



# **Proposte per la sanità lombarda**

*In ricordo di Giuseppe Garraffo,  
indimenticato segretario generale  
della Cisl Medici*

## **PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO CISL MEDICI LOMBARDIA**

Il dibattito in corso in queste settimane a riguardo del pronto soccorso e di quale organizzazione adottare al fine di ridurre il ricorso improprio a tali strutture è l'occasione per presentare alcune proposte in merito e sulla riorganizzazione complessiva del sistema lombardo. (indicate a punti sintetici nel documento allegato).

Nel merito occorre agire inizialmente su tre livelli:

### **1) A livello del Pronto soccorso stesso.**

Occorre avvicinare i medici di guardia medica, i Mmg, i Pls e gli specialisti ambulatoriali (Sai) al sistema Pronto soccorso (Ps) con l'obiettivo di giungere alla riorganizzazione della gestione dei codici bianchi e verdi, facendo tesoro anche dell'esperienza della Asl di Milano e di alcuni ospedali lombardi.

Quando un cittadino sta male si rivolge al pronto soccorso, perché si sente più tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera infatti tra le sofisticate variabili dell'organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano che si chiama paura.

E nell'ambito del diritto alla salute va contemplato e compreso l'aspetto psicologico dell'essere preoccupati e di avere paura per se e per i propri familiari. Pertanto qualsiasi forma organizzativa atta ad alleggerire il pronto soccorso dai cosiddetti codici bianchi deve essere affrontata, nel breve, utilizzando spazi prioritariamente ospedalieri ed avvalendosi, riorganizzandone il loro utilizzo, prima di tutto del opera dei medici di guardia medica che affronteranno i codici bianchi individuati dopo il triage.

Vanno comunque garantiti gli organici medici e infermieristici ospedalieri, in prima linea per fare fronte alle esigenze cliniche ed organizzative dei Ps. I medici ospedalieri, a fronte di questo alleggerimento organizzativo, potranno svolgere attività di tutoraggio e formazione nei confronti degli stessi Mmg, Pls, medici di guardia medica e specialisti ambulatoriali.

### **2) Riorganizzando la medicina extraospedaliera territoriale**

per fare questo occorre del tempo, ma bisogna avviare progetti, anche in forma sperimentale, subito.

La prima assistenza al cittadino deve essere organizzata sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti. In questo modo si innesca un percorso virtuoso che garantisce appropriatezza degli interventi e contenimento dei costi accompagnati da una riduzione di eventuali ricorsi impropri alla assistenza ospedaliera nei casi non acuti.

Questi obiettivi si realizzano, a livello territoriale – di città, di paese, di quartiere, di distretto – attraverso:

- a) la creazione di una collaborazione ed integrazione organizzativa e funzionale tra Mmg, Pls, medici di guardia medica e specialisti ambulatoriali (Sai).
- b) la realizzazione di tutte le opportunità previste dagli Aa.cc.nn. delle convenzioni, in particolare con l'attivazione di un tavolo regionale di confronto per la istituzione in primis delle **Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)** e la successiva realizzazione delle **Unità complesse cure primarie (Uccp)** che dovranno essere messe in rete con le strutture intermedie.

Un esempio esplicativo dei punti precedenti è la messa a disposizione per la realizzazione di UCCP i specifici spazi nel contesto dei poliambulatori pubblici nelle città capoluogo di provincia. **Gli specialisti ambulatoriali dovranno costituire i primi consulenti diretti, contattabili anche fisicamente, perché collocati nella stessa struttura, dei MMG e PLS**, attraverso la creazione di agende riservate ai MMG e PLS, così da accelerare al massimo l'iter diagnostico nei casi ritenuti problematici. Tale organizzazione ridurrà all'origine il ricorso al Ps.

Questa organizzazione integrata territoriale dovrà essere prevista **H12 o meglio H15 con l'apertura dei poliambulatori per un numero corrispondente di ore, ed anche il sabato e, al meglio, anche la domenica.**

In prospettiva dovranno essere i Poliambulatori e i medici di medicina generale ed i medici di guardia medica nelle forme aggregate a coprire anche la fascia oraria 20-24 nei giorni feriali e 12-22 la domenica (orario di maggiore afflusso in Ps anche dei codici bianchi).

E' necessario infatti adeguare gli orari delle strutture territoriali a quelli dei lavoratori che spesso devono accompagnare i genitori e/o i figli a fare prestazioni richieste dal medico di base: non trovando strutture aperte la sera, il sabato e la domenica i lavoratori accompagnano i loro pazienti in PS, dove spesso poi viene generato un ricovero improprio per la scarsa conoscenza del Paziente, per la scarsità di tempo a disposizione e per il fenomeno della medicina difensiva.

Quanto sopra diminuirebbe alla fonte l'accesso improprio in PS ed indirettamente il numero di ricoveri non appropriati.

C) Visto l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e il fatto che la medicina territoriale deve ancora realizzare la fase di riorganizzazione, è necessario, in una fase intermedia, prevedere **un congruo aumento di numero di letti di medicina, anche a bassa complessità assistenziale, togliendoli dalle chirurgie sia pubbliche che private**, perché nelle condizioni attuali, spesso non vi sono posti letto ed i Pazienti attendono diverse ore in astanteria del Ps in attesa di ricovero.

Per dare concretezza e un segnale di cambiamento arriviamo a proporre, per l'area metropolitana, che è la più complessa e critica, di minima, l'**istituzione di un "Organismo" con funzioni di coordinamento sul campo, di tutte le attività sanitarie ed assistenziali territoriali extra ospedaliere nell'area metropolitana, con incarico istituzionale di raccordo delle attività tra le tre ASL e le aziende ospedaliere milanesi** (ridotte di numero), sino ad ipotizzare la costituzione di una **Azienda di servizi territoriale** (attualmente proposta non compatibile con l'attuale assetto organizzativo regionale).

Per realizzare questo percorso di integrazione dei servizi territoriale occorre ovviamente avviare ed affiancare un programma di **eventi formativi** (con carattere anche di "gruppi di miglioramento sul campo") che coinvolgano tutti i professionisti dei diversi settori che aderiscono alla nuova organizzazione: Mmg, Pls, medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali, medici di guardia medica e medici ospedalieri.

Una particolare attenzione e sensibilità andrà posta alla **educazione sanitaria comportamentale dei cittadini** con la creazione di campagne di informazione regionali ad hoc, ma anche attraverso l'attiva collaborazione e dialogo con le varie associazioni rappresentative della società civile.

In questa fase riorganizzativa della medicina del territorio, i **Creg**, attualmente in fase di sperimentazione in cinque Asl della regione Lombardia, se confermati da riscontri oggettivi e positivi dovranno raccordarsi con le modalità organizzative delle AFT e UCCP. In ogni caso riteniamo lungimirante e positiva l'esperienza dei Drg territoriali che dovrà essere accompagnata da una revisione nazionale dei Lea e del nomenclatore tariffario regionale.

Una nota di principio al termine di questa prima parte: molte decisioni in sanità vengono prese senza il coinvolgimento dei medici. Affinché i cambiamenti siano veri e duraturi come quelli indicati, occorre che avvengano con la partecipazione diretta e determinante dei medici.

Nel documento la presa d'atto della attuale difficoltà della medicina territoriale così come è attualmente organizzata in Lombardia viene imputata ad una carenza legislativa, in quanto **la Legge 31/97 legge di riforma sanitaria lombarda, se è stata molto positiva nel mettere in sicurezza la rete ospedaliera non ha dato sufficienti risposte nel settore della medicina territoriale, per cui ne chiediamo una modifica ed una integrazione**

Un altro aspetto del documento, che riteniamo meriti attenzione ed una presa di posizione politica è quello in cui la congiuntura economica che interessa anche la sanità, **non deve tradursi in tagli dei servizi attualmente in essere, ma se tagli devono essere fatti siano tagli ai costi della politica.** Per cui proponiamo la riduzione del numero di Aziende sanitarie locali e di Aziende ospedaliere, in particolare nell'area metropolitana.

Ciò determinerà una razionalizzazione e riduzione di spesa diretta (riduzione dei direttori generali, sanitari ed amministrativi) e dell'indotto.

**Quindi: NO AI TAGLI LINEARI, SI ALL'EFFICIENZA ED EFFICACIA DELL'AZIONE SANITARIA, SI AI TAGLI DEI COSTI DELLA POLITICA IN SANITÀ.**

Milano, 6 aprile 2012

Arturo Bergonzi  
Segretario generale  
CISL MEDICI LOMBARDIA

## **LINEE DI AZIONE SINDACALE E PROPOSTE DELLA CISL MEDICI LOMBARDIA**

### **PREMESSA**

Raccogliendo le problematiche sollevate dal dibattito dei medici che hanno evidenziato lo stato di “malessere” della categoria impegnata nei diversi settori del Servizio sanitario regionale (Ssr), la Cisl Medici Lombardia presenta alle istituzioni regionali e nazionali, alle forze politiche alle altre organizzazioni sindacali ed alle parti imprenditoriali ed ai cittadini, alcune linee di proposta e di azione con il preciso obiettivo di contribuire a migliorare i servizi pubblici offerti al cittadino dal Ssr, e la risposta del Ssr alla richiesta di salute dei cittadini lombardi, soprattutto in questa fase di grave crisi economica e sociale che determina riduzioni di finanziamento, programmati a partire dal 2013 e anni successivi.

### **LUCI E OMBRE DOPO 15 ANNI DI APPLICAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA (legge n. 31/1997).**

La riforma sanitaria lombarda del 1997 ha certamente introdotto un grande cambiamento di impostazione culturale che possiamo riassumere con i noti slogan lanciati a suo tempo dalla regione Lombardia: “libertà di scelta del cittadino” e “separazione tra acquirenti e produttori”. Ma soprattutto ha indubbiamente contribuito a migliorare organizzazione, efficienza, controllo delle prestazioni e dei costi delle strutture sanitarie private e pubbliche, costrette queste ultime a sostanziali auto revisioni per rispondere alle indicazioni e regole dettate dalla regione Lombardia - organo di decisione, programmazione e controllo - che oggi non ha più zone “non conosciute”. Questa impostazione ha contribuito a ristrutturare efficientemente soprattutto le aziende ospedaliere pubbliche.

A distanza di tempo dobbiamo doverosamente sottolineare una carenza di attenzione nei riguardi della sanità extraospedaliera, anche definita territoriale, forse perché preoccupati, in prima istanza a far quadrare i conti degli ospedali. La legge 31/97 non ha infatti introdotto, in linea generale e di principio, modelli altrettanto innovativi in termini di organizzazione strutturata per quanto riguarda la sanità territoriale, intesa come continuità di cura e presa in carico del malato, soprattutto l’anziano con multi patologie croniche. In questo settore, negli ultimi quindici anni, l’organizzazione si è basata in quota preponderante sui medici di medicina generale (Mmg) e pediatri di libera scelta (Pls), non pensando ad attivare strutture organizzative che li ricomprendessero in un piano organico unitamente agli altri soggetti che intervengono nell’assistenza e nella cura extra ospedaliera. A conferma di questa mancanza di visione d’insieme del territorio si osserva che l’attuale organizzazione vede i Mmg e Pls gestiti dalla Asl mentre quasi tutti i soggetti erogatori di prestazione sono invece gestiti dalle Aziende ospedaliere.

Ora occorre fare un ulteriore passo avanti, con una **revisione o integrazione della legge n. 31 del 1997, in quelle parti che riguardano, in particolare, la medicina del territorio**. Ha ancora senso tenere separate gestioni e responsabilità di Mmg, Pls, Adi (Assistenza domiciliare integrata) e consultori che dipendono dalla Asl (Azienda sanitaria locale) da quelle di specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, Cps (Centro psichiatrico sociale) e altri soggetti che dipendono invece dalla Ao (Azienda ospedaliera)? Occorre quindi introdurre modifiche che formalizzino almeno un processo di integrazione e coordinamento tra i soggetti che erogano e producono sanità nel territorio.

In un periodo di difficoltà di risorse economiche a disposizione, occorre prendere in considerazione la possibilità di spostare i finanziamenti, in misura congrua ed a fronte di un obiettivo alleggerimento di incombenze, dagli ospedali al territorio. Del resto anche la Regione Lombardia sta intervenendo, in questo ultimo periodo, in questo settore con soluzioni innovative come con l'introduzione sperimentale dei Creg (Cronic related group). Tale sperimentazione rischia di rimanere un intervento "isolato" e "di scarsa efficacia" senza una politica riorganizzativa territoriale più ampia e complessiva. Per avere risultati adeguati alla domanda dei cittadini deve anche svilupparsi e giungere a maturazione un percorso soprattutto "culturale" a tutti i livelli - politico, istituzionale, sociale, dei soggetti operanti a vario titolo in sanità e degli stessi cittadini - che faccia da volano e da forte spinta al cambiamento.

### **SI ALL'EFFICIENZA, NO AI TAGLI LINEARI**

I principi di "libertà di scelta del cittadino", di "separazione tra acquirenti e produttori" e di "competizione pubblico-privato", accompagnati da un puntuale e costante monitoraggio dei conti, hanno incoraggiato e favorito percorsi di efficienza e di razionalizzazione anche nel servizio pubblico. In proposito, occorre altresì riconoscere che in moltissime realtà le aziende sanitarie pubbliche hanno ormai raggiunto livelli di qualità e costo delle prestazioni per cui non si può genericamente parlare di sprechi in sanità pubblica. Pertanto, in queste strutture i servizi vanno mantenuti e migliorati, non ridotti o chiusi. I previsti tagli del 10% delle strutture semplici e complesse, se applicati indistintamente, possono portare a una concreta riduzione dei servizi sanitari, nel suo complesso, senza entrare nel merito dei problemi da risolvere. Eventuali riduzioni devono riguardare solo le aziende e strutture sanitarie dove ancora sono presenti sacche di inappropriatazza, documentati sprechi, ridondanze e diseconomie, e non quelle dove il lavoro quotidiano, serio, professionale e coscienzioso di medici e altri operatori, capaci di mettersi in discussione, hanno garantito servizi di qualità e conti in ordine. Anzi queste realtà vanno incentivate e premiate poiché una riduzione lineare delle posizioni dirigenziali di struttura semplice e complessa porterebbe alla dequalificazione dei servizi offerti per mancato interesse di operatori competenti a farsi carico delle stesse.

Va detto in maniera chiara che la sanità lombarda ha già attuato in maniera autonoma, nel corso di questi anni, un suo piano di rientro, anche con il concorso responsabile di medici ed operatori sanitari e altri tagli sarebbero insopportabili.

Pur mantenendo alta la vigilanza su inappropriatazza, distorsioni economiche e finanziarie che coinvolgono anche strutture importanti private accreditate - che la cronaca ha recentemente portato alla ribalta - la Cisl Medici Lombardia con responsabilità indica un percorso virtuoso che però, non dimenticando la situazione economica, deve prima di tutto rispondere alla domanda di salute dei cittadini ed alla corretta esplicazione dell'attività medica e sanitaria nei luoghi di lavoro.

### **FINANZIAMENTO DEL SSR E ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

Riteniamo prioritario, anche in questa difficile congiuntura, garantire e rafforzare i livelli prestazionali, i servizi sanitari e assistenziali sia ospedalieri che territoriali. La Cisl Medici Lombardia propone che gli eventuali adeguamenti di bilancio si possano realizzare sia con gare di appalti aggregate e centralizzate, sia con accorpamenti di servizi di supporto tra più Aziende e sia anche con una **riduzione del numero di Asl e Aziende ospedaliere, in particolare nelle zone metropolitane**. A questo proposito, **risparmi e tagli apparentemente inevitabili devono incidere sui costi della politica** (Direttori generali, sanitari ed amministrativi, consulenze, appalti, clientele, consigli di amministrazioni, etc...) **anziché sui livelli occupazionali e organizzativi del personale sanitario e non, con ricadute sui servizi offerti ai cittadini.**



## **PRONTO SOCCORSO**

Occorre avvicinare i medici di guardia medica, i Mmg, i Pls e gli specialisti ambulatoriali (Sai) al sistema Pronto soccorso (Ps) con l'obiettivo di giungere alla riorganizzazione della gestione dei codici bianchi e verdi, facendo tesoro anche dell'esperienza di alcuni ospedali lombardi. Quando un cittadino sta male si rivolge al pronto soccorso perché si sente più tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera, perché tra le sofisticate variabili dell'organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano che si chiama paura. E nell'ambito del diritto alla salute va contemplato e compreso l'aspetto psicologico dell'essere preoccupati e di avere paura per se e per i propri famigliari.

Pertanto qualsiasi forma organizzativa atta ad alleggerire il pronto soccorso dai cosiddetti codici bianchi deve essere affrontata, nel breve, **utilizzando spazi prioritariamente ospedalieri ed avvalendosi, riorganizzandone il loro utilizzo, prima di tutto del opera dei medici di guardia medica** che affronteranno i codici bianchi individuati dopo il triage.

E' necessario sviluppare in ogni caso una sinergia tra Mmg, Pls, medici di guardia medica e specialisti ambulatoriali con il 118 (oggi 112).

Vanno comunque garantiti gli organici medici e infermieristici ospedalieri, in prima linea per fare fronte alle esigenze cliniche ed organizzative dei Ps. I medici ospedalieri, a fronte di questo alleggerimento organizzativo, potranno svolgere attività di tutoraggio e formazione nei confronti degli stessi Mmg, Pls, medici di guardia medica e specialisti ambulatoriali.

Nel frattempo si cercherà di sviluppare sul territorio un nuovo sistema sanitario territoriale che possa garantire assistenza sanitaria adeguata, anche dei codici bianchi e verdi, mediante la creazione delle unità complesse di cure primarie inserite nei poliambulatori pubblici (vedi paragrafo "riorganizzazione della medicina territoriale").

Visto l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e la difficoltà che incontra, con l'attuale organizzazione, la medicina territoriale a risolvere questi problemi, è necessario, in una fase intermedia, prevedere un **congruo aumento di numero di letti di medicina (anche a bassa complessità assistenziale)**, perché spesso non vi sono posti letto ed i pazienti attendono diverse ore in astanteria del Ps in attesa di ricovero.

## **OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE**

Il modello proposto può essere applicato solo con gradualità e fasi sperimentali. Certamente non può essere realizzato in tutte le strutture ospedaliere, in maniera acritica, o imposto forzatamente in strutture che, anche dal punto di visto edilizio, non sono state progettate per questo nuovo modello assistenziale. Nelle strutture attuali si deve tener conto prioritariamente del pesante impatto organizzativo e dei profondi disagi per l'utenza rispetto alle attese auspiccate, mentre negli ospedali in fase di nuova costruzione e ristrutturazione è possibile orientare progettazione e realizzazione architettonica in questo senso, con il pieno coinvolgimento dei medici in fase di progetto e costruzione. Su questo argomento va ricercato la collaborazione di tutti i medici e ne va orientato lo sforzo formativo sfruttando le esperienze positive già acquisite.

## **STRUTTURE INTERMEDIE**

Tenuto conto dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico nei prossimi anni si ritiene necessario il potenziamento di queste realtà. Devono costituire un anello fondamentale per la gestione dei pazienti in fase sub-acuta, di stabilizzazione e di sollievo nei percorsi Creg con complicazioni. A tal fine si possono riconvertire con investimenti limitati, piccole strutture ospedaliere o padiglioni di grandi strutture, sia pubbliche che private, non adeguate alla gestione del paziente acuto.

## **RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE**

La prima assistenza al cittadino deve essere organizzata sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti. In questo modo si innesta un percorso virtuoso che garantisce appropriatezza degli interventi e contenimento dei costi accompagnati da una riduzione di eventuali ricorsi impropri alla assistenza ospedaliera nei casi non acuti.

Questi obiettivi si realizzano, a livello territoriale – di città, di paese, di quartiere, di distretto – attraverso:

1) la creazione di una collaborazione ed integrazione organizzativa e funzionale tra Mmg, Pls, medici di guardia medica e specialisti ambulatoriali (Sai).

2) la realizzazione di tutte le opportunità previste dagli contratti nazionali delle convenzioni, in particolare con l'attivazione di un tavolo regionale di confronto per la istituzione in primis delle **Aggregazioni funzionali territoriali (Aft)** e la successiva realizzazione delle **Unità complesse cure primarie (Uccp)** che dovranno essere messe in rete con le strutture intermedie.

Un esempio esplicativo dei punti precedenti è la messa a disposizione per la realizzazione di UCCP di specifici spazi nel contesto dei poliambulatori pubblici nelle città capoluogo di provincia. Gli specialisti ambulatoriali dovranno costituire i primi consulenti diretti, contattabili anche fisicamente, dei Mmg e Pls, attraverso la creazione di agende riservate ai MMG e PLS, così da accelerare al massimo l'iter diagnostico nei casi ritenuti problematici. Tale organizzazione ridurrà all'origine il ricorso al Ps.

Questa organizzazione integrata territoriale dovrà essere prevista su **12 ore o meglio 15 ore, con l'apertura dei poliambulatori per un numero corrispondente di ore, senz'altro il sabato, al meglio anche la domenica** (al riguardo, una proposta di realizzazione concreta viene indicata nel paragrafo relativo alla medicina territoriale dell'area metropolitana, dove sono presenti 23 poliambulatori pubblici extraospedalieri, anche se la proposta può essere valutata anche per gli altri capoluoghi di provincia).

E' necessario adeguare gli orari delle strutture territoriali a quelli dei lavoratori che spesso devono accompagnare i genitori e/o i figli a fare prestazioni richieste dal medico di base: non trovando strutture aperte la sera, il sabato e la domenica i lavoratori accompagnano i loro pazienti in PS, dove spesso poi viene generato un ricovero improprio per la scarsità di tempo a disposizione, per la scarsa conoscenza del paziente e per il fenomeno della medicina difensiva.

Quanto sopra diminuirebbe alla fonte l'accesso improprio in PS ed indirettamente il numero di ricoveri non appropriati.

Questo percorso di integrazione dei servizi territoriale deve essere avviato ed affiancato da **eventi formativi** (con carattere anche di "gruppi di miglioramento sul campo") che coinvolgano tutti i professionisti dei diversi settori che aderiscono alla nuova organizzazione: Mmg, Pls, medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali, medici di guardia medica e medici ospedalieri.

Una particolare attenzione e sensibilità andrà posta alla **educazione sanitaria comportamentale dei cittadini** con la creazione di campagne di informazione regionali ad hoc, ma anche attraverso l'attiva collaborazione e dialogo con le varie associazioni rappresentative della società civile.

In questa fase riorganizzativa della medicina del territorio, i **Creg**, attualmente in fase di sperimentazione in cinque Asl della regione Lombardia, se confermati da riscontri oggettivi e positivi dovranno raccordarsi con le modalità organizzative delle Aft e Uccp. In ogni caso riteniamo lungimirante e positiva l'esperienza dei Drg territoriali che dovrà essere accompagnata da una revisione nazionale dei Lea e del nomenclatore tariffario regionale.

## **SANITA' PENITENZIARIA**

Il percorso di integrazione della medicina penitenziaria nel Ssn presenta forti peculiarità e ampie differenze tra tipologie di stabilimenti di pena e di medici che vi operano. Occorre tenere conto di due aspetti. Il primo è riconoscere la competenza di chi già vi opera pur in presenza di situazioni di profondo disagio. Il secondo, le note difficoltà di reperimento e mantenimento in servizio di personale con specifica preparazione ma soprattutto attitudine. Per questi motivi si richiede:

- la stabilizzazione di fenomeni di precariato che si trascinano da tempo;
- il mantenimento delle vigenti modalità organizzative per il personale turnista, già stabilizzato, con deroga alle incompatibilità proprio per la particolare tipologia di servizio;
- una specifica attività di formazione per tutti i medici di medicina penitenziaria che fornisca gli adeguati strumenti di buona conoscenza clinica e di moderno esercizio professionale tenendo conto del contesto in cui operano;
- omogeneo adeguamento contrattuale delle retribuzioni orarie.

## **MEDICINA PREVENTIVA**

Per quanto riguarda le attività di prevenzione si ritiene necessario che **almeno il 5,5% delle risorse sia destinato a questo settore**, vigilando sulla loro destinazione al fine di evitare utilizzi impropri. Eventuali proventi derivanti dalle attività di controllo ispettivo devono servire ad autofinanziare il budget dello stesso settore e le attività di promozione della salute.

L'acquisizione di beni e servizi, l'assunzione di personale a progetto e a termine, la formazione e accordi di incentivazione del personale devono essere finalizzati ad un incremento effettivo delle attività, non solo quantitativo ma anche qualitativo, con specifiche verifiche e monitoraggi di documentati miglioramento di salute o di mitigazione di rischi della popolazione. Inoltre, gli operatori dei servizi interessati devono essere coinvolti nella programmazione di investimenti, interventi e nella rendicontazione degli stessi.

Per quanto riguarda l'offerta vaccinale **la campagna di vaccinazione va ampliata** includendo, oltre alle attuali vaccinazioni raccomandate, le vaccinazioni anti-meningococco e pneumococco, anti-varicella e anti-rotavirus. Il calendario vaccinale e la relativa offerta di vaccini non deve limitarsi alla età dell'infanzia ma comprendere tutto il periodo di vita. Per assicurare continuità delle attività di prevenzione e ridare alla nostra Regione il ruolo di punto di riferimento, sempre riconosciuto a livello nazionale ed internazionale, è necessario una stabilità quali quantitativa delle risorse umane impiegate. Il progressivo invecchiamento degli operatori comporta una perdita di capacità professionali che il ridotto turn-over non riesce purtroppo a salvaguardare. In proposito, gli eventuali tagli lineari del 10% delle strutture semplici e complesse nel settore della prevenzione comporterebbero nelle Asl più piccole, che già fanno fatica a mantenere i livelli di prestazione richiesti, **criticità organizzative e strutturali**. Pertanto, è necessario a medio termine una opportuna redistribuzione delle risorse umane e non, rispetto alle situazioni storiche consolidate, con la definizione di un assetto organizzativo nelle linee guida dei prossimi Piani organizzativi aziendali (Poa) che possa garantire la continuità e il presidio di tutte le funzioni di prevenzione necessarie ad assicurare una risposta omogenea sul territorio a tutti i cittadini lombardi.

## **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E MEDICI**

In Sanità molte decisioni organizzative sono prese senza i medici. A proposito, riteniamo necessario una **inversione di marcia** rispetto "al solo obiettivo della produzione", in definitiva sterile perché causa medicina difensiva e frequente ripetizione di esami diagnostici. I medici devono essere coinvolti nella definizione dei tempi di esecuzione delle prestazioni, secondo criteri guida di efficacia, di qualità della prestazione, di rispetto e dignità del paziente, di indicazioni delle società scientifiche e degli Ordini dei Medici. I medici devono sentirsi partecipi nell'organizzazione del loro piano di lavoro e dell'intera equipe, avvalendosi dell'indispensabile supporto del personale sanitario ed amministrativo.

## **MEDICI SPECIALISTI**

In Lombardia si evidenzia attualmente una **carezza di medici specialisti in varie branche di notevole rilevanza**, sia nell'ambito della dirigenza medica e sia nelle convenzioni. Un quadro opposto rispetto alla situazione presente nelle regioni del sud Italia. Di conseguenza, appare utile una riprogrammazione regionale del numero di medici specialisti in carico alle Università e un coinvolgimento ospedaliero nella formazione specialistica dei medici

## **VERSO UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

In un Ssr equilibrato e organizzato che risponde alla domanda di salute dei cittadini alcuni segmenti della popolazione meritano una attenzione e tutela particolare:

- **anziani**, con pluripatologie, che vivono soli, scarsamente autosufficienti o non autosufficienti;
- **mamme, bambini e maternità**: in particolare i soggetti con difficoltà socio economica, le donne sole senza lavoro, le coppie giovani senza lavoro siano essi italiani e/o extracomunitari;
- **malati psichiatrici** bambini e adulti;
- **portatori di Handicap** congenito o acquisito;
- **malattie rare** congenite o acquisite.

A proposito di malati psichiatrici e portatori di handicap citiamo un solo dato che deve fare riflettere: gli alunni con disabilità nella scuola sono cresciuti in 10 anni del 53,9 per cento, coinvolgendo circa il 16 – 20 per cento della popolazione scolastica italiana, con prevalenza di problemi psichiatrici e comportamentali (dato di Osserva salute/SIP: gennaio 2012).

Come intervenire per cercare di tradurre in organizzazione sanitaria le esigenze prioritarie individuate? La Cisl Medici Lombardia presenta alcune proposte di “manutenzione” del SSR con una particolare attenzione alla specificità dell'area metropolitana.

### **1. PROVINCE LOMBARDE**

**Riorganizzazione della sanità lombarda.** La Medicina territoriale deve essere strutturata in base alle caratteristiche orogeografiche, demografiche, infrastrutture e bisogni assistenziali specifici della popolazione di riferimento. In proposito, occorre ripensare e finanziare un progetto complessivo di revisione delle strutture sanitarie territoriali esistenti, in modo da mantenere in attività quelle con i requisiti di sicurezza idonei, programmare eventuali ristrutturazioni e riconversioni di altre strutture che possono rientrare nella programmazione strategica di regione Lombardia. Dovrà essere preso in considerazione l'**aggiornamento tecnologico scientifico delle strumentazioni di diagnosi e cura** per sostituire macchinari obsoleti e superati. Va garantita una **presenza adeguata di personale sanitario** medico e non medico per offrire una risposta omogenea in tutto il territorio lombardo.

Occorre diffondere e/o completare il processo di informatizzazione dei dati sanitari fra i vari attori della medicina del territorio, realizzando in primis le aggregazioni funzionali territoriali Aft di medici; prevedere una stretta collaborazione tra ospedale e territorio (strutture per acuti e sub acuti) al fine di realizzare idonei e concreti percorsi diagnostico terapeutici del paziente, dalla fase acuta di emergenza fino al ritorno protetto sul territorio degli stabilizzati -cronici.

Seguirà la **creazione delle Unità complesse cure primarie** (Uccp), con assistenza medica presente inizialmente almeno 12 ore (H12), che nelle zone di pianura possono svilupparsi con il meccanismo “hub and spoke”, in virtù della capacità di svolgere negli hub prestazioni anche di II livello e negli spoke una offerta specialistica adeguata di I livello. In ciascuna delle due strutture sanitarie deve essere garantita comunque la presenza, nelle 12 ore diurne, di Mmg. Negli hub potrebbe anche essere presa in considerazione la possibilità di una integrazione con i servizi della Asl di riferimento, su modello del Palazzo Welfare Metropolitano presentato a suo tempo dalla Cisl.

Nelle zone geograficamente disagiate, montane e non, la funzione di hub potrebbe essere demandata alle piccole strutture ospedaliere già esistenti, che necessiterebbero solo di essere potenziate mediante la congrua presenza programmata di figure mediche specialistiche. Per il resto andrebbero potenziati i servizi di telemedicina e informatici, offrendo ai Mmg e Pls la possibilità, per quanto possibile, di agire da spoke con il supporto degli specialisti in ambulatorio in maniera programmata per le specialità necessarie. Nelle strutture ospedaliere hub potrebbero confluire anche i servizi Asl territoriali per maggiore comodità dei cittadini. In tutti i servizi sanitari la assistenza notturna e festiva sarebbe garantita dalla continuità assistenziale che opererebbe in stretta collaborazione con il prossimo 112 ex 118. Si potrebbe prevedere per i servizi specialistici anche un meccanismo di pronta disponibilità presso le strutture identificate come hub.

La proposta di medicina territoriale illustrata porterebbe un **risparmio** riguardo l'impegno di spesa per il mantenimento delle strutture sanitarie, una **organizzazione mirata e funzionale** tale da creare degli efficienti centri sanitari di riferimento per la popolazione, evitando il ricorso ai pronto soccorsi ospedalieri sotto forma di codici bianchi e verdi e realizzando un modello sanitario ramificato sempre pronto a recepire le necessità sanitarie della popolazione. In ultimo e non meno importante, è considerare che le strutture sanitarie private accreditate non sono presenti in diverse zone, geograficamente considerate come disagiate o dove esiste un basso indice di presenza demografica.

## **2. AREA METROPOLITANA**

**Riorganizzazione della sanità nell'area metropolitana milanese.** Si tratta dell'area più popolosa e critica della regione Lombardia, da dove possono prendere avvio alcune sperimentazioni, che ponendo al centro alcune categorie di cittadini ed il territorio, possano concorrere a raggiungere gli obiettivi.

**Per affrontare le problematiche di anziani,** con pluripatologie croniche, che vivono soli, scarsamente autosufficienti o non autosufficienti:

- utilizzare i **Poliambulatori cittadini come sede di attività del welfare.** Gli stabili potrebbero ospitare, oltre alle attuali attività di diagnosi e cura, anche le UCCP, gli sportelli sociali (informazioni pensionistiche, invalidità, caaf etc...), sportelli Asl (scelta-revoqa medici, informazioni, modulistica, rimborsi etc...), sportello Cup per prenotare prestazioni ospedaliere, attività di assistenza domiciliare, assistenza agli invalidi, sportello anagrafico etc... ed essere quindi considerati veri e propri **Palazzi del welfare** in rete tra loro e primo riferimento dei cittadini e medici di base;

- creare una **rete di ospedali a bassa intensità di cure** (riconvertendo parte di alcuni presidi ospedalieri come già in atto e proseguire ad esempio con il Cto, la Macedonio Melloni, parte di cliniche private accreditate, potenziando il Redaelli etc.). Si tratta di ospedali a basso costo con gestione prevalentemente infermieristica, con medici ospedalieri chiamati come consulenti e con possibile intervento dei Mmg finalizzati a seguire i percorsi di continuità assistenziale di post-acuzie, e di riabilitazione precoce, in particolare per gli anziani soli e con pluri-patologie. E' qualcosa di intermedio tra il grande ospedale tecnologico per acuti e la Rsa che garantisce servizi integrati in grado di diminuire la domanda di ospedalizzazione e di istituzionalizzazione.

A Milano è molto più acuto che nelle altre città il problema degli anziani soli e degli orari delle strutture territoriali. Peraltro, negli anni si sono forse assegnati troppi letti alla Chirurgia, con effetti devastanti (vedere caso santa Rita) sull'appropriatezza delle prestazioni. **E' necessario invertire la rotta: qualche letto in meno di chirurgia, qualche letto in più di medicina, anche a bassa intensità di cure.**

In prospettiva dovranno essere i **Poliambulatori**, i medici di medicina generale ed i medici di guardia medica (nelle forme aggregate indicate nei paragrafi precedenti) a **coprire anche la fascia oraria 20-24 e 12-20 il sabato e la domenica** (orario di maggiore afflusso in Ps anche dei codici bianchi). Questo diminuirebbe l'accesso improprio in PS ed indirettamente il numero di ricoveri non appropriati. Circa il **12%** dei pazienti che vanno in Ps vengono poi ricoverati. I medici, per paura di denunce, per la scarsa conoscenza del paziente e per il poco tempo a disposizione tendono a attualmente a fare piu' ricoveri impropri.

**Per affrontare le problematiche di mamme, bambini e maternità:** in particolare i soggetti con difficoltà socio economica, le donne sole senza lavoro, le coppie giovani senza lavoro siano essi italiani e/o extracomunitari: è necessario **creare una rete, coordinata dalla Asl**, in cui i **consultori pubblici** si rapportino con i **consultori privati**, le **onlus** che agiscono nel settore di protezione dell'infanzia, i servizi sociali del Comune ed i dipartimenti materno - infantili ospedalieri.

Con gli obiettivi di:

- sostenere anche economicamente le maternità difficili e introdurre linee guida per aiutare le donne in difficoltà a condurre a termine la gravidanza;
- sostenere i consultori pubblici, ma anche quelli privati no-profit nelle dinamiche assistenziali, con relativi finanziamenti (senza giungere alla sostituzione dei consultori pubblici con quelli privati);
- aprire linee d'azione comuni con il settore dell'assistenza (Assi, comune di Milano e limitrofi, parrocchie, Caritas, onlus etc);
- impostare un coordinamento con i tre ospedali materno infantili di Milano per la gestione dei parti fisiologici.

**Per affrontare le problematiche dei malati psichiatrici bambini e adulti:**

creare una **rete tra tutti i servizi ospedalieri e territoriali di neuropsichiatria dell'adulto e del bambino**, gestita da un solo ospedale, per rilanciarne l'attività. Attualmente la gestione frammentata tra i diversi ospedali non rende efficiente ed efficace il sistema, perché in ogni ospedale la Psichiatria è la cenerentola, mentre una gestione unica la metterebbe in una situazione di forza, come è successo con i poliambulatori. E' un problema che sappiamo drammatico.

**Per affrontare le problematiche dei portatori di handicap** congenito o acquisito:

è necessaria una **rete gestita dalla Asl** che coordini i servizi in essere per il **sostegno ai portatori di handicap** e che controlli i privati attivi nel settore.

**Riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica dell'area metropolitana.**

Al fine di limitare i costi dovuti alle attività di sostegno (direzioni, uffici vari, centrali acquisti etc... ) si propone la riduzione delle attuali Aziende ospedaliere.

A titolo esemplificativo ed indicativo si propongono quattro aree di assistenza ospedaliera pubblica:  
**Niguarda – Fatebenefratelli:** unica azienda e gestione con due presidi - attività di acuzie del Cto da assorbire in una delle due sedi;

**Area Vialba:** unica gestione per Sacco

**San Carlo - San Paolo:** unica azienda con due presidi;

**Policlinico, con la sede storica del Gaetano Pini, Macedonio Melloni e Buzzi:** unica area ospedaliera nei seguenti padiglioni: Pronto soccorso – Monteggia - Nuovo Ospedale da edificare-Mangiagalli - De Marchi – Alfieri -Clinica del Lavoro - Cesarina Riva – Granelli – Sacco – Lamarmora – Zonda –Marangoni –Invernizzi - Regina Elena – Bergamasco. Si concentrano nel nuovo ospedale, nei padiglioni non abbattuti e nell'area ex Icp riorganizzando le attuali attività della Fondazione, del Pini, della Macedonio Melloni, del Buzzi, lasciando in via Pace la ricerca e dando l'attuale sede storica Gaetano Pini all'Università.

Ed in **un'area di coordinamento dell'assistenza territoriale** saranno inseriti:

Poliambulatori –psichiatria – tossicodipendenze – consultori - assistenza domiciliare;

Ospedali a bassa intensità di cure per anziani e cronicità (tipo Trivulzio e Maugeri) e ad esempio riconvertendo parte di alcune strutture sanitarie pubbliche e private, dedicando precisi spazi per questa attività.

E' maturo ormai il tempo, complice anche l'attuale congiuntura economica e sociale e la accresciuta sensibilità ed attenzione dell'opinione pubblica, di realizzare una nuova organizzazione della sanità territoriale extra ospedaliera più prossima ai cittadini, in un area problematica, complessa e difficile come quella metropolitana. Affinché non si disperdano le potenzialità di questa nuova visione del territorio, dato che sono ben evidenti le difficoltà organizzative delle istituzioni competenti, **si chiede al governo regionale e all'assessorato alla Sanità di intervenire con risolutezza**, affrontando la situazione, nelle forme istituzionale che ritiene più idonee.

Proponiamo **l'istituzione di un "organismo" con funzioni di coordinamento sul campo, di tutte le attività sanitarie ed assistenziali territoriali extra ospedaliere nell'area metropolitana, con incarico istituzionale di raccordo delle attività tra le tre Asl e le aziende ospedaliere milanesi** (ridotte di numero).

Tale organismo dovrà coordinare funzionalmente, con l'obiettivo dell'integrazione delle attività, come un direttore di orchestra, le seguenti realtà:

- Mmg e Pls (nello sviluppo delle forme aggregative ed integrative previste);
- poliambulatori pubblici appartenenti alla Ao Icp;
- ambulatori specialistici delle cliniche private accreditate;
- Adi (che deve essere sotto controllo della Asl e dei Mmg con le loro aggregazioni);
- consultori pubblici dipendenti dalle Asl, consultori privati e l'area ospedaliera del materno infantile (che nella nostra ipotesi verrebbe a sua volta coordinata dal Policlinico);
- centri psico - sociali e le Uonpia (Psichiatria infantile) dipendenti da una unica Azienda Ospedaliera (vedi nostra proposta);
- strutture intermedie dipendenti dalle Aziende ospedaliere;
- hospices pubblici e privati;
- attività di assistenza del comune di Milano e comuni limitrofi;
- attività di assistenza delle Onlus del privato sociale.

Tale "organismo" avrà carattere sperimentale e dovrà avere una **governance forte** nel rispetto degli interlocutori (enti locali, Asl di riferimento, Ao pubbliche, strutture private accreditate), sino a ipotizzare, se risolutiva rispetto ai problemi attuali e compatibile istituzionalmente, **la creazione di una nuova Azienda territoriale** con compito di gestire tutta la sanità extraospedaliera dell'area milanese.

Quello che sta a cuore è trovare soluzioni istituzionali per risolvere la difficoltà di gestione integrata della sanità sul territorio milanese. Infatti, ad esempio, le prestazioni sanitarie sono eseguite e gestite dalle Aziende ospedaliere e la gestione dei Mmg e Pls è di competenza della Asl, i consultori sono gestiti dalla ASL e l'attività ospedaliera del materno infantile dalle Ao milanesi, etc.

Un primo passo culturale verso l'integrazione dei servizi è determinato dalla realizzazione di eventi formativi costituiti da gruppi di miglioramento misti e comitati misti, cioè con la partecipazione dei Mmg medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri.

## DEPENALIZZAZIONE DELL'ATTO MEDICO

Il contenzioso giudiziario che interessa i medici è in continuo aumento (+134 per cento in 15 anni) Peraltro la quota percentuale di procedimenti a carico del personale sanitario che vengono archiviati su procedimenti conclusi è pari al 98.8 per cento nei casi di sospette lesioni colpose e del 99.1 per cento nei casi di sospetto di omicidio colposo (dati Sole 24 ore sanità 10/01/2012).

Il fenomeno connesso a questa situazione che interessa tutta la classe medica ma ormai, data la rilevanza del fenomeno anche le A.O., ASL, istituzioni pubbliche e politiche, è l'abnorme crescita della medicina difensiva, con quasi il 70 per cento dei medici che propone un ricovero quando non è necessario e il 61 per cento che suggerisce più esami del dovuto. Il quadro emerge dall'indagine sui punti nascita della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori sanitari, condotta attraverso un questionario inviato alle procure italiane e un altro sottoposto a medici e strutture sanitarie. Secondo quanto emerge dall'esame dei dati relativi al secondo semestre del 2010 di circa 80 Procure, pari alla metà del totale di quelle presenti in Italia, sono 901 i procedimenti per lesioni colpose in sanità (su un totale di 53.741) e 736 (su 6.586) quelli per omicidio colposo, pari rispettivamente all'1,68 per cento e all'11,18 per cento del totale. In questo quadro, risulta alto il numero di archiviazioni: ben il 4.4 per cento del totale dei procedimenti per lesioni colpose, con 2 condanne, e il 35 per cento nei procedimenti per omicidio colposo.

Dal questionario sottoposto ai medici emerge:

- l'82,8 per cento del campione dichiara di inserire in cartella clinica annotazioni evitabili,
- il 69,8 per cento propone il ricovero in ospedale anche se il paziente è gestibile ambulatorialmente,
- il 61,3 per cento prescrive più esami diagnostici del necessario,
- il 58,6 per cento dichiara di essere ricorso alla consultazione non necessaria di altri specialisti,
- il 51,5 per cento di aver prescritto farmaci non necessari,
- il 26,2 per cento di avere escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti, oltre le normali regole di prudenza.

La motivazione per l'80,4 per cento dei medici è il timore di un contenzioso medico-legale. I costi della medicina difensiva ammontano ad un valore compreso calcolato tra 12 e 20 miliardi di euro all'anno (dato indicato dal ministro della sanità nel settembre 2008).

Il problema dei contenziosi giudiziari contro i medici:

- è una delle cause, se non la principale, della crisi e della difficoltà che stanno vivendo in questi anni i medici e che hanno, nell'affrontare quotidianamente la propria professione e le scelte diagnostiche e terapeutiche;
- è la causa di un aumento ormai riconosciuto come ingente e sproporzionato dei costi nella sanità pubblica per l'aumento della medicina difensiva;
- è causa della lievitazione, ormai insostenibile dei costi delle polizze assicurative per copertura dei danni da malpractice. Costi che ricadono in ultima analisi non solo sui medici ma anche sui cittadini privati e/o sui cittadini contribuenti.

All'ampia gamma di proposte di soluzioni presentate al riguardo da più parti, uniamo una nostra osservazione propositiva. La depenalizzazione dell'atto medico a nostro parere dovrebbe essere associata ad una **revisione completa del rapporto contrattuale tra sistema sanitario nazionale, singoli medici e pazienti**. Si deve passare, almeno per le prestazioni in ambito SSN (intramoenia compresa), dal concetto di risarcimento da ottenere in ambito giudiziario o comunque a seguito di contenzioso, a quello di "equo indennizzo" da ottenere a seguito di valutazione da parte di una



commissione pubblica. Non si capisce infatti perché quando si eroga la prestazione questa debba avere in carattere di rapporto cittadino/Ssn ad un prezzo “calmierato” (quali sono le tariffe del sistema sanitario nazionale) peraltro pagato dalla fiscalità generale, mentre nel caso in cui la prestazione erogata venga ritenuta presumibilmente non corretta si debba passare al sistema del contenzioso giudiziario ed in definitiva al sistema assicurativo, come in un rapporto tra privati .

In sintesi la proposta avrebbe questi contenuti: lo Stato dovrebbe depenalizzare l'atto medico, definire per ogni danno possibile una tariffa di equo indennizzo e dovrebbe indicare in ogni ambito territoriale definito, una commissione, magari con la possibilità di una seconda istanza (in analogia a quanto accade per l'invalidità civile), che ha il potere dirimente definitivo. Dovrebbe essere escluso per legge il ricorso alla magistratura ordinaria (ovviamente con esclusione degli atti dolosi). Il cittadino che si rivolge al Ssn dovrebbe accettare questa clausola. Se non l'accetta non potrà avere prestazioni per conto Ssn.

Questa soluzione porterebbe a riduzione di costi per il Ssn, che è comunque il garante del servizio, è già applicata nella pubblica amministrazione, eviterebbe molte spese giudiziarie e terrebbe conto anche di altri sostegni che comunque lo Stato garantisce anche dopo incidenti causati da cattiva pratica clinica (invalidità civile ect.).

Per le motivazioni sopra indicate **la Cisl Medici Lombardia chiede che si affronti con urgenza il problema della depenalizzazione dell'atto medico a livello parlamentare.** Per questo:

- unisce la propria voce a quella di altre associazioni attive in questo campo;
- chiede alla Cisl lombarda di fare propria questa richiesta e di sostenerla a livello confederale e politico nazionale;
- chiede alla propria federazione nazionale di promuovere tutte le iniziative opportune per il sostegno ed il successo di questa richiesta;
- chiede ai sindacati medici lombardi che aderiscono all'intersindacale lombarda di unirsi in questa azione;
- Chiede ai partiti della Lombardia di considerarlo obiettivo prioritario del proprio programma.

Affrontare e risolvere questo problema, appare oggi strategico, in quanto significa affrontare e dare una grande parte di soluzione: alle numerose situazioni dannose per la gestione della sanità; alla lievitazione dei costi in sanità in una situazione di ridotte risorse; all'attuale “malessere” del mondo medico e sanitario.

Per i medici questo passaggio è fondamentale perché permetterà almeno di lavorare e prendere decisioni impegnative spesso anche vitali per il malato, con maggiore serenità, con evidente vantaggio per i cittadini e la collettività.

Aprile 2012

## **CISL MEDICI LOMBARDIA**

Hanno collaborato: Arturo Bergonzi - Simone Bandirali - Antonia Carlino - Antonio Gattinoni - Alessandro Inzoli - Danilo Mazzacane – Massimo Rosati - Luca Sesana - Basilio Tiso

---

**IN LOMBARDIA IL 15% DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO SONO INGIUSTIFICATI. FINO A 6 ORE DI ATTESA NEGLI OSPEDALI DI MILANO, 5 A LECCO, 4 A COMO, 2 A BERGAMO. I DATI E LE PROPOSTE DELLA CISL MEDICI LOMBARDIA**

**BERGONZI: AFFIANCARE UN SERVIZIO PARALLELO CHE SI PRENDA CARICO DELLE PATOLOGIE PIU' SEMPLICI E RIORGANIZZARE LA MEDICINA TERRITORIALE**

**Milano, 5.4.2012.** Il 15% degli accessi al Pronto soccorso degli ospedali di Milano e area metropolitana sono ingiustificati e potrebbero essere gestiti da un servizio parallelo, alleggerendo così il carico di lavoro delle strutture di emergenza e soprattutto riducendo i tempi di attesa per tutti. E' quanto emerge da un monitoraggio realizzato nei Pronto Soccorsi di Milano e dell'area metropolitana, oltre che dell'ospedale di Bergamo, Como e Lecco, dalla Cisl Medici Lombardia che propone una riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze, attivando un servizio parallelo, sempre nell'ambito dell'ospedale, che avvalendosi del lavoro della guardia medica si prenda cura di quelli che oggi sono definiti i “codici bianchi”.

“Tra le sofisticate variabili dell’organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano, che si chiama paura: quando un cittadino sta male si rivolge al Pronto soccorso, perché si sente più tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera - afferma Arturo Bergonzi, segretario generale Cisl Medici Lombardia -. Se il sistema funzionasse in modo efficiente i codici bianchi non dovrebbero nemmeno entrare in Pronto soccorso e la loro gestione dovrebbe essere affidata a un servizio parallelo, avvalendosi della professionalità di un'equipe formata da medici di guardia medica, pediatri, medici di base e specialisti ambulatoriali. Oggi, invece, la gestione dei codici bianchi occupa anche 4-5 ore, col risultato di distogliere l'attenzione dei medici da codici più impegnativi”.

Secondo il monitoraggio della Cisl Medici regionale, a Milano sono il 15% i codici bianchi ingiustificati e l'attesa che ne deriva va da un minimo di 1 a un massimo di 6 ore, da 1 a 5/6 ore per i codici verdi, a seconda delle giornate. A Como sono il 10%, con un'attesa di 3-4 ore (x codici bianchi) e 1 ora per i codici verdi, il 7% a Lecco, con 4-5 ore (codici bianchi) e 1-2 ore (codici verdi). A Bergamo sono il 9%, con un'attesa di 2 ore circa per i codici bianchi e 1 ora per quelli verdi. Quanto alle patologie diagnosticate ai “codici bianchi”, si va dalla febbre ai disturbi intestinali, dalle punture d'insetto ai piccoli traumi, dalla patologia dermatologica al mal d'orecchio, dalle cistiti alla piccola patologia ginecologica. “Patologie che possono essere tranquillamente gestite in un ambulatorio che si affianca al Pronto soccorso - afferma Bergonzi -. Lo dimostra il fatto che a

Bergamo, dove si sta già sperimentano il nostro modello organizzativo, i tempi d'attesa sono scesi a due ore”.

La creazione di un servizio parallelo al Pronto soccorso è solo una delle proposte elaborate dalla Cisl Medici Lombardia per una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario lombardo. “La prima assistenza al cittadino deve essere organizzata sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti – spiega Bergonzi -. Per ridurre gli accessi ingiustificati ai Pronto soccorsi occorre creare le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse cure primarie (Uccp), con la stretta collaborazione e integrazione dei medici di medicina generale, pediatri, guardia medica e specialisti ambulatoriali”. Nei capoluoghi di provincia i poliambulatori pubblici extraospedalieri già esistenti dovrebbero ampliare la loro “destinazione d’uso” ospitando queste nuove aggregazioni funzionali di medicina generale, creando un legame stretto di consulenza con i medici specialisti che già vi lavorano. La loro apertura al pubblico deve passare a 12 o 15 ore al giorno e gradualmente arrivare a coprire anche la fascia oraria 20-24 nei giorni feriali e 12-20 il sabato e la domenica. Il tutto per adeguare gli orari delle strutture territoriali a quelli dei lavoratori che spesso devono accompagnare i genitori e/o i figli a fare prestazioni richieste dal medico di base: non trovando strutture aperte la sera, il sabato e la domenica, ci si reca in Pronto soccorso, dove spesso poi viene generato un ricovero improprio per la scarsa conoscenza del paziente, per la scarsità di tempo a disposizione e per il fenomeno della medicina difensiva.

Molte le proposte della Cisl Medici Lombardia per rendere più efficiente il servizio sanitario regionale, riducendo i costi ma garantendo gli organici medici e infermieristici ospedalieri. Tra queste:

- ridurre il numero di Aziende sanitarie locali e di Aziende ospedaliere, in particolare nell’area metropolitana, per far fronte ai tagli delle risorse dovute alla difficile congiuntura economica: “No ai tagli dei servizi, sì ai tagli ai costi della politica”.
- prevedere un congruo aumento di numero di letti di medicina, anche a bassa complessità assistenziale, per affrontare il progressivo invecchiamento della popolazione e l’aumento della cronicità;
- istituire un coordinamento di tutte le attività sanitarie ed assistenziali territoriali extra ospedaliere nell’area metropolitana, con incarico istituzionale di raccordo delle attività tra le tre Asl e le aziende ospedaliere milanesi ridotte di numero.
- avviare un programma formativo che coinvolgano tutti i professionisti dei diversi settori che aderiscono alla nuova organizzazione sanitaria territoriale.
- avviare campagne regionali di educazione sanitaria e comportamentale dei cittadini.

# CORRIERE DELLA SERA

IL MONITORAGGIO

## Pronto Soccorso, accessi inappropriati A Bergamo attesa media di due ore

*La Cisl ha messo sotto controllo gli ospedali milanesi e quelli di Bergamo, Como e Lecco. Ne emerge un quadro di inefficienze e sprechi. Ecco le ricette del sindacato*



Troppi accessi al Pronto Soccorso sono inappropriati

**Il 15% degli accessi al Pronto soccorso negli ospedali di Milano e area metropolitana sono ingiustificati e potrebbero essere gestiti da un servizio parallelo, alleggerendo così il carico di lavoro delle strutture di emergenza** e soprattutto riducendo i tempi di attesa per tutti. E' quanto emerge da un monitoraggio realizzato nei Pronto Soccorsi di Milano e dell'area metropolitana, oltre che dell'ospedale di Bergamo, Como e Lecco, dalla Cisl Medici Lombardia che propone una

riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze, attivando un servizio parallelo, sempre nell'ambito dell'ospedale, che avvalendosi del lavoro della guardia medica si prenda cura di quelli che oggi sono definiti i "codici bianchi". "Tra le sofisticate variabili dell'organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano, che si chiama paura: quando un cittadino sta male si rivolge al Pronto soccorso, perché si sente più tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera - afferma Arturo Bergonzi, segretario generale Cisl Medici Lombardia -. Se il sistema funzionasse in modo efficiente i codici bianchi non dovrebbero nemmeno entrare in Pronto soccorso e la loro gestione dovrebbe essere affidata a un servizio parallelo, avvalendosi della professionalità di un'equipe formata da medici di guardia medica, pediatri, medici di base e specialisti ambulatoriali. Oggi, invece, la gestione dei codici bianchi occupa anche 4-5 ore, col risultato di distogliere l'attenzione dei medici da codici più impegnativi".

**Secondo il monitoraggio della Cisl Medici regionale, a Milano sono il 15% i codici bianchi ingiustificati e l'attesa che ne deriva va da un minimo di 1 a un massimo di 6 ore, da 1 a 5/6 ore per i codici verdi, a seconda delle giornate.** A Como sono il 10%, con un'attesa di 3-4 ore (x codici bianchi) e 1 ora per i codici verdi, il 7% a Lecco, con 4-5 ore (codici bianchi) e 1-2 ore (codici verdi). A Bergamo sono il 9%, con un'attesa di 2 ore circa per i codici bianchi e 1 ora per quelli verdi. Quanto alle patologie diagnosticate ai "codici bianchi", si va dalla febbre ai disturbi intestinali, dalle punture d'insetto ai piccoli traumi, dalla patologia dermatologica al mal d'orecchio, dalle cistiti alla piccola patologia ginecologica. "Patologie che possono essere tranquillamente gestite in un ambulatorio che si affianca il Pronto soccorso - afferma Bergonzi -. Lo dimostra il fatto che a Bergamo, dove si sta già sperimentando il nostro modello organizzativo, i tempi d'attesa sono scesi a due ore". La creazione di un servizio parallelo al Pronto soccorso è solo una delle proposte elaborate dalla Cisl Medici Lombardia per una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario lombardo. "La prima assistenza al cittadino deve essere organizzata sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti - spiega Bergonzi -. Per ridurre gli accessi ingiustificati ai Pronto soccorsi occorre creare le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse cure primarie (Uccp), con la stretta collaborazione e integrazione dei medici di medicina generale, pediatri, guardia medica e specialisti ambulatoriali".

**Nei capoluoghi di provincia i poliambulatori pubblici extraospedalieri già esistenti dovrebbero ampliare la loro “destinazione d’uso” ospitando queste nuove aggregazioni funzionali di medicina generale**, creando un legame stretto di consulenza con i medici specialisti che già vi lavorano. La loro apertura al pubblico deve passare a 12 o 15 ore al giorno e gradualmente arrivare a coprire anche la fascia oraria 20-24 nei giorni feriali e 12-20 il sabato e la domenica. Il tutto per adeguare gli orari delle strutture territoriali a quelli dei lavoratori che spesso devono accompagnare i genitori e/o i figli a fare prestazioni richieste dal medico di base: non trovando strutture aperte la sera, il sabato e la domenica, ci si reca in Pronto soccorso, dove spesso poi viene generato un ricovero improprio per la scarsa conoscenza del paziente, per la scarsità di tempo a disposizione e per il fenomeno della medicina difensiva. Molte le proposte della Cisl Medici Lombardia per rendere più efficiente il servizio sanitario regionale, riducendo i costi ma garantendo gli organici medici e infermieristici ospedalieri.

**Tra queste:**

- **ridurre il numero di Aziende sanitarie locali** e di Aziende ospedaliere, in particolare nell’area metropolitana, per far fronte ai tagli delle risorse dovute alla difficile congiuntura economica: “No ai tagli dei servizi, sì ai tagli ai costi della politica”.
- prevedere un congruo aumento di numero di letti di medicina, anche a bassa complessità assistenziale, per affrontare il progressivo invecchiamento della popolazione e l’aumento della cronicità;
- istituire un coordinamento di tutte le attività sanitarie ed assistenziali territoriali extra ospedaliere nell’area metropolitana, con incarico istituzionale di raccordo delle attività tra le tre Asl e le aziende ospedaliere milanesi ridotte di numero.
- avviare un programma formativo che coinvolgano tutti i professionisti dei diversi settori che aderiscono alla nuova organizzazione sanitaria territoriale.
- avviare campagne regionali di educazione sanitaria e comportamentale dei cittadini.

**Redazione online**

IL CASO

## La Asl chiede nuovi ambulatori per i pazienti in 'codice bianco'

**Assalto ai pronto soccorso, più 20% dal 2011: "Ma solo uno su dieci sta male"  
L'idea: estendere il modello Policlinico, la 'guardia medica' vicino alle urgenze**

di LAURA ASNAGHI e ALESSANDRA CORICA



Un aumento del 20 per cento nel giro di un anno: è boom di pazienti nei pronto soccorso di Milano. Nel 2011 i reparti di emergenza hanno accolto oltre 713mila persone, 120mila in più rispetto all'anno precedente. Una crescita che riguarda soprattutto i codici bianchi e verdi che, secondo i dati del 118, sono il 90 per cento (oltre 528mila accessi) del totale. Un aumento preoccupante, tanto che la Asl ha convocato per il 12 aprile i vertici degli ospedali per parlare del problema.

Tra le soluzioni, la creazione di una rete di continuità assistenziale "parallela" ai reparti di emergenza: una sorta di ambulatorio per fare un primo "triage" e visitare i pazienti non gravi, evitandone l'ingresso al pronto soccorso vero e proprio. «Il modello — spiega Enrico Bolzoni, direttore sanitario di corso Italia — è quello del Policlinico di via Sforza, dove ad agosto è partita una sperimentazione simile con buoni risultati».

Almeno il 15 per cento dei pazienti che arriva in pronto soccorso potrebbe andare dal medico di famiglia: sono i codici bianchi, uno su sette degli accessi nei reparti di emergenza. Si tratta di

pazienti con piccoli traumi, disturbi intestinali, punture di insetto: nel 2011 sono stati 111.538 contro i 98mila del 2010. Un aumento che caratterizza anche i codici verdi (anziani con le palpitazioni, bronchiti, febbri) passati dai 425mila di due anni fa ai 517mila degli ultimi dodici mesi. In minoranza, invece, i codici rossi e gialli, che sono stati in tutto 85mila: appena il 12 per cento del totale. «Il problema maggiore — dice **Basilio Tiso, segretario provinciale della Cisl medici** — è che molti pazienti potrebbero essere curati dai medici di famiglia, nel caso dei codici bianchi, o dai poliambulatori, nel caso dei verdi». Da qui l'urgenza di ridurre gli accessi al pronto soccorso e la riunione della prossima settimana tra vertici ospedalieri e Asl.

«Il sovraccollamento — spiega Bolzoni — dipende da vari motivi, come l'invecchiamento della popolazione e le difficoltà per i pazienti di raggiungere i medici di famiglia soprattutto nei giorni festivi. Questo si riflette anche sui ricoveri nei reparti di degenza che sono sempre più difficili: è su questo che dobbiamo agire». A partire dalla creazione delle guardie mediche "parallele" ai reparti di emergenza, sull'esempio della sperimentazione partita al Policlinico la scorsa estate: l'ambulatorio lavora nei weekend (dal sabato al lunedì si concentrano la maggior parte degli accessi alle emergenze) e prende in carico i codici verdi e bianchi che si rivolgono al pronto soccorso generale di via Sforza.

Ma ad aumentare non sono solo i pazienti: secondo la Cisl, a crescere sono anche i tempi di attesa, compresi tra una e sei ore. «Bisogna riorganizzare l'assistenza sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti» dice **Arturo Bergonzi, segretario regionale della Cisl**: proprio ieri il sindacato ha presentato una proposta di riorganizzazione della sanità articolata in dieci passi, a partire dalla riduzione delle direzioni sanitarie e dall'aumento dei letti nei reparti di medicina.

## Sanita': Cisl, in Lombardia creare servizio parallelo per curare 'codici bianchi'

### *Economia*

Milano, 5 apr. (Adnkronos) - Creare in ambito ospedaliero un servizio parallelo, che in collaborazione con la guardia medica, si prenda cura dei 'codici bianchi'. E' la proposta avanzata dalla **Cisl Medici Lombardia** che, dopo un un monitoraggio realizzato nei pronto soccorsi di Milano e dell'area metropolitana, oltre che dell'ospedale di Bergamo, Como e Lecco, fa emergere la percentuale degli accessi inutili al pronto soccorso.

Dall'indagine emerge che il 15% degli accessi sono ingiustificati. Fino a 6 ore di attesa negli ospedali di Milano, 5 a Lecco, 4 a Como, 2 a Bergamo. Da qui **la proposta di Cisl medici Lombardia** di una riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze, attivando un servizio parallelo, sempre nell'ambito dell'ospedale, che alleggerisca il carico di lavoro delle strutture di emergenza riducendo, cosi', i tempi di attesa per tutti.

"Tra le sofisticate variabili - dice **Arturo Bergonzi, segretario generale Cisl Medici Lombardia**- dell'organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano, che si chiama paura: quando un cittadino sta male si rivolge al Pronto soccorso, perche' si sente piu' tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera". (segue)



# IL GIORNO

## Pronto soccorso, troppi "codici bianchi": così si aspetta fino a 6 ore

Ricerca **Cisl** negli ospedali di Milano e provincia, di Bergamo, Lecco e Como. La soluzione? Dirottare i codici bianchi in centri ambulatoriali h24



Attesa in pronto soccorso

Milano, 5 aprile 2012 - **Pronto soccorsi intasati. Spesso da accessi inutili.** Serve quindi un **servizio parallelo, che in collaborazione con la guardia medica,** si prenda cura dei 'codici bianchi'. E' la proposta avanzata dalla **Cisl Medici Lombardia dopo un un monitoraggio** realizzato nei **pronto soccorsi di Milano, dell'area metropolitana e degli ospedali di Bergamo, Como e Lecco.**

Dall'indagine emerge che il **15% degli accessi sono ingiustificati. Fino a 6 ore di attesa** negli ospedali di **Milano, 5 a Lecco (10%), 4 a Como (7%), 2 a Bergamo (9%).** Così Cisl medici Lombardia propone una riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze con **l'attivazione di un servizio parallelo, sempre nell'ambito dell'ospedale,** che alleggerisca il carico di lavoro delle strutture di emergenza e di conseguenza riduca i tempi di attesa per tutti.

"Tra le **variabili dell'organizzazione sanitaria - dice Arturo Bergonzi,** segretario generale Cisl Medici Lombardia- bisogna tener conto anche di un **fattore molto umano, che si chiama paura:** quando un cittadino sta male si rivolge al Pronto soccorso, perché si sente piu' tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera".

"Se il sistema funzionasse in modo efficiente -dice Bergonzi- i **codici bianchi non dovrebbero nemmeno entrare in Pronto soccorso** e la loro gestione dovrebbe essere affidata a un servizio parallelo, avvalendosi della professionalita' di un'equipe formata da medici di guardia medica, pediatri,

medici di base e specialisti ambulatoriali. Oggi, invece, **la gestione dei codici bianchi occupa anche 4-5 ore**, col risultato di distogliere l'attenzione dei medici da codici più impegnativi".

La **creazione di un servizio parallelo al pronto soccorso è solo una delle proposte elaborate dalla Cisl medici Lombardia** per una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario regionale. "A Bergamo -continua Bergonzi- dove si sta già sperimentano il nostro modello organizzativo, i tempi d'attesa sono scesi a due ore". L'idea è di **ampliare le "destinazioni d'uso" dei poliambulatori pubblici extraospedalieri** nei capoluoghi di provincia con nuove funzioni di medicina generale, creando un legame stretto di consulenza con i medici specialisti che già vi lavorano. La loro **apertura al pubblico dovrebbe passare a 12 o 15 ore al giorno** e gradualmente arrivare a coprire anche la fascia oraria 20-24 nei giorni feriali e 12-20 il sabato e la domenica.

Secondo Bergonzi "per ridurre gli accessi ingiustificati ai pronto soccorsi **occorre creare le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse cure primarie (Uccp)**, con la stretta collaborazione e integrazione dei medici di medicina generale, pediatri, guardia medica e specialisti ambulatoriali".

**troppi accessi ingiustificati  
Ma Bergamo sta meglio di altri**

**P.s.:**

**Uno dei cartelli che indica il Pronto soccorso agli Ospedali Riuniti (Foto by colleoni)**

- [Pronto soccorso, le proposte della Cisl lombarda](#)
- [Ascolta: Claudio Arici, «l'utente preferisce l'ospedale. Bisogna lavorare tenendo presente questa indicazione»](#)
- [Mercato allo stadio di Bergamo: sabato 7 aprile si chiude alle 11,45](#)

Claudio Arici - responsabile del Servizio di pronto soccorso Ospedali Riuniti (Foto by Yuri Colleoni)

Il 15% degli accessi al Pronto soccorso negli ospedali di Milano e area metropolitana sono ingiustificati e potrebbero essere gestiti da un servizio parallelo, alleggerendo così il carico di lavoro delle strutture di emergenza

e soprattutto riducendo i tempi di attesa per tutti.

E' quanto emerge da un monitoraggio realizzato nei Pronto Soccorsi di Milano e dell'area metropolitana, oltre che dell'ospedale di Bergamo, Como e Lecco, dalla **Cisl Medici Lombardia** che propone una riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze, attivando un servizio parallelo, sempre nell'ambito dell'ospedale, che avvalendosi del lavoro della guardia medica si prenda cura di quelli che oggi sono definiti i "codici bianchi".

«Tra le sofisticate variabili dell'organizzazione sanitaria bisogna tener conto anche di un fattore molto umano, che si chiama paura: quando un cittadino sta male si rivolge al Pronto soccorso, perché si sente più tranquillo rivolgendosi alla struttura ospedaliera - **afferma Arturo Bergonzi, segretario generale Cisl Medici Lombardia** -. Se il sistema funzionasse in modo efficiente i codici bianchi non dovrebbero nemmeno entrare in Pronto soccorso e la loro gestione dovrebbe essere affidata a un servizio parallelo, avvalendosi della professionalità di un'equipe formata da medici di guardia medica, pediatri, medici di base e specialisti ambulatoriali. Oggi, invece, la gestione dei codici bianchi occupa anche 4-5 ore, col risultato di distogliere l'attenzione dei medici da codici più impegnativi».

Secondo il monitoraggio della **Cisl Medici regionale**, a Milano sono il 15% i codici bianchi ingiustificati e l'attesa che ne deriva va da un minimo di 1 a un massimo di 6 ore, da 1 a 5/6 ore per i codici verdi, a seconda delle giornate.

A Como sono il 10%, con un'attesa di 3-4 ore (per i codici bianchi) e 1 ora per i codici verdi, il 7% a Lecco, con 4-5 ore (codici bianchi) e 1-2 ore (per i codici verdi).

A **Bergamo** sono il 9%, con un'attesa di 2 ore circa per i codici bianchi e 1 ora per quelli verdi, ma l'ospedale (ascolta l'audio con il responsabile del Pronto soccorso, Claudio Arici) puntualizza che la percentuale è oggi più bassa e si attesta attorno al 6%.

Quanto alle patologie diagnosticate ai «codici bianchi», si va dalla febbre ai disturbi intestinali, dalle punture d'insetto ai piccoli traumi, dalla patologia dermatologica al mal d'orecchio, dalle cistiti alla piccola patologia ginecologica. «Patologie che possono essere tranquillamente gestite in un ambulatorio che si affianca il Pronto soccorso» afferma Bergonzi.

La creazione di un servizio parallelo al Pronto soccorso è solo una delle proposte elaborate dalla **Cisl Medici Lombardia** per una riorganizzazione complessiva del sistema sanitario lombardo. «La prima assistenza al cittadino deve essere organizzata sul territorio per dare una risposta alla domanda di salute degli utenti – spiega **Bergonzi** -. Per ridurre gli accessi ingiustificati ai Pronto soccorsi occorre creare le Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Unità complesse cure primarie (Uccp), con la stretta collaborazione e integrazione dei medici di medicina generale, pediatri, guardia medica e specialisti ambulatoriali».

Nei capoluoghi di provincia i poliambulatori pubblici extraospedalieri già esistenti dovrebbero ampliare la loro «destinazione d'uso» ospitando queste nuove aggregazioni funzionali di medicina generale, creando un legame stretto di consulenza con i medici specialisti che già vi lavorano. La loro apertura al pubblico deve passare a 12 o 15 ore al giorno e gradualmente arrivare a coprire anche la fascia oraria 20-24 nei giorni feriali e 12-20 il sabato e la domenica. Il tutto per adeguare gli orari delle strutture territoriali a quelli dei lavoratori che spesso devono accompagnare i genitori e/o i figli a fare prestazioni richieste dal medico di base: non trovando strutture aperte la sera, il sabato e la domenica, ci si reca in Pronto soccorso, dove spesso poi viene generato un ricovero improprio per la scarsa conoscenza del paziente, per la scarsità di tempo a disposizione e per il fenomeno della medicina difensiva.

Molte le proposte della **Cisl Medici Lombardia** per rendere più efficiente il servizio sanitario regionale, riducendo i costi ma garantendo gli organici medici e infermieristici ospedalieri.

Tra queste:

- ridurre il numero di Aziende sanitarie locali e di Aziende ospedaliere, in particolare nell'area metropolitana, per far fronte ai tagli delle risorse dovute alla difficile congiuntura economica: «No ai tagli dei servizi, sì ai tagli ai costi della politica».
- prevedere un congruo aumento di numero di letti di medicina, anche a bassa complessità assistenziale, per affrontare il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicità;
- istituire un coordinamento di tutte le attività sanitarie ed assistenziali territoriali extra ospedaliere nell'area metropolitana, con incarico istituzionale di raccordo delle attività tra le tre Asl e le aziende ospedaliere milanesi ridotte di numero.
- avviare un programma formativo che coinvolgano tutti i professionisti dei diversi settori che aderiscono alla nuova organizzazione sanitaria territoriale.

