



Magenta, 7 aprile 2008

Ai Componenti la Commissione  
Sanità

E p.c. Coordinatori Commissioni  
Territorio e Lavoro

Oggetto: Incontro Commissione Sanità del 17 Marzo 2008.

Carissimi,

Vi facciamo pervenire una nota riassuntiva dell'incontro della Commissione Sanità tenutosi il 17 Marzo scorso.

Il verbale è stato redatto dal Coordinatore delle 3 Commissioni (Territorio, Sanità e Lavoro) Prof. Villani Andrea.

Il testo che si allega è solo una base su cui potete riflettere, apportare Vostri contributi e contraddittori al fine di ritrovarci al prossimo incontro preparati, per proseguire il lavoro iniziato e raggiungere nel modo più condiviso possibile una sintesi programmatica finale.

Anche le altre due Commissioni sono state insediate e affidate come coordinamento a:

- Dott. Roberto Gornati - Commissione Lavoro;
- Arch. Francesco Prina - Commissione Territorio.

In attesa di incontrarVi porgiamo un cordiale saluto.

*Sante Zuffada*

*Ambrogio Colombo*

P.S. Le eventuali osservazioni scritte possono essere indirizzate a:

- Sante Zuffada [info@zuffada.it](mailto:info@zuffada.it)
- Andrea Villani [andrea.villani@unicatt.it](mailto:andrea.villani@unicatt.it)

Allegati : 1

# Sulla città, oggi

## *La tutela della salute*

1. Una delle questioni più frequentemente affrontate dall'amministrazione pubblica italiana, a livello regionale e locale – questione peraltro risultata ad evidenza di grande interesse per i cittadini e per i *media* (o quanto meno, per ciò che traspare attraverso i *media*)- è la questione dell'inquinamento atmosferico o nella città. E' in connessione al grado di inquinamento “da polveri sottili” che le autorità pubbliche di tanto in tanto ordinano il blocco totale della circolazione automobilistica.

Questa preoccupazione, sia delle amministrazioni pubbliche che della popolazione in senso lato – che se accetta e rispetta il blocco significa che ne accetta gli obiettivi, la logica, lo spirito - è motivata da una esplicita volontà di combattere gli effetti negativi dell'inquinamento atmosferico sulle persone; cioè da una volontà di tutelare la salute dei cittadini. E questo attraverso misure che certamente mezzo secolo fa non solo non erano praticate, ma nemmeno pensate; nemmeno – quello dell'inquinamento atmosferico, pur già fortemente presente anche allora pur se di tipo diverso – costituiva l'oggetto di una particolare preoccupazione sulla scena politico-amministrativa. La preoccupazione fondamentale era infatti quella dello sviluppo economico, e in connessione dello sviluppo dell'occupazione.

2. Allo stesso modo e nella stessa logica si è avuta negli ultimi anni una crescente attenzione da parte dell'amministrazione pubblica al problema del danno recato alla salute dal fumo; e si intende dal fumo del tabacco. Si è giunti a proibire con misure sempre più vincolanti la pratica del fumo in tutti i locali pubblici, e anche nei ristoranti, nelle aule scolastiche e universitarie, sui treni, sugli aerei. Il fatto più clamoroso e per molti aspetti sorprendente nel nostro paese è l'incredibile, straordinario successo di questa legge, introdotta dal Governo Berlusconi, per azione del ministro della Sanità Giacomo Sirchia. Anche questo dimostra la singolare confluenza di intenti, interessi, volontà delle amministrazioni pubbliche e dei privati cittadini ad agire per la tutela della propria salute, non solo quando queste persone sono già soggette a malattie in fase conclamata, ma ad agire in via preventiva, per evitare che – per quanto possibile – determinate patologie si abbiano a manifestare.

3. Analogamente è continua e importante l'azione attraverso l'amministrazione pubblica, e nelle scuole, e sui *media* – in apposite trasmissioni o con continui interventi sui giornali, - volta a dare indicazioni sulla dieta opportunamente da seguire, per evitare determinate patologie, o in generale in vista di un più elevato benessere fisico, e le pratiche sportive di massa, il diffondersi dell'uso delle palestre, di corsi e centri di *fitness* e *wellness*: tutti sempre rivolti a una migliore, più elevata condizione fisica.

Accanto a simili azioni di prevenzione che potremmo definire “ambientali”, sono sempre più diffuse azioni di prevenzione “mirate”, svolte attraverso un controllo medico sistematico e continuo nel tempo. Dalle vaccinazioni compiute sulla totalità dei bambini per evitare l’insorgere di determinate patologie, al controllo della situazione al verificarsi di minimi disturbi e sofferenze, che un tempo si sarebbero trascurate o sopportate senza ricorrere al medico e agli specialisti, mentre oggi vengono immediatamente affrontate.

Magari si riscontra che si tratta di un falso allarme e di patologie minori. Ma è stato insegnato a ognuno di noi che è bene cercare di cogliere ogni patologia “al primo insorgere”, se si vuole combatterla meglio, e avere successo nel debellarla.

4. E’ piuttosto evidente - e riteniamo faccia parte della comune corrente consapevolezza - che la realizzazione concreta di tutte queste attività di prevenzione, sia quelle ambientali, sia quelle “mirate” sulle singole persone – ha un costo. Un costo di progettazione di programmi; un costo relativo alle conseguenze dei vincoli; un costo relativo alla realizzazione delle strutture fisiche e degli impianti nonché alla loro manutenzione, al loro uso, alla loro gestione concreta. Accanto a questi costi, vi sono quelli per la cura delle malattie in fase conclamata: malattie acute e malattie degenerative; malattie di breve durata e malattie di media e lunga durata, e anche malattie croniche. Anche per la cura di queste ovviamente è presente un apparato sanitario, con medici di base, strutture di pronto soccorso e relativo personale; ambulatori, cliniche specialistiche, ospedali di diversa importanza, con la relativa dotazione di attrezzature, di personale medico, tecnico-specialistico, amministrativo, e altro ancora. Tutto questo apparato dà luogo a quella che costituisce l’organizzazione sanitaria del nostro paese.

5. A parte le domande e questioni che possiamo porre, e che porremo, sulla validità, efficienza, adeguatezza di questo complesso di azioni pubbliche e private, preventive per la cura di patologie in atto, sta di fatto - e questo è oggettivamente riscontrabile, dimostrabile, misurabile – che una simile tutela della salute, così come praticata nel nostro paese, ha avuto e ha indubbi effetti positivi sulla vita dei cittadini. Innanzitutto nel senso di aver contribuito a determinare un significativo allungamento della vita delle persone (naturalmente misurato in termini di valori medi), nonché un miglioramento dello standard fisico come correntemente valutato.

Ora è stato scritto

:

“L’Italia sarà investita nei prossimi decenni, secondo le previsioni Istat, da un’ondata di anziani. E’ uno tsunami di proporzioni enormi: nel 2030 un italiano su tre avrà più di sessantacinque anni e uno su venti avrà più di ottantacinque anni.

E’ da rilevare che l’allungamento della vita non dipende tanto dai successi strepitosi della ricerca biomedica, quanto dai provvedimenti di salute pubblica (le vaccinazioni, una alimentazione più ricca, la sanitarizzazione degli ambienti), che hanno cominciato a dare i loro effetti positivi a partire dalla metà del secolo scorso.

Ciò che meraviglia è che di pari passo non si sviluppi un pensiero articolato per fare fronte a questo fenomeno di massa. Cambiano le prospettive. Per quanto riguarda la medicina l’obiettivo non è più solo il controllo della malattia acuta, ma anche la cura della cronicità, che richiede un intervento nel tempo ma

continuativo". (C. Vergani, *Rinnovare partendo dagli anziani. La sanità del futuro*, in "Corriere della Sera – Milano e Lombardia", 26 marzo 2006, p.1).

6. A fronte delle tesi del geriatra Carlo Vergani, riteniamo di rimarcare quanto segue. E' molto probabile che – se non accadranno cataclismi spaventosi di qualche tipo, determinati da azioni umane quali guerre, o da "fatti di Dio" - nei prossimi anni si avrà quella crescita di popolazione anziana di cui si è detto, con conseguenze prevedibili e azioni da svolgere, da individuare e realizzare. Però è molto probabile che non succeda solo questo. E' molto probabile – e lo sottolineiamo in contrasto con talune tesi che circolano – che la popolazione aumenti in misura molto forte nei prossimi decenni. E che aumenti in misura molto forte soprattutto in connessione con le migrazioni internazionali dai paesi del Terzo Mondo; popolazioni giovani, altamente prolifiche; e che analogamente quei milioni di immigrati già presenti nel nostro paese continueranno ad avere un tasso di natalità molto più elevato di quello dei cittadini italiani autoctoni, e - come già sperimentato nel campo dell'istruzione, in cui in misura crescente, specie nelle grandi città, gli alunni di provenienza extracomunitaria sono presenti in percentuali significative - allo stesso modo, come d'altronde avviene già ora, questi immigrati si presenteranno a richiedere anche una tutela della loro salute. E richiederanno una simile tutela presentando patologie analoghe a quelle degli italiani, oppure invece – come già si sperimenta ora – presentando patologie nuove, mai sperimentate prima qui, o invece qui debellate da tempo, ma ora nuovamente insorgenti.

7. Accanto a questo – ultimo ma non meno importante – questi nuovi cittadini italiani, nuovi cittadini o comunque popolazione presente sul nostro territorio a cui, secondo le leggi oggi vigenti dovrà venire data assistenza sanitaria e ospedaliera – si presenta il problema, specie per coloro che provengono da determinate parti del mondo, e hanno tradizioni culturali, civili e religiose notevolmente diverse dalle nostre, della modalità d'uso delle strutture sanitarie pubbliche e del personale, e del rapporto con gli altri pazienti e gli altri cittadini italiani. Questo - come noto, o come forse non sufficientemente noto - vale specialmente per la cura delle donne, tra i pazienti di tradizione e cultura islamica. Fenomeni dei quali si può affermare in astratto che si potrebbe o dovrebbe non tenere conto, se si è tutti uguali come cittadini di fronte alle prestazioni stabilite, ma di fatto non è così, non accade già così; perché questi portatori di diverse culture – essenzialmente, come detto, gli islamici - portano esigenze diverse; creano specifici problemi, a cui vengono date oggi difformi risposte. E non c'è dubbio che questi problemi cresceranno man mano che questi cittadini diverranno più numerosi, ed essendo divenuti regolari cittadini italiani conteranno anche in campo politico e amministrativo, e certamente chiederanno e otterranno delle modalità di procedere conformi alle loro specifiche esigenze.

8. Ora, già di fronte alla situazione così come delineata, un problema che si pone riguarda le modalità di svolgimento di tutte queste funzioni volte alla tutela della salute. Di fatto esiste in Italia un Servizio Sanitario Nazionale. Di fatto la competenza

in questo campo è attribuita alle Regioni. Di fatto non tutte le Regioni sono organizzate allo stesso modo, né tutte svolgono le funzioni loro assegnate in termini accettabili, tanto che si verificano significativi spostamenti di pazienti da una regione all'altra, ed essenzialmente dalle Regioni del Sud verso le Regioni del Nord, a iniziare dalla Lombardia. E ancora: in talune Regioni tutte le fondamentali strutture sanitarie e ospedaliere sono pubbliche, mentre in altre, come in Lombardia, è stata creata un'organizzazione per cui – pur in presenza dell'intervento pubblico per il finanziamento – le possibilità di cura sono ammissibili sia in strutture pubbliche che in strutture private. Il che ha determinato un rilevante sviluppo delle strutture sanitarie private, e un decremento-ridimensionamento di quelle pubbliche.

Si dà poi il fatto che la spesa ospedaliera assorbe il 46 per cento della spesa sanitaria complessiva, la quale spesa sanitaria assorbe da sola il 75 per cento del bilancio della Regione Lombardia, e presumibilmente in modo del tutto analogo, anche delle altre Regioni italiane. Si può ovviamente comprendere che enormità di interessi siano in gioco; quali responsabilità abbiano politici e amministratori pubblici che gestiscono questo campo di attività.

9. Noi riteniamo di dover cercare di comprendere quali siano i problemi aperti su concrete realtà territoriali. Che tipo di servizi vengono apprestati; quale sia il livello delle spese generali (burocratico-gestionali) rispetto al servizio effettivo che viene prestato all'utente, cioè al cittadino malato, o che si vuole evitare che si ammali. Questo problema, della quantità di spese generali che probabilmente fanno crescere in modo esorbitante le spese del servizio finale apprestato, non è presente ovviamente soltanto per il campo della sanità, ma è presente in tutti i campi nei quali l'amministrazione pubblica realizza e gestisce qualcosa: dall'abitazione, ai beni culturali, a qualsiasi altra attività nella quale ci sia un prodotto finale messo a disposizione dei cittadini.

In secondo luogo vogliamo esaminare in particolare la logica della ripartizione tra pubblico e privato. Il nostro interesse e la nostra attenzione andando ovviamente innanzitutto alla Regione Lombardia, ma con la possibilità e opportunità di estendere la ricerca e la riflessione anche ad altre Regioni, per le quali esista un interesse culturale, politico, e pratico a dare informazioni e a partecipare alla ricerca.

Non nutriamo ovviamente pregiudizi nei confronti del settore privato. Riteniamo peraltro – o invece – che quando ci si interessa del settore medico, della tutela della salute in generale, si debbano considerare tutte le possibilità e i limiti della “medicalizzazione”, da una parte, e tutte le possibilità e i limiti della deistituzionalizzazione, dall'altra. Molti, forse la maggior parte di coloro che leggono queste righe non hanno sentito parlare di Ivan Illich, che è stato un nostro guru, e che negli anni Settanta ha scritto pagine bellissime, ispirate, umanissime, e certo anche utopiche, sulla descolarizzazione e sulla deistituzionalizzazione, in generale. Noi sappiamo quanto è affascinante l'idea di creare momenti di cura, istruzione, e di importanti momenti di vita e azione collettiva partendo da una base di accordo volontario. Ma sappiamo anche quanto sia difficile in concreto realizzare simili strutture, basate sulla comunanza di ispirazione, sul senso di cooperazione e di

volontà di creazione, svolgimento, realizzazione di qualsivoglia impresa. La cooperazione è qualcosa di bellissimo ed esaltato, ma assai pochi la praticano. Tuttavia non possiamo non scommettere su quello che si ritiene debba essere realizzato partendo dalla creazione di nuove comunità volontarie, sostitutive di quelle comunità “naturali” che erano la famiglia patriarcale e – almeno in qualche misura - il vicinato, la comunità del vicinato nel borgo tradizionale.

E questo proprio tenendo conto e nella prospettiva che Carlo Vergani sottolinea a conclusione del suo articolo, con particolare riferimento al problema degli anziani più o meno malati.

“C’è un grido d’allarme che si leva al pronto soccorso dei nostri ospedali: due anziani su tre che si presentano vengono rimandati a casa perché non necessitano di ricovero. Sono i pendolari tra ospedale e domicilio che esprimono in una sede impropria un bisogno che non trova un luogo di approdo. In una popolazione che invecchia non basta sottoporre l’organizzazione della sanità a piccoli aggiustamenti; come dice l’Organizzazione Mondiale della Sanità, essa va rinnovata partendo dai piccoli passi nella giusta direzione” (Ibidem).

10. Intendiamo ora soffermarci sulla questione delle modalità di azione per la cura di patologie conclamate, come è oggi in atto nel nostro paese, in particolare nei Comuni dell’Est Ticino. A questo tema è stata dedicata attenzione in vari numeri dei “Quaderni del Ticino”, con interventi di diversi operatori del settore. Il punto di partenza della riflessione era determinato dal fatto di una riorganizzazione ospedaliera in atto su questo territorio, in particolare in connessione alla creazione di una nuova grande struttura ospedaliera a Legnano, con probabili inevitabili mutamenti di significato e di operatività degli ospedali attualmente presenti e operativi in Abbiategrasso, Magenta, Cuggiono.

Di fronte a una simile riorganizzazione, i problemi che si pongono riguardano innanzitutto i cittadini potenziali fruitori del servizio sanitario. Il sistema sanitario pubblico è oggi gestito totalmente dalle Regioni, che hanno la sanità come funzione fondamentale da svolgere; che quindi gestiscono un enorme ammontare di risorse, toccano relevantissimi interessi economici, governano e comandano un grandissimo numero di operatori, coinvolgendo in vario modo la totalità del territorio e i suoi abitanti.

Ora ai cittadini lombardi, a ciascuno di noi dunque, importa innanzitutto di poter trovare attenzione e cura in caso di bisogno. Un bisogno che quando si avverte un male non si sa bene né di che cosa si tratti, né quanto sia grave, per cui – nell’incertezza, e magari nella paura – si ritiene importante trovare qualche esperto che dia risposta, e nel caso di situazioni o incidenti fisici di evidente significato e gravità, possa intervenire subito a portare quanto meno i primi soccorsi. La rapidità dei soccorsi è spesso essenziale per riuscire a salvare la vita, e questa rapidità è ovviamente legata alla prossimità alle strutture di primo intervento.

Negli ultimi anni in connessione al progresso nel campo delle cure mediche, e alle crescenti aspettative di cure più pronte ed efficaci da parte dei cittadini, si è posta da una parte l’esigenza di compiere importanti investimenti nelle tecnologie più avanzate e nei trattamenti più sofisticati, innovativi ma anche più costosi; dall’altra

parte, di fronte alla difficoltà di aumentare ulteriormente il prelievo fiscale, le autorità pubbliche che gestiscono la sanità hanno cercato e cercano di razionalizzare nella massima misura possibile gli interventi in questo settore. In generale questo si è tradotto proprio, in modo immediato, nella concentrazione delle strutture sanitarie in particolare nei presidi ospedalieri. Il modello tradizionale era quello della diffusione dei presidi sanitari e ospedalieri. Ogni Comune di qualche importanza – Comune su cui gravitava poi un vario numero di centri minori – aveva il suo ospedale, quanto meno per il pronto soccorso e per la cura di un certo numero di patologie.

Man mano è stata realizzata una concentrazione, cioè un accorpamento di funzioni curative e riabilitative in pochi ospedali, al servizio di aree via via più vaste, e quindi al servizio di un maggior numero di potenziali utenti. Questo ovviamente per far sì che le attrezzature rare, sofisticate e costose, potessero venire adeguatamente utilizzate, con una riduzione del costo unitario di produzione del servizio. D'altra parte però avendosi di fatto e conseguentemente anche una concentrazione di quelle strutture per la tutela della salute relative a patologie meno rare, meno complicate, meno difficili da curare. Ma non solo. Nella misura in cui si è verificata una simile concentrazione di presidi ospedalieri e di cura, sono scomparse anche le strutture per il pronto soccorso. E non solo, ancora. Nella misura in cui il momento pubblico – la Regione, e in particolare, e nel nostro caso la Regione Lombardia – lascia all'utente la possibilità di scelta sia a istituzioni ospedaliere pubbliche che private, ammette che sul suo territorio vengano realizzate strutture e complessi di attrezzature che complessivamente possono essere, ed è probabile che siano, eccessive rispetto alle esigenze dell'utenza. Per cui si avrà una sottoutilizzazione degli impianti, di sposteranno diseconomie di scala, uno spreco di risorse rilevanti – dal nostro punto di vista – soprattutto per ciò che riguarda le strutture pubbliche, che sono state e vengono tuttora finanziate, in assoluta prevalenza, attraverso il prelievo fiscale.

Ora noi sappiamo che la Regione Lombardia ha elaborato piani poliennali per la tutela della salute; sappiamo anche che in termini generali questa tutela viene realizzata in modo decoroso, adeguato, soddisfacente per l'utenza. Questa è grosso modo la sensazione generale, a parte la lamentela per le code relative a visite, esami e interventi giudicati non urgenti.

Sulla razionalità di questi piani, a iniziare dall'ultimo recentemente approvato, non disponiamo di sufficienti elementi di giudizio, di cui ameremmo veramente disporre. Non abbiamo dubbi che ogni grosso Comune - i suoi abitanti e i suoi amministratori – amerebbero avere una struttura ospedaliera alle porte di casa. Probabilmente questo non è possibile in assoluto. Però ameremmo comprendere perché e per che cosa non è possibile. Nel caso dei presidi ospedalieri dell'Est Ticino, a proposito di questi ospedali, sui "Quaderni del Ticino" abbiamo letto il racconto della loro storia, ma assolutamente nulla della situazione attuale, dei problemi presenti, sia di tipo tecnico che organizzativo che economico che finanziario. Non abbiamo trovato una riga che spiegasse le ragioni delle trasformazioni in atto. Non una indicazione da parte dell'Assessore regionale alla Sanità, che pure era stato invitato a partecipare al dibattito sull'argomento (convegno e pubblicazione), né da parte di coloro che hanno raccontato la vicenda storica delle strutture esistenti.

Questa scarsità di informazioni sulla situazione esistente, in termini di problemi, così come di politiche, è abituale in tutti i settori di attività e da parte di tutti i livelli di governo. La nostra sfida, a questo proposito, è che innanzitutto la Regione, ma anche le istituzioni sanitarie, mettano in evidenza in modo chiaro e preciso i loro piani, i loro problemi, i nodi da sciogliere, le trasformazioni in corso, la loro motivazione, i loro costi, gli esiti attesi.

E' a noi ben chiaro che le strutture e le istituzioni private, anche quelle sanitarie e ospedaliere, vengono gestite con criteri privati, nell'interesse dell'imprenditore che mira a un profitto e non ha alcun dovere di comunicare all'esterno il suo modo di procedere. Saranno i sindacati e i dipendenti, se del caso, ad agire per conoscere, far conoscere e discutere le linee d'azione dell'impresa, per ciò che li riguarda. Ma ciò che fa lo Stato, ciò che fa la Regione Lombardia, ciò che fanno le ASL, è cosa che riguarda tutti i cittadini, e noi abbiamo una ragionevole aspirazione, anzi una precisa volontà, di comprendere come operino i responsabili politici e amministratori che sono stati eletti da noi.

Noi intendiamo conoscere per partecipare alle scelte sulle questioni che ci toccano, per una quantità di motivi. Se la parola "sussidiarietà" non è (come non dovrebbe essere) aria fritta, se non è (come non dovrebbe essere) il vestito dell'imperatore (magari di un imperatore regionale) noi riteniamo di avere buon titolo, buon diritto quanto meno a conoscere e a dare indicazioni di vario tipo su ciò che innanzitutto riguarda il nostro territorio, su ciò che viene pagato con le nostre imposte.



## I temi e problemi emersi nella riunione del 17 marzo 2008

*I problemi sui quali sembra meritevole e importante compiere un riflessione e un approfondimento, alla luce del dibattito pubblico attuale, e anche alla luce di quanto emerso nell'incontro della Commissione, sembrano essere i seguenti.*

1. Viene compiuta oggi nel nostro paese un gigantesco sforzo nella prevenzione. *Screening* di massa, su soggetti sani, cioè che non riscontrano patologie in atto.

La domanda che viene posta riguarda il nesso tra un simile azione, senza dubbio molto costosa in termini di uso delle risorse, e risultati che sono stati conseguiti. Cioè, presumiamo si debba intendere: quanta scoperta di patologie in atto viene realizzata, e quindi quanti interventi “per tempo” sono stati compiuti, che altrimenti non si sarebbero realizzati? Quanto di simili azioni preventive (e lo sforzo necessario per le medesime) vengono a impedire un miglioramento nelle procedure curative per le patologie in atto?

2. Esiste quanto meno in Lombardia la presenza di istituzioni curative pubbliche e di istituzioni private. In particolare istituti clinici e ospedalieri. Questo da sempre, ma il fatto nuovo, realizzato in Lombardia, riguarda la possibilità per il singolo cittadino di scegliere per l'accertamento di patologie o per l'attività curativa, tra istituzioni private e istituzioni pubbliche, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Vale a dire senza pagare nulla, oppure pagando quelle cifre ridotte – ove si superi un certo livello di reddito – rispetto alle tariffe proprie del libero mercato.

Il fatto è che in Lombardia l'80 per cento degli istituti curativi è pubblico, e il 20 per cento privato. Contemporaneamente si dà il fatto che le modalità operative del settore sanitario pubblico subiscono una serie di vincoli, stabiliti per legge, in conseguenza dei quali le strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche non riescono realizzare le proprie prestazioni in modo tale da potersi adeguatamente confrontare col settore privato.

Con i termini di “adeguato confronto” si intende fare riferimento al fatto di poter realizzare le prestazioni richieste non solo in modo tecnicamente adeguato, ma anche entro un tempo molto breve, che corrisponda alle attese dei cittadini: il che corrisponde al termine di “efficacia” nell'azione svolta. Ma non solo: perché il settore privato può anche operare con maggiore elasticità e rapidità nell'assunzione del personale necessario di ogni tipo, nelle modalità e per il tempo delle prestazioni e del rapporto di lavoro nella celerità con cui è possibile acquistare impianti; nella possibilità di utilizzarli per il tempo che si desidera. In modo tale quindi da poter ottenere la prestazione richiesta al costo unitario di produzione minimo.

Mentre è chiaro che se le apparecchiature pure di fatto disponibili possono essere utilizzate in misura minore (escludiamo che per carenza di personale nella nostra realtà non possano venire utilizzate per nulla) che nel settore privato, si avrà una situazione di inefficacia (cioè carenza nell'apprestamento del servizio) e di inefficienza (cioè un più elevato costo di produzione).

La questione che conseguentemente si pone riguarda il fatto se sia possibile uscire da una simile *impasse*. E' possibile dare alle strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche condizioni operative analoghe a quelle private? Che cosa comporterebbe? Quali leggi si dovrebbero cambiare, e in che modo? Quali conseguenze negative, o quanto meno rischi, si potrebbero verificare?

3. Le strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche vengono finanziate attraverso risorse regionali. Ed è noto che la stragrande maggioranza della spesa regionale viene destinata al settore della sanità. L'attribuzione di risorse viene effettuata con una destinazione, stabilita *ex-ante*, alle diverse realtà sanitarie territoriali locali, le quali dovrebbero raggiungere gli obiettivi sanitari e curativi – ospedalieri e non – nei limiti di quelle risorse. Se, e in che misura, e con quali esiti qualitativi nelle prestazioni venga di fatto realizzato, merita di essere reso evidente, e descritto.

Un dato di fatto peculiare anche in Lombardia a cui deve essere prestata attenzione, è però che non tutte le unità sanitarie rispettano i limiti di risorse attribuiti *ex-ante* dalla regione. In che modo queste possano di fatto “sforare” rispetto al budget va messo in evidenza. Così come va messo in evidenza e chiarito il motivo per cui queste Unità sanitarie “sforano”, cioè se è per motivi di inefficienza, incapacità tecnica e organizzativa nei diversi campi, o altro ancora. Conseguenza di ciò è che la Regione interviene *ex-post* a coprire i disavanzi delle Unità sanitarie meno efficienti.

Si tratta su questo innanzitutto di comprendere i motivi di una simile situazione, vedere le letture e analisi che della situazione sono state compiute dalla Regione Lombardia o da istituti di ricerca, universitari e non, pubblici e privati, e anche le ipotesi e proposte di modi che vengono avanzati per affrontare una simile situazione

4. E' un dato fatto anche che numerose persone colpite da varie patologie nelle Regioni meridionali e nelle isole accedono quotidianamente i servizi sanitari in generale, e ospedalieri in particolare, nella Regione Lombardia. Tutto questo potrebbe avere un'adeguata giustificazione se un simile spostamento di utenti e di domanda di un peculiare servizio avvenisse soltanto verso quegli istituti di cura di qualità eccezionale, che sono presenti qui ma non sono presenti - e presumibilmente non possono essere presenti, proprio per la loro eccezionalità - anche in altre parti d'Italia.

In realtà le cose non stanno in questi termini. Perché ci si sposta dal Sud e dalle isole anche per ottenere in tempi brevi delle analisi e delle diagnosi, delle prestazioni sanitarie e ospedaliere standard, che non richiedono competenze scientifico-tecniche straordinarie ed eccezionali, ma soltanto una decente capacità tecnica e organizzativa. Ora il ricorso da parte di numerose persone ai servizi sanitari della Regione Lombardia può costituire un motivo di legittimo orgoglio per politici, amministratori

e operatori della salute lombardi. Però un simile modo di procedere non è privo di inconvenienti; non è senza costi, sia per le singole persone e famiglie, sia per la collettività nazionale e regionale. E facciamo riferimento tanto alle persone che devono venire con i loro mali da Regioni lontane, così come per la popolazione della Lombardia che si trova a dover competere per l'uso delle sue strutture con una domanda significativa che altrimenti non si avrebbe. E con problemi organizzativi e finanziari che politici e amministratori regionali e locali si trovano a fronteggiare. Questo movimento di persone è legato da una parte all'alta qualità delle strutture sanitarie e ospedaliere lombarde; dall'altra alla bassa qualità delle analoghe strutture del Mezzogiorno e delle Isole. Poiché anche in questo la situazione non è priva di interesse per noi, si tratta di avere il massimo di consapevolezza della realtà a cui si è di fronte. E anche di comprendere come sia possibile che anche solo per ottenere prestazioni sanitarie e ospedaliere banali in talune regioni, si debbano attendere – dalle strutture pubbliche – mesi e mesi, o magari addirittura anni, mentre in Lombardia le cose stiano in termini notevolmente diversi. E dall'analisi della cause, vedere se è possibile trarre indicazioni quanto meno teoriche su ciò che si pensa come possibile rimedio.

5. Quanto detto fin qui ha un significato generale, che include certamente l'area dell'Est Ticino, ma la travalica. Per cui l'interesse e l'impegno ad affrontare simili temi, potrebbe e dovrebbe opportunamente a nostro parere essere condiviso con altri amministratori, politici e studiosi interessati a questi temi. Però indubbiamente vi sono sul tappeto dei problemi specifici di quest'area. Sarebbe interessante e importante disporre di una valutazione da parte dei cittadini e degli operatori nel campo sanitario e ospedaliero, sul grado di soddisfazione, e le criticità o problematicità di ciò che esiste e di ciò che viene fatto in tema di tutela della salute in questo territorio.

Ora noi riteniamo di poter affermare che in notevole misura la popolazione dell'Est-Ticino sia soddisfatta del livello di prestazioni sanitarie e ospedaliere che vengono fornite attraverso l'organizzazione pubblica da strutture pubbliche e private. Sono tuttavia presenti dei problemi legati alla realtà di quattro strutture ospedaliere esistenti in Abbiategrasso, Magenta, Cuggiono, Legnano.

Ora si può osservare – ed è stato da tempo osservato, analizzato e valutato, che queste quattro strutture non hanno tutte le medesime caratteristiche, la medesima dotazione le medesime potenzialità. Ora non esiste la possibilità economica e nemmeno la razionalità – date le dimensioni del bacino di utenza – di portare tutti e quattro questi ospedali al livello di dotazione di tutte le specializzazioni e attrezzature per affrontare tutte le patologie, e in particolare le più gravi. Il problema riguarda in particolare l'ospedale di Abbiategrasso e – in modo ancor più grave e forte – quello di Cuggiono. La tesi più semplice è quella di chiuderli, in quanto ospedali, perché di fatto fonte di spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane, e anche causa di problemi, ove vengano a confluire su di essi dei pazienti di determinate patologie in fase acuta, che non possono trovare cure adeguate in quelle strutture, per cui devono poi venire

trasferiti a Magenta o a Legnano, con ritardi che possono avere conseguenze non rimediabili.

Di fatto la maggior parte della popolazione, quando si trova a dover affrontare delle malattie gravi, ricorre per analisi e cura ai presidi sanitari più attrezzati.

Questioni possono sorgere per il pronto soccorso. Per quanto detto, per talune patologie, ricorrere a un pronto soccorso non adeguatamente attrezzato può essere rischiosissimo e magari fatale. Però non esistono soltanto esigenze di pronto soccorso per le quali si richiedano terapie con attrezzature e specializzazioni estremamente sofisticate. La risposta-proposta è di modificare le funzioni degli ospedali di Abbiategrasso e di Cuggiono, mostrando in modo argomentato alla popolazione di questi Comuni e del loro bacino d'utenza che la funzione di ospedale; che cosa di conseguenza può opportunamente rimanere in quelle strutture; quale organizzazione viene proposta per il "pronto soccorso" di vicinato, nonché l'organizzazione per un rapido accesso alle strutture ospedaliere dotate di tutte le unzioni curative al più alto livello.

*Andrea Villani*

4 aprile 2008

## Bibliografia

Maurizio Ampollini, *Società di Mutuo Soccorso. Una risposta ai bisogni sanitari che viene da lontano*, “Aggiornamenti Sociali”, aprile 2003, pp. 322-328

Stefano Baraldi, *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano 2005

Rosy Bindi, *La riforma della Sanità*, “Aggiornamenti Sociali”, aprile 2003, pp. 139-150

Luigi Bovo, Pia Bruzzichelli (a cura di), *Illich risponde dopo “Nemesi Medica”*, Cittadella Editrice, Assisi 1978

Angelo Carezzi, Antonello Zangrandi, *E' necessaria una nuova riforma della Sanità?*, “Aggiornamenti Sociali”, maggio 2004, pp. 381-392

Gerolamo Sirchia, *L'industria farmaceutica tra ricerca, mercato e tutela della salute*, “Aggiornamenti Sociali”, novembre 2007, pp.689-700

Ivan Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977

Roberto Volpi, *L'amara medicina*, Mondadori, Milano 2008