
CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA
XII LEGISLATURA

III COMMISSIONE

“Sanità”

Seduta del 31 ottobre 2024

Seduta n. 24/2024

Il giorno 31 ottobre 2024, alle ore 14.00 è convocata presso il Consiglio regionale della Lombardia, a norma dell'art. 31, primo comma, del Regolamento generale, la Commissione III per la trattazione degli argomenti di cui all'ordine del giorno.

Presiede la seduta la Presidente BAFFI.

Assistono alla seduta la dirigente dell'Ufficio di assistenza alle Commissioni permanenti III, IV e VIII e Commissioni Speciali Francesca SANTAMBROGIO, la responsabile di posizione organizzativa Germana RENCRIcca e la funzionaria Benedetta CONIDI.

Alle ore 14.15 il Presidente BAFFI dà inizio alla seduta, che termina alle ore 15.35.

Gli interventi sono riportati nell'allegata trascrizione.

Presidente Patrizia BAFFI

Buongiorno colleghi, procediamo con l'appello.

Il Presidente procede all'appello nominale per la verifica delle presenze.

Risultano presenti all'inizio della seduta i Consiglieri: ANELLI, BAFFI, BESTETTI, BORGHETTI, CARZERI, CASATI, CESANA, COMINELLI, DI MARCO, MAJORINO, GALLERA, GALLIZZI, MACCONI, PALADINI, PASE, ROZZA.

Argomento n. 1 all'Odg

Comunicazioni del Presidente

Presidente Patrizia BAFFI

Le "Comunicazioni del Presidente" le ritrovate come sempre caricate sulla intranet.

Argomento n. 2 all'Odg

Approvazione del processo verbale n. 22 del 4 ottobre 2024

Presidente Patrizia BAFFI

Diamo approvazione del processo verbale n. 22 del 24 ottobre 2024. Se non vi sono osservazioni, lo diamo per approvato.

Argomento n. 3 all'Odg

INP N. 3 "La Lombardia SiCura"

Presidente Patrizia BAFFI

Al punto numero 3 del nostro Ordine del Giorno abbiamo l'Iniziativa Popolare n. 3, "La Lombardia SiCura", di iniziativa dei signori Marco Caldiroli, Federica Trapletti e altri.

Collegli, sicuramente tutti ricordate un po' le procedure, comunque facciamo un piccolo ripasso. Tale petizione è stata assegnata in data 25 giugno 2024 alla III Commissione "Sanità" in sede referente. Peraltro, avevamo già convocato i promotori dell'iniziativa per la data del 10 ottobre, ma che poi è slittata, mi pare per qualche impegno dei proponenti, quindi, ci ritroviamo oggi. Il testo della petizione affronta i seguenti temi:

- Centro Unico di Prenotazione,
- Abbattimento delle liste di attesa,
- Medici a gettone,
- Residenza assistenziale anziani,
- Servizi territoriali.

Quella di oggi è la seduta che noi dedichiamo all'illustrazione da parte dei promotori per approfondire il contesto di riferimento e le ragioni che sottintendono all'iniziativa. Ricordo che questa petizione, "La Lombardia SiCura", è stata sottoscritta da 88 mila e 937 cittadini

sia attraverso l'utilizzo di una piattaforma sia anche con moduli cartacei, quindi, poi l'Ufficio di Presidenza del Consiglio l'ha giudicata corretta nella forma e l'ha poi assegnata alla nostra Commissione in sede referente.

Sono qui con noi, oggi, il Dottor Vittorio Agnoletto, il Dottor Marco Caldiroli, la Dottoressa Monica Vangi, il Dottor Andrea Villa; in collegamento, la Dottoressa Federica Trapletti e il Dottor Massimo Cortesi. Da parte della DG Welfare, segue i nostri lavori la Dottoressa Dodesini dell'Unità Operativa Rete Territoriale.

In accordo con i promotori, gli interventi previsti saranno tre, cercando di stare nei circa dieci minuti per ciascun intervento. Il primo a intervenire è il Dottor Marco Caldiroli a cui cedo subito la parola.

Dottor Marco CALDIROLI

Buongiorno a tutti i Consiglieri e alle Consigliere. Ringraziamo per questa occasione, anche a nome dei cittadini che hanno sottoscritto e si sono interessati ai contenuti della nostra petizione. Io farò un'introduzione di carattere generale e poi passerò la parola a Vittorio e a Vangi per interventi sui singoli punti e poi chiuderò sul quinto punto.

In un recentissimo testo che è appena uscito sulla storia della sanità in Italia, della Dottoressa Chiara Giorgi, l'autrice ci ricorda che la pandemia ha messo in luce i limiti del Servizio Sanitario Nazionale, cito: *“Derivati dal suo depotenziamento, dallo spazio lasciato alla sanità privata, dall'indebolimento della prevenzione dei servizi territoriali che avevano informato la fisionomia originaria del servizio. La pandemia sembrava aver riportato al centro dell'attenzione pubblica il diritto alla salute. Poteva essere l'occasione per tornare a potenziare l'assetto sanitario italiano sotto più profili, compreso quello essenziale dell'attività di prevenzione delle cure primarie. I recenti sviluppi mostrano, invece, come la direzione intrapresa negli ultimi tempi sia tutt'altra”*.

Noi condividiamo questa lettura e, in qualche modo, è anche alla base della nostra iniziativa, quella che l'ha motivata, che ha cercato di raccogliere, rinnovare l'attenzione dalla realtà sociale, la popolazione tutta, sui temi della sanità, quale strumento di attuazione del diritto alla salute, con diverse iniziative per affrontare le cause delle debolezze emerse durante la pandemia e per superarle tramite un rilancio del Servizio Sanitario Regionale, principalmente pubblico. Alcuni di noi partecipano anche ad iniziative referendarie sulla Legge n. 33/2009 che è parte, quindi, anche di questo percorso e la petizione rappresenta la proposta di cambiamento che i requisiti referendari necessariamente semplificano. Ci siamo ulteriormente convinti in questo percorso, che dura da diversi anni, che la difficoltà maggiore stava e sta nel depotenziamento della sanità pubblica. Questa è la nostra lettura. Alla riduzione del pubblico ha fatto seguito il riempimento degli spazi da parte della sanità priva che, a sua volta, fa leva di tali occasioni per ingrandirsi e giocare su un tavolo extraregionale. Chiariamo subito che non siamo contro la sanità privata, ma siamo contro la privatizzazione della sanità, riducendo il ruolo preminente - questo è un termine utilizzato dalla Ragioneria di Stato - nel pubblico per la realizzazione degli obiettivi della Riforma Sanitaria. In termini semplificati, la sanità privata la vediamo come integrativa e non sostitutiva. Quello che non condividiamo politicamente è la perseveranza con cui anche l'attuale Giunta continua su questa strada, nonostante il riconoscimento delle criticità

emerse nella ripresa post-Covid. Personalmente ho avuto anche modo di esporre le mie considerazioni in occasione delle audizioni sul Piano sociosanitario e considero tale occasione come una, per lo meno in parte, ma su aspetti cruciali, occasione perduta per un cambio di registro.

La petizione ha anche l'obiettivo di raccogliere e organizzare quelle singole, numerose iniziative di segnalazione e di protesta, rispetto a queste criticità che si sono succedute in tutti questi anni. Ovviamente le liste d'attesa, quale effetto di queste criticità, sono quelle maggiormente gettonate, ma siamo voluti andare oltre la denuncia, cercando di fornire degli indirizzi per intervenire sulle cause e avendo contestualmente ben presente che, il cumulo graduale dello sbilanciamento verso un approccio privatistico della sanità in Lombardia, fatto anche ben oltre le previsioni normative nazionali, determina una difficoltà aggiuntiva ad affrontare ed individuare un percorso di miglioramento. Lo abbiamo visto - poi ne parleranno più dettagliatamente - nei tentativi in corso di costruire un CUP davvero unico, dalle difficoltà di garantire agende aperte, ridurre il fenomeno dei gettonisti e l'utilizzo di Intramoenia, divenuti temi anche di recenti provvedimenti governativi, come il Decreto-legge n. 73/2024 nel quale, peraltro, le Regioni vengono poste per certi versi sotto osservazione, con obblighi prescrittivi, proprio su questi aspetti. È per questo che noi riteniamo, in particolare a fronte della fuga degli operatori sanitari dalle strutture pubbliche, tali da allungare ulteriormente le liste d'attesa fino al fenomeno dei gettonisti, che possano essere affrontate con un "combinato disposto", fatto di incremento di orario lavorativo, ancorché incentivato, dagli operatori sanitari e dall'introduzione di quella che noi definiamo "minutaggio" nella definizione a priori dei tempi di svolgimento delle prestazioni sanitarie. Questa è un po' l'introduzione a carattere generale che motiva in qualche modo e ha indirizzato la nostra azione.

Adesso intervorrà Vittorio Agnoletto sui primi due punti della petizione.

Presidente Patrizia BAFFI

Perfetto, grazie. Professor Agnoletto, a lei la parola.

Prof. Vittorio AGNOLETTO

Buongiorno a tutte e a tutti. Grazie moltissimo per la vostra attenzione e la vostra disponibilità perché è un giorno prefestivo, quindi, apprezziamo ancora di più il fatto che siete qua. Il tempo a disposizione è poco, procedo a punti.

Prima questione. Per completare il ragionamento che ha fatto Marco rispetto alla privatizzazione, cito solo una cosa, la risposta che la ASST Bergamo Ovest ha fornito il 15 dicembre del 2021 alla CGIL, quando chiedeva di avere dei dati sui posti letto, ricoveri e prestazioni ambulatoriali. Questi dati non venivano forniti alla CGIL e il Direttore Generale rispondeva: *"A seguito della riforma attuata della legge regionale n. 33/2009, il Sistema Sanitario Regionale della Lombardia è, dal lato dell'offerta dei servizi sanitari, un mercato o quasi mercato"*.

Per spiegare perché non dava i dati, parlava di tutelare il proprio segreto commerciale, eccetera. Allora, dove sta l'articolo 32 della Costituzione, dove sta il secondo comma dell'articolo 3? Il diritto è cancellato perché è in mano al mercato, però non siamo noi dirlo,

ma lo diceva allora il Direttore Generale della ASST di Bergamo Ovest, nel 2021, su carta ufficiale.

Primo punto, la questione del CUP.

Lo sapete anche voi, il CUP non c'è, non funziona, ma quello che è peggio è che siamo molto più indietro del costituire un CUP unico tra pubblico e privato accreditato. Non funziona neanche per l'insieme delle strutture pubbliche. Ci sono alcune prestazioni che, dentro lo stesso ospedale, prendiamo per esempio Niguarda, puoi fissarle al CUP regionale, mentre altre prenotazioni devi andare a fissarle in loco o comunque devi rivolgerti direttamente all'ospedale. Questo fa sì che la persona debba fare il giro delle sette chiese, non sapendo mai dove deve telefonare e come. Questo è un problema estremamente grosso. Il Centro Unico di Prenotazione è l'unico strumento reale che potrebbe risolvere in gran parte la questione di evitare che il cittadino si senta rispondere "No, non c'è posto", punto e a capo perché, se qualcuno ha davanti il quadro con le disponibilità di tutto il pubblico e del privato accreditato, ci dovrebbe essere la possibilità di trovare un posto.

Seconda questione. Abbiamo posto la vicenda delle liste d'attesa. Prima di tutto, io vi sollevo un problema legale, forse penale, ma io non sono un giurista, sono un medico. Se la legge dice che le agende non possono essere mai chiuse, le agende non possono essere chiuse e, se qualcuno ha chiuso l'agenda, allora l'autorità preposta, in questo caso la Regione, deve intervenire con gli strumenti che la legge prevede perché non è rispettata la legge. Non può essere chiusa. Su questo, non è che c'è da discutere. Noi continuiamo a ricevere segnalazioni al centralino "37 e 2", la trasmissione che conduco su Radio Popolare, di persone che segnalano che diverse liste sono chiuse. Il primo problema che noi ponevamo sulle liste d'attesa è il controllo da parte della Regione delle strutture pubbliche e private accreditate, per verificare:

- che non siano chiuse le agende,
- la corretta gestione dei fondi nazionali,
- l'assenza di qualunque pratica finalizzata a trasferire la richiesta del cittadino dal pubblico al privato.

Io mi chiedo, ma dobbiamo essere noi che andiamo a scoprire che c'è un'azienda accreditata con la Regione, che ha previsto un meccanismo di premiazione, un corrispettivo economico per il personale del proprio centralino che, quando riceve le telefonate per il Servizio Sanitario Nazionale, viene remunerato in più, cioè c'è un meccanismo premiale, così è stato definito, se riesce a fissare la visita nel privato, avendo concluso la telefonata? Mi sembra una cosa incredibile.

Altra questione. Sono cose che ormai conoscete, ma come è possibile che, in una struttura accreditata, un intervento di tipo sanitario privato venga registrato a un orario totalmente diverso perché, in quel momento, quel personale non poteva svolgere attività privata? Ma siamo noi che dobbiamo scoprirlo? È *Fanpage* che deve scoprirlo? È Radio Popolare che deve scoprirlo? È la "Lombardia SiCura"? Alla Regione rimane comunque il ruolo, oltre che di prevenzione, oltre al ruolo di programmazione, anche di controllo, però questo ruolo di controllo non mi pare che ci sia.

Poi, ancora, io sono in possesso di una circolare ai Direttori Generali della ASST e Direttori Generali dell'IRCCS, enti erogatori privati tramite ATS, firmato dal Direttore Generale

Marco Cozzoli. È un documento interno che è stato spedito, dove si fa tutta la casistica di cosa bisognerebbe fare per evitare le liste d'attesa: *“Nel caso in cui le strutture sanitarie, a cui si rivolge il cittadino, non avessero la disponibilità ad erogare la prestazione di primo accesso entro i tempi previsti dalla priorità indicata in ricetta, il Responsabile Unico Aziendale, per i tempi di attesa, in collaborazione con il referente del CUP aziendale, si attiva per individuare altra struttura pubblica o privata accreditata del territorio di assistenza del cittadino, in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati”*.

Io non so se qui c'è qualcuno che è in grado di farmi un esempio in cui questo è accaduto. Io sono in grado di farvi una serie di esempi, di diverse strutture, dove questo non è accaduto. La risposta è “No, non c'è posto”, ma non è che può non esserci posto. Chi è interpellato, se non c'è posto, deve trovare il posto in un'altra struttura pubblica o privata accreditata all'interno, abbiamo capito da quanto ci ha risposto Regione, del territorio, inteso come ATS. Va bene, è molto ampia, avremmo preferito l'ASST, però ATS. Questo non viene fatto. In particolare, posso citare un caso. Non si riesce a fare una visita dermatologica all'interno della Casa di Cura Igea. Gli appuntamenti fissati sono stati cancellati. Perché? Perché non c'è più il medico, i medici sono andati via e, quando noi scriviamo all'ATS, l'ATS ci risponde che va comunque osservato che la visita specialistica è offerta anche in altre strutture sanitarie del territorio ATS, a cui la signora avrebbe comunque potuto rivolgersi, senza necessariamente attendere un appuntamento presso una singola struttura. Non funziona così in base alla legge, in base a quello che il Direttore Generale ha scritto. È la struttura che interpellata, se dice di no, si deve far carico di trovare un altro posto. Non è il cittadino che deve muoversi in mezzo a tutto questo. Poi, ancora una volta, quali sono gli accordi che la Regione ha fatto con le strutture private accreditate direttamente o per interposto ruolo di ATS? No, me lo chiedo, perché se in quelle strutture si dice che una visita dermatologica non è possibile e tutti e due i medici dermatologi sono andati via, però, invece, in quella stessa struttura le visite private sono possibili, c'è qualche cosa che dovremmo riuscire a capire come avviene, qual è il tipo di accordi che vengono presi. Ho fatto un caso perché è già stato segnalato all'ATS con nome, cognome e tutto il caso, quindi, non è un elemento nuovo.

Poi abbiamo le cancellazioni selvagge. Quando va bene, arriva un sms; quando va benissimo, arriva una telefonata. Quando va bene, arriva un sms e, il più delle volte, il cittadino va alla struttura per fare l'esame con il servizio sanitario pubblico, accreditato o meno, e gli dicono: *“Non c'è il medico, non si può fare, torni un'altra volta”* - e lo viene e sapere lì, con una situazione kafkiana perché, nel frattempo, scade l'impegnativa che è stata fatta dal medico curante.

Questo soggetto, quindi, deve ricominciare assolutamente tutto da capo. Allora, noi avevamo chiesto nella raccolta di firme l'interruzione temporanea dell'Intramoenia nelle strutture sanitarie che non rispettano i tempi di attesa, relativi alle classi di priorità indicate dai medici di Medicina Generale. Adesso, Garattini lo ha detto molto meglio di me, ma diventa una cosa indecente l'intramoenia, quando il servizio pubblico ti dice che per una prestazione devi aspettare sei mesi e mezzo e, se invece lo fai privatamente, puoi farlo la settimana dopo o tre giorni dopo, perché stiamo parlando di una struttura pubblica che risponde in questo modo ed è la struttura pubblica che ha il dovere, invece, di garantire un

servizio per tutti i cittadini. Su questa questione delle liste d'attesa, quindi, nonostante tutti i finanziamenti che sono arrivati, non si è risolto assolutamente nulla. Finisco dicendo due cose. Primo, non sono nato ieri e so benissimo che, se le agende vengono chiuse, dati che la Regione fornisce a Roma, non corrispondono a un dato di realtà perché la coda non si può formare, se l'agenda è chiusa, quindi, vengono trasferiti dei dati che non corrispondono al dato reale perché la lista d'attesa non è completa perché uno non può prenotare nemmeno, neanche mettersi in lista d'attesa perché l'agenda è chiusa. Questo, quindi, spiega anche perché poi vengono fuori dei dati che non corrispondono al dato di realtà che noi misuriamo. L'ultima osservazione è questa: il Governo e la Regione hanno fatto stanziamenti sulle liste d'attesa. Una gran parte di questi fondi per le liste d'attesa è stata data alle strutture private accreditate. Qui, però, la domanda è: controlla la Regione come vengono gestiti? Perché, se io do 100 euro e uno non svolge il lavoro come deve svolgerlo, non ha senso che poi gliene dia altri mille, se non cambia la situazione. Per esempio, è vero o non è vero che le strutture private accreditate operano delle scelte rispetto alle visite e agli interventi da fare, anche in base, come criterio, a quella che è la remunerazione della Regione e quali sono i profitti che possono trarre? Marco l'ha detto molto bene. Noi pensiamo a una sanità che è gestita dal pubblico, ma siamo assolutamente consapevoli che deve essere integrata con il privato. Ci mancherebbe che pensiamo di chiudere le strutture private che ci sono sul territorio milanese, ma così non funziona. Così il privato è unicamente sulle spalle del pubblico, sceglie quali visite fare, come fare, quali interventi chirurgici fare e come farli. Poi, quando i cinquanta sportelli che ci sono, che ormai sono attivi in Regione Lombardia, segnalano le cose, minacciano le cause, quando dalla radio mandiamo le lettere e via dicendo, allora di colpo il posto viene trovato e si risolve sempre tutto, ma non può essere questa la logica con cui si affronta il tema. Mi fermo qua. Grazie.

Presidente Patrizia BAFFI

Bene, la parola ora alla Dottoressa Vangi, se non sbaglio. Prego, Dottoressa.

Dottoressa Monica VANGI

Buon pomeriggio a tutte e a tutti. Anche io mi associo ai ringraziamenti che hanno già fatto i colleghi. Volevo affrontare anch'io, cercando di essere sintetica per i tempi, tre questioni. La prima era richiamata già da Calderoli, rispetto all'utilizzo dei medici a gettoni. Noi, nella nostra petizione, chiedevamo naturalmente di superare questo strumento e favorire, invece, un percorso di assunzione, di stabilizzazione, ma anche un percorso che guardasse alla valorizzazione economica da una parte, attraverso il contratto nazionale, ma anche guardasse la dimensione dello star bene, quindi, la dimensione organizzativa perché tanti colleghi ci dicono che fanno fatica a continuare a lavorare per i turni, per lo stress, ma anche per problemi organizzativi. Dicevo, appunto, che vedevamo questo utilizzo dei medici a gettone come una situazione paradossale perché questo determina necessariamente e inevitabilmente che alcuni colleghi, a parità di mansioni nello stesso servizio, abbiano retribuzioni profondamente diverse. Abbiamo assistito anche a scelte individuali di interruzione del rapporto di lavoro per utilizzare, invece, questo strumento che è l'utilizzo del gettone. In realtà, quando abbiamo fatto la raccolta firme, poi abbiamo anche pensato:

“Beh, è superata la questione” - nel senso che l’Assessore Bertolaso ha fatto questa delibera di sospensione dell’utilizzo dei - passatemi il termine - “gettonisti”, però, invece, è ancora attuale perché arrivano segnalazioni da parte di molti territori, dove questa pratica che è appunto l’utilizzo dei medici gettonisti è stata ripristinata.

Crediamo, quindi, che sia profondamente sbagliato, anche nei confronti di chi rimane alle dipendenze di una struttura, che sia questa pubblica o privata accreditata, perché è noto che i medici gettonisti, oltre ad avere una parte di remunerazione significativa, sono completamente avulsi dai processi organizzativi e possono definire, dettarsi in autonomia i loro tempi di vita, rispetto ai tempi di lavoro. Crediamo, inoltre, che ci sia un’altra ricaduta, laddove si parla di medici gettonisti all’interno dei reparti, che è la continuità assistenziale. Un medico gettonista fa il suo turno di otto ore, ma non necessariamente, e il più delle volte capita questo, conosce le persone che sono ricoverate.

Dicevo che avevamo sposato favorevolmente la delibera di interruzione dell’Assessore, ma invece questo tema è ancora attuale perché si sta riproponendo in diversi territori, quindi, sarebbe anche utile capire dove e perché non ha funzionato questa delibera perché, in alcuni momenti di confronto, l’Assessore ha lamentato il fatto che, avendo Regioni limitrofe che non hanno assunto il medesimo provvedimento, il rischio era che altre Regioni fossero attrattive su questa tipologia di attività e di prestazione e allora, inevitabilmente, mi viene in mente che forse, più che guardare al tema dell’autonomia, sarebbe il caso di guardare all’insieme perché questo è un esempio classico. Io vivo in un territorio confinante con l’Emilia-Romagna e tantissimi professionisti, gettonisti, si sono spostati a livello di Emilia-Romagna perché questa pratica è comunque ancora consentita, mai interrotta e del tutto funzionante.

L’altro tema che per noi e per le cittadine e i cittadini sta destando molto interesse è il tema per forza, inevitabilmente, delle RSA. Qua, faccio una puntualizzazione rispetto al fatto che penso sia noto a tutti il dato dell’invecchiamento della popolazione nella nostra regione e nel nostro Paese. Premesso che, per quel che ci riguarda, sarebbe auspicabile lavorare affinché le persone anziane rimangano nel loro ambiente, ma questo implica necessariamente - lo dico da figlia di una persona non autosufficiente - avere una filiera di servizi che è in grado di dare risposte alle persone anziane che vogliono giustamente, legittimamente rimanere al loro domicilio, ma abbiamo anche la parte di residenzialità. C’è la necessità sicuramente, quindi, di potenziare la filiera dei servizi territoriali, rivolta alle persone anziane, ma anche di guardare con un occhio diverso la residenzialità. La residenzialità, guardate, la potrei sintetizzare in questo modo. Nella nostra regione, noi abbiamo oltre il 95 per cento di strutture residenziali per anziani, RSA, private accreditate con nature giuridiche profondamente diverse perché viaggiamo dal privato *profit* al *no profit*. Detto questo, comunque è natura giuridica privata. L’accreditamento che è da sempre stato utilizzato in questa regione - passatemi il termine, tanto lo ha detto il Direttore Generale non attuale, ma chi c’era prima - è un accreditamento con la caratteristica di essere un accreditamento libero. A richiesta, venivano autorizzate le strutture. C’è un problema, ci sono diversi tipi di problemi. Il primo è che in questa regione, da decenni, noi abbiamo dei sistemi di calcolo superati del fabbisogno di personale, datati da oltre vent’anni. Sono 901 minuti settimanali. Oggi, la complessità delle persone che risiedono nelle nostre RSA, a

detta di chi le gestisce e di chi ci lavora, non è assolutamente a minutaggio adeguato. La complessità è diversa. Oggi non abbiamo nelle RSA le persone autosufficienti. Oggi abbiamo persone molto compromesse, quindi, c'è la necessità di rivedere quello che io chiamo brutalmente uno *standard* quantitativo perché così viene definito. Ai 901 minuti, è l'ora di metterci mano perché tanto, comunque, sappiamo che vengono già superati nella pratica, quindi, va riconosciuto e rivisto il sistema del minutaggio di assistenza. L'altro elemento è l'elemento qualitativo. Noi crediamo sia necessario, al di là della natura giuridica privata, che Regione Lombardia individui degli strumenti utili a misurare la qualità delle prestazioni che vengono erogate all'interno di quelle strutture perché, anche lì, c'è un mondo molto variegato. L'altro elemento è il tema della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, quella che viene definita "retta". La retta, oggi, non è governata dalla Regione. Oggi, la retta è definita autonomamente da ogni singola struttura, quindi, oltre ad avere un elemento di diversificazione importante da territorio a territorio, da struttura all'interno dello stesso territorio della regione, noi crediamo che si debba necessariamente lavorare affinché alle strutture venga riconosciuto quanto previsto dai LEA per la quota sanitaria, almeno il cinquanta per cento, ma che le risorse economiche che Regione Lombardia ha dato in tutti questi anni alle strutture, agli enti erogatori, venga vincolato al contenimento delle rette perché, oggi, la situazione ribadiamo che è fuori controllo. C'è stata una delibera alla fine del 2023, anche questa vista favorevolmente perché, la prima volta, Regione Lombardia assegnava risorse agli enti gestori a fronte di un divieto di incremento della retta, ma naturalmente un movimento che si è creato negli enti gestori ha determinato che il blocco della retta fosse solo se la struttura aveva una retta che era superiore del venti per cento della media. Anche qua, dati che non abbiamo mai visto perché ogni territorio ha una retta media che è completamente differente. Noi sappiamo, quindi, che c'è una scadenza importante, a meno che non venga ulteriormente prorogata, che è il Decreto Concorrenza. Dal nostro punto di vista, se non viene prorogata, dal primo di gennaio prevede l'obbligo per le strutture, così come per le spiagge, scusate la banalità, ma è così, che sia nel sociosanitario sia nella sanità vengano accreditati i soggetti tramite evidenza pubblica. Noi crediamo che questa debba essere l'occasione per Regione Lombardia di rivedere i sistemi di accreditamento, ribadisco, sul tema quantitativo, qualitativo e che, anche se oltre il novanta per cento ha natura giuridica privata, Regione Lombardia faccia da regia, imponga dei criteri di accreditamento.

Da ultimo, ma non è ultimo, l'applicazione dei contratti di lavoro sottoscritti dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Faccio questa puntualizzazione perché oggi nelle RSA, a parità di mansioni, noi abbiamo una miriade di contratti di lavoro, alcuni neanche sottoscritti dalle organizzazioni sindacali confederali. Capite bene che è un intervento sul costo del lavoro che non è più ammissibile. Oltre tutto, all'interno della stessa casa di riposo, abbiamo l'applicazione di cinque contratti diversi perché, essendo privati, lo possono fare. Se parliamo quindi di ex IPAB, abbiamo la sanità pubblica e gli enti locali, UNEBA, sanità privata RSA, cooperative sociali e poi altri contratti firmati da organizzazioni sindacali che non sono quelle maggiormente rappresentative, quindi, la sintesi è che, Decreto Concorrenza o non Decreto Concorrenza, noi dobbiamo mettere mano a questo ambito così importante, così strategico, anche per le tasche delle famiglie perché è

evidente che sta diventando sempre più complicato, per le famiglie, garantire una retta in casa di riposo, soprattutto in alcuni ambiti territoriali della nostra regione. L'alternativa è tenerli a casa, non assistiti e magari con un'assistente familiare, meglio definita "badante", ovviamente in nero perché le rette, oggi, provate a vedere che cosa determinano e, se una famiglia non può, ricade sui Comuni, quindi, è un circolo vizioso che dobbiamo in qualche modo e che crediamo regione Lombardia debba riprendere in mano.

Da ultimo c'è il tema dei servizi territoriali. Sui servizi territoriali, noi abbiamo inteso tutta quella rete di servizi che va dalla salute mentale. Non entro nel dettaglio, ma la sofferenza delle neuropsichiatrie infantili e la ricaduta, non tanto in termini di posti letto, ma proprio di servizi, la ricaduta di tante cittadine e tanti cittadini che si trovano costretti a pagare il certificato da fornire alla scuola per i propri figli - e sono quatttrini - quindi, c'è un... Vorremmo rilanciare la necessità, indipendentemente dal PNRR o meglio, anche grazie al PNRR, di ripopolare il territorio che nel corso degli ultimi vent'anni è stato depotenziato. Ci sono i servizi di salute mentale, esattamente come assumono una rilevanza straordinaria, in un'epoca come questa, i servizi di medicina del lavoro. Pensiamo a tutto il tema della prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali, tema attualissimo. Poi c'è il tema dei consultori. Sui consultori, ahimè, che regolarmente mappiamo in termini numerici, registriamo ancora un ulteriore calo nella ultima rilevazione a luglio del 2024. Stiamo parlando di numeri, quindi, guarda alle strutture ancorché funzionanti. Perché faccio questa puntualizzazione? Perché in molti territori noi abbiamo i consultori, ma aperti magari due ore per tre volte o due volte alla settimana. Ciò detto, il numero di consultori nella nostra Regione non è allineato alla norma e, anche l'ultimo decreto ministeriale, che credo abbia un valore in termini giuridici e che è il DM n. 77, prevede almeno un consultorio ogni ventimila abitanti. In realtà, oggi in Lombardia siamo quasi alla metà dei consultori, ribadisco, ancorché funzionanti.

Poi c'è un altro tema che voglio rappresentare oggi ed è sempre legato al tema dei consultori. Regione Lombardia ha da sempre rivendicato l'utilità della libertà di scelta del cittadino, quindi, della equivalenza fra pubblico e privato, principio richiamato anche nell'ultima integrazione della legge regionale in materia di sanità. Purtroppo, registriamo che non è così perché in Lombardia, unico caso che sappiamo in tutto il Paese, è consentito ai consultori, perché anche qua abbiamo consultori privati di natura confessionale, di non esercitare tutto ciò che è legato alla Legge n. 194. Preciserei, per non essere fraintesa, che non è solo l'interruzione volontaria di gravidanza, ma c'è tutto il tema della formazione e della prevenzione in un momento dove, non lo dico io, sono in aumento esponenziale le malattie sessualmente trasmissibili e dove, comunque, c'è bisogno di incrementare tutta la parte di attività di prevenzione. Noi crediamo, quindi, che anche questo tema, cioè che dare una facoltà alle strutture private di natura confessionale di fare una sorta di obiezione di coscienza, certamente non può essere accettato perché è l'evidenza che pubblico e privato non sono la stessa cosa perché il pubblico, tolto gli obiettori individuali, deve comunque garantire le prestazioni. Grazie e buon lavoro a tutte e a tutti.

Presidente Patrizia BAFFI

Grazie, Dottoressa Vangi. Mi pare che concluda il Dottor Caldiroli. Prego.

Dottor Marco CALDIROLI

Sì, io integro alcuni aspetti relativi al quinto punto della petizione, che in qualche modo, nel parlare del tema della prevenzione primaria, parla sostanzialmente della priorità che un servizio sanitario, regionale o nazionale che sia, ha come compito. Su questo profilo, ovviamente noi non chiediamo semplicemente, come diceva già la Dottoressa Vangi, un incremento delle strutture territoriali, in particolare le case comunità o una maggiore velocità della loro realizzazione, quanto quello di riempirle di servizi, di operatori in numero e qualifiche adeguare perché anche questo aspetto è fondamentale per bilanciare il rapporto tra medicina territoriale e ospedaliera, oggi sbilanciato verso la seconda. Vanno inoltre sicuramente potenziate, resi attivi e connessi con la programmazione sanitaria, le strutture deputate alla rilevazione dell'analisi epidemiologica dello stato di salute della popolazione, che sono quei dati che devono, a nostro avviso, orientare la pianificazione sia regionale sia locale e, nel contempo, essere degli indicatori principali dell'efficacia del servizio e non semplicemente obiettivi "a budget". Questa considerazione vale anche per il Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali climatici istituito, ma di cui non si percepisce la presenza, comunque l'attività almeno per ora, nonostante l'importante funzione che potrà avere di correlare gli interventi propriamente sanitari con quelli del fondamentale determinante delle condizioni di carattere ambientale, che sono state scisse a suo tempo con un referendum popolare, in questo caso, nei compiti delle allora USL. Sull'aspetto delle strutture territoriali, noi siamo anche particolarmente preoccupati e saremmo particolarmente attenti a individuare quelle iniziative permesse dalla normativa attuale e che sono anche oggetto di uno dei quesiti referendari, nel caso in cui si vada a esternalizzare le case comunità o anche i servizi domiciliari verso il privato. L'aspetto degli operatori, è già stato detto, è fondamentale. Non vorremmo che ci sia oggi, anche da parte per lo meno della maggioranza, di chi comunque condivide e sostiene le iniziative per l'autonomia differenziata, che ci sia un retropensiero della Lombardia in cui, essendo forti economicamente, saremmo in grado di attrarre operatori sanitari da altre regioni, quindi, compensare le nostre difficoltà. Sarebbe un errore non solo e non tanto in maniera generica sulla solidarietà tra territori in Italia, ma anche perché, in una situazione di questo genere, questi operatori andrebbero quasi esclusivamente nel privato, quindi, accentuerebbero questo sbilanciamento di cui abbiamo parlato. Viceversa, saremmo estremamente interessati e favorevolmente colpiti se le Regioni, tutte assieme, si unissero per sbloccare i vincoli relativi all'assunzione del personale sanitario, che sono di carattere nazionale, quindi, anziché andare ognuno per i fatti suoi, trovarsi come Regioni per avere questo obiettivo comune. Concludo con un aspetto che mi interessa personalmente in quanto tecnico della prevenzione, quindi, addetto ai servizi pubblici di sicurezza sul lavoro in questa regione, che forse, probabilmente, è uno dei pochi servizi che è praticamente impossibile privatizzare. Un primo dato che voglio portare all'attenzione è che il Piano delle Regole delle 2024 censisce 742 operatori, quale dotazione organica attuale nei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro delle ATS. In realtà questo numero, se consideriamo l'effettivo personale ispettivo, quindi tecnici della prevenzione e medici del lavoro di questo servizio, sono in realtà 484, mettendo insieme i dati delle singole ATS. Tenete conto che all'origine della riforma sanitaria, nella Regione Lombardia, date le sue caratteristiche

economiche, la dotazione organica ottimale era intorno ai mille e cento operatori specifici per la sicurezza sul lavoro, quindi, vedete che siamo estremamente carenti. Inoltre, queste dotazioni organiche, nella misura che vi ho detto, sono state approvate con l'approvazione della dotazione organica di ogni ATS, mantenendo gli stessi numeri almeno fino al 2026, quindi, garantendo esclusivamente il *turnover*, rispetto però a questo numero estremamente ridotto. È vero che negli ultimi anni vi è stato un incremento di personale con l'indizione di nuovi concorsi, ma anche in questo campo è emersa la difficoltà di arruolare operatori che venissero nel servizio pubblico e vi è un problema della loro formazione, che non può essere improvvisata e non è assolutamente veloce, data la complessità e la particolare importanza dei loro compiti. In queste condizioni, lo voglio dire chiaramente, non potete pensare come Regione di poter rispettare i LEA in questo campo. Il LEA principale è quello del controllo di almeno il 5% di imprese nell'arco di un anno e anche, quindi, gli obiettivi del Piano di Prevenzione che la Regione ha approvato, quello attualmente vigente, 2022-2025, a meno che non si utilizzino dei "trucchi formali" in cui i controlli vengono paragonati e hanno lo stesso valore delle ispezioni perché il LEA parla di controlli, ma i controlli in Regione Lombardia e non solo in Regione Lombardia, sono anche verifiche semplicemente di carattere documentale. Non necessariamente implicano un accesso fisico, *de visu*, nei luoghi di lavoro per verificare le condizioni di lavoro. A fronte di questa situazione estremamente deficitaria dal punto di vista dell'operatività e dei servizi di prevenzione sul lavoro, vi devo segnalare che una parte dei fondi, delle sanzioni che io e i miei colleghi abbiamo erogato, pari a quasi 21,5 milioni di Euro, verranno spesi per quasi 4,6 milioni per divise, per darci una divisa con il logo, eccetera, che sono state presentate tra l'altro qua sotto, durante la settimana della sicurezza sul lavoro che si è appena conclusa e che abbiamo trovato, peraltro, alquanto brutte esteticamente, però questo può essere soggettivo, ma che comunque nessuno di noi ha chiesto, né ne ha mai sentito la necessità sia perché abbiamo già abbigliamento loggato che ovviamente ci individua immediatamente, ma perché riteniamo che non sia la divisa in questo caso che fa il monaco o dà autorità al termine prevenzione, ma è l'autorevolezza con cui noi ci presentiamo e la nostra capacità professionale di rapportarci con le imprese. Tanto meno ci servono automobili con il lampeggiante sopra. Non ci servono. Ci servono automobili, questo ovviamente per spostarci, ma con il lampeggiante non ha alcuna utilità.

Finisco. La nostra petizione nel complesso, se ci pensate bene, in qualche modo cerca di chiedere un piano straordinario per il rilancio della sanità pubblica in Lombardia, non solo superando i limiti intrinseci di interventi *spot* per arginare i fenomeni più vistosi come negli ultimi anni è stato fatto, ma per ripensare l'approccio, trentennale per noi, che le maggiori istituzioni regionali hanno seguito finora. In caso contrario, il rischio è una perdita del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale come pensato dalla Riforma del 1978, a partire dalla perdita della universalità di accesso ai servizi da parte delle persone, mettendo quindi in discussione concreta l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione. Ringrazio ancora per l'attenzione. Se avete domande, sono qua. Grazie.

Presidente Patrizia BAFFI

Certo, grazie e grazie a tutti gli interventi che si sono svolti. Abbiamo ancora mezz'ora di tempo, colleghi, che io dedicherei proprio alla richiesta di eventuali chiarimenti, domande, approfondimenti. Il Consigliere Borghetti e poi non so se si è prenotato qualcun altro. Sì, Gallizzi e Di Marco, quindi, per ora partiamo con questi interventi. Consigliere Borghetti, prego.

Consigliere Carlo BORGHETTI

Grazie, Presidente. Intanto io ringrazio i rappresentanti della petizione "La Lombardia SiCura" che intervengono, come lei, Presidente, ha ricordato all'inizio, forti della sottoscrizione di oltre 88 mila persone di questa regione e mi sembra un dato significativo. Poi voglio dire che i cinque punti che sono stati rappresentati, quindi il Centro Unico di Prenotazione, le liste d'attesa, i gettonisti, le RSA, i servizi territoriali, sono senz'altro cinque punti davvero critici. Voi avete scritto "critici", ma io oserei dire qualcosa di più, cinque punti critici e quasi drammatici per certi versi, fondamentali da affrontare in questo nostro Servizio Sanitario Regionale perché, oltre ad essere importanti, hanno ormai anche una certa anzianità, cioè è da troppo tempo che rimangono irrisolti e sui quali vedo una coincidenza di posizioni con moltissime delle posizioni che stiamo sostenendo in questa Commissione "Sanità", parlo del Gruppo consiliare del PD, ma in generale anche dei colleghi della minoranza, ma ovviamente poi ciascuno dirà la sua, e non solo perché ci può essere una comunanza di posizioni o non lo so, ma perché sono oggettivamente temi che vanno oltre le posizioni ideologiche o di parte. Sono i temi che soffrono i nostri concittadini lombardi e che vanno affrontati con più determinazione e cambiando direzione in moltissime delle politiche sociosanitarie che questa Regione ha adottato da anni a questa parte. Noi ringraziamo sinceramente i sottoscrittori ed i presentatori di questa petizione, quindi, perché io credo che questa Commissione la debba prendere seriamente in esame, punto per punto. Siccome non voglio essere lungo e voglio lasciare spazio anche agli altri, non è forse il momento di riprenderli tutti, ci vorrebbe ben altro tempo rispetto a quello che abbiamo, ma voglio però mandare un messaggio a noi tutti e in particolare lo dico ai colleghi di maggioranza. Su tutte queste cose, la Regione Lombardia, la dico così, ha il coltello dalla parte del manico, se volesse, cioè la Regione Lombardia ha lo strumento per fare dei passi avanti. La bacchetta magica non esiste, cioè noi, questi problemi, non li possiamo risolvere da oggi a domani, ma cambiando politiche, cambiando direzione in molte delle misure che la Regione replica ormai uguali a sé stesse da anni, si potrebbero fare dei passi in avanti. Qual è questo coltello, qual è lo strumento che la Regione ha in mano? Lo ripassavo per tutti i cinque punti. È il contratto che Regione Lombardia stipula ogni anno con la sanità pubblica e il servizio sociosanitario e sanitario privato, con il quale vengono trasferite le risorse che servono a far funzionare i servizi, contratto che prevede dei punti, dei requisiti ai quali sia i gestori pubblici sia i gestori privati devono sottostare. Allora, se in quei requisiti si inserisse finalmente una serie di questioni che sono state ricordate bene qua, non tutte perché ci sono delle questioni che non si possono risolvere da un anno all'altro, ma andando in una certa direzione, noi potremmo cambiare direzione a tanti di questi tempi di questi problemi. Però ci vuole la volontà politica, di chi governa, di mettere dentro in questi

contratti per cui il coltello dalla parte del manico sta dalla parte della Regione perché è la Regione che dà le risorse, che sono risorse nostre perché le risorse regionali sono le risorse dei lombardi. Ecco, ci sarebbe questa possibilità. Una volta tanto non si può, qui, rispondere dicendo: *“Sì, ma ci vogliono più soldi da Roma. Sì, ma noi siamo già più bravi degli altri”*. Qui ci sono elementi critici, oggettivi che, al di là di qualunque posizione ideale o ideologica, possono essere affrontati con efficacia da parte di chi oggi gestisce i contratti, cioè Regione Lombardia. Non mi voglio dilungare, se non chiudendo e dicendo che quello che ci muove tutti, penso, è voler salvare appunto l’universalità del nostro servizio sociosanitario. Sappiamo quanto stiamo perdendo in questo, per cui troppo a pagamento oggi sono i servizi necessari. Sono troppo spesso e troppi i servizi che noi possiamo avere soltanto pagando, quindi, se vogliamo salvare davvero quell’articolo 32 della Costituzione, al di là delle parti, deve diventare una battaglia comune. Spero che da questa Commissione, su almeno qualcuno di questi punti possa uscire, Presidente, un’indicazione all’esecutivo, alla Giunta. Infatti, chiudo chiedendo a lei, Presidente, qual è l’*iter* che poi seguirà a questa presentazione di questa petizione. Grazie.

Presidente Patrizia BAFFI

Consigliere Gallizzi, prego.

Consigliere Nicolas GALLIZZI

Grazie, Presidente. Parto un po’ da un passaggio che ha fatto il collega, Consigliere Carlo Borghetti, sulle strutture private accreditate. Lì c’è anche un errore di fondo perché, quando si dà l’accreditamento e si stabiliscono i criteri e si dice che magari a una branca specialistica “X” vengono accreditate tremila visite specialistiche, anche cardiologiche, diabetologiche, quello che vogliamo, queste visite specialistiche accreditate dovrebbero essere spalmate nello spazio di dodici mesi, cosa che non succede. Succede molto spesso che le strutture private accreditate evadano le richieste nello spazio di tre, quattro mesi e poi, per otto, sei-otto mesi, rimangono soltanto non accreditate, ma un regime privatistico. È un mondo della sanità che sta cambiando. Sulle specialistiche, guardate, io sono un medico, lo dico a voi che fate parte di questa Lombardia SiCura, siete promotori di un progetto di legge, credo, vero? È una iniziativa popolare.

Presidente Patrizia BAFFI

Petizione popolare.

Consigliere Nicolas GALLIZZI

Sì. Su molti aspetti io condivido e concordo. Allora, cosa bisognerebbe fare? Bisognerebbe vedere un po’ le cose come... Il mondo è cambiato, dicevo prima. Voi dovete pensare che io ho fatto il medico per quarant’anni e lo sto facendo ancora, medico sul territorio, quindi in trincea. Mentre fino a dieci, quindici anni fa, se uno aveva bisogno di fare una visita specialistica dermatologica lo si mandava se c’era qualche problema serio, oggi si va dal medico di Medicina Generale per chiedere una visita specialistica dermatologica per fare una mappatura dei nei e, badate bene, tutti i cittadini da una certa età in poi, oggi, dopo i

trenta, trentacinque anni, chiedono una visita specialistica dermatologica. Probabilmente il mercato è quello che è e non si riesce a risolvere questi problemi. Dico questo perché vale anche per la ginecologia. Quando viene un paziente, una donna: “Signora, ma perché va a fare la visita ginecologica?” “Dottore, ma per fare una visita di controllo”.

Ho capito, ma sono i livelli essenziali di assistenza, devo sapere, devo mettere una diagnosi. Ecco, a volte si va soltanto per fare monitoraggio, per fare prevenzione senza avere una patologia precisa, ma questo vale anche per l’oculistica. Perché si va dell’oculista? Perché ho una riduzione del *visus*, una riduzione della vista e non si va perché ci sono problemi seri e questo vale anche per la fisioterapia, per la cardiologia. Il problema è serio e il mondo è cambiato. Mi riallaccio a quello che ha detto il Dottor Agnoletto, le liste di attesa, ma le liste di attesa nascono anche da una carenza di organico dei medici di Medicina Generale e anche ospedalieri. La politica, purtroppo, probabilmente con una visione monoculare, non ha mai visto le cose in prospettiva, ma ha guardato sempre con la visione del presente, altrimenti non ci saremmo trovati in queste condizioni. Il numero chiuso nelle iscrizioni della facoltà di Medicina, da venti e trent’anni, ha comportato che purtroppo non hanno pensato che ci potesse essere un cambio di generazione, che una quota di medici andava prima o poi in pensione e doveva esserci necessariamente un ricambio. A me capita di fare delle impegnative, Dottor Agnoletto, e di mettere delle priorità che vengono sempre inevase. Voi sapete che le priorità sono quattro come sempre: c’è l’urgente che è di 72 ore, c’è la breve che sono dieci giorni, c’è la differita e c’è la programmata. Tralasciando, a volte succede per *burnout* e cediamo, che un paziente insista, vuole che ci sia una certa priorità, anche dieci giorni, una breve e non viene evasa. Il paziente, tendenzialmente, se ne va in una struttura privata e se la paga perché, quando va a fare la prenotazione al Centro Unico, non trova riscontro perché molte volte, ha ragione anche Agnoletto, le agende sono chiuse. Ma cosa vuol dire che l’agenda è chiusa? Cioè tu devi risolvere il problema. Se nella struttura, nel CUP territorialmente competente oppure quello regionale, non riescono a risolverti il problema, devono dire loro dove, nella tempistica che decide il medico di famiglia, possono metterti nelle condizioni di evadere questa visita. Ci dovrebbe essere addirittura una priorità per le patologie di un impegno professionale, tipo le patologie oncologiche. Abbiate pazienza, ma se io devo fare una mammografia e riscontro che sia una neoformazione sospetta tumorale, è chiaro che ho la necessità che il paziente o la paziente debba essere vista con una certa celerità. Purtroppo, il problema esiste. Sul problema delle infermiere pare si stia lavorando. Leggevo una notizia ieri sera, di circa ventimila infermiere che credo arriveranno dall’India, quindi, il problema della carenza dalla parte infermieristica ma credo sia anche dalla parte medica perché poi, se un medico di Medicina Generale, che da *standard* dovrebbe avere mille e 500 pazienti se ne trova mille e otto o duemila, che cosa abbiamo fatto? Abbiamo riempito un contenitore, quindi, c’è un lavoro in più che fanno fare a un medico di Medicina Generale che con serenità potrebbe lavorare con la quota pazienti di mille e cinque e lavorare meglio. Si trova ad avere cinquecento pazienti in più con una gran fatica, perché poi non si riesce nello spazio di quattro o cinque ore neanche a visitarli. Io dico che il problema della medicina di base, della medicina di famiglia, è un problema che non si risolve in tempi brevi. Ci vorranno per lo meno, a mio avviso, una decina di anni per poterlo risolvere, ma questo non dipende da chi governa oggi

la Lombardia. Dipende, come dicevo prima, dalla visione tutta particolare dei nostri politici che negli ultimi vent'anni hanno governato il nostro Paese. L'Assessore Bertolaso aveva preso l'impegno che, entro il 2026, il problema del CUP si risolvesse. Io prendo atto perché poi, in fondo, Bertolaso è un tecnico, quindi, non è vincolato a noi che facciamo politica. Se ha preso l'impegno che entro il 2026 si riesca a fare un Centro di Prenotazione Unico, io do atto che così sarà. Potrei dire tante altre cose, ma mi fermerei qui per dare la possibilità agli altri colleghi di intervenire. Grazie, anche per avermi ascoltato.

Presidente Patrizia BAFFI

Grazie, Presidente Gallizzi. La parola al Presidente Di Marco.

Consigliere Nicola DI MARCO

Grazie, Presidente. Solo per ringraziare, anche da parte del nostro Gruppo, i promotori di questa petizione e sottolineare anche da parte nostra lo straordinario risultato che ha ottenuto questo tipo di iniziativa popolare perché, quando si parla di circa novantamila sottoscrizioni, è chiaro che siamo di fronte a un fenomeno che va oltre i confini delle appartenenze politiche, del sentimento politico, ma che va veramente a riguardare quella che è la vita e la quotidianità che vivono i cittadini sul territorio e probabilmente questi numeri e questo risultato ci stanno dicendo che, anche nella Regione dove senza dubbio, come si dice sempre, abbiamo dei picchi di eccellenza, non proprio tutto funziona come dovrebbe. Da parte nostra, quindi, c'è la piena volontà di metterci in questa Commissione e discutere sui punti di questa petizione. Non è un segreto. Come Gruppo politico l'abbiamo sposata a pieno, appena dopo la sua presentazione, quindi, ne condividiamo i contenuti perché quando si parla, ad esempio, magari cito proprio brevemente due o tre punti, di medici a gettone, è un tema che noi, a inizio legislatura, avevamo portato in Consiglio Regionale all'Assessore Bertolaso. Quando poi l'Assessore Bertolaso fece quella famosa delibera che doveva quindi restringere questo tipo di attività, noi lo commentammo come un bicchiere mezzo pieno perché eravamo felici nel veder riordinata la materia, chiamiamola, del "gettonismo". Sapere ora, a distanza di mesi com'è stato detto e sono già usciti anche degli articoli, che alcune strutture sanitarie stanno invece tornando alla contrattazione diretta con cooperative, non ricordo precisamente, però sono tornate alla contrattazione diretta, quindi, non più all'Albo che era stato fatto da Areu, questo ci preoccupa, quindi, è un qualcosa che noi condividiamo. Non ricordo se si è parlato di case di comunità, però, quando parliamo di case di comunità, da parte nostra vedevamo negli anni passati molto positivamente questo tipo di iniziativa. Però io personalmente, che sto entrando e sto aprendo le porte, una ad una, sto partendo chiaramente da Milano e provincia, le sto guardando una ad una, non possiamo negare il fatto che ci troviamo di fronte sostanzialmente alla semplice apposizione della targa dell'ingresso e alla tinteggiatura dell'atrio, dopodiché non c'è nient'altro. Non sono arrivati i servizi e ci sono semplicemente quelli che c'erano in precedenza. Di nuove strutture, di nuove case di comunità o di nuovi ospedali di comunità non c'è nulla, quindi, abbiamo solo cambiato nome a qualcosa che c'era in precedenza. Al contempo, cambiando argomento, sempre nel corso di questo anno e mezzo di legislatura si sentiva parlare della riforma, anche qui, sempre paroloni, della Rete di emergenza e urgenza che sarebbe dovuta

venire a risorse umane ed economiche invariate per ridurre il fenomeno del sovraffollamento dei corridoi degli ospedali, ma a distanza di qualche mese sentiamo parlare di chiusura di presidi ospedalieri sul territorio. Allora, qua, c'è qualcosa che non ci torna. Quello che chiedo e che vorrei capire è come questa Commissione può in qualche modo raccogliere l'istanza che ci arriva da novantamila cittadini e può, maggioranza e opposizione insieme, lavorare a quelle tre, quattro, cinque priorità che ci sono state rappresentate. È chiaro che è stata fatta una panoramica che meriterebbe una riforma del sistema sanitario. Senza voler intaccare le convinzioni della maggioranza, penso che su tre, quattro punti, si potrebbe andare a convergere per capire come possiamo fare per attenuare le problematiche che vengono vissute. Non vado oltre, rispetto ad esempio anche quella che è l'organizzazione. Si parlava delle ASST, delle ATS. Abbiamo iniziato sempre questa legislatura con lo stesso Assessore Bertolaso che diceva che ci troviamo sostanzialmente in una situazione di anarchia, dove i *software* tra un'azienda sanitaria e l'altra sono diversi, cioè siamo quasi all'autonomia differenziata del Distretto Sanitario, cioè alla follia perché per me è follia. Una razionalizzazione, quando si parla di *software*, di *hardware* e questo tipo di necessità che hanno le aziende pubbliche, mi sembra ovvia. Eppure, abbiamo scoperto che purtroppo così non era. Da parte nostra, Presidente, le chiedo qual è adesso l'*iter* interno a questa Commissione per portare a compimento o per ragionare, per proseguire il dialogo su questo tipo di istanza perché non voglio tornare a ieri, però ieri abbiamo in qualche modo messo da parte un'istanza di circa diecimila cittadini e non vorrei che oggi o domani mettessimo da parte istanze di novantamila cittadini. Non sarebbe sicuramente un bel segnale da parte del Consiglio Regionale perché ricordo, soprattutto quando si parla di istanze dal basso, istanze dalla cittadinanza, dovremmo avere forse un'attenzione maggiore rispetto a quelle che presentiamo noi in prima persona. Grazie.

Presidente Patrizia BAFFI

Consigliere Paladini, prego.

Consigliere Luca PALADINI

Grazie, Presidente. Farò un intervento decisamente breve, però anch'io, a nome del "Patto Civico", sento ovviamente la necessità di fare un ringraziamento ai promotori di questa iniziativa popolare. Novantamila firme, evidentemente, sono la spia di un'attenzione e di una problematica esistente in una Regione che si racconta che va tutto bene o quasi sull'aspetto sociosanitario. Novantamila firme, che non per forza di cose sono orientate politicamente, ma sono evidentemente di cittadini di varie estrazioni politiche, che vedono delle criticità evidenti nel nostro sistema. Tra l'altro, senza che mai sia stata fatta una indagine, ma magari esiste e io non ne sono a conoscenza, vedo anche un nesso tra l'aumento dell'astensione alle urne e il fatto che sempre meno gente si cura. Secondo me, c'è evidentemente anche una sorta di rassegnazione in rapporto al fatto che, sulla vita dei cittadini, la politica non è in grado di intervenire a partire, appunto, da quello che deve essere il servizio di cura nei confronti delle persone. Qui, sul CUP, è uno *slogan* da pubblicità, è come il Natale: quando arriva, arriva, nel senso che dall'Assessore Bertolaso ci siamo sentiti dire più date, l'ultima è quella del 2026. Lo stesso Assessore Bertolaso ha

confessato, devo dire in maniera anche onesta, il fatto che era stato troppo ottimista nelle prime dichiarazioni, dove sembrava che questo benedetto CUP Unico sarebbe entrato in azione prima e così non è. Bisogna vedere nel 2026 cosa si sarà capaci di fare.

Il tema che ha sollevato il Consigliere Gallizzi, relativamente ai medici di base, io lo vedo anche dal punto di vista del numero di esodati, nel senso il numero di cittadini esodati dalla mancanza di medici di Medicina Generale, dei medici di base e questo è un tema enorme, cioè il fatto che ci sono un sacco di cittadini che si ritrovano nelle condizioni di avere dei medici di base che non sono più in grado di soddisfare quelle minime aspettative che si hanno e moltissimi che ormai, il medico di base, neanche lo hanno più, al netto poi delle problematiche legate al SIS e tutte le altre questioni che ingolfano il lavoro dei medici di Medicina Generale. Una cosa che ha detto il Consigliere Gallizzi, che faccio fatica onestamente a seguire, è il ruolo tecnico dell'Assessore Bertolaso, che quasi lo assolverebbe da una responsabilità politica, però non funziona così. Non è che perché sei un tecnico, non ti prendi in mano la responsabilità politica del tuo agire, sennò facciamo Assessori tutti i tecnici e nessuno ha più in mano la responsabilità di nulla. Bertolaso è un tecnico di una maggioranza politica, quindi, risponde politicamente delle azioni che compie.

Ultima cosa, una cosa che ha fatto notare il Dottor Agnoletto e che io ovviamente vedo perché seguo la rubrica su Radio Popolare, ma non avviene semplicemente nella dinamica delle denunce che vengono fatte dalla trasmissione, dalla radiotrasmissione di Agnoletto. Quando scoppia un caso singolo e finisce sui giornali, magicamente si creano le condizioni per cui, quelli che erano dei tempi super dilatati, improvvisamente si accorciano in modo esponenziale e, una visita che era da un anno e mezzo, diventa una visita che hai nel giro di un mese o due mesi. Questo fa parte evidentemente di un sistema drogato, malato, che non funziona e questo è un aspetto che ci è stato sottolineato e che, secondo me, ha anche un carattere etico. Ma perché improvvisamente si liberano dei posti, semplicemente di fronte a una denuncia che finisce sugli organi di informazione? Quindi, questa è una serie di questioni sulla quale, l'ha detto il Consigliere Borghetti, mi sento di dire che noi siamo impegnati a lavorare in una dimensione di opposizione, ma un'opposizione costruttiva nel tentativo di migliorare le cose.

Presidente Patrizia BAFFI

Grazie. Non ci sono altre richieste di intervento.

Mi chiede la parola il Professor Agnoletto, quindi, in chiusura. Prego.

Prof. Vittorio AGNOLETTO

C'è un aspetto che non abbiamo toccato, che però è fondamentale e vi invito tutti a riflettervi. Parto da una cosa semplicissima, i dati pubblicati su rivista scientifica dell'ATS di Milano meno di venti giorni fa. È una ricerca da dove emerge un rapporto diretto, come determinante sociale, con la condizione economica e sociale dei cittadini sia rispetto alla possibilità di accedere alle cure sia rispetto alle patologie che poi sviluppano e la cosa interessantissima è che, prima ancora della condizione economica, c'è la condizione di istruzione che diventa la prima difficoltà ad accedere al servizio. Fino a qui è l'ATS di Milano. La mia interpretazione è che i servizi in Lombardia, tra ASST, ATS, eccetera, sono

talmente complicati che il livello di istruzione si scontra con il fatto di sapersi orientare. La famosa rete dei pescatori con i nodi molto lontani e sono quelli che permettono al pesce di andarsene. Se i servizi sono l'uno staccato dall'altro, il cittadino ci cade in mezzo. Questo dato dell'ATS di Milano non è unico perché è di tre anni fa una ricerca - sarebbe interessante farla in Lombardia e magari anche istituzionale - sulle differenze sociali come accesso alle cure a Torino. Hanno preso il tram numero tre, hanno misurato la popolazione che nasce in un capolinea e quella che nasce nell'altro capolinea: i bambini che nascono ai due capolinea avevano più di tre anni di differenza media di attesa di vita, proprio per le condizioni sanitarie, per la possibilità di accedere ai servizi sanitari, prima di tutto, oltre alle economiche e sociali. A ogni fermata del tram, misuravano quanto perdeva un bambino, in attesa di vita, che nasceva a quella fermata piuttosto che a un'altra fermata. Per il collega cito lo studio re, diciamo, in questo campo, quello pubblicato ancora oggi sul sito dell'OMS, fatto all'inizio degli anni duemila. Glasgow, due quartieri distanti sette miglia, cioè dieci chilometri: la differenza di attesa di vita tra i bambini che nascevano in quei due quartieri era di ventotto anni, ventotto anni. È ancora pubblicato sul sito dell'OMS. Allora voi capite che le cose di cui stiamo discutendo oggi hanno una ricaduta economica e sociale immediata. Traduco questi ragionamenti su cose concretissime sulle quali io vi prego anche di... perché alcune cose potete risolverle velocemente. È stato deciso a livello regionale che, siccome le UONPIA sono sommerse da richieste - sono la neuropsichiatria infantile - rimangono in carico al personale le patologie più gravi, autismo e via dicendo; le patologie meno gravi, per esempio i DSA, disturbi specifici dell'apprendimento, sono affidate ad alcune strutture private che sono state riconosciute e inserite in appositi elenchi della Regione. Va bene, posso capirlo, cioè il personale non si moltiplica da un giorno all'altro e scegli di lasciare le patologie più gravi dentro le UONPIA e le altre, però... Ho capito, ma queste strutture private sono a pagamento. Per avere la certificazione di DSA, che è fondamentale per poter avere gli strumenti compensativi e via dicendo a scuola, si vanno a pagare 300/400 euro e 700 euro. È chiaro che allora scatta immediatamente la differenziazione sociale tra chi può e chi non può e qui siamo nel punto più odioso perché siamo con dei bambini che devono accedere a scuola. Questo problema, quindi, non è che riguarda una parte politica o l'altra. Questo problema riguarda soprattutto le popolazioni più povere. Questo è un aspetto fondamentale che volevo toccare.

Un'altra questione. È stato detto di come vengono fatte le richieste. Io sono del parere, cioè non io, ma questa almeno è la cultura medica, che gli esami fatti a 360 gradi, senza prescrizione, senza un'analisi veramente di che cosa è necessario fare, non sia prevenzione, ma io vi chiedo: voi, come Regione, non ritenete di dover intervenire quando una grande catena distributiva fa un accordo con un centro medico e i punti *fidelity* servono per andare a fare degli esami? Ma questo non ha nulla di intervento sanitario. Qua siamo veramente al consumismo della sanità che poi, oltre tutto, produce ulteriori richieste al di fuori di ogni controllo. Allora io credo che la Regione, anche su questo, qualcosa potrebbe fare.

Poi, noi qui abbiamo fatto un elenco molto ampio rispetto ai cinque punti che abbiamo posto. Siamo benissimo consapevoli di non essere dei legislatori, facciamo un'altra attività, però io mi rivolgo a tutti, maggioranza compresa perché ovviamente è quella che governa. Qui, alcune cose si potrebbero modificare con interventi immediati, cioè nessuno ha la bacchetta

magica per far scomparire le liste d'attesa, ma date indicazione di fare una verifica a tappeto su come il privato accreditato tratta le lista d'attesa sia rispetto agli interventi sia rispetto alle visite; andate a verificare gli orari destinati effettivamente all'attività pubblica; vincolate negli accordi che fate il tipo di visite, il tipo di esami, eccetera, che devono essere fatti, stabilendo almeno delle percentuali minime in modo che la scelta non sia unicamente in base alla remunerazione, cioè questo è qualcosa che può essere fatto immediatamente, se c'è la volontà politica e può riguardare assolutamente tutti. È per questo che noi spingiamo anche, proprio, per delle soluzioni immediate, perché altrimenti molta gente veramente non può assolutamente curarsi. Anche questa è la richiesta che facciamo, cioè siamo consapevoli che non siamo qua per ridisegnare un servizio sanitario completamente diverso. Non sta a noi e non è probabilmente possibile in questo momento, ma una serie di interventi precisi e concreti li potete fare.

Faccio un altro esempio, ma banale. Il collega parlava prima dei medici, delle difficoltà di trovarne. Voi sapete che sono 180 mila, a livello nazionale, gli operatori tra medici e infermieri formati in Italia che in vent'anni hanno abbandonato l'Italia, ma vi faccio un esempio. Se in provincia di Bergamo viene permesso che una struttura privata apra un pronto soccorso privato a poca distanza da un pronto soccorso pubblico e quel pronto soccorso fa solo codici bianchi e verdi e tutti gli altri passano al pronto soccorso pubblico, a meno che sia uno che ha dedicato la vita al bene dell'umanità, ma perché mai i medici del pronto soccorso pubblico devono lavorare con stress tremendo, guardando codici di ogni tipo, situazioni drammatiche quando, se si fanno assumere dalla struttura privata a meno di un chilometro di distanza, fanno il lavoro sempre nel pronto soccorso, ma guardando solo codici bianchi e codici verdi? Questo non deve essere permesso perché è ovviamente un incentivo per andare via e per abbandonare il servizio pubblico. Queste sono cose che la Regione può fare, mettendo mano, come è stato detto da altri, ai contratti, cioè è qualcosa che può essere fatta immediatamente. Dico che i dati che noi abbiamo ci dicono di un peggioramento continuativo. Guardate che sta cominciando a diminuire anche l'attesa di vita qua da noi perché è peggiorato, finisco con questo, il secondo criterio che utilizza l'OCSE per vedere lo stato di salute di una popolazione. Il secondo sono i giorni di assenza di malattia negli *over 65*. Quando peggiora quell'indicatore, è il preavviso che poi comincia a diminuire ovviamente l'attesa di vita. C'è una responsabilità enorme, quindi.

Alcune cose si possono fare immediatamente, compresi gli interventi sulla Medicina del Lavoro perché altrimenti è inutile lamentarsi per gli infortuni e gli incidenti. La prevenzione è fondamentale...

Presidente Patrizia BAFFI

Sì, la invito a concludere.

Dottor Vittorio AGNOLETTO

... e quello sui consultori. Finisco qua. Grazie del tempo che ci avete dedicato.

Presidente Patrizia BAFFI

Grazie a voi per l'illustrazione esaustiva, anche ai colleghi che sono intervenuti. In merito alle procedure, visto che qualcuno accennava, lo ripetiamo. Abbiamo già trattato una petizione popolare qualche mese fa, comunque la procedura è normata dall'articolo 50, comma 4 dello Statuto e dall'articolo 53 del Regolamento Generale, per cui la Commissione può proporre una risoluzione all'Aula con ovviamente i contenuti rispettosi dei contenuti della risoluzione oppure deciderne l'archiviazione, quindi, queste sono le due possibilità. Ovviamente di questo poi discuteremo, anche all'interno dell'Ufficio di Presidenza e ci confronteremo.

Il calendario dei nostri lavori è molto fitto, anzi lo riceverete questa sera, rivisto perché ci sono state alcune modifiche rispetto all'attribuzione di alcuni atti da parte della Giunta, che hanno una scadenza, quindi il DEFR, i provvedimenti finanziari, eccetera. Lo abbiamo rivisto e adesso lo vediamo un attimo con l'Ufficio di Presidenza e poi ve lo reinoltriamo, però vedrete che, fino alla sessione di Bilancio, comunque abbiamo già un calendario ben definito. Poi, invece, sulle scelte che faremo su questo atto, ci confronteremo sicuramente insieme. Grazie a tutti. Chiudiamo la seduta. Devo fare l'appello.

La Presidente procede all'appello nominale per la verifica delle presenze.

Risultano presenti al termine della seduta i Consiglieri: *ANELLI, BAFFI, BESTETTI, BORGHETTI, CARZERI, CASATI, CESANA, COMINELLI, DI MARCO, MAJORINO, GALLERA, GALLIZZI, MACCONI, PALADINI, PASE, ROZZA.*

Buon pomeriggio.

(La seduta è tolta alle ore 15:35)

Hanno partecipato ai lavori della seduta i seguenti Consiglieri, i cui voti rappresentati sono attribuiti ai sensi dell'art. 35 del Regolamento generale:

		Voti
Presidente BAFFI Patrizia	(Fratelli d'Italia)	(4)
Vicepresidente ANELLI Roberto	(Lega – Lega lombarda Salvini)	(4)
Consigliere Segretario ROZZA Carmela	(Partito Democratico della Lombardia)	(3)
BESTETTI Marco	(Fratelli d'Italia)	(3)
BORGHETTI Carlo	(Partito Democratico della Lombardia)	(3)
CARZERI Claudia	(Forza Italia – Berlusconi per Fontana PPE)	(4)
CASATI Davide	(Partito Democratico della Lombardia)	(3)
CESANA Marisa	(Lombardia Ideale – Fontana Presidente)	(2)
COMINELLI Miriam	(Partito Democratico della Lombardia)	(3)
DI MARCO Nicola	(Movimento 5 Stelle)	(2)
GALLERA Giulio	(Forza Italia – Berlusconi per Fontana PPE)	(4)
GALLIZZI Nicolas	(Noi moderati Rinascimento – Sgarbi – Pres. Fontana)	(1)
MACCONI Pietro	(Fratelli d'Italia)	(3)
PALADINI Luca	(Patto civico)	(2)
PASE Riccardo	(Lega – Lega lombarda Salvini)	(4)

Risultano assenti i seguenti componenti:

ASTUTI Samuele	(Partito Democratico della Lombardia)
BULBARELLI Paola	(Fratelli d'Italia)
CARRA Marco	(Partito Democratico della Lombardia)
FELTRI Vittorio	(Fratelli d'Italia)
FERRAZZI Luca Daniel	(Gruppo misto)
GARAVAGLIA Christian	(Fratelli d'Italia)
LICATA Giuseppe	(Azione – Italia Viva – Renew Europe)
MARRELLI Luca	(Lombardia Ideale – Fontana Presidente)
MONTI Emanuele	(Lega – Lega lombarda Salvini)
NOJA Lisa	(Azione – Italia Viva – Renew Europe)
PIZZIGHINI Paola	(Movimento 5 Stelle)
ROSATI Onorio	(Alleanza Verdi e Sinistra Reti Civiche)
SASSOLI Martina	(Lombardia Migliore)
SPELZINI Gigliola	(Lega – Lega lombarda Salvini)
VIZZARDI Massimo	(Azione – Italia Viva – Renew Europe)
ZOCCHI Luigi	(Fratelli d'Italia)

Il Consigliere Samuele ASTUTI (Partito Democratico della Lombardia) è stato sostituito, ai sensi dell'articolo 27 del Regolamento generale, dal Consigliere Pierfrancesco MAJORINO (Partito Democratico della Lombardia).

Ha, inoltre, partecipato, ai sensi dell'articolo 26 del Regolamento generale, la Consigliera Paola BOCCI (Partito Democratico della Lombardia).

LA PRESIDENTE
(Patrizia BAFFI)

IL CONSIGLIERE SEGRETARIO
(Maria ROZZA)

LA RESPONSABILE POSIZIONE ORGANIZZATIVA
(Germana RENCRICCA)

All.to: Ordine del giorno.



Regione Lombardia

IL CONSIGLIO

III Commissione permanente – Sanità

Mercoledì 30 ottobre 2024 Ore: 12.00	Seduta congiunta delle Commissioni II e III in merito al PDL n. 56 “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale”
Giovedì 31 ottobre 2024 Ore: 12.00 Ore: 14.00	Gruppo di lavoro ‘Parkinson’ – Audizione con il Dirigente della struttura ‘Reti clinico assistenziali e organizzative e ricerca’ Seduta di Commissione
O.D.G. DELLA SEDUTA DI MERCOLEDÌ 30 OTTOBRE 2024	
TRATTAZIONE RELATORE	
1	PDL N. 56 “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale”. <i>Atto di Iniziativa Popolare</i> <i>Assegnazione: 21/02/2024</i>
CO-REFERENTE Matteo FORTE Maria Carmela ROZZA	
O.D.G. DELLA SEDUTA DI GIOVEDÌ 31 OTTOBRE 2024	
TRATTAZIONE RELATORE	
1	Comunicazioni del Presidente
2	Approvazione del processo verbale n. 22 del 24 ottobre 2024
3	INP N. 3 “La Lombardia SiCura”. <i>Atto di Iniziativa Popolare</i> <i>Assegnazione: 25/06/2024</i>