza l'attenzione sui mutamenti che l'assistenza delle persone con malattie mentali ha registrato in questi anni nel nostro paese, per l'importanza crescente dei trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno, ma anche sulle criticità ancora rilevabili, sia pure in modo disomogeneo, tra le diverse regioni. Due sono i principi guida indicati: privilegiare la metodologia del "partire dal basso", dalle buone pratiche esistenti e assumere come riferimento la "psichiatria e neuropsichiatria infantile di comunità". Si raccomanda alle Regioni non solo di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), garantendo l'appropriatezza e la continuità assistenziale,

ma anche di monitorare e verificare i risultati ottenuti per "fornire informazioni che consentano una visione d'insieme di livello nazionale".

Quanto emerge è ispirato al rispetto delle cosiddette 3 "E", "Etica", "Evidenza" ed "Esperienza": non sono sufficienti le evidenze scientifiche, perché esse devono essere radicate dentro una visione eticamente fondata, che tenga conto delle esperienze reali sul campo, che comprendano anche il modo in cui si offrono le cure e in cui sono organizzati i servizi. Questi ultimi devono essere ispirati a principi di partecipazione, di efficacia, di non discriminazione, di globalità e di equità, di trasparenza, ed in grado di offrire interventi coordinati: un paradigma di cura quindi contrapposto ad una visione riduzionista della malattia e della psichiatria. Passaggio fondamentale di paradigma è il superamento del trattamento psichiatrico in strutture chiuse, avulse dal contesto relazionale e sociale delle persone.

ALCUNE CONSIDERAZIONI PERSONALI

La legge 180/78, le sue finalità e i suoi assetti organizzativi hanno trovato la loro piena collocazione nell'impianto della legge 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN). L'assistenza psichiatrica pubblica italiana deve continuare a riconoscersi negli assetti e nel destino del SSN. Si deve evitare anche solo di evocare uno



status a sé per la psichiatria pubblica anche perché questo aprirebbe lo spazio al ritorno a quelle “legislazioni speciali” psichiatriche che abbiamo conosciuto e che sopravvivono e vigono nella gran parte del mondo. Di seguito alcune osservazioni riguardanti in particolare la pdl Dirindin:

- 1) Per la comprensione della grave situazione in cui versa l'intero sistema di sicurezza sociale italiano, a me pare importante particolarmente utile il punto di vista “locale”, “dal basso” perché dà indicazioni sul dove mettere mano per correggere, raddrizzare la drammatica deriva in corso nei servizi alla persona. Se ne parla esplicitamente agli inizi della relazione che accompagna il d.d.l. Dirindin, ma poi nell'articolato si dettano norme che calerebbero anch'esse “dall'alto” (Ministero, Regioni) al “basso” (locale, Comuni). Il fatto è che “la realtà dei sistemi locali di welfare denuncia una frammentazione molto spinta come indicano la scarsa comunicazione dei servizi tra loro e tra i diversi livelli istituzionali, la parcellizzazione delle competenze, la mancanza di luoghi di monitoraggio, verifica degli esiti e coordinamento delle politiche. Frammentazione che si accentua per la disomogeneità di impostazione delle politiche regionali. Verso di essa devono dunque convergere gli sforzi per migliorare la situazione. I ripetuti interventi nell'articolazione delle relazioni tra le istituzioni esperiti nell'ultimo ventennio

(ad es. la legge Bassanini del 1997, la riforma del titolo V° Cost. del 2000, sino al riassetto del sistema sanitario regionale [lombardo]) non hanno determinato crescita di coesione tra le strutture pubbliche. In particolare, l'esperienza introdotta con la legge quadro 328 del 2000 “Realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” che ha riformato il sistema dei servizi di assistenza sociale con la promozione dei «Piani di Zona», dopo una fase iniziale di euforia, ha progressivamente perso slancio. La stessa idea di pianificazione delle politiche è, di fatto, scomparsa. Salvo eccezioni, la “macchina del welfare” si mostra ripiegata nella reazione al contingente e -pertanto- in affanno. Il vertice statutale, ma più in generale i diversi livelli di governo, non sembrano in grado di rapportarsi ai sistemi locali di attuazione, i quali nascondono il disorientamento nell'adeguamento passivo al minimo livello di compartecipazione, storditi dal flusso delle disposizioni sopravvenienti, quasi indifferenti alla perdita generale di efficacia degli interventi.” È in grado, in particolare la proposta del d.d.l. Dirindin-Manconi, calata in un sistema così conflittuale, inceppato, a compartimenti stagni di essere efficace rapidamente, come si propone di essere, ovunque? Da dove partire? A me pare che bisognerebbe da subito ridurre le dimensioni delle attuali maxi-aziende sanitarie, ospedaliere e non, riportando-

le agli ambiti delle Province: ancora più dopo la bocciatura il 4 dicembre 2016 della proposta di Riforma costituzionale. Ma si tratta soprattutto, a mio avviso, di restituire ai Sindaci il ruolo di autorità sanitaria locale, loro assegnato dall' art. 13 della legge 833/78., un ruolo che nelle attuali Aziende ha finito coll'essere pressoché annullato, col risultato che nessuno svolge nemmeno la funzione di mettere insieme la conoscenza di quanto servizi, cittadini, volontariato fanno, situazione per situazione, quali ne siano i caratteri e le cause, nonché di monitorare l'esito degli interventi. Nel tempo, al posto dei sindaci, comunque democraticamente eletti dalle popolazioni, ha messo radici una classe di funzionari manager che rispondono a chi li ha nominati (le giunte regionali) ma non al potere politico-amministrativo locale, alle articolazioni delle comunità locali.

- 2) Manca nelle proposte di legge presentate un richiamo all'urgenza della riforma del Codice Penale del 1931 in tema di imputabilità, diritto al processo per pazienti con diagnosi psichiatrica autori di reato. È un nodo politico culturale ostico perché sono assai profonde le radici lasciate dal lavoro dell'antropologia criminale e degli eugenisti italiani a introdurre nei Codici e nel senso comune, in nome della difesa della nazione dai “degenerati”, lo stereotipo del reo folle.

- 3) Per quanto riguarda il sistema formativo dei professionisti che operano nella salute mentale il ddl Dirindin sceglie ancora una delega tout court all'Università. Però sappiamo quanto diffusi e quali siano non solo i limiti degli approcci scientifici prevalenti, ma i pre-giudizi e i giudizi liquidatori nei confronti dell'insieme dell'esperienza italiana nel campo della salute mentale. Ciò detto mi riconosco nei valori politici, costituzionali, professionali che ispirano il d.d.l. Dirindin. Sapendo della forza e degli argomenti di chi vi si oppone, credo che sia importante, decisivo, documentare come il lavoro di presa in carico, a livello locale, fa star meglio le persone e le famiglie, promuove la rete delle relazioni sociali e informali, contiene i costi (riducendo il grande ricorso alla cosiddetta residenzialità “protetta” che oggi assorbe troppa parte della spesa psichiatrica pubblica), eleva la qualità delle relazioni delle persone nelle relazioni sociali. Qui credo sia tempo che si vada a formalizzare, validare un sistema condiviso di valutazione degli esiti dei trattamenti, anche a distanza di 5- 10 anni e oltre, rispetto alla qualità della vita quotidiana delle persone utenti del DSM, per “misurare”, “pesare” il lavoro dei DSM stessi e consentire l'attivazione di un sistema premiale, magari affidandone il compito all'Istituto Superiore di Sanità. Ancora, le politiche sanitarie non pos-

sono continuare a ignorare il tema della tutela della salute mentale dei migranti, una sfida che mette in discussione le nostre culture scientifiche e professionali “atlantiche”, soprattutto dopo che il Ministero della Salute ha licenziato il 22 marzo scorso, a conclusione di un lavoro di due anni e mezzo, le Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Va evitato, soprattutto, che, anche in ragione dello stigma che continua ad accompagnare i suoi utenti e i suoi servizi, quello dell’assistenza psichiatrica pubblica italiana ridiventi un mondo separato: la sua forza, il suo prestigio stanno nell’essere cresciuto dentro il Servizio sanitario nazionale, frutto della più grande riforma mai varata nella nostra Repubblica.

In conclusione, il trattamento dei pazienti nei servizi deve ridiventare una questione generale, conquistare l’attenzione, il rispetto e l’impegno della politica e delle istituzioni a livello nazionale ed anche europeo. La norma del 1978 ha definito l’attuale assetto istituzionale della psichiatria italiana conferendole un esplicito mandato, rigorosamente sanitario: prevenire, curare, riabilitare. Ma esiste, non lo dimentichiamo,

un mandato implicito, inespresso, sempre pesantemente presente, che attiene piuttosto alla domanda di controllo sociale. Di qui la necessità di mettere a fuoco la questione del cosa devono sapere e saper fare i professionisti che operano nelle istituzioni della salute mentale, di concentrare l’attenzione sulla qualità della formazione degli operatori.

- a) In Italia la riforma dell’assistenza psichiatrica è stata portata avanti da un movimento di psichiatri e altri operatori sanitari che lavoravano nei manicomi pubblici, insieme a famiglie e ad associazioni di famiglie; a differenza di quanto accaduto nei paesi anglosassoni e nell’Europa continentale, pazienti/utenti singoli e organizzati vi hanno avuto una presenza e un ruolo marginali. Questo ha significato, e continua ancora a significare, che le opinioni personali dei medici psichiatri, le pratiche che ne conseguono, le scelte da loro adottate nelle singole situazioni date, hanno un peso incomparabile rispetto a quelle di tutti gli altri attori della “scena” psichiatrica.
- b) Nella stagione della de-istituzionalizzazione, la seconda metà del secolo scorso, la formazione degli operatori avveniva nei luoghi di lavoro, si apprendeva nelle pratiche; oggi invece la formazione avviene principalmente nelle Università nelle quali prevalgono le culture di una “fascinazione neo-scientista e psicofarmacologica ad oltranza”

(Giacanelli); spesso vi si fa riferimento a modelli scientifici ed a scelte culturali di orientamento solo clinico o psicologico; il più delle volte risultano riproduzioni di modelli estranei alla realtà in cui operano i servizi.

- c) Le scuole di formazione universitaria sono sottodimensionate: il numero di psichiatri specializzati disponibili sul mercato, ma anche di tecnici della riabilitazione e di infermieri professionali e di educatori, è sicuramente inferiore a quanto appare necessario per un buon funzionamento dei servizi. E la qualità dei percorsi formativi è troppo spesso inadeguata.
- d) Da tempo, per i giovani laureati il lavoro è precario e nelle Aziende sanitarie, fortemente gerarchizzate alle dipendenze di manager (a loro volta rigidamente subordinati agli amministratori regionali che li hanno nominati) non è garantita la libertà di parola e spesso nemmeno di pensiero. E le torsioni che stanno assumendo le articolazioni del Ssn, Regione per Regione, hanno portato alla costituzioni di Aziende sanitarie di grandi dimensioni sovra provinciali, nelle quali la voce della “rappresentanza politica” delle comunità locali finisce con lo sparire in nome dell’efficienza e del controllo di gestioni sempre più centralizzate. Così, psichiatri, infermieri ed educatori professionali, ciascuno con la propria storia personale e i propri retroterra culturali, non hanno trovato, talvolta non hanno nemme-

no cercato, ambiti più ampi di stimolo, confronto e verifica del proprio lavoro. Da qui ha origine, a mio avviso, una delle cause principali del tratto della frammentazione dell’esperienza italiana, da cui la caratterizzazione “a macchia di leopardo” di servizi pubblici di salute mentale degni di questo nome. E come dimostra l’azione in corso per “riuscire a fare a meno dell’opg”, il raggiungimento pieno dell’obiettivo si ottiene solo se cambiano culture professionali, anche culture e prassi giuridiche.

Per tali ragioni è utile e necessario:

- costruire percorsi ispirati alle culture della salute mentale e della recovery, dare una svolta alla formazione dei professionisti, criticare l’esclusività del “modello medico” restituendo centralità alla dimensione comunitaria, “locale”, al domicilio degli utenti nel lavoro per la salute mentale, e coinvolgendo le associazioni professionali e scientifiche di psichiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, degli operatori che si occupano delle dipendenze e delle disabilità mentali;
- portare a termine una indagine nazionale sui protocolli in uso a regolamentare le contenzioni nei servizi di psichiatria;
- impegnare avvocati, magistrati e le loro organizzazioni professionali nella discussione sulle norme del Codice Rocco in tema di imputabilità e diritto al processo dei pazienti con diagnosi



psichiatrica autori di reato.

In conclusione, ritengo necessario, urgente continuare a lavorare per consentire destini di vita diversi dalla coartazione, dall'abbandono nella lungodegenza per ciascuna delle migliaia di persone che, anche dopo la chiusura dei manicomi pubblici, continuano a subire trattamenti di tipo manicomiale.

Alcune esperienze italiane dimostrano che si può: garantendo una buona qualità dell'accoglienza, ponendo attenzione alla qualità della vita quotidiana, riconoscendo alle persone dignità, responsabilità e autonomia, tutto quanto è stato nel precedente tempo di vita espropriato a seguito della stigmatizzazione della condizione di "sofferente mentale".

Da ultimo, e non per ultimo, i servizi di salute mentale si dovranno sempre più misurare con il lavoro di tutela della salute mentale delle persone detenute nelle carceri e delle persone immigrate in Italia che portano con sé concezioni e interpretazione del disturbo mentale appartenenti a svariate culture non-europee. È una sfida inedita quest'ultima alla quale i nostri sistemi dei servizi e quello formativo appaiono del tutto inadeguati.

Un accenno infine alle politiche della Regione Lombardia dopo la "svolta" della legge 15/2016. Un esempio della "miseria" della gestione dei servizi pubblici di assistenza psichiatrica è il recente documento del G.A.T. della Regione Lombardia di fine 2017. In esso si evidenzia come il sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere non sia stato in grado di reggere alla sfida

della riforma, non solo per l'elevato turnover degli operatori, l'instabilità delle équipe, l'inadeguatezza degli organici previsti, in particolare le figure riabilitative. Il fatto di avere scelto di concentrare tutte le REMS lombarde a Castiglione d/S nel contesto dell'ex-OPG, al di là delle difficoltà dei singoli Servizi di salute mentale e delle dipendenze lombarde, ha costituito e costituisce di per sé un ostacolo allo stesso mantenimento delle relazioni delle persone in carico con le famiglie, i contesti locali della Regione più popolosa d'Italia. A meno che qualcuno non pensi di riuscire a gestire, con successo, on line il grosso delle relazioni, delle informazioni di persone in difficoltà. La parola chiave del lavoro degli operatori dei servizi alle cittadine e ai cittadini con diagnosi psichiatrica è accompagnamento, che significa tenere per mano le persone nei percorsi di vita. Come ormai dovrebbe essere acquisito, ma pare non lo sia in Lombardia, la diagnosi di per sé non vuol dire tutto perché nei percorsi verso la guarigione hanno enorme importanza una gran quantità di fattori extra-clinici, le risorse della persona e del suo contesto.

- Impressiona il dato delle 580 persone che hanno terminato la misura di sicurezza collocate in residenze protette, a conferma del prevalere di risposte contenitive, istituzionalizzanti rispetto a percorsi di salute e di "liberazione", anche tenendo conto della difficoltà delle situazioni e dei problemi di stigma e auto-stigma.



Insomma non compare nel documento Gat il punto di vista della salute mentale ed anche per questo l'interlocuzione con la macchina della giustizia vede i servizi in una posizione ancillare, subalterna, col risultato che si finisce coll'argomentare e discutere al massimo sul "dove" sistemare il "reo folle" al sicuro da sé e dagli altri. Lo dimostra il fatto che lo scambio di informazioni e la collaborazione con il Comune di residenza "per la messa alla prova territoriale" sono collocati per importanza al 9° posto su 13. Quanto al T.S.O., è un documento lacunoso, reticente, che si attarda a discutere sullo "stato di necessità", sul che fare nel caso degli allontanamenti arbitrari dai reparti chiusi delle persone ricoverate, attento a giustificare la pratica delle contenzioni chimiche e meccaniche e le "porte chiuse" negli SPDC lombardi. Nulla è detto sulla necessità e il dovere di ridurre l'uso delle contenzioni nelle degenze psichiatriche fino alla loro eliminazione. Infine la completa assenza di un qualsiasi accenno ai temi della salute mentale dei migranti, molti dei quali si portano dentro esiti di traumi e violenze di ogni genere che producono grandi sofferenze mentali, declinate secondo le culture di provenienza, ispirate a modelli esplicativi altri rispetto alla psichiatria biomedica. Lo scorso anno è morto Tullio Seppilli, antropologo medico, uno dei miei maestri. Tullio parlava di sanità come bene comune, riferendosi ad un sistema pagato con la fiscalità generale e distribuito secondo criteri di universalità. E aggiungeva, "la parola beni

comuni rinvia all'idea che delle cose appartengono alla collettività e non al singolo. È una reazione all'individualismo imperante, alla aggressività dilagante, alla competitività continua che è propria del sistema sociale in cui viviamo. Risponde all'esigenza che alcuni beni essenziali per la vita dell'uomo debbano sfuggire alla logica della proprietà privata, del mercato e del profitto e vadano tutelati dalla legge come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili per tutti. Per fare in modo che un bene diventi bene comune, e non solo bene pubblico, è necessaria la partecipazione di tutti gli interessati.

Rimane quindi aperto il problema di come aprire un servizio sanitario pubblico come il nostro s.s.n. a nuove forme di discussione, partecipazione e gestione comunitaria dal basso dal momento che nel corso di questi 40 anni i meccanismi di iniziativa di controllo dal basso, previsti dalla legge 833, sono stati aboliti e sostituiti da un controllo dall'alto". (T. Seppilli intervistato da C. Nocentini in «Animazione sociale», n. 278, 10/2013)

RIFERIMENTI bibliografici e sitografici

La salute mentale in Italia, «Quaderni di epidemiologia psichiatrica», 1, 2017
www.Stopopg.it
www.Forum salute mentale.it
www.psychiatryonline.it

DALL'ESPERIENZA (1978-2018) DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE UN CONTRIBUTO PER UN NUOVO ASSETTO DEL SSN

Luigi Benevelli

Luigi Benevelli, Dall'esperienza (1978-2018) dei Servizi di salute mentale un contributo per un nuovo assetto del SSN. Milano, Casa della Cultura.

Fra le emozioni più grandi della mia vita di lavoro vi sono state le prime esperienze di visite al domicilio di persone che stavano internate nel manicomio in cui lavoravo, per prepararne le dimissioni. In Lombardia questo lavoro era stato promosso dalla legge regionale n. 37- 5 dicembre 1972 istituzione e regolamentazione dei Comitati Sanitari di Zona che consentì di sperimentare a livello locale, partendo dai Comuni e dai Consigli Comunali, dalle rappresentanze elettive democratiche locali, la promozione e il governo della salute in età perinatale, scolare, lavorativa, presenile, e delle patologie comportamentali e psichiatriche. Poco prima, nel 1968, era stata approvata la legge stralcio di riforma dell'assistenza psichiatrica pubblica, la legge 431 che fu decisiva nell'innovare metodi e finalità dei servizi, laddove fu attuata, perché:

- restituì diritti civili e politici con l'introduzione del ricovero volontario in ospedale psichiatrico;
- introdusse il "lavoro in squadra" di medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, sociologi, una novità che mise in discussione il primato prima indiscusso dell'approccio biomedico-neuropsichiatrico;
- istituì i Centri di Igiene Mentale che contribuirono a facilitare le dimissioni, andare, come si diceva "nel territorio", consentendo una maggiore conoscenza della vita e delle storie delle persone, delle loro famiglie, dei loro contesti sociali, compresi i sindaci e

in generale gli esponenti della vita delle comunità locali, i parroci, i vicini di casa, gli amici, anche i carabinieri;

- contribuì a ridurre lo stigma, arricchì il bagaglio collettivo delle competenze con l'inserimento già citato delle figure delle assistenti sociali e degli psicologi. Molti contesti manicomiali furono investiti dal lavoro di gruppi di operatori che modificarono stili e finalità dell'assistenza, restituendo dignità alle persone, "umanizzando" le condizioni della vita quotidiana, aprendo le porte dei reparti, abbattendo mura e recinti, organizzando apprendimenti utili nella vita quotidiana, accompagnando le persone nel rientro nel mondo civile, sostenendo il ristabilirsi di autonome relazioni interpersonali e sociali.

La scelta di iniziare a lavorare, come si diceva, "nel territorio", non è mai stata una scelta solo o prevalentemente organizzativa, perché ha comportato una profonda modificazione del bagaglio professionale di ciascuno, l'abbandono di criteri di giudizio, modalità di approccio e relazione, finalità di lavoro consolidati e propri del manicomio per impararne e adottarne altri centrati sulla ricerca del consenso, sul rispetto della dignità delle persone, sulla promozione dei diritti dei pazienti e delle loro famiglie, precondizioni per l'efficacia dei trattamenti.

Nel manicomio, così come negli ospedali, a parte i dati delle anamnesi patologiche e del decorso dei sintomi, si sa poco e

niente delle condizioni materiali delle vite personali, dei desideri e dei fallimenti, delle relazioni di prossimità. Nel manicomio le famiglie dei pazienti erano guardate con diffidenza perché ritenute nella maggior parte dei casi "patologiche" anche in ragione delle teorie eugeniche. Per regolamento, le persone ricoverate non avevano spazi di vita "privati", potevano essere perquisite, spogliate e legate a prescindere dal loro consenso. Invece per entrare in casa d'altri per incontrare persone, raccogliere racconti, discutere del che fare, bisogna bussare e che ti sia aperto. Solo allora puoi osservare gli ambienti, i contesti, gli arredi; farti un'idea della qualità dei consumi, dei rapporti di potere, delle dinamiche delle relazioni dentro la famiglia. Ancora di più se incontri gli amici, i Sindaci, il prete, le persone influenti di una comunità. Perché, come sottolinea Giorgio Cosmacini, "È il malato la realtà con cui confrontarsi, non la sua malattia"¹.

Tutto questo è stato fatto per lo più "sul campo", imparando nell'esperienza e nello scambio di informazioni con i protagonisti di ciò che si stava facendo in altri manicomi. È potuto accadere così che gli stessi operatori che avevano condiviso la visione pessimistica dell'incurabilità del disturbo mentale, l'internamento e l'ospedalizzazione di lunga durata in un luogo separato e cinto di mura, andarono ad aprire Servizi di diagnosi e cura negli ospedali generali, Centri di salute mentale, ambulatori, centri diurni, accoglienza in residenze protette.



Se non si coglie l'intensità delle modificazioni delle culture professionali della maggioranza degli operatori dell'assistenza psichiatrica pubblica italiana, non si possono comprendere la fatica e il valore del lavoro compiuto in trent'anni dalla fine degli anni '60 al compimento della chiusura dei manicomi alla fine del 1999.

Su tali esperienze ha poggiato l'impianto del Dipartimento di salute mentale (DSM) codificato dal p.o. nazionale Tutela della salute mentale 1994-96, a centralità e direzione territoriale (CSM/CPS) con un servizio ospedaliero di ridotte dimensioni (Spdc).

Da tale impostazione molti servizi di salute mentale sono andati nel tempo allontanandosi a favore della separazione fra SPDC e territorio; della trasformazione del Centro psicosociale in un ambulatorio periferico; di una imponente neo-residenzialità psichiatrica gestita per gran parte da soggetti privati convenzionati 2.

Sono diventate egemoni culture professionali che rifiutano gli approcci della medicina olistica, culture che non si riconoscono:

- in "una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro. Tiene conto dei fattori che riguardano gli aspetti somatici, emozionali, ambientali, sociali e quelli connessi agli stili di vita. Mette insieme i concetti di benessere psico-fisico e il benessere sociale e prende quindi

in considerazione le capacità di una persona di interagire con la società: le abilità nel lavoro, nell'apprendimento, nel creare e mantenere le relazioni personali e sociali, come pure nel riuscire a essere libero da malattie evitabili, e riuscirci in un modo che sia accettabile per l'individuo" 3.

- nel riconoscere l'importanza della qualità della vita quotidiana delle persone, sapendo che le cose che realmente contano, sono distribuite in modo disuguale, molto più di quanto sia accettabile 4. Di qui la necessità di potenziare la capacità delle persone di prendere decisioni che influenzino positivamente la loro salute e il loro benessere;
- nell'utilità di costruire comunità socialmente sostenibili e resilienti; del coinvolgere i governi a livello locale, nazionale e globale; dell'organizzare la speranza attraverso la formazione di professionisti che conoscano i "determinanti sociali della salute" e il lavoro di advocacy, per politiche che migliorino le condizioni di salute della popolazione.

Il punto di vista della medicina olistica privilegia l'attenzione sugli assetti delle cure primarie, di prossimità. Ne ha parlato fra gli altri Gavino Maciocco, per il quale, "Il rinnovamento delle cure primarie, da molto tempo proposto e auspicato, procede in mezzo a mille difficoltà e con grande lentezza. Alla base c'è un deficit nella forma-

zione medica [...] che non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità, non promuove il lavoro di gruppo, si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurava la continuità delle cure, predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie 5.

Rispetto alle tendenze in atto bisogna cambiare la direzione delle scelte anche organizzative di politica sanitaria, in direzione di una Medicina di famiglia, di territorio, di comunità che:

1. Erogare un set completo di servizi valutativi, preventivi e clinici generali.
2. Assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza per garantire la continuità delle cure.
3. Fornire un'assistenza appropriata ai bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente nel contesto della famiglia e della comunità.

Tutto questo tenendo conto del fatto che l'home care impatta oggi su una famiglia profondamente cambiata, che "è divenuta una sorta di "monade sociale", "senza porte e senza finestre" [...] aperte alla solidarietà domestica o di vicinato. [...] Spesso nella stessa casa non esiste lo spazio per malati che non siano autosufficienti, né il tempo per malattie che non siano di breve durata 6. Di qui la necessità di curanti nuovi e di équipes multiprofessionali. L'Italia è ricca delle culture sociali della carità reli-

giosa, del mutuo soccorso e della solidarietà operaia: si tratta di riconoscerle per valorizzarle.

L'azione per affermare l'home care si deve misurare anche col fatto che in tutto l'Occidente negli ultimi 20 anni sono andati affermandosi processi di accorpamento delle aziende sanitarie, modificandone in modo radicale la struttura, quella che è stata definita "mania di accorpamenti". Per stare in Italia, "si è passati da un totale di 659 USL nel 1992 a 180 ASL nel 2005 e infine, nel 2017 ne sono previste 104. [...] In totale le ASL si sono ridotte del 40% dal 2005 al 2017. Andamento simile per quanto concerne i Distretti, che si sono ridotti del 33% dal 2005 al 2017; erano 977 nel 1999, 835 nel 2005 e nel 2017 sono diventati 562" 7, come se alla ridefinizione in senso aggregativo delle aziende sanitarie debba necessariamente seguire anche una loro contrazione. Ora, se la medicina di prossimità è un valore, tale valore si esalta e concretizza solo se le strutture erogatrici realizzano un contatto reale con i cittadini 8. E questo è diventato un grande problema.

Per stare in Lombardia, la Legge regionale 23/15 ha dismesso 15 ASL e 30 AO, creando due nuove tipologie di enti: 27 ASST - Aziende Socio Sanitarie Territoriali, con bacino di circa 400.000 abitanti; queste nuove aziende coincidono con le ex AO, cui si aggiungono le attività territoriali trasferite dalle ex ASL; 8 ATS - Agenzie di Tutela della Salute, competenti su un'a-



rea vasta di circa un milione di abitanti, che “attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA”.[...] Tuttavia, come annota Fulvio Lonati 9, a fronte dei principi enunciati circa la necessità di spostare l’attenzione dall’ospedale al territorio, la riforma non ha definito gli strumenti di governo dei distretti che, perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi. La collaborazione con i Comuni e la valorizzazione delle comunità locali appaiono marginalizzate; a colui che dovrebbe essere l’attore territoriale di cerniera, il medico di famiglia, non viene attribuito un ruolo preciso. Su questi aspetti critici si pronuncia anche la bozza del documento del Movimento per la difesa e il miglioramento del Ssn (che ha promosso l’incontro di oggi) dedicato all’Assistenza primaria (marzo 2018) che segnala come nella definizione delle risposte utili ai bisogni della popolazione, nella programmazione degli investimenti relativi non siano stati affrontati i nodi del rapporto tra strutture sanitarie e strutture erogatrici di prestazioni sociali e sociosanitarie e quelli del rapporto con gli enti locali. Senza tacere che continua ad essere ignorato il tema della verifica dei risultati, tema che dovrebbe essere centrale in una riforma che si definisce sperimentale e che si propone esempio per regioni e addirittura per il paese.

A me pare che bisogna ridurre le dimen-

sioni delle attuali maxi-aziende sanitarie, ospedaliere e non. Ma si tratta soprattutto di restituire ai Sindaci il ruolo di autorità sanitaria locale loro assegnato dell’art. 13 della legge 833/78, un ruolo che nelle attuali Aziende ha finito coll’essere progressivamente sempre più ridotto, a partire dall’aziendalizzazione delle USL (D.L. 502/92), col risultato che nessuno svolge la funzione di mettere insieme a livello locale la conoscenza di quanto amministrazioni e servizi pubblici, cittadini, volontariato fanno, situazione per situazione, quali ne siano i caratteri e le cause, nonché di monitorare l’esito degli interventi. Nel tempo, al posto dei sindaci, democraticamente eletti dalle popolazioni, ha messo radici una classe di funzionari manager che rispondono a chi li ha nominati (le giunte regionali) ma non al potere politico-amministrativo e alle comunità locali.

Per tali ragioni credo sia necessario, utile e urgente ripartire dalle culture professionali, politiche, costituzionali che hanno innervato il movimento riformatore italiano, costruire percorsi ispirati alla recovery, dare una svolta alla formazione dei professionisti, criticare l’esclusività del “modello medico” restituendo centralità alla dimensione comunitaria, “locale”, alla domiciliarità dei pazienti, coinvolgendo le associazioni professionali e scientifiche di psichiatri, infermieri, assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, di tutti gli operatori della sanità pubblica,

Elio Borgonovi osservava di recente che, “Il

tema del Ssn da tempo non è ai primi posti dell’agenda politica, mentre, invece, il tema della salute negli ultimi anni è entrato nel dibattito politico e nell’opinione pubblica solo marginalmente e prevalentemente in occasione di casi reali o presunti di mala sanità, o quando ha avuto un certo spazio tramite i media la cultura a-scientifica, o anti-scientifica, che caratterizza il nostro paese più di altri (es. casi stamina e il rifiuto delle vaccinazioni) .

Per rilanciare l’attenzione e il rispetto che merita il tema del diritto alla salute, vale la pena, credo, di smetterla di esaltarsi per le nostre “eccellenze” presunte o reali, e riprendere a esplorare la qualità della vita quotidiana dei cittadini, specie di quelli che fanno fatica a vivere, a studiare gli esiti delle “prese in carico” e dei trattamenti erogati, a riconoscere responsabilità e competenze in campo sanitario alle democrazie locali. Anche in Lombardia, dove le Giunte regionali di allora, quando Mutue, Ospedali, manicomi funzionavano a pieno regime, vollero e resero possibile l’esperienza dei Comitati sanitari di Zona.

Lo scorso anno è morto Tullio Seppilli, antropologo medico, fra i costruttori del Servizio sanitario nazionale, uno dei miei maestri.

Tullio parlava di sanità come bene comune, riferendosi ad un sistema pagato con la fiscalità generale, distribuito secondo criteri di universalità e segnalava come fosse rimasto irrisolto “il problema di come aprire un servizio sanitario pubblico come il

nostro s.s.n. a nuove forme di discussione, partecipazione e gestione comunitaria dal basso dal momento che nel corso di questi 40 anni i meccanismi di iniziativa di controllo dal basso, previsti dalla legge 833, sono stati aboliti e sostituiti da un controllo dall’alto” .

Credo che sarebbe una buona cosa che l’ANCI ridesse vita e funzione all’ANCI-Sanità e riprendesse a discutere con le Regioni.

note

- 1 G. Cosmacini, Storia della medicina e della sanità nell’Italia contemporanea, Laterza, Bari, 1994, p. 214.
- 2 v. Fabrizio Starace, Flavia Baccari, Salute mentale a rischio. Ecco la mappa delle disuguaglianze, Il Sole24oreSanità, 27.09. 2017; v. URASAM, La situazione della salute mentale in Lombardia, lettera ai candidati alle elezioni regionali, febbraio 2018.
- 3 BMA Social Determinants of Health – What Doctors Can Do, 2008.
- 4 Michael Marmot, La salute disuguale, Il pensiero scientifico ed., Roma, 2016, p. 43.
- 5 Gavino Maciocco, Il futuro delle cure primarie, «Salute internazionale.info», 27 aprile 2015
- 6 G. Cosmacini, op. cit. pag. 394.
- 7 Marco Mariani, Anna Acampora, Gianfranco Damiani, Mergermania. L’ossessione degli accorpamenti delle ASL, SaluteInternazionale.info, 1 ottobre 2017.
- 8 Gilberto Gentili, La Casa della salute tra distretto, cronicità e assistenza primaria, Sanità24ore, 25 gennaio 2018.
- 9 Fulvio Lonati, La nuova sanità lombarda, Saluteinternazionale.info, 02, 2017.

AFFRONTARE LE SFIDE PER DIFENDERE IL SERVIZIO PUBBLICO

Segreteria tecnica del Movimento per la difesa e il miglioramento del SSN

ASSISTENZA PRIMARIA

INDICE

1. Premessa
2. Come affrontare la sfida della presa in carico della cronicità e della rimodulazione dell'assistenza territoriale
3. Quali implicazioni per i SSR italiani
4. Il caso Lombardia: l'impatto della modalità di implementazione della Presa in Carico (PiC) dei cronici e/o fragili nel SSR lombardo

ALLEGATO 1

Il caso Lombardia, analisi dettagliata

1. PREMESSA

Il presente documento integra il precedente (dicembre 2017) e affronta il tema dell'assistenza primaria rivolta soprattutto ai malati cronici e fragili, oggetto oggi di ampio dibattito a fronte dell'invecchiamento della popolazione e dei conseguenti riflessi sull'organizzazione del servizio sanitario e della sua sostenibilità. Si tratta di un contributo rivolto a tutti coloro che, con ruoli diversi, affrontano questi temi ricercando soluzioni possibili, e sottolinea con forza la necessaria centralità del sistema pubblico a governo del servizio sanitario, a tutela della salute di tutti i cittadini e per garantire equità nell'accesso alle cure.

Una particolare attenzione è riservata alla riforma in attuazione in Lombardia che riteniamo, oltre che di dubbia costituzionalità, possa avere effetti negativi sul Servizio Sanitario Regionale e che, presentandosi come modello di riferimento possa avere degli imitatori.

2. COME AFFRONTARE LA SFIDA DELLA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ E DELLA RIMODULAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

La Costituzione, con l'art. 32, afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Il SSN, nato dalla L. 833/78, rappresenta lo strumento di attuazione del dettato costituzionale, strumento di coesione sociale e di contrasto alle diseguaglianze.

Condizione necessaria, ma non sufficiente, per sostenere il nostro SSN è garantirgli le risorse indispensabili per il funzionamento. In questi anni, invece, in Italia si è assistito ad un contenimento del finanziamento pubblico * e ad un depauperamento delle risorse di personale con il blocco del turnover: nel periodo 2009-2016 la sanità pubblica ha perso 45.000 operatori (Ragioneria generale dello Stato- Conto annuale della P.A.).

Occorre anche constatare che l'attuale offerta dei servizi pubblici, e la loro organizzazione, non è del tutto adeguata, anzi è deficitaria, nei confronti dei bisogni della popolazione, così come sono stati delineati negli ultimi decenni dalla epidemiologia: aumento della longevità (ma anche degli anni trascorsi in non buona salute - multimorbosità) e progressivo aumento della percentuale della popolazione affetta da malattie croniche, che oggi assorbono circa l'80% dell'assistenza e delle prestazioni del SSN. Ma si tratta di prestazioni in larga parte tardive, a volte inappropriate e inefficaci (e per questo anche inutilmente costose) perché basate su interventi specialistici e ospedalieri, frammentari e quasi mai integrati con l'intervento sociale.

Se si vuole migliorare la salute della popolazione, ed anche contenere la spesa sanitaria occorre prima di tutto **investire sulla prevenzione**, misura tanto più necessaria dato l'invecchiamento della popolazione, che deve essere aiutata a rimanere attiva e in salute il più possibile; la prevenzione,

inoltre, può contrastare i riflessi negativi per la salute delle diseguaglianze sociali. Giustamente i nuovi LEA hanno inserito elementi di prevenzione in tutti gli ambiti sanitari, in particolare nella sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, ma ai buoni propositi occorre dare gambe per poterli realizzare.

Prevenzione "primaria" innanzitutto: intervenire perché le persone non si ammalino, agendo sui principali fattori di rischio ambientali e individuali delle malattie croniche, tra cui fumo, obesità, sedentarietà. Fattori di rischio comportamentali, legati sì alle scelte individuali, ma fortemente condizionati dal contesto ambientale, sociale e dalla condizione socio-economica (un noto chef, a proposito delle campagne per una sana alimentazione, ha così efficacemente sintetizzato "La qualità del cibo che mangiamo dipende da quanti soldi abbiamo. Se puoi comprare solo schifezze, puoi mangiare solo schifezze. E se sono solo schifezze quelle che trovi in offerta, sono quelle che comprerai"); per questo è altrettanto importante intervenire contemporaneamente su questi fattori, pena il fallimento o effetti controproducenti dell'intervento sui comportamenti.

Altrettanto importanti sono la prevenzione "secondaria" e "terziaria", ovvero: riconoscimento tempestivo delle patologie e della vulnerabilità, prevenzione degli scompensi e degli aggravamenti, coordinamento e continuità delle cure, presa in carico sanitaria e sociale dei casi più

complessi. Anche in questo caso gli interventi di carattere sociale e socio sanitario sono elementi importanti per assicurare una vera “presa in carico” della persona e garantire buoni risultati delle stesse prestazioni sanitarie.

Occorre, pertanto, **uscire dalla logica ospedalocentrica**, che distorce la natura stessa della struttura ospedaliera creando disfunzioni (vedasi l’intasamento del Pronto Soccorso), genera tempi di attesa insostenibili, incrementa i costi sanitari. Serve assestarsi su una logica che porti al riequilibrio del sistema. Occorre cioè **potenziare e riorganizzare l’assistenza primaria con servizi territoriali** che favoriscano forme associative di MMG e la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari, composti da medici di medicina generale, infermieri, specialisti, fisioterapisti e assistenti sociali, per garantire una assistenza “proattiva”, integrata e personalizzata.

Questa organizzazione consente di soddisfare meglio le esigenze di assistenza primaria degli assistiti; laddove queste iniziative si sono sviluppate si è potuto, tra l’altro, registrare un minor afflusso di casi impropri (codici bianchi) nei Pronto Soccorso degli ospedali. Al contempo consente uno scambio professionale che arricchisce e aggiorna la preparazione professionale, preparazione che dovrà comunque essere continua e coordinata sia con le strutture di governo della sanità che con gli ordini professionali e le associazioni

scientifiche. Il rapporto, poi, con le strutture di ricovero e cura potrà garantire la continuità assistenziale oltre che un arricchimento professionale.

Da ultimo vorremmo portare all’attenzione il problema della gestione delle banche dei dati sanitari.

La recente legge europea 2017, pubblicata il 28.11 in G.U., consente l’uso di dati personali, anche sensibili, a scopo di ricerca scientifica, senza il consenso degli interessati e con la sola tutela di un’autorizzazione da parte del Garante Privacy, prevista in modo generico dalla norma.

La norma pone alcuni rilevanti dubbi e preoccupazioni sull’utilizzo dei dati:

- chi renderà anonimi i dati? Sarà garantita la privacy?
- che utilizzo ne faranno le società private cui potranno essere affidati i dati?
- quale sarà il controllo da parte dello Stato?

La gestione dei dati sanitari è un elemento essenziale per la programmazione del sistema sanitario, il controllo della sua efficienza ed efficacia è di interesse pubblico e deve essere, pertanto, trasparente ed accessibile ai cittadini.

3. QUALI IMPLICAZIONI PER I SSR ITALIANI

La riorganizzazione delle cure primarie, l’urgenza di affrontare l’invecchiamento della popolazione e il carico delle malattie croniche (con implicazioni sociali) vengono affrontati da alcuni dei SSR italiani.

In alcune regioni i modelli scelti per fronteggiare le nuove sfide sono già arrivati ad uno stadio avanzato di implementazione. Quello che si può dire in prima battuta è che questo processo avviene:

a) In situazioni in cui la già inadeguata medicina territoriale è stata in genere drasticamente ridotta (pensiamo a quanti erano gli ambulatori specialistici sul territorio ai tempi delle USSL)

b) Le risposte ai vari modelli suggeriti anche dalle linee ministeriali per incrementare le associazioni dei medici di base e la medicina del territorio sono state frammentarie, deboli. Tuttavia, pur in presenza di varie vischiosità presenti fra i MMGG, bisogna dire che in alcune regioni italiane le risposte alla prospettiva dell’associazionismo sono frenate alla loro base da uno spartiacque che viene da lontano. Da un lato ci sono modelli di associazionismo che si incardinano in una logica che si coordina a politiche gestite dal pubblico, dall’altro ci sono modelli di associazionismo che sono l’espressione della volontà dei medici di farsi imprenditori, sicuramente per entrare nel settore pubblico, ma non come erogatori incardinabili nel sistema, bensì essenzialmente come promotori della propria autonomia.

In questi casi le buone politiche in sanità (medicina di iniziativa) che vogliono imprimere una marcia in più all’impostazione che fino ad ora ha caratterizzato le cure

sanitarie – la medicina di attesa per acuti finora è stata ospedalocentrica - mai come adesso vengono cortocircuitate e usate per imprimere un’ulteriore svolta nella direzione di una maggiore privatizzazione dei sistemi sanitari.

Teniamo presente poi che gli input della consulenza ai sistemi sanitari regionali pubblici, proveniente principalmente dai centri di ricerca universitaria e consulenza manageriale per la sanità italiani (Bocconi, in primis) e dalle multinazionali statunitensi strettamente collegate a corporation della sanità californiane (si pensi alla KPMG, ma non solo), hanno un comune orientamento di apertura al mercato e perseguono un’evidente strategia verso la realizzazione di sistemi con una sempre più forte componente privatistica. Tali input trovano su un piano nazionale un’applicazione in parte diversa a seconda della capacità che ha ogni regione di difendere i principi dell’ordinamento pubblico del sistema sanitario. E quindi il rischio non è solo quello della maggior privatizzazione ma è anche quello dell’implosione dei sistemi pubblici che erogano servizi sanitari finanziati con risorse pubbliche, proprio per il maggior costo che i sistemi a maggior componente privatistica producono sui bilanci pubblici (la misura di questo maggior costo è un obiettivo conoscitivo purtroppo del tutto trascurato dalle ricerche accademiche). Uno dei motivi della appetibilità dei nostri sistemi sanitari per le imprese del settore, e non solo, è l’enorme quantità di denaro



che è messa in moto da queste nuove politiche per integrare la medicina di attesa con quella di iniziativa (in Lombardia si parla di almeno il 70% del budget regionale della sanità).

D'altro canto la gestione delle strutture pubbliche e l'intero governo della politica sanitaria sono messe in costante difficoltà; non si tratta solo di numeri di operatori, peraltro in costante diminuzione tanto da minare la stessa operabilità delle strutture, ma anche di assenza di progettualità, di incapacità e/o non volontà di scelte per riorientare la ripartizione della spesa (si pensi solo alla riconversione delle strutture sanitarie: quante volte ci siamo sentiti dire che i piccoli ospedali devono lasciare il passo a strutture per cura e assistenza dei cronici e dei fragili, riabilitazione, ecc. senza che, nella maggior parte delle regioni siano state prese concrete decisioni in merito?), di scelta di manager dalle dubbie capacità, di norme e disposizioni che fanno dell'accreditamento e della vigilanza sulla funzionalità delle strutture accreditate un orpello che succhia inutilmente risorse, del moltiplicarsi di sovrastutture e adempimenti amministrativi.

La difesa del SSN deve passare anche dal garantire reali condizioni di operabilità alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, controllandone funzionalità, funzionamento e risultati ottenuti, con il coraggio di abolire strutture improduttive riconvertendole in strutture che rispondano ai bisogni poco o nulla soddisfatti dal servizio

pubblico (riabilitazione, odontoiatria, ecc.). Oggi il divario tra capacità organizzative delle strutture pubbliche e di quelle private è enorme, a vantaggio di queste ultime, garantite ampiamente da finanziamenti pubblici e il cui controllo, sia in fase di accreditamento che successivamente, ha maglie alquanto lasche.

c) La riorganizzazione in essere delle cure primarie passa anche attraverso una operazione di ridefinizione del confine tra salute e malattia classificando come vere e proprie patologie croniche situazioni "borderline", confondendo i fattori di rischio con le vere e proprie patologie e spostando sempre più in basso i valori di normalità.

Molti sono i programmi di screening, spacciati per programmi di prevenzione, offerti da centri privati e purtroppo inseriti anche in contratti collettivi di lavoro come benefit per i lavoratori; si tratta di accertamenti la cui utilità non è affatto provata da studi scientifici, anzi, ma che a loro volta inducono ulteriori accertamenti di approfondimento con un incremento esponenziale dei costi.

Come ha osservato recentemente Roberto Satolli, nella recensione al libro di Marco Geddes da Filicaia (La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace) apparsa su Scienziainrete, "Non c'è bisogno di essere esperti per capire quanti soldi si possono fare convincendo i sani di essere malati...", "Così quei piani preventivi, che rap-

presentano un formidabile strumento di marketing e una fonte di business per l'intera industria della salute, assicurazioni comprese, sono in realtà un attentato alla salute dei cittadini e alla sostenibilità della sanità pubblica."

4. IL CASO LOMBARDIA: L'IMPATTO DELLA MODALITÀ DI IMPLEMENTAZIONE DELLA PRESA IN CARICO (PIC) DEI CRONICI E/O FRAGILI NEL SSR LOMBARDO

Nei provvedimenti della Regione Lombardia (L.R. 23/15, delibere relative alla cronicità), a fronte dell'affermazione di principi simili a quanto indicato nel capitolo 1, si riscontrano invece numerose criticità:

- scarso/nullo impegno per lo sviluppo di servizi territoriali
- tendenziale emarginazione del ruolo del MMG, previsto dalla CUN, nella gestione del proprio assistito (perdita di ruolo nella gestione "personalizzata e globale" del paziente cronico); sovrapposizione di funzioni tra MMG e "gestore", con possibili duplicazioni di interventi, contrasti, aumento delle spese sanitarie
- dubbi sulla liceità del rapporto privatistico che si instaura tra paziente cronico e "gestore" nella definizione del Piano Assistenziale Integrato (PAI)
- assenza di provvedimenti relativi agli aspetti sociali e sociosanitari, pure previsti nella delibera relativa alla domanda in cui si fa esplicito riferimento

al bisogno sociale (o quanto meno socio-sanitario) presente in molte patologie "croniche", e si sottolinea di conseguenza il tema della integrazione tra sanitario e sociale. Una risposta solo sanitaria a patologie complesse come il decadimento cognitivo o la malattia mentale su tutte (ma gli esempi sarebbero molteplici) risulta del tutto aleatoria e penalizza il ruolo degli enti locali, lasciati soli e con poche risorse ad affrontare queste tematiche, ma anche delle famiglie, spesso chiamate a fare da caregiver.

- non affrontato il nodo del rapporto con gli enti locali nella definizione delle risposte utili ai bisogni della popolazione, nella programmazione degli investimenti relativi.
- i provvedimenti della Regione Lombardia chiamano in causa, come forma di associazione nell'ambito della medicina generale, le sole cooperative all'uopo costituite, scelta che rischia, in prospettiva, di snaturare il ruolo stesso del MMG. L'affidamento del ruolo di gestore alle associazioni costituite da MMG avrebbe ricondotto il tema non solo a un aspetto già previsto dalla legge e dai contratti, ma avrebbe ulteriormente stimolato i MMG ad uscire dalla logica del medico singolo, per sua natura non in grado di affrontare situazioni complesse, al contrario delle associazioni dove, con un minimo di organizzazione, questo sarebbe pos-



sibile per un numero consistente di casi.

Inoltre, l'aver incluso le strutture ospedaliere come possibili "gestori" non fa che perpetuare la logica ospedalocentrica che ha guidato finora le scelte di politica sanitaria, non solo in Lombardia, e che i provvedimenti della Giunta Maroni avevano dichiarato di voler contrastare.

- c'è molto arbitrio nel definire il concetto di cronicità: si confondono i fattori di rischio con le vere e proprie patologie. Già il limitare le situazioni "borderline", ridurrebbe di molto il novero e il peso quantitativo delle cronicità, e consentirebbe di concentrare l'attenzione e le risorse solo sulle "patologie" più complesse e davvero pertinenti.

- da ultimo, non viene affrontato il tema della verifica dei risultati, degli indicatori in termini di salute, tema che ci parrebbe essenziale in una riforma che si definisce sperimentale e che si propone esempio per regioni e addirittura per il paese.

In ALLEGATO 1 riportiamo un'analisi dettagliata di quanto sta avvenendo nella regione Lombardia per mettere in luce gli effetti distruttivi di queste scelte sul SSN e mettere in guardia chi in altri territori potrebbe intraprendere iniziative analoghe. Il modello lombardo, infatti, vuole presentarsi come modello organizzativo di riferimento per l'assistenza primaria dei malati cronici.

ALLEGATO B

Video dell'incontro disponibile su:

<http://www.casadellacultura.it/casa-della-cultura-incontri-video.php?id=2196&t=stream1>



Mercoledì 13 dicembre 2017 ore 21.00

LA SALUTE BENE COMUNE

Legge regionale sulla cronicità: quali garanzie per i cittadini?

Dibattito con

Alberto Aronica

medico di medicina generale

Marco Bosio

direttore ATS Milano

Giuseppe Imbalzano

medico esperto di organizzazione sanitaria

Giuseppe Landonio

staff assessorato welfare comune di Milano

Moderata

Roberto Satolli

giornalista medico

ANDAMENTO INFORTUNISTICO E STRATEGIE DI PREVENZIONE IN AMBIENTE DI LAVORO

*Eugenio Ariano, Susanna Cantoni,
Bruno Pesenti*

Il presente documento, è da valutare in modo integrato con quello più generale "Per il rilancio della prevenzione" dell'ottobre 2017, e con il Comunicato "Strage sul lavoro alla Lamina di Milano" del 20 Gennaio 2018.

LA COMUNICAZIONE

Nei mass media si riscontra da qualche anno una maggiore attenzione verso i temi della prevenzione in ambiente di lavoro e in particolare verso l'infortunistica; ciò avviene però troppo spesso con un taglio scandalistico, mirato soprattutto ad eventi negativi e raramente ad evidenziare e stimolare iniziative efficaci, privilegiando tra l'altro spesso fonti prive di specifiche competenze.

Ciò comporta pesanti distorsioni nella percezione sia dei rischi sia delle responsabilità, con una ricerca prioritaria dei "capri espiatori" e la tendenziale negazione di efficacia di interventi che non siano puramente repressivi; una corretta comunicazione viceversa è fondamentale per condividere con tutte le parti la scelta delle priorità di intervento e per diffondere pratiche corrette ed efficaci di prevenzione.

Purtroppo anche la strategia di comunicazione di Istituti/Istituzioni di livello nazionale, che pure hanno una notevole "potenza informativa", ha mostrato finora una visuale disorganica e/o limitata a specifici interessi di settore. Occorre invece che le strutture centrali e periferiche del SSN si diano un piano organico e coordinato di comunicazione -coerente e integrato con una sistematica valutazione di efficacia degli interventi volti a contrastare il fenomeno-, rivolto a tutti gli interlocutori (mass media, istituzioni,

parti sociali, cittadini), rendendo trasparenti le azioni e i risultati delle azioni intraprese anche evidenziando criticità ed eventuali insuccessi. A questo proposito, prendendo atto dei veloci e radicali cambiamenti nella struttura produttiva (contratti che promuovono il precariato, turn-over dei lavoratori in continuo aumento, settori produttivi in grave crisi a fronte di altri in espansione etc.) è essenziale non sottovalutare "segnali" che si possano configurare come "eventi sentinelle" di una riacutizzazione del fenomeno infortunistico, da affrontare con tutti gli interventi fino ad oggi dimostratisi efficaci, ma mettendo in campo anche iniziative nuove mirate ai cambiamenti di cui sopra.

Al di là dei confronti che toccano il problema della corretta comunicazione e conseguentemente della percezione del problema e dell'efficacia degli interventi, **l'obiettivo cui puntare rimane quello di ridurre sostanziosamente gli infortuni sul lavoro, mantenendo e potenziando il trend in essere.**

COSA DICONO E NON DICONO I DATI

In Italia i dati su infortuni e patologie professionali provengono in massima parte dall'INAIL. Il disporre di un'unica fonte istituzionale è un'ottima opportunità, non ugualmente disponibile in molti altri paesi; si tratta però di dati raccolti prevalentemente a scopo assicurativo, il cui utilizzo anche per altri fini compor-

ta varie criticità e richiede conseguenti cautele e adattamenti. È tra l'altro alquanto azzardata l'analisi di lungo periodo, per le modifiche verificatesi nella raccolta, archiviazione e valutazione dei dati nel corso del tempo.

Un altro grave difetto consiste nel fatto che i dati non riguardano l'intera popolazione lavorativa, bensì la popolazione assicurata, anch'essa cambiata nel tempo.

La situazione in anni recenti è sintetizzata nella tabella seguente:

	addetti INAIL	occupati ISTAT
2010	16.168.595	22.526.900
2011	16.158.266	22.598.200
2012	15.844.699	22.566.000
2013	15.671.139	22.190.500
2014	15.495.703	22.278.900

Chi sono questi occupati non assicurati? Oltre naturalmente ai lavoratori irregolari, qui non conteggiati, sono commercianti titolari, liberi professionisti o partite IVA, pensionati che lavorano (soprattutto in agricoltura e piccoli lavori edili), gli appartenenti alle Forze Armate e al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e alla Polizia di Stato ...

Però in Europa è anche peggio. I sistemi di raccolta dati sono assai difformi; il monitoraggio degli infortuni sul lavoro non è stato finora oggetto di uniformazione da parte della Comunità Europea.

COSA SUCCEDDE IN EUROPA: I DATI EUROSTAT SUI CASI DI INFORTUNIO SUL LAVORO

Le statistiche in valori assoluti presentano ancora oggi gravi carenze dal punto di vista della completezza dei dati, per una serie di motivi fondamentali:

1. alcuni Paesi membri (Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito e Svezia), non disponendo di un sistema assicurativo specifico, presentano "livelli di sottodichiarazione compresi tra il 30% e il 50% del totale";
2. alcuni Paesi membri (in particolare anglosassoni) non rilevano gli infortuni stradali avvenuti nell'esercizio dell'attività lavorativa, in quanto rientranti nella tutela non dei rischi da lavoro ma dei rischi da circolazione stradale.
3. in molti Paesi membri i lavoratori autonomi (una categoria quasi ovunque molto consistente) e relativi coadiuvanti non sono coperti dai sistemi di dichiarazione nazionali e quindi esclusi dalle rispettive statistiche, o totalmente (Belgio, Grecia, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Portogallo, Irlanda) o parzialmente (Germania, Spagna, Austria, Finlandia). In Italia tale categoria è normalmente coperta.
4. in alcuni Paesi membri diversi importanti settori economici non ven-

gono considerati nelle statistiche; in particolare, parti del settore pubblico (amministrazione pubblica), dell'Estrazione di minerali e parti del settore Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni non sono coperti o sono coperti solo in parte.

5. disomogeneità nelle procedure di registrazione dei casi mortali: per esempio, in Germania vengono presi in considerazione solo i decessi avvenuti entro 30 giorni.

L'Ufficio centrale di statistica dell'Unione Europea (Eurostat), che pubblica i dati europei, per i raffronti tra i vari Paesi raccomanda di utilizzare esclusivamente i tassi di incidenza infortunistica standardizzati sulla popolazione europea, elaborati sia per tener conto delle diverse strutture produttive nazionali, sia per apportare correttivi di integrazione dei dati per renderli più coerenti, omogenei e confrontabili.

Ad esempio, per quanto riguarda gli infortuni mortali, nel calcolo dei tassi standardizzati vengono esclusi gli incidenti stradali e a bordo di qualsiasi mezzo di trasporto, allo scopo di fornire tassi di incidenza comparabili, in quanto in alcuni Stati non vengono registrati come infortuni sul lavoro. I dati comprendono tutti i casi di infortunio che abbiano provocato un'assenza dal lavoro superiore a tre giorni di calendario, esclusi quelli in itinere.

STATI MEMBRI	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Spagna	4.935	3.867	3.523	3.422	2.890	2.909	3.220
Portogallo	:	3.535	3.382	3.537	3.563	3.619	3.582
Francia	3.833	2.848	4.991	4.579	3.048	3.164	3.386
Lussemburgo	2.910	2.314	2.372	2.397	2.324	2.466	2.287
Germania	3.162	2.089	2.207	2.403	2.202	2.178	2.119
Belgio	3.071	2.038	2.062	2.523	2.197	2.147	1.724
Paesi Bassi (*)	3.444	2.193	2.357	2.269	2.663	2.278	1.394
UE - 15	2.639	2.175	2.309	2.258	2.036	2.023	1.955
Finlandia	2.698	2.075	2.146	2.481	2.166	2.230	:
Danimarca (*)	2.764	2.136	2.328	2.239	2.178	2.094	1.983
Italia (10° posto)	2.389	2.333	2.194	2.005	1.683	1.712	1.619
Austria	2.284	2.254	2.244	1.961	1.903	1.840	1.806
Grecia (?!?!)	1.263	643	525	519	460	447	152
Irlanda (*)	841	582	941	955	810	1.036	1.072
Regno Unito (*)	1.064	1.067	1.016	1.021	894	990	1.015
Svezia (*)	914	827	881	874	901	875	760

(*) Paesi in cui i dati non provengono dal sistema assicurativo e presentano livelli consistenti di sottodenuncia.

Fonte: EUROSTAT

I dati sono aggiornati al 2014; in ogni caso l'Italia, su valori già dagli anni 2000 più bassi della media europea, non appare affatto mal posizionata, specie se si tiene conto della maggiore copertura del nostro sistema di rendicontazione. Si colloca infatti, in una graduatoria discendente, al decimo

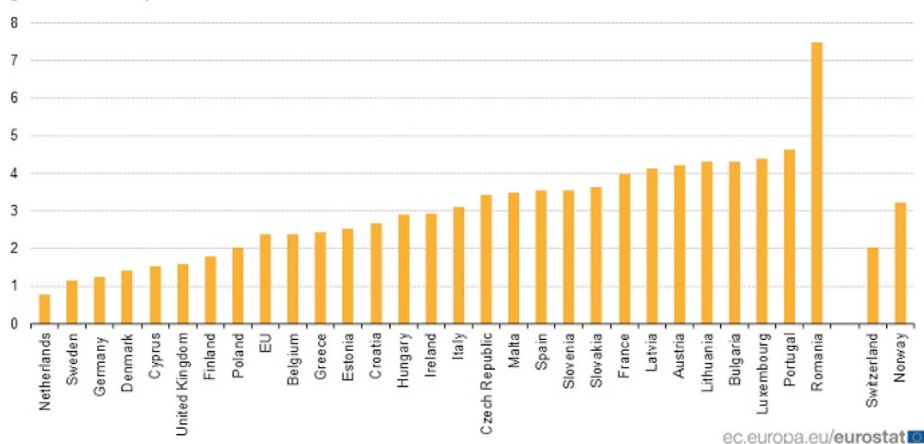
posto in un'Europa a 15, seguita solo da paesi che notoriamente presentano livelli consistenti di sottodenuncia. Il dato greco è del tutto incommentabile.

I dati EUROSTAT mostrano inoltre un importante riduzione del tasso italiano (-32.2% in 6 anni).

Al netto di varie criticità, siamo evidentemente molto lontani (in meglio) dal «famoso» milione di infortuni annuali cui si assisteva ancora all'inizio di questo secolo. Un quadro sostanzialmente simile, con l'I-

talia al 14° posto, si ottiene guardando agli infortuni mortali nella UE nel 2015, pubblicati nei giorni scorsi, e tenendo a mente le considerazioni EUROSTAT sul grado di completezza dei dati.

Standardised incidence rate of fatal accidents at work, 2015
(per 100 000 workers)



INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI: GLI OPEN DATA INAIL DEL 2017

I dati, riferiti alle sole denunce, sono provvisori in attesa di quelli consolidati che saranno diffusi a luglio.

Premesso che il confronto richiede cautele, specie rispetto all'andamento degli infortuni mortali, soggetto all'effetto distorsivo di "punte occasionali" e dei tempi di trattazione delle pratiche e di consolidamento degli archivi, tra gennaio e dicembre 2017 sono state presentate a INAIL 635.433 denunce di infortuni sul lavoro (-0,2% rispetto al 2016),

di cui 1.029 con esito mortale (+1,1%). Nello stesso periodo prosegue il trend in diminuzione delle malattie professionali (-3,7%), seguito alla grande crescita legata alle nuove tabelle e soprattutto all'avvio della ricerca attiva delle malattie professionali.

Denunce di infortunio

Tra gennaio e dicembre del 2017 le denunce d'infortunio pervenute all'Inail sono state 635.433. La diminuzione di 1.379 casi rispetto allo stesso periodo del 2016 (-0,2%) è dovuta al calo degli infortuni avvenuti in

occasione di lavoro (-0,7%), mentre quelli in itinere, nel tragitto casa-lavoro e viceversa, hanno avuto un incremento (+2,8%).

Alla diminuzione delle denunce nel 2017 ha contribuito la sola gestione Agricoltura, che ha fatto segnare un calo del 5,2% (1.848 casi in meno), mentre il Conto Stato (casi riguardanti i dipendenti dello Stato e gli studenti, che INAIL raccoglie solo a fini statistici) ha presentato un aumento dello 0,4% (443 denunce in più) e l'Industria e servizi un sostanziale pareggio (+26 casi).

A livello territoriale si assiste a un netto contrasto tra Nord e Centro-Sud; le denunce sono infatti aumentate al Nord (+2.304), mentre sono diminuite al Centro (-1.108 casi) e al Sud e Isole (-2.575). Il contrario accade, almeno tra il 2015 e il 2016 -ultimo anno disponibile nella banca dati statistica INAIL- nella gestione agricoltura, dove, a fronte di una riduzione generalizzata al nord e al centro, si assiste ad aumento in quasi tutte le regioni meridionali.

L'analisi per classi di età evidenzia un sensibile aumento delle denunce per i lavoratori di età compresa tra i 55 e i 69 anni (+5.200). Risultano, inoltre, in aumento le denunce dei lavoratori stranieri (+2.250 casi), mentre diminuiscono quelle degli italiani (-3.600).

Casi mortali

Le denunce di infortunio mortale nel 2017 sono state 1.029, con un incremento di 11 casi rispetto ai 1.018 del 2016 (+1,1%) ma una diminuzione di 143 casi rispetto ai 1.172 decessi denunciati nel 2015.

L'incremento del 2017 riguarda peraltro le morti avvenute in itinere (+5,2%), mentre quelle in occasione di lavoro sono lievemente diminuite (-0,4%). Il dato si conferma anche per i primi mesi 2018: tra gennaio e marzo 2018 si sono denunciate 22 morti sul lavoro in più rispetto ai primi tre mesi del 2017, da 190 a 212. L'aumento anche in questo caso è legato ai casi avvenuti in itinere, aumentati di 24 unità (da 43 a 67), mentre quelli occorsi in occasione di lavoro sono stati due in meno (da 147 a 145).

In incremento tra il 2016 e il 2017 sono i cosiddetti incidenti plurimi, eventi, di grande impatto mediatico, che provocano la morte di almeno due lavoratori contemporaneamente. Nel 2017 si sono verificati 13 incidenti plurimi rispetto ai sei del 2016; tra gli incidenti plurimi del 2017 spiccano le due tragedie avvenute in gennaio in Abruzzo, a Rigopiano e Campo Felice.

Per entrambi gli anni è rimasto invariato il numero delle denunce che hanno riguardato lavoratori italiani (861) e stranieri dell'Unione europea (49), mentre tra i lavoratori extracomunitari è stato rilevato un aumento di 11 casi (119 nel 2017).

Denunce di malattia professionale

Le denunce di malattia professionale nel 2017 sono state 58.129, 2.200 in meno rispetto allo stesso periodo del 2016 (-3,7%), a conferma del trend in diminuzione emerso nelle rilevazioni precedenti.

Il calo maggiore si registra in Agricoltura (-1.303 casi, da 12.590 a 11.287), segui-



ta dall'Industria e servizi (-898 casi, da 47.034 a 46.136) e dal Conto Stato (-17 casi, da 723 a 706).

L'analisi territoriale evidenzia un incremento delle tecnopatie denunciate solo nel Centro (+1,4%), dove si concentra circa un terzo del totale dei casi protocollati.

Peraltro nei **primi tre mesi del 2018** le denunce sono tornate ad aumentare in tutti i comparti, con 877 casi in più rispetto allo stesso periodo del 2017 (da 15.247 a 16.124) concentrati soprattutto al sud e al centro.

Le patologie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo sono quelle maggiormente denunciate, con **quasi il 61%** dei casi protocollati, seguite da quelle del sistema nervoso (11%), dell'orecchio (8%), del sistema respiratorio (5%) e dai tumori (4%). Queste cinque tipologie rappresentano quasi il 90% del totale dei casi denunciati.

Anche se la situazione sembra progressivamente stabilizzarsi dopo le punte di qualche anno fa per alcune patologie, permane una pesante sottostima dei tumori professionali, il cui gap è stimato 1:5; occorre per trovare e riconoscere queste patologie sviluppare la ricerca attiva di casi con sempre maggiore impegno da parte di servizi, sindacati e patronati, ma anche un diverso approccio da parte di INAIL a fronte della bassa percentuale di casi riconosciuti, anche di casi eclatanti come i mesoteliomi, con differenze geografiche importanti.

SPUNTI PER LA PREVENZIONE

Senza entrare in ulteriori dettagli è importante mettere in evidenza alcuni aspetti di ordine generale, da cui trarre spunti sul da farsi:

1. Nonostante si disponga in Italia di dati piuttosto completi se confrontati con gli altri paesi europei, si è lontani dal raccogliere tutti gli infortuni sul lavoro (9-10 milioni di lavoratori non assicurati in Italia, tra cui una quota importante ad esempio nel mondo agricolo. Ciò spiega ad esempio parte della grande differenza numerica tra gli infortuni mortali da trattore agricolo nei dati INAIL e quelli registrati da ASAPS e dal registro nazionale infortuni agricoli -"professionali e non"- gestito da INAIL in collaborazione con il Gruppo di lavoro Agricolo del Coordinamento delle Regioni).
2. I dati sono quindi un indicatore efficace per alcune categorie, inadeguato per altre; in generale sono un indicatore rappresentativo delle realtà produttive più strutturate. Ci informano sulle tendenze in questi contesti, meno ad esempio sull'agricoltura, in cui molti non sono assicurati, sulle microimprese e sulle imprese individuali, situazioni in cui in genere il fenomeno infortunistico è più grave.
3. I trend storici di lunga durata risentono troppo dei mutamenti assicurativi da un lato, dei mutamenti della struttura produttiva dall'altro, per consentire una analisi di efficacia degli interventi di pre-

venzione.

4. Nonostante i limiti sopra indicati i dati mostrano comunque una tendenza costante alla riduzione, evidente anche a livello regionale (ad es. il tasso incidenza regionale lombardo di infortuni in occasione di lavoro scende tra il 2008 e il 2017 da 34,54 a 20,01); anche i presunti incrementi 2017, più volte strumentalmente ventilati, si sono dimostrati non veri (fonte: comunicato stampa INAIL 23.1.2018).

Gli infortuni in itinere, su cui poco possono incidere le politiche di prevenzione sul luogo di lavoro, mostrano viceversa una tendenza costante all'aumento negli ultimi anni in tutte le categorie.

5. I dati dei flussi informativi da INAIL alle ASL non permettono però ad oggi, anche a causa di un sistema di raccolta ancora prevalentemente indirizzato da finalità assicurative, di effettuare un puntuale monitoraggio delle dinamiche di infortunio, essenziale per valutare l'efficacia degli interventi di contrasto.
6. Gli infortuni mortali, in particolare gli infortuni multipli, mostrano un quadro in parte diverso in cui sembra non si impari nulla dal passato; considerazioni analoghe sembrano valere ad esempio per i ribaltamenti di trattore in agricoltura. In realtà ciò riflette una dualità presente nel mondo del lavoro; a fronte di una parte recettiva e discretamente organizzata per affrontare i temi della prevenzione, una parte, spesso collo-

cata nelle microimprese, è refrattaria alle politiche di prevenzione, a volte per ragioni oggettive di residualità economica (il pensionato con un piccolo podere non cambia/adegua il suo trattore se non obbligato), a volte per mancanza di formazione e addestramento, anche legata a deregulation e turnover. Occorrono quindi strategie mirate in grado di affrontare i singoli problemi dentro logiche di piani poliennali di prevenzione di comparto (ad es. l'introduzione della revisione per la circolazione su strada, comprensiva della sicurezza sul lavoro, per i trattori, si stima porterà, a regime, a risparmiare un centinaio di decessi all'anno).

PROPOSTE

A fini preventivi per migliorare il monitoraggio ed avere un quadro non distorto del fenomeno e del suo andamento, -indispensabile indicatore di efficacia-, occorre quindi pensare a un sistema di raccolta più indipendente dal risarcimento assicurativo e finalizzato alla prevenzione di infortuni e malattie professionali, a cura del Ministero salute, o quantomeno ad una generalizzazione del sistema vigente, in modo da raggiungere anche le categorie lavorative oggi escluse. Occorre inoltre disporre di statistiche in grado di tenere conto dei denominatori e dei cicli economici, in modo da poter fare confronti su periodi medio lunghi, e occorre poter risalire alle dinamiche infortunistiche oggetto di specifici interventi di prevenzio-



ne, per riuscire a monitorarne l'efficacia. Ma osservare un fenomeno non basta: **serve, per intervenire in modo mirato ed efficace:**

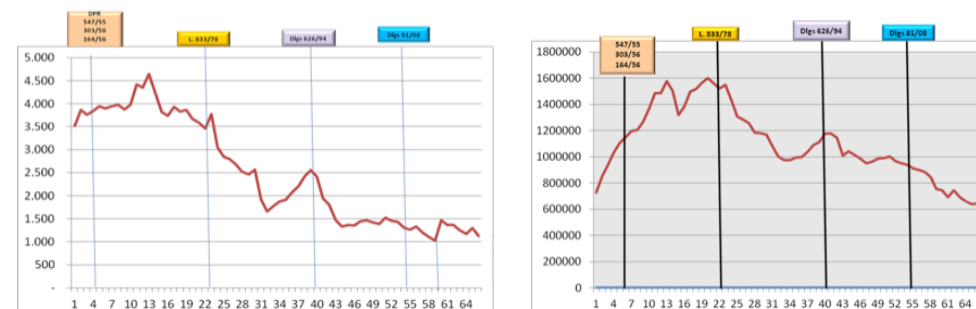
1. **monitorare i risultati degli interventi per valutarne l'efficacia** (EBPM: evidence-based preventive medicine),
 - a. definendo le priorità di intervento nei singoli settori/comparti, incrementando le risorse dei servizi delle ASL e chiarendo ruoli, tempi e modi di intervento del sistema pubblico e delle figure del sistema di prevenzione aziendale su attrezzature, tecnologie, formazione, organizzazione lavoro, ...
 - b. operando in modo omogeneo a livello nazionale e regionale e disponendo di strumenti di rilevazione più diretta e quantitativa del rischio (cosa emerge dall'attività di controllo? Si riesce a garantire un "minimo etico"? Cosa dicono i piani mirati delle situazioni di comparto sul rispetto di pratiche di lavoro sicure, ma anche sulle dinamiche di filiera produttiva, su deregulation, turnover, formazione?)
 - c. disponendo di flussi informativi in grado di analizzare –tempestivamente!- le dinamiche infortunistiche, almeno rispetto agli eventi più gravi, frequenti e facilmente prevenibili, tenendo conto anche del fatto che sicuramente macchine e impianti sono migliorati a seguito degli interventi di prevenzione e che quindi occorre vigilare di più sul "software" del lavoro (formazione, procedure, controlli

interni, ...).

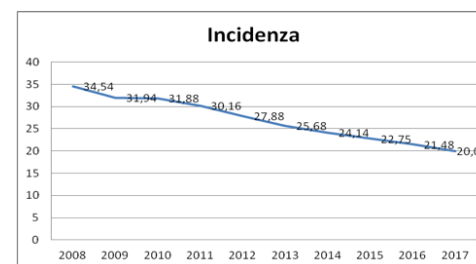
2. Costruire sinergie con chi controlla la regolarità dei rapporti di lavoro sulla base di politiche e obiettivi condivisi a livello nazionale e regionale dato che un altro determinante importante del rischio infortunistico è legato ad aspetti di organizzazione del lavoro e sua regolarità (es. lotta al caporalato, finti lavoratori autonomi, gig economy).
3. Promuovere e controllare più seri processi di formazione dei lavoratori in tema di sicurezza a salute, troppo spesso considerati ancora meri adempimenti formali o peggio, balzelli da evadere ogniqualvolta possibile.
4. Promuovere modifiche normative nel decennale del Testo Unico, salvaguardandone l'impianto e il livello di protezione, ma riducendo i formalismi soprattutto attraverso semplificazioni rivolte in particolare alle microimprese, come già in parte previsto nella normativa nazionale, ma ancora non attuato, per i lavori stagionali in agricoltura e per i lavori a basso rischio, e come previsto anche dalle indicazioni UE in fase di elaborazione, recentemente esposte (27 Aprile 2018) a Milano nel Workers' Memorial Day 2018, che puntano a politiche di supporto delle micro e piccole imprese e alla produzione di strumenti di supporto e di buone pratiche

ALLEGATI:

Infortunati mortali e totali 1951-2016 fonte INAIL Banca Dati Statistica



Tasso di incidenza per 1000 infortuni in occasione di lavoro al netto CIG e tiraggio



Tassi standardizzati di incidenza infortunistica nell'Unione Europea (per 100.000 occupati) per Stati Membri e anno: Anni 1998 - 2007

STATI MEMBRI	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Δ% 1998-2007
Spagna	6546	7027	7052	6917	6728	6520	6054	5715	5533	4691	-28,34
Portogallo	5505	5048	4863	4986	4054	3979	4111	4056	4183	4330	-21,34
Francia	4920	4991	5030	4819	4887	4689	4434	4448	4022	3975	-19,21
Lussemburgo	4719	4973	4891	4585	5131	5033	4439	3414	3685	3465	-26,57
Germania	4958	4908	4757	4380	4082	3674	3618	3233	3276	3125	-36,97
Belgio	5112	4924	4213	4242	3685	3456	3306	3167	3077	3014	-41,04
Paesi Bassi (*)	3909	4223	4095	3588	1442	1188	1070	2653	2831	2971	-24,00
UE - 15	4089	4088	4016	3841	3529	3329	3176	3098	3093	2859	-30,08
Finlandia	3435	3137	3046	2973	2914	2847	2864	3031	3008	2758	-19,71
Danimarca (*)	3203	3031	2866	2876	2630	2443	2523	2658	2689	2755	-13,99
Italia	4105	4067	4049	3779	3387	3267	3098	2900	2812	2674	-34,86
Austria	3321	3301	3056	2763	2788	2629	2731	2564	2394	2160	-34,96
Grecia	2936	2740	2595	2530	2441	2090	1924	1626	1611	N.D.	-45,13
Irlanda (*)	1433	1291	1027	1509	1204	1262	1129	1217	1272	1481	3,35
Regno Unito (*)	1512	1606	1607	1665	1632	1614	1336	1271	1135	1085	-28,24
Svezia (*)	1329	1425	1475	1500	1347	1252	1148	1130	1088	997	-24,98

(*) Paesi in cui i dati non provengono dal sistema assicurativo e presentano livelli consistenti di sottodenuncia.

I MATTI DI FELTRI

*Luigi Benevelli
medico psichiatra*

*Lettera inviata a Vittorio Feltri
Mantova, 23 marzo 2018*

Caro Direttore di «Liberò»,
il suo quotidiano di oggi Venerdì 23 marzo ha titolato in prima pagina, a tutta pagina, "Accoglienza da pazzi- un richiedente asilo su due è matto da legare e va curato". A seguire, le pagine 2 e 3 con i servizi "Richiedenti asilo- uno su due è matto e va curato"; "L'accoglienza è una roba da pazzi"; "Nei manicomi giudiziari (sic !!!) il 17% dei detenuti è straniero" e un reportage da Vicenza la cui Azienda Sanitaria avrebbe proposto un questionario per sapere quanti ospiti dei Centri di accoglienza avessero subito trattamenti sanitari obbligatori e soffrissero di disturbi legati al sesso, improvvisi atteggiamenti inconsulti ecc. ecc.

Purtroppo non solo nei titoli, ma anche negli articoli si dispiega la narrazione di una grande pericolosità sociale e di comportamenti feroci a carico dei migranti. Si parla anche dell'arretratezza, se non della inesistenza di studi aggiornati sulla situazione assistenziale da parte dei servizi di salute mentale pubblici italiani; è citato solo lo studio di Medici senza Frontiere condotto nei Centri di accoglienza di Roma, Trapani e Milano.

È del tutto evidente che i migranti che approdano sulle coste italiane dalla Libia sono persone a rischio molto elevato di grave sofferenza mentale per la pesantezza di traumi, eventi stressanti, violenze sessuali e non, maltrattamenti, umiliazioni, deprivazioni. Così come è evidente che la gran parte di loro declini e interpreti il proprio star male secondo i codici delle culture di appartenenza, diversi da quelli in uso da noi, comprese le culture scientifiche cui si ispirano i professionisti dei

nostri servizi pubblici di salute mentale. Questo costituisce certamente un problema sia per le persone che stanno male che per quelle che se ne devono occupare per aiutarle.

A fronte di tali difficoltà «Liberò» usando il linguaggio del lessico manicomiale, lancia l'allarme di "bombe umane" di colore pronte ad aggredire e violentare, folli, inavvicinabili. Al di là di questa operazione a fomentare paura, diffidenza, odio razzista, si nota che non viene affrontato il nodo della questione: l'ignoranza delle culture psichiatriche italiane di fronte all'incontro con pazienti che arrivano da paesi non-europei.

L'ignoranza si può superare studiando, parlando con le persone migranti, cercando di conoscerle e capirne le ragioni, andando a vedere cosa si fa in altri paesi europei. Ma all'ignoranza non si rimedia legando, "bombando" di psicofarmaci, chiudendo a chiave da qualche parte e in qualsiasi modo i migranti che stanno male, allontanandoli dalla nostra vista senza guardarli o lasciandoli affogare in mare.

Un anno fa, nel marzo 2017, il Ministero della Salute ha licenziato le "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario". In esse si riconosce che i richiedenti e titolari di protezione internazionale e

umanitaria (RTP) "sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curati, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti. Gli eventi traumatici che colpiscono i RTP determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività.

Cosa hanno fatto in questo anno le nostre Regioni, che sono le responsabili dei servizi sanitari, anche quelle che si dicono piene di "eccellenze"; cosa hanno fatto le Università, che sono titolari della formazione, anche quelle che tengono i corsi e gli esami in inglese?

Credo che abbia proprio ragione l'etnopsichiatra italiano Roberto Beneduce, quando a proposito della situazione italiana afferma che "la situazione migratoria rimanda decisamente ai nodi irrisolti della situazione coloniale".



IL RUOLO DEGLI UTILIZZATORI DEI SERVIZI PUBBLICI DI SALUTE MENTALE DALLA RIFORMA DEL 1978 AD OGGI

Arcadio Erlicher

"Dall'esperienza quarantennale dei servizi di salute mentale un contributo per nuovi assetti generali del Servizio sanitario nazionale.

Il ruolo dei cittadini utenti e dei Sindaci"
Casa della Cultura, Milano

In questa breve relazione si vuole descrivere il percorso che i pazienti-utenti dei servizi di salute mentale hanno compiuto nel corso di questi quattro decenni che ci separano dal 1978, l'anno della Riforma psichiatrica e sanitaria, per dare la parola, successivamente, ad alcuni protagonisti del movimento degli Utenti Competenti, perché descrivano direttamente, oggi, le funzioni e le pratiche di questo movimento nei servizi di salute mentale.

La Riforma psichiatrica, prima, e sanitaria, poi, del 1978 rappresenta sia per l'organizzazione dell'offerta di cura per la salute mentale sia per gli utilizzatori di questa offerta uno spartiacque. Organizzazione dei servizi e ruolo degli utenti si modifica sostanzialmente. Quest'ultimo con gradualità, ma altrettanta radicalità.

Nell'organizzazione centrata sull'istituzione manicomiale, la condizione dei malati, delle persone "oggetto" dell'intervento della psichiatria pubblica, rappresentata essenzialmente dall'Ospedale Psichiatrico, è quella della subalternità e della "passività". Il ricovero è nella generalità dei casi sostanzialmente coattivo. I diritti dell'internato sono limitati rispetto a quelli dei cittadini, a partire dalla "libertà di movimento". Anche dal punto di vista semantico si parla di pazienti, persone prevalentemente in una condizione di ricovero subordinata alle decisioni di chi detiene il potere nell'istituzione, a vari livelli, di governo e di gestione. Irrilevante il ruolo e la presenza dei famigliari. Questa condi-

zione di diritti sospesi o negati e l'organizzazione di vita in Manicomio, centrata sulle esigenze di sopravvivenza dell'istituzione piuttosto che sui bisogni delle persone, ha aggiunto alla malattia mentale che ha determinato il ricovero un'altra specifica malattia, *l'istituzionalizzazione*, che si manifesta con la regressione nei comportamenti sociali, anche primari, con esiti di disabilità personale e sradicamento sociale, che necessitano di trattamento almeno altrettanto quanto la malattia psichica primaria.

La territorializzazione dell'offerta dei servizi e la progressiva chiusura degli OO.PP. rompono la rigidità delle regole istituzionali manicomiali nella cura del malato di mente e propongono, nel percorso di cura, i tempi e gli spazi del vivere quotidiano. I responsabili dell'organizzazione e della gestione dei servizi e delle cure, ai diversi livelli (amministratori/decisori, dirigenti dei servizi, operatori) concorrono a strutturare una gamma (o una rete) di offerta di servizi per i malati di mente. Il cambiamento è anche nel linguaggio: il paziente diventa utente, colui che utilizza questi servizi. Anche i famigliari incominciano gradualmente a conquistare una propria collocazione: si sviluppa l'associazionismo dei famigliari, prima con istanze prevalentemente rivendicative, talvolta anche corporative, poi con iniziative di collaborazione a sostegno dei propri congiunti e dell'attività dei servizi. In alleanza con i servizi e gli operatori.

Prende avvio un processo di *empowerment*

del malato (e della sua famiglia), che connota il passaggio da una posizione passiva in cui la malattia, e soprattutto la gestione della stessa, lo ha relegato a una partecipazione attiva verso le scelte della propria vita. Il processo di *empowerment* ha riguardato il malato, ma anche le organizzazioni di tutela e di autotutela degli utenti.

Il nuovo contesto operativo e i processi di *empowerment* correlati aumentano per gli utenti dei servizi e i loro famigliari la possibilità di interlocuzione con i servizi stessi (gestori e operatori) e introduce anche una possibilità di rapporto negoziale con i servizi relativamente ai processi di cura. Per utenti e curanti si sviluppa una nuova consapevolezza delle potenzialità anche terapeutiche, oltre che di incremento dei diritti, in un reciproco rapporto più simmetrico, maturo e consapevole. Si sviluppano esperienze di educazione sanitaria e di psicoeducazione che coinvolgono operatori, utenti e famigliari. Sono esperienze che aumentano le competenze di chi utilizza i servizi e le cure erogate, ma tendono anche a modificare la cultura degli operatori.

Nel contesto professionale psichiatrico, gli obiettivi della cura si orientano per assicurare il miglioramento massimo possibile della qualità di vita dell'utente e del suo contesto di vita (la famiglia).

Si teorizza e si sviluppa nel mondo della salute mentale un nuovo paradigma, che fa riferimento al concetto e alla pratica della **recovery**, che consiste nella valorizzazione



ne dell'esperienza soggettiva del malato, nell'assunzione di un'identità positiva, nel riconoscimento del diritto di scelta e della speranza di potersi ricostruire una vita migliore. Il corollario pratico di questo nuovo paradigma è il sostegno del malato per un suo "impegno attivo per ripristinare un certo grado di controllo della propria vita e di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé che la malattia, la disabilità e lo stigma sociale avevano compromesso in modo apparentemente irreversibile"¹.

Nell'ambito di questo nuovo paradigma, l'esperienza della malattia e del malato viene valorizzata ai fini sia del miglioramento delle sue condizioni di salute sia nella possibilità di attivare delle relazioni di aiuto e di supporto tra pari dei malati tra di loro. Si sviluppa il movimento degli **utenti competenti**. Chi sono gli *utenti competenti o esperti*?² Sono persone che, oltre all'esperienza del disagio associano quella del percorso di consapevolezza, e che:

- hanno attraversato un disagio psichico, ma che, per sensibilità personale particolare, a volte anche con il supporto e la sollecitazione dei famigliari, hanno intrapreso un percorso di maggiore consapevolezza riguardo alla loro esperienza di malattia;
- hanno valorizzato i percorsi di cura e di guarigione che hanno intrapreso e sperimentato;
- mantengono un rapporto di cura con i servizi di salute mentale;

- hanno partecipato a un qualche genere di percorso formativo formalizzato;
- con il tutoraggio degli operatori, sono disponibili ad affiancare e a sostenere altre persone che stanno intraprendendo un percorso di cura

In questo nuovo paradigma che prevede l'orientamento alla recovery dei servizi di salute mentale, anche agli operatori è richiesto un cambiamento culturale e operativo simmetrico a quello degli utenti. Un cambiamento che riconosce il valore dell'esperienza di malattia degli utenti, la potenziale capacità a supportare ed essere di aiuto ai loro pari, il valore del superamento del pregiudizio verso la malattia mentale, la condivisione della speranza verso la "guarigione" e una qualità di vita migliore delle persone che hanno in cura.

Non ci si può nascondere che questo cambiamento culturale e professionale rappresenta un elemento di criticità per la realizzazione di un servizio recovery-oriented.

Nel dibattito che seguirà avremo modi di sentire direttamente dai protagonisti le esperienze pratiche e le prospettive di questo nuovo modo di intendere le cure e i servizi in salute mentale.

note

- 1 A. Maone in Recovery - Maone A. & Davanzo B. (a cura di), 2015
- 2 M. Goglio in ESP in cammino - Kauffmann O., Motto D.M., Borghetti S. e Mastroeni A. (a cura di), 2017

ALLEGATO C

Video dell'incontro disponibile su:

<http://www.casadellacultura.it/casa-della-cultura-incontri-video.php?id=2334&t=stream1>



Sabato 7 aprile 2018 ore 09.30/13.00

Movimento culturale per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Incontro pubblico

Tema:

Dall'esperienza quarantennale dei Servizi di salute mentale un contributo per nuovi assetti generali del SSN. Ruolo dei cittadini-utenti e dei Sindaci dei Comuni

Introducono

Vittorio Carreri

e

Giuseppe Landonio

Relatori

Luigi Benevelli

dall'esperienza(1978-2018) dei Servizi di salute mentale un contributo per un nuovo assetto del SSN

Arcadio Erlicher

esperienze di empowerment: gli utenti e i loro famigliari nella gestione dei Servizi di salute mentale

Interventi preordinati:

Valerio Canzian

presidente URASAM(famigliari)

Virginio Colmegna

presidente della Casa della Carità

Andrea Materzanini

direttore DSM Iseo(BS) su "il budget di salute"

Pierfrancesco Majorino

Assessore alle Politiche Sociali, Salute e Diritti del Comune di Milano

Daniele Sustovich

Esperto Supporto tra Pari – ESP, Ufficio Utenti

Stefania Borghetti e Luca Tarantola

(PV)(Movimento UFE), Società di Riabilitazione .Psichiatrica sez. Lombardia (SIRIPL0)

INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI: CONOSCERE PER PREVENIRE

Perché il sistema informativo stenta a nascere?

*Eugenio Ariano, Susanna Cantoni,
Vittorio Carreri*

*Seminario di studio
Documento conclusivo*

Il seminario, svoltosi presso la Casa della Cultura di Milano, che ha visto tra gli altri la partecipazione di INPS ad alti livelli, ha fatto emergere con forza due problemi, tra loro collegati, cui occorre - e il seminario ne ha documentato la possibilità concreta - dare risposta:

- Disporre di strumenti, attraverso l'integrazione di banche dati correnti, per una corretta analisi a fini di programmazione e valutazione di efficacia delle attività di prevenzione in ambiente di lavoro,
- Progettare conseguentemente forme di comunicazione condivise e non strumentali.

Nei mass media si riscontra in effetti da qualche anno una maggiore attenzione verso i temi della prevenzione in ambiente di lavoro e in particolare verso l'infortunistica; ciò avviene però troppo spesso con un taglio scandalistico, mirato soprattutto ad eventi negativi e raramente ad evidenziare e stimolare iniziative efficaci, privilegiando spesso, tra l'altro, fonti prive di specifiche competenze.

Ciò comporta pesanti distorsioni nella percezione sia dei rischi sia delle responsabilità, con una ricerca prioritaria semplificatrice di "capri espiatori" e la tendenziale negazione di efficacia di interventi che non siano puramente repressivi; una corretta comunicazione viceversa è fondamentale per condividere con tutte le parti in causa la scelta delle priorità di

intervento e per diffondere pratiche corrette ed efficaci di prevenzione.

Serve quindi un **piano** organico e coordinato **di comunicazione** delle strutture centrali e periferiche del SSN - integrato con una sistematica valutazione di efficacia degli interventi di contrasto - rivolto a tutti gli interlocutori, a garanzia della trasparenza delle azioni e dei risultati delle azioni intraprese.

Infatti la conoscenza del tessuto produttivo e dei rischi che il lavoro può comportare, assieme a conoscenze tecniche adeguate e forti legami col territorio, sono le basi essenziali per una corretta programmazione degli interventi di prevenzione da parte di tutti gli attori in gioco: imprenditori, organizzazioni sindacali, lavoratori, professionisti della prevenzione dei servizi aziendali e dei servizi del Servizio Sanitario Nazionale; tanto più oggi nel momento in cui assistiamo ad un profondo e rapido cambiamento del mercato e dell'organizzazione del lavoro.

Viceversa si utilizzano prevalentemente i dati INAIL, raccolti a fini assicurativi; dati basati quasi esclusivamente sui danni prodotti dal lavoro, non parametrati ai dati sull'andamento del mercato e dell'organizzazione del lavoro, spesso analizzati in maniera inadeguata.

Qualche esempio:

- INAIL fornisce solo stime sul numero dei lavoratori, e soprattutto non può fornire dati sulle ore lavorate; senza

ciò qualsiasi raffronto nel tempo e nello spazio dei danni da lavoro risulta perlomeno approssimativo.

- l'assicurazione INAIL riguarda solo una parte dei lavoratori, ne sono esclusi circa 6-7 milioni (un terzo della popolazione lavorativa italiana), lavoratori irregolari a parte.
- le dinamiche di accadimento sono di problematica lettura.

Alle carenze a livello nazionale si aggiunge la quasi totale inconfondibilità dei dati internazionali, in assenza di regole comuni nei paesi della comunità europea (Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito e Svezia, non disponendo di un sistema assicurativo specifico, presentano "livelli di sottodichiarazione compresi tra il 30% e il 50%"; alcuni Paesi non rilevano gli infortuni stradali in occasione di lavoro, e tantomeno in itinere, in molti Paesi lavoratori autonomi e coadiuvanti sono esclusi dalle statistiche, o totalmente o parzialmente).

Il legislatore, conscio della necessità di creare un solido flusso di dati al servizio della prevenzione, aveva previsto, con il D.Lgs. 81/08, all'art. 8, la nascita di un vero e proprio Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione "È istituito il Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro al fine di fornire dati utili per orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia della attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, relativamente



ai lavoratori iscritti e non iscritti agli enti assicurativi pubblici, e per indirizzare le attività di vigilanza, attraverso l'utilizzo integrato delle informazioni disponibili negli attuali sistemi informativi, anche tramite l'integrazione di specifici archivi e la creazione di banche dati unificate".

A 10 anni di distanza il SINP, inteso come flusso dinamico e interattivo di dati afferenti da più soggetti, **non è ancora nato** ed è ben lontano dal nascere.

I dati oggi a disposizione –comunque preziosi-, consistenti essenzialmente nei "Flussi informativi" ¹, sono un indicatore efficace per alcune categorie, inadeguato per altre; sono rappresentativi delle realtà produttive più strutturate, meno ad es. per agricoltura, microimprese e imprese individuali, dove il fenomeno infortunistico è più grave.

I dati dei flussi informativi non permettono, inoltre, ad oggi, un puntuale monitoraggio delle dinamiche di infortunio, essenziale per valutare l'efficacia degli interventi di contrasto, almeno rispetto agli eventi più gravi, frequenti e facilmente prevenibili. Occorre invece **monitorare i risultati degli interventi per valutarne l'efficacia**, disponendo di strumenti di rilevazione più diretta del rischio e di flussi informativi in grado di analizzare tempestivamente i risultati.

Molti dei dati necessari per il SINP ai fini del coordinamento degli interventi di prevenzione tra i diversi enti coinvolti sono presenti **negli archivi dell'INPS**,

peraltro escluso dalla costruzione del SINP (**anagrafi aziendali e ore lavorate, storie professionali dei singoli lavoratori), delle strutture del SSN** (es. apertura cantieri, siti contaminati, da amianto e non, SDO da incrociare con le storie lavorative, risultati dei controlli), **in altri ministeri** (banca dati AGEA su agricoltura, registro delle segnalazioni di macchine non conformi ai R.E.S., ...)

Un'importante novità del seminario è stata la presenza di INPS. Il Dott. Rocco Lauria, intervenuto su delega del presidente Tito Boeri, a nome dello stesso ha manifestato l'ampia disponibilità di INPS all'utilizzo del patrimonio informativo dell'Istituto. Si tratta di una importante e interessante apertura che, non solo non deve essere lasciata cadere, ma che deve essere sfruttata, sia per far fare un salto di qualità al sistema informativo da costruire, sia per avviare un ripensamento della versione del SINP, fortemente deludente, che sta nascendo a seguito dei Decreti 183 del 26 maggio 2016 e 14 del 6 Febbraio 2018.

Infatti, il sistema previsto dal SINP, basato solo su informazioni sui danni, collezione banche dati già conosciute e utilizzate, le informazioni sono semplicemente affiancate senza un denominatore comune e obiettivi comuni, le banche dati, anonimizzate per tutti i fruitori, anche per gli operatori che oggi detengono quegli stessi dati in forma completa, non si parlano fra loro, né è prevista alcuna

interazione.

Le informazioni sui danni da lavoro, pur da migliorare e completare, peraltro non bastano più; sia il SINP che l'evoluzione dei Flussi con il nuovo protocollo di intesa rischiano di nascere obsoleti senza prevedere nuove fonti informative.

È essenziale l'integrazione di nuove informazioni, in via prioritaria quelle sulla conoscenza del vero denominatore (Anagrafe lavoratori, Anagrafe aziende, Retribuzioni, Contratti di lavoro, CIG), ma anche sulle storie lavorative di lavoratori affetti da malattie sospette professionali individuate da altri sistemi informativi (OCCAM) e sui danni occorsi a lavoratori autonomi (partite IVA), attingendo alle banche dati INPS.

Ma anche i Ministeri, e in particolare quello della Salute, devono rendere disponibili alcuni dati in loro possesso (es. SDO, banca dati AGEA su agricoltura, registro delle segnalazioni di macchine non conformi ai R.E.S.) che, incrociati con altri, possono arricchire le informazioni utili per la programmazione di interventi di prevenzione.

Il seminario ha aperto una strada e ha dimostrato che ci sono, e sono già sperimentati, tutti gli strumenti tecnici per utilizzare proficuamente i nuovi dati, quando fossero messi a disposizione. Per esempio attraverso l'esperienza di WHIP² Salute è stato mostrato come incrociando dati Inail e dati

Inps si possano far emergere fenomeni inaspettati e impossibili da rilevare analizzando le due fonti di dati separatamente. Ovviamente, i contatti per sviluppare la collaborazione dovranno ora avvenire a livello nazionale attraverso le istituzioni, soprattutto da parte del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome, principali fruitori del sistema informativo. Alcune proposte emerse nel seminario, che qui riportiamo, sono sin da subito realizzabili.

PROPOSTE

1. Istituzione di un tavolo di lavoro da parte delle REGIONI e dei MINISTERI della SALUTE e del LAVORO e delle POLITICHE SOCIALI, coinvolgendo INAIL e INPS, che definisca obiettivi e tempi per integrazione dati INPS nel sistema.
2. Intervento nel tavolo tecnico, ai sensi dell'art. 5 del Decreto istitutivo, a cura dei Rappresentanti delle Regioni e di quanti altri interessati, con proposte per l'incremento quantitativo/qualitativo del SINP
3. Sperimentazione da parte di alcune Regioni, con dati completi INPS e INAIL, che porti a piani mirati di prevenzione e vigilanza, sia per le Asl, sia per l'Ispettorato del Lavoro.

A livello regionale potrebbe essere sperimentata, per la ricerca attiva di malattie professionali, l'integrazione dei dati SDO (ad es. in Lombardia il sistema informa-



tizzato regionale è già predisposto per incrociare le storie lavorative INPS).

Il Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale, con sede in Milano, continuerà a sollecitare le istituzioni perché il nostro paese si doti finalmente di un sistema informativo per la prevenzione nei luoghi di lavoro efficace, trasparente, utile per tutti gli attori della prevenzione e per le forze sociali, e realizzato con la collaborazione degli stessi, che consenta l'interazione di tutte le strutture della Pubblica amministrazione coinvolte, superando barriere che alcune amministrazioni hanno frapposto, opponendo ostacoli di natura pseudo tecnica che hanno fino ad oggi impedito la nascita del SINP e travisato gli obiettivi posti dal D.Lgs. 81/08.

Ci sembra indispensabile infine che le strutture del Servizio Sanitario Nazionale si dotino di un piano e di strumenti di comunicazione idonei; un primo passo potrebbe consistere appunto in una iniziativa di comunicazione annuale di un rapporto condiviso e illustrato dai soggetti che costruiscono il SINP, da sottoporre all'approvazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

note

- Flussi informativi: si tratta di un sistema informativo elaborato da un gruppo tecnico INAIL - Regioni, istituito a seguito di un protocollo d'intesa del 2002, rinnovato nel 2007. È basato su dati forniti da INAIL trattati in funzione prevenzionistica, che incrocia l'anagrafe delle imprese con i dati dei danni da lavoro, infortuni e malattie professionali, consentendo di conoscere l'andamento degli stessi nelle singole aziende, nei diversi settori lavorativi, nei diversi territori e nel tempo. Il sistema è disponibile online da un decennio per tutte le Regioni e gli SPSAL di tutte le ASL, mentre in precedenza era distribuito su CD-ROM.
- WHIP Salute (Work History Italian Panel) è un sistema informativo per il monitoraggio della salute dei lavoratori italiani, contenente **le storie lavorative individuali di un campione di lavoratori, ottenute incrociando dati INPS e dati INAIL**. Per ciascun individuo, sono considerati i principali periodi lavorativi, relativi a diverse tipologie di contratto, mentre dagli archivi **INAIL** sono stati considerati gli **infortuni** definiti positivi con durata maggiore a 3 giorni relativi alla popolazione lavorativa assicurata. Il WHIP Salute è inserito nel **Programma Statistico Nazionale 2017-2019** sotto la titolarità del Ministero della Salute.

ALLEGATO D

Il video dell'incontro disponibile su:

<http://www.casadellacultura.it/casa-della-cultura-incontri-video.php?id=2507&t=stream1>



Giovedì 20 dicembre 2018 ore 15.30/19.30

QUARANT'ANNI FA LA RIFORMA SANITARIA

Moderatori
i coordinatori del Movimento culturale per la difesa
e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Ore 15.30 – 16.00

Giorgio Cosmacini

Prima della Riforma sanitaria: dal 1945 al 1978

Ore 16.00 – 16.25

Mariapia Garavaglia

Un protagonista della grande Riforma: il ministro della sanità Tina Anselmi

Ore 16.25 – 16.50

Susanna Cantoni

Quale sviluppo per la prevenzione

Ore 16.50 – 17.15

Luigi Benevelli

Le buone pratiche nell'assistenza psichiatrica

Ore 17.15 – 17.40

Roberto Satolli

Preistoria del futuro (Medicina, economia, finanza)

Ore 17.40 – 18.05

Vittorio Carreri

Riformare la Sanità: oggi e domani

Ore 18.05 – 19.05

Discussione

Ore 19.05 – 19.30

Conclusioni

Il caso Lombardia, analisi dettagliata

Il caso della Lombardia induce a considerare con preoccupazione la futura difficoltà di regolazione di un sistema misto pubblico-privato, se in presenza dei cosiddetti “gestori” della PiC dei cronici e/o fragili. Si vedano qui di seguito le scelte fatte per implementare la politica che introduce i “gestori” (non solo “erogatori”, ma anche committenti verso le reti di fornitori da loro attivate). L’istituto del “gestore” rappresenta una totale anomalia nell’impianto dei sistemi cosiddetti misti in sanità. L’analisi di come avviene l’implementazione della riforma della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in Lombardia ci aiuta a comprendere cosa potrebbe essere avviato a regime.

Il nostro auspicio è che anche nelle altre regioni vengano posti sotto osservazione i rispettivi piani di gestione dell’assistenza primaria.

1 Ridimensionamento del ruolo del MMG

Emarginazione del ruolo del MMG: viene tolta al medico di medicina generale la gestione piena del proprio assistito, come previsto dalla CUN, stravolgendone la figura ed il previsto suo ruolo nella gestione “personalizzata e globale” del paziente cronico. Sparisce l’unicità del medico di riferimento, mentre si appalesa una parziale sovrapposizione di funzioni tra MMG e “gestore”, con possibili duplicazioni di

interventi, contrasti, aumento delle spese sanitarie e potenziali ricadute sui pazienti.

2 Paziente: mancanza di un approccio olistico alla persona assistita

Lo stesso paziente cronico dovrebbe sottostare a due diversi regimi di trattamento, uno per le patologie croniche e uno per le patologie acute, e si dovrebbe rivolgere al gestore per le prime e al medico di base per le seconde. Se è un cronico, si consegna mani e piedi al gestore, per quanto riguarda ogni intervento previsto dal Piano assistenziale individuale (PAI), e viene indirizzato dal gestore alla rete dei suoi erogatori.

3 Evoluzione sotto traccia (nella normativa) del bacino dei destinatari della presa in carico: dai cronici, ai cronici e fragili, fino ai cronici e/o fragili.

Quanti sono i cronici in Lombardia? Sono 3,5 milioni, 3 milioni, o 2 milioni e 600 mila? I documenti, le delibere della Giunta regionale, le presentazioni (lucidi) della Direzione generale Welfare regionale non sono sempre in linea per quanto riguarda i numeri forniti. E poi, solo dopo la legge regionale 23/2015 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e Titolo II della LR 30 dicembre 2009 n. 33) e un certo numero di delibere si arriva alla definizione di cosa si intende per fragile; lo si fa nella DGR 6551/2017. È la persona affetta da demenza, autismo, tossicodipendenza associata a disturbi psichiatrici, il disabile. (Si stima che in Lombardia ci siano 600.000 persone in condizioni di fragilità, che hanno bisogno di una presa in carico integrata

sanitaria e socio-sanitaria).

L’analisi dettagliata della normativa porta alle seguenti domande: a) la metodologia del CREG, che ispira la procedura della presa in carico del paziente cronico (che fa ampio ricorso a basi statistiche e algoritmi), quanto è compatibile con la presa in carico della persona fragile?

b) che cosa succede al paziente che è sia cronico sia fragile? Come lo si prende in carico e con quale tariffazione?

4 Quale integrazione fra Assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale ?

Quali provvedimenti specifici riguardanti gli interventi sociosanitari sono stati emanati? Tra il 2015 e il 2017 ci si occupa del servizio sociosanitario nelle disposizioni generali cosiddette “delle regole”, talvolta non di facile reperimento, in allegati e sub-allegati. Se si considerano le delibere del 2017, la 6164 del 30.1.2017 (“Governo della domanda”) e la 6551 del 4.5.2017 (“Riordino della Rete di offerta”) troviamo alcune discrepanze: mentre nella prima si fa esplicito riferimento al bisogno sociale (o quanto meno socio-sanitario) presente in molte patologie “croniche”, e si sottolinea di conseguenza il tema della integrazione tra sanitario e socio-e, nella seconda questo aspetto è del tutto dimenticato. Una risposta solo sanitaria a patologie complesse, come il decadimento cognitivo o la malattia mentale su tutte (ma gli esempi sarebbero molteplici) risulta del tutto aleatoria e penalizza il ruolo degli enti locali lasciati soli, e con poche risorse, ad affrontare queste tematiche (per non dire del carico delle famiglie, spesso chiamate a fare da caregiver).

Non viene affrontato quindi il nodo cruciale del rapporto tra strutture sanitarie e strutture erogatrici di prestazioni sociali e sociosanitarie, e quello dei gestori della PiC nei confronti degli erogatori sia sanitari che sociosanitari.

5 Tariffazione della presa in carico e set di riferimento delle patologie croniche

Sulla tariffazione c’è un passaggio importante per gli effetti generati sui pazienti. La tariffazione per la presa in carico (DGR X/6164/ 30.1.2017) non è quella riferita ai costi necessari per sostenere il Piano di assistenza teorico specifico per la patologia (quello che corrispondeva ad uno dei pilastri della sperimentazione CREG citato nelle DGR del 2010 e 2011, che si ispirava ad un ipotetico percorso ottimale di buone pratiche cliniche), ma è calcolata sulla base del consumo storico (costi medi ambulatoriali, farmaceutici e ospedalieri), proprio quello che la PIC si propone di rendere più appropriato ai bisogni del paziente. Attraverso la Banca Dati Assistito della regione Lombardia, la tariffa si calcola considerando i costi storici sostenuti per le 62 (o 65, a seconda dei documenti) patologie croniche individuate e suddivise per i tre livelli di complessità, a cui si aggiunge un compenso per il gestore (8%).

Sparisce la tariffa a prestazioni. Sicuramente la direzione imboccata è quella di una tariffa forfettaria, perché già la Legge regionale 23/2015 all’art. 9 parlava di “tariffa onnicomprensiva”.

Per i “fragili”, la DGR 6164/2017 ha istituito il “Budget di cura” (che è una somma forfettaria). Sono queste le “doti” che il paziente cronico e/o fragile porta al gestore.

C'è poi molto arbitrio nel definire il concetto di cronicità: si confondono i fattori di rischio con le vere e proprie patologie. Già il limitare le situazioni "border line", ridurrebbe di molto il novero e il peso quantitativo delle cronicità, e consentirebbe di concentrare l'attenzione e le risorse solo sulle patologie più complesse e davvero pertinenti. Alcuni aspetti sono tra l'altro oggetto di proposte di screening a basso costo e impatto sulle strutture sanitarie maggiori, pratiche sperimentate da tempo e meritevoli di attenzione e valutazione.

6 Sperimentazione CREG, deficit dei processi di valutazione, e messa a regime della PiC

La riforma della presa in carico dei cronici è stata preceduta dalla sperimentazione CREG. Che cosa si è sperimentato? La capacità di un certo tipo di organizzazione imprenditoriale che associa vari medici di base (cooperativa), sia di effettuare un certo tipo di attività (assistenza primaria verso i malati cronici, secondo una rigida profilazione dei pazienti basata sui Chronical Related Group e l'utilizzo obbligato di centri servizi) sia di ottenere nel contempo risultati soddisfacenti sotto il profilo medico assistenziale ed economico per il sistema. La finalità? Realizzare un prototipo di servizio a gestione diretta da parte di una organizzazione privata, la cooperativa di MMG, che potesse essere sviluppato su scala regionale. Si è poi detto che si intendeva estendere ad altre organizzazioni private - che non fossero le cooperative dei medici di base - questo tipo di attività; e quindi si è appreso che i gestori a regime non sareb-

bero stati solo le cooperative (secondo la DGR 1479/2011 anche altre organizzazioni sarebbero diventate gestori, definiti a titolo esemplificativo, in onlus, fondazioni, aziende ospedaliere, strutture sanitarie accreditate e a contratto sia infra che extraospedaliere). I gestori resi idonei nel 2017, nella realtà, hanno una natura per lo più estranea al sistema delle cooperative. La messa a regime del modello della PiC dovrebbe iniziare nel 2019 e riguarderà 294 gestori idonei, in schiacciante maggioranza privati (88%). Solo il 14% del totale dei gestori sono cooperative di medici di base (41). I "gestori" dei cronici di natura pubblica sono in tutto 35 (ASST, IRCCS e ASP) e si accollano le nuove funzioni loro imposte non disponendo delle risorse aggiuntive necessarie.

Ci si chiede - quindi - a che cosa serva una sperimentazione basata sulle cooperative dei medici di base se la messa a regime della presa in carico sarà tutta un'altra cosa? In ogni caso, non è disponibile al pubblico on line alcun documento ufficiale che illustri qual è la valutazione che la Regione ha dato della sperimentazione della presa in carico dei cronici sulle 10 ex ASL (sul totale di 15) in cui è stata avviata (5 nel 2011 + 5 nel 2015); la sperimentazione non ha quindi riguardato le ASL di Brescia, Lodi, Mantova e Pavia). Ma nel 2015, ricordiamolo, è anche stata emanata la legge di riforma regionale 23/2015 che ha riconfigurato il sistema. Questo modello in sperimentazione ha migliorato l'appropriatezza delle cure? Ha razionalizzato o ottimizzato i costi rispetto a prima (diminuzione del numero delle visite ambulatoriali inutili, diminuzione del consumo inappropriato di prodotti

farmaceutici, diminuzione dei ricoveri ospedalieri o dei passaggi in pronto soccorso)? Di quanto invece ha aumentato i costi amministrativi e gestionali rispetto a quelli legati al lavoro dei singoli medici di base o a quelli tipici di altre forme di aggregazione già presenti? Valutazioni su aspetti della sperimentazione del CREG in Lombardia, avviata nel 2011 e riferita a 5 ASL, sono presenti nella pubblicazione del Cergas-SDA Bocconi, il Rapporto OASI 2016, oltre a valutazioni fatte direttamente da cooperative di medici su alcuni specifici bacini di utenza.

Non viene davvero affrontato il tema della verifica dei risultati della PiC in termini di salute (indicatori di salute), tema che parrebbe essenziale in una riforma che si è definita sperimentale e che si propone come esempio per le altre regioni del Paese. Siamo ancora in tempo per cercare di comprendere ciò che sta accadendo e per agire di conseguenza? Sì.

7 Che fine ha fatto la sperimentazione delle ATS e delle ASST, istituita con la legge n. 41 del 22 dicembre 2015, in modificazione della LR n. 23 dell'11 agosto 2015 di riforma del servizio sanitario regionale?

Ma un'altra sperimentazione va citata, oltre a quella del CREG, in relazione all'impianto complessivo del SSL e con effetti sulla erogazione dell'assistenza territoriale. Una sperimentazione istituita dalla legge regionale 41/2015, che fra le altre disposizioni prevede all'articolo 2, comma 1, che: "L'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, come disciplinato dal titolo I della legge regionale 33/2009 a seguito delle modifiche introdotte dalla presente legge,

avviene in via sperimentale per un periodo di cinque anni, al termine del quale, la Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute, valuta i risultati della sperimentazione. La Regione, in collaborazione con il Ministero della Salute effettua una prima verifica al termine del primo triennio di sperimentazione al fine di individuare eventuali interventi correttivi." La legge 41/2015 viene richiamata dalla delibera X/5513/2016 riguardante le "Linee generali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendali strategici delle aziende di tutela della salute e delle aziende socio-sanitarie territoriali." Risulta ora che la LR 41/2015 è stata abrogata dalla LR 5 del 25.1.2018 ("Razionalizzazione dell'ordinamento regionale. Abrogazione di dispositivi di legge"), all'art. 2, 1, b, 79. Con essa sembra sparire la sperimentazione e la conseguente valutazione da parte del Ministero della Salute nel corso del 2018, al fine di individuare eventuali interventi correttivi. 1

8 Si è registrata una forte interferenza della riforma strutturale del SSR lombardo, varata con la legge regionale 23/2015

(riconfigurazione organizzativa che ha rivoluzionato tutto l'impianto del sistema), sulla implementazione della politica sui cronici (processo complesso che chiama all'interno del sistema vecchie e nuove reti di soggetti organizzati in ruoli di nuova istituzione, i "gestori"). In altre parole, ad un totale sconvolgimento strutturale - si è sovrapposto un processo molto complesso di apertura del sistema ai privati ed una consistente innovazione nei modelli organizzativi. Viene da chiedersi, trattandosi di una decisione politica che colloca temporalmente i due macro processi secondo una precisa intenzione, se



più che di una interferenza, non voluta e non prevista, non si sia trattato piuttosto di un modo programmato di facilitare la privatizzazione del sistema. L'ipotesi interpretativa è la seguente: la velocizzazione delle delibere di Giunta per consentire la presa in carico da parte dei nuovi soggetti gestori dei cronici e/o fragili è andata in parallelo alla frenata data al processo normativo che avrebbe dovuto creare le strutture preposte a funzioni di erogazione e di coordinamento dell'erogazione dei servizi sul territorio (articolazioni delle ASST). Si veda, a questo proposito, il punto seguente.

9 Scarso o nullo impegno per la costituzione delle strutture pubbliche dei servizi territoriali.

Occorre quindi dare attuazione alle strutture previste dalla legge regionale 23/2015, che operano sul territorio PRESST (presidi sociosanitari territoriali) e POT (presidi ospedalieri territoriali) perché – prima di ogni altra considerazione - una risposta va data ai malati e ai cittadini; ma definendone con chiarezza la natura giuridica.

POT E PRESST sono strutture multiservizio istituite normativamente come articolazioni della Aziende sociosanitarie territoriali (ASST) –definite “strutture operative pubbliche” nella DGR X/5513-, che assistono acuti e cronici richiedenti una bassa e media intensità di cura; struttura di tipo ospedaliero, la prima (POT); struttura per l'assistenza primaria territoriale, la seconda (PRESST). Analizzando gli articoli 7 e 19 della legge regionale 23/2015 riscontriamo contenuti che evidenziano che si tratta di strutture la cui natura non è del tutto pubblica. Le strutture

pubbliche ASST generano così strutture dalla natura mista pubblica- privata: i POT e i PRESST. Vediamo i contenuti della legge: Art. 7 comma 14: POT e PRESST sono gestiti dall'ASST, “direttamente, ovvero ANCHE mediante accordi tra le stesse (ASST) e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS”. Non si capisce quale sia la natura di questi accordi e se le ASST possano delegare totalmente la gestione ai privati; POT e PRESST possono poi ottenere finanziamenti pubblici e privati; Comma 4: POT e PRESST sono inseriti nel sistema in modo graduale (ecco che l'ipotesi interpretativa sopra enunciata mostra di avere un puntello!);

Art. 19: Messa a regime dei POT e dei PRESST, anche grazie a “sperimentazioni gestionali”. Per quanto riguarda i PRESST la LR 23/2015 dice che le ASST possono gestire i PRESST direttamente o con i privati EROGATORI.

10 È urgente anche fare chiarezza sulle condizioni che consentono di promuovere e attuare l'associazionismo dei MMG e dei PLS e la medicina territoriale.

Ci troviamo di fronte ad una normativa regionale che prevede l'implementazione dei POT e dei PRESST (vedi il citato articolo 7 della LR 23/2015, “Aziende sociosanitarie territoriali e aziende ospedaliere”) e l'implementazione delle AFT e delle UCCP, previste dalla legge Balduzzi del 2012 e confermate dalla LR 23/2015 (art. 10 “Sistema delle cure primarie”). Ma questa normativa, come si diceva, non ha ricevuto un vero impulso all'implementazione. Nel contempo ci si

trova in uno stato di fatto, consolidato nel tempo, che vede le cooperative dei medici di base autorizzate come “gestori” della PiC dei cronici e/o fragili e il loro consorzio in grado di prefigurare, promuovere e costituire proprio quelle strutture citate che sono parte operativa e istituzionale del servizio pubblico. L'adesione dei MMG alle cooperative della PiC ha ulteriormente aggravato questa situazione di stallo, perché le cooperative dei medici sono organizzazioni del tutto private.

11 Istituzione dei “gestori”(per lo più privati)

La figura del “gestore” è maturata ufficialmente all'interno della sperimentazione CREG nel 2010 (lì, all'inizio, veniva chiamato provider) e viene calata nel SSL con le valutazioni di idoneità dei “gestori” negli ultimi mesi del 2017, ma dopo che il terreno era già stato preparato (ma anche ben dissimulato) dalla riforma del SSL. La LR di riforma del SSL 23/2015 aveva dettato le sue disposizioni di indirizzo e normative avendo come espliciti interlocutori del sistema solo gli erogatori pubblici e privati. Tuttavia si poteva intravedere il profilo del “gestore” nell'ambiguità dell'art. 9 “Modello di presa in carico del paziente cronico e fragile”. Infatti in tale articolo, nei primi due commi, coabitano due visioni opposte di impostare la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, che però, ad una prima lettura, potrebbero esser intese come compatibili. “Il SSL attiva modalità organizzative innovative – dice l'una – “per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni ...”. “La regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle ma-

lattie croniche....cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito ...” dice l'altra visione, che recepisce il modello CREG, senza dichiararlo esplicitamente.

Che cosa si impegna a definire la Regione nel comma 3 dell'art 9? Ecco il testo: “a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno”2. Quindi c'è un impegno a definire (entro quando? Non si sa) un approccio (metodologico) sull'appropriatezza, mentre già la bilancia pende verso considerazioni di bassa contabilità, perché l'art. 9 prosegue dicendo che la Regione, molto concretamente, definisce: “i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti [n.d.r.: espressione non chiara] di natura pubblica o privata che intendono attuare il modello di cui al comma 2 [n.d.r.: cioè il modello CREG], anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti.....”. Risultato: i “gestori” operano anche fuori dall'ATS che li ha accreditati, e il paziente con chi si dovrebbe rapportare per veder tutelata la propria salute in caso di disservizio? Emergono quindi dubbi sulla liceità del rapporto privatistico che si instaura tra paziente cronico e “gestore” nella definizione del Patto di cura (di cui la Regione fornisce un fac-simile riferito al patto tra paziente e cooperativa di MMG) e del Piano assistenziale individuale. Inoltre, l'aver incluso le strutture ospedaliere pubbliche e private



come possibili “gestori” non fa che perpetuare la logica ospedalocentrica che ha guidato finora le scelte di politica sanitaria, non solo in Lombardia, e che i provvedimenti della Giunta Maroni avevano dichiarato di voler contrastare. Per non considerare il fatto che le ASST ricoprono così tre diversi ruoli: 1) si occupano di cure secondarie in occasione di acuzie (fanno cioè, come sempre, gli ospedali); 2) sono incaricate di raccordarsi tramite R.I.C.C.A. (Rete Integrata di Continuità Clinica Assistenziale) agli erogatori che operano nel territorio di riferimento (che non è ben delineato, e che di per sé stesso produce dei problemi); 3) sono “gestori” della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili che li hanno scelti come gestori. Ha senso per il paziente firmare un patto di cura presso un ospedale pubblico quando il paziente è già incluso nel Servizio Sanitario nazionale? Non deve essere arruolato una seconda volta! Concludendo, i gestori della presa in carico dei cronici e/o fragili non sono incardinati nella legge regionale 23/2015; sono stati istituiti da delibere di giunta solo successivamente alla legge di riforma (dal 2017); non sono stati scelti con una procedura davvero trasparente (rilascio della qualifica di idoneità a fine 2017); non sono stati controllati adeguatamente all’ingresso nel sistema; non sono attualmente rese disponibili ai cittadini informazioni che li riguardino nello stesso formato, complete e omogeneamente facilmente accessibili (ogni ATS sceglie secondo il suo criterio che cosa far conoscere al pubblico dei gestori resi idonei. Ai gestori spettano compiti di arruolamento dei pazienti cronici (patto di cura), di definizione e committenza degli interventi sanitari (PAI), di scelta degli erogatori della propria

rete cui indirizzare il paziente (la scelta dell’erogatore non spetta più ai pazienti). E come era prevedibile, un buon numero di gestori sul totale (le organizzazioni private maggiori, incluse alcune cooperative di medici di base) ha già ottenuto la libertà di operare sull’intero territorio regionale, non essendo sottoposti al vincolo territoriale indicato espressamente nelle prime delibere. Come si può notare, quindi, salta – per quanto riguarda i pazienti cronici e/o fragili - la separazione fra committenza ed erogazione alla base dei sistemi misti del quasi-mercato (il modello lombardo si rifà al modello ideato dai primi governi conservatori della Gran Bretagna). Secondo la Regione, la separazione riguarda la programmazione e l’acquisto, da un lato, e la erogazione dall’altro, quindi nulla cambia. Ma non è così. La separazione riguarda la programmazione in senso lato e il pagamento degli erogatori, da un lato, funzioni che sono in capo entrambe alla ATS e, dall’altro, per quanto riguarda la PIC dei cronici e/o fragili, i “gestori” vengono ad esercitare committenza ed erogazione al tempo stesso. Sono infatti i gestori a scegliere gli erogatori per i cronici e/o fragili. E questo comporta l’integrazione di funzioni critiche in capo a soggetti privati, che può dar luogo ad una serie di effetti di consolidamento degli interessi degli operatori che possono contare su reti di fornitori della stessa proprietà o stretti alleati. Salta pure la territorialità: i “gestori” non hanno vincoli territoriali. Ecco quindi che i “gestori” possono diventare dei sistemi sanitari a sé entro il Sistema sanitario lombardo e possono arruolare fino a 200.000 pazienti ognuno. Considerato che si tratta di circa 3 milioni di cronici (prendiamo un numero fra quelli indicati dalla

Regione), teoricamente 15 grandi “gestori” privati potrebbero spartirsi tutti i cronici della Lombardia. Si può quindi opportunamente immaginare una prossima concentrazione della attività che porti ad un numero sempre più limitato di “gestori”, molto potenti e finanziati da risorse pubbliche (sono già tre le multinazionali identificate che sono state ritenute idonee come “gestori” in Lombardia; e sono divenuti “gestori” anche i potenti gruppi della sanità privata e del sociosanitario italiani). Dobbiamo essere consapevoli di quanto sta per essere messo a regime. Chi si prende la responsabilità in ambito pubblico di questo nuovo sistema? Il cittadino e gli operatori della sanità (tutti) sono stati opportunamente informati? Sappiamo già quale sia la risposta.

1. Questo dopo tre mesi dal Referendum sull’autonomia regionale lombarda del 22 ottobre 2017.

2. A conferma di ciò, nel comma 5 dell’art. 26 (Unità di offerta sociosanitaria) sono previste specifiche modalità di presa in carico della persona fragile.

3. Negli ospedali ci sono già da tempo dei servizi per la presa in carico di alcuni cronici (es. diabetici), che sono istituiti solo negli ospedali e che hanno già in carico dei pazienti. Così come ci sono dei pazienti oncologici che vengono seguiti per i controlli periodici dagli ospedali. Quindi sarebbe opportuno che questi pazienti potessero restare a curarsi dove già hanno scelto in passato di andare. Piuttosto sarebbe interessante porre la questione “se tutti i servizi degli ospedali per la cura dei pazienti cronici sono stati anch’essi accreditati per la PIC dei cronici”.

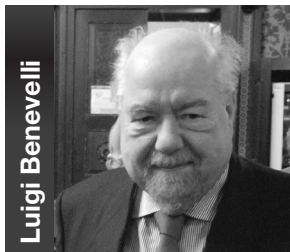


Eugenio Ariano

Eugenio Ariano, anni 69, medico, specialista in Medicina del Lavoro e in Statistica Medica. Dal 1975 impegnato professionalmente nei servizi di prevenzione territoriali, in particolare sicurezza e igiene del lavoro; successivamente, come Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Lodi, fino al 2015 - anno di collocamento in pensione - su tutte le tematiche di rilievo preventivo.

A partire dai primi anni 2000 in rapporto convenzionale con la U.O. Prevenzione della Regione Lombardia ha seguito la realizzazione di progetti speciali legati alla prevenzione dei tumori professionali, alla prevenzione dei rischi professionali in agricoltura, nella costruzione dell'Alta Velocità e delle Grandi Opere.

A partire dallo stesso periodo ha coordinato, dapprima a livello regionale e successivamente anche a livello nazionale, i piani di prevenzione in agricoltura, che segue ancora oggi.



Luigi Benevelli

Luigi Benevelli (n. 1942), mantovano, medico psichiatra, ha lavorato nell'assistenza psichiatrica pubblica per servizi di salute mentale di comunità.

Deputato della Repubblica per il Partito Comunista Italiano nella IX e nella X legislatura, si è occupato dell'attuazione della legge 180/78, delle tossicodipendenze, dell'assistenza sociale, dei temi di bioetica connessi alla salute mentale. È studioso di storia della psichiatria e della psichiatria coloniale italiana.

Attivo nel Forum salute mentale e nel comitato Stopopg per la chiusura dei manicomi giudiziari.

Dal 2013 è presidente dell'ANPI provinciale di Mantova.

È titolare del blog Psichiatria e razzismi sul sito www.Pol-it.



Susanna Cantoni

Susanna Cantoni, medico, specialista in medicina del lavoro. Dal 1975 ha operato nei Servizi di prevenzione del SSR lombardo dirigendo il Servizio PSAL-ASL di Milano (1998-2017) e il Dipartimento di Prevenzione (2010-2017).

Ha collaborato con l'UO Prevenzione - Assessorato Sanità Lombardia e il Coordinamento Interregionale Prevenzione Luoghi di Lavoro.

Consulente della Commissione di inchiesta del Senato sul fenomeno degli infortuni sul lavoro -XV e XVI legislatura.

Professore a contratto alla scuola di specializzazione di Medicina del Lavoro - Università di Milano e nel corso di Laurea magistrale - Scienze della prevenzione.

Tra i promotori del Centro Cultura della Prevenzione di Milano, cui partecipa dal 2015.

Presidente della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) dall'ottobre 2017.



Vittorio Carreri

Vittorio Carreri, medico-chirurgo, specializzato in igiene. Ha diretto il Servizio di igiene pubblica della Regione Lombardia dal 1973 al 2003. Nel 2003 il Presidente della Repubblica, Carlo Azelio Ciampi, gli ha conferito la medaglia d'oro al Merito della Sanità Pubblica. Dal 2017 con la dottoressa Susanna Cantoni coordina il Movimento culturale per la difesa e per il miglioramento del SSN.



Giuseppe Landonio

Nato nel 1949, padre di due figli e nonno di 5 nipoti. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1973, e specializzato in Ematologia (1978) e in Oncologia (1986). Ha lavorato come ematologo e poi come oncologo all'Ospedale Niguarda, dal 1975 al 2006. Dal 2005 al 2010 è stato Consigliere Comunale a Milano. Dal 2011 collabora con l'Assessorato al Welfare del Comune di Milano e coordina, a Palazzo Marino, l'iniziativa "Area P" (incontri mensili di poesia).

Ha pubblicato, per Ancora, due raccolte di "Dialoghi immaginari" con 50 poeti di tutti i tempi e paesi (2015 e 2017) e "Guarda il cielo" (30 racconti, 2016).



Maria Elisa Sartor

Laureata in Scienze politiche con tesi in sociologia dell'organizzazione, esperta di teorie e metodi di analisi e progettazione organizzativa e consulente di direzione. Da oltre un decennio è professore a contratto di Organizzazione sanitaria per le professioni sanitarie presso il Dipartimento di Scienze cliniche e di Comunità dell'Università di Milano. Interessata ai processi di privatizzazione dei sistemi sanitari, si sta occupando della riforma socio-sanitaria in atto in Lombardia. È membro della "Commissione aggiornamento professionale, formazione e cultura" dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano.