

# **La salute in Lombardia**

Quarant'anni di storia  
verso il futuro

a cura di  
Maurizio Mauri, Roberto Satolli,  
Maria Rosa Valetto



FrancoAngeli





# **La salute in Lombardia**

Quarant'anni di storia  
verso il futuro

a cura di  
**Maurizio Mauri, Roberto Satolli,  
Maria Rosa Valetto**

Contributi di:

Carlo Borsani, Vittorio Carreri, Francesco Ceratti, Antonio Fatigati,  
Claudio Garbelli, Federico Lega, Maurizio Mauri, Lorenzo Petrovich,  
Emilio Triaca

Con la collaborazione di:

Remo Arduini, Alberto Aronica, Luciano Gattinoni, Pasquale Spinelli,  
Umberto Veronesi

**FrancoAngeli**

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.  
*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## Indice

Introduzione	pag.	7
<b>Parte prima – Una storia di 40 anni</b>	»	11
Luci e ombre della prevenzione <i>di Vittorio Carreri</i>	»	13
La robusta rete ospedaliera <i>di Claudio Garbelli e Lorenzo Petrovich</i>	»	27
Identità cercasi per la medicina del territorio <i>di Antonio Fatigati e Lorenzo Petrovich</i>	»	40
Emergenza urgenza da record <i>di Lorenzo Petrovich</i>	»	56
L'azienda salute c'è: ora miglioriamola <i>di Federico Lega</i>	»	72
Ricerca e sviluppo: una straordinaria concentrazione <i>di Maurizio Mauri</i>	»	85
<b>Parte seconda – Testimoni del futuro</b>	»	99
La politica faccia un passo indietro <i>intervista a Remo Arduini</i>	»	101
Medicina di gruppo: da sperimentazione a realtà <i>intervista ad Alberto Aronica</i>	»	104
La catena delle responsabilità in sanità <i>intervista a Carlo Borsani</i>	»	110
Promuovere la salute su scala europea <i>intervista a Vittorio Carreri</i>	»	116
Un solido intreccio di uomini e mezzi <i>intervista a Luciano Gattinoni</i>	»	122
Gli eccessi del produttivismo: rischio di <i>burn out</i> ? <i>intervista a Pasquale Spinelli</i>	»	127
Genomica, tecnologia ed etica per la salute futura <i>intervista a Umberto Veronesi</i>	»	133
<b>Manifesto – Una sanità per la salute</b>	»	139
Appendice statistica	»	143
Glossario	»	153

**Carlo Borsani** ha fatto parte (1985-1990) del Consiglio comunale di Monza e poi di Milano e del Consiglio della Regione Lombardia. Dal 1995 al 2005 assessore alla Sanità, è autore della legge regionale n. 31 del 1997 di riforma sanitaria. Dal 2006 al 2009 presidente della Fondazione IRCCS Istituto nazionale dei tumori (INT), è ora presidente della Fondazione IRCCS Istituto neurologico Carlo Besta e membro del consiglio direttivo del Consorzio che realizzerà la Città della salute, della ricerca e della didattica a Milano.

**Vittorio Carreri**, medico e autore di pubblicazioni sulla prevenzione sanitaria. Direttore del Servizio di prevenzione sanitaria della Regione Lombardia (1973-2003). Docente presso le Università Bocconi di Milano, Statale di Milano e Statale di Pavia. Presidente (2001-2002) e consigliere della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SIt.I). Consigliere della Fondazione opera San Camillo. Insignito nel 2003 della medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica dal presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi.

**Francesco Ceratti**, medico, è stato direttore sanitario di numerosi ospedali della Città e della Provincia di Milano: Ospedale dei bambini Vittore Buzzi di Milano, Azienda ospedaliera polo universitario Luigi Sacco di Milano e Azienda ospedaliera "Ospedale di Circolo di Melegnano", attualmente. Responsabile per la Lombardia del progetto dell'Organizzazione mondiale della sanità "Ospedali per la promozione della Salute", è autore di pubblicazioni riguardanti igiene e promozione della salute, organizzazione sanitaria e ospedaliera.

**Antonio Fatigati** è stato referente per la Regione Lombardia ai tavoli per il rinnovo degli accordi collettivi nazionali per la medicina generale e la pediatria di libera scelta e promotore degli accordi regionali. È stato inoltre responsabile dell'Unità organizzativa per l'applicazione degli accordi collettivi nazionali di medicina generale e pediatria di libera scelta sul territorio lombardo.

**Claudio Garbelli**, medico. Direttore di Servizi e Dipartimenti di prevenzione (1979-1998), direttore sanitario dell'AUSSL di Pavia (1995-1998) e di Istituti della Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS Clinica del lavoro e della riabilitazione (1998-2007). Dal 2008 direttore generale dell'AO di Melegnano. Docente delle Scuole di specializzazione in igiene e medicina preventiva delle Università di Milano e di Pavia. Segretario della della SIt.I lombarda (1997-2008) e dell'*Union europeenne des Mediciens specialistes* (UEMS).

**Maurizio Mauri**, medico, ha iniziato all'INT, interessandosi agli aspetti gestionali in sanità e ne ha ricoperto la carica di direttore sanitario. Dal 1993 ha realizzato l'Istituto clinico Humanitas di Milano, dal 2001 al 2006 è stato commissario straordinario dell'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova (IST). È stato presidente del Comitato tecnico scientifico della Regione Lombardia. Dal 2006 direttore generale della Fondazione CERBA. Presidente della Fondazione Humanitas e dell'associazione culturale ABC... Salute.

**Lorenzo Petrovich**, medico, autore di oltre 150 pubblicazioni in materia di psichiatria, politica del farmaco e organizzazione sanitaria e docente presso le Università statali di Milano e Brescia. Direttore dell'Unità di psichiatria di Sesto San Giovanni, quindi responsabile della Programmazione e sviluppo (1996-1998) e dell'Emergenza urgenza, psichiatria e neuropsichiatria infantile e della politica del farmaco (2003-2006) presso la Direzione sanità. In seguito direttore sanitario dell'IRCCS San Matteo di Pavia e dell'AO San Carlo di Milano.

**Emilio Triaca**, ingegnere chimico, dopo oltre 20 anni di esperienza lavorativa nell'industria (produzione di beni di largo consumo, chimici, alimentari) è approdato alla gestione della sanità. È stato direttore generale dell'ASL della Provincia di Sondrio (1998-2007) poi direttore generale all'ASL MI2 e dall'agosto 2009 è direttore generale dell'ASL di Lodi.

## *Introduzione*

Questo libro è il frutto di un lungo e serrato confronto fra persone di diverso orientamento culturale e politico, tutte però, seppur con diverse responsabilità e ruoli, per lungo tempo attivamente impegnate nella ricerca del buon funzionamento della sanità.

Abbiamo voluto analizzare, criticamente e pragmaticamente, i risultati per la salute dei cittadini in Lombardia, a partire dal 1970, anno di inizio della regionalizzazione, a oggi. Abbiamo tratto dalle esperienze degli ultimi 40 anni valutazioni, suggerimenti e proposte per chi avrà la responsabilità di scelte nei prossimi anni sulla salute di ciascuno e di tutti. Vorremmo dare un contributo nel capire quanto ci riserva il futuro e in questo tentativo abbiamo ripercorso da dove veniamo, dove siamo e dove andiamo: una storia gloriosa e una realtà eccellente che pongono la Regione, con Milano, in una posizione di *leadership* da consolidare ancora fino a diventare uno dei principali crocevia del mondo per le scienze e le cure per la salute.

### **Il quadro di riferimento**

Oggi gli italiani considerano la salute il loro bene più importante (in passato lo individuavano nella disponibilità del cibo, prima, e nell'abitazione poi) e poco meno dell'80% delle spese di bilancio delle Regioni è destinato alla sanità. Non stupisce quindi che negli ultimi 40 anni siano stati prodotti in continuazione leggi e provvedimenti, nazionali e regionali, per garantire il diritto universalistico alla salute e per cercare di governare il sistema. Stupisce invece il loro numero, e spesso qualche inversione di rotta con una certa incoerenza tra affermazioni di principi e inadeguatezza del metodo e delle risorse previste per ottenere gli obiettivi. E ancora stupisce la pretesa di regolare tutto nel minimo dettaglio, invece che limitarsi a stabilire gli indirizzi, come avviene in altri paesi. Col risultato che, quando emergono i problemi nella pratica organizzativa e gestionale, le opportune modifiche legislative comportano un grave ritardo rispetto all'evolversi dei bisogni e delle aspettative.

Il succedersi delle varie riforme e la progressiva regionalizzazione hanno cambiato l'organizzazione dei diversi Sistemi sanitari regionali, il controllo strutturale della spesa sanitaria e la qualità della stessa e introdotto profonde differenze da Regione a Regione, da Nord a Sud. Gli ultimi 40 anni hanno inciso profondamente sulla richiesta di salute, con un offerta che si è andata anch'essa differenziando.

La Regione Lombardia, come sempre all'avanguardia, ha dato una risposta originale e molto efficace (altrettanto criticata da chi non ha saputo o voluto implementare un analogo sistema) con la legge n. 31 del 1997 che, per prima, ha messo al centro del sistema la persona e la libertà di scegliere dove e da chi farsi curare, introdotto la competizione tra le diverse strutture sanitarie, accreditandole senza distinzione tra quelle di diritto pubblico e quelle di diritto privato (distinzione che non ha importanza dove esiste uguaglianza di diritti e di doveri a parità di interesse pubblico tutelato), separato gli acquirenti dai fornitori di prestazioni e il momento della somministrazione delle cure da quello dei controlli.

Permangono però limiti comuni ai diversi Sistemi sanitari regionali: tutti, seppur a differenti intensità, sono culturalmente e organizzativamente arretrati rispetto ai rapidi cambiamenti in atto; tutti sono impostati per gestire quasi esclusivamente la fase di acuzie e tendono, nella maggior parte dei casi, a trascurare la prevenzione e l'assistenza alla cronicità.

## **Le domande**

Numerose sono le domande contenute nei capitoli e nelle interviste del libro o che scaturiscono dalla lettura.

Qualche esempio: come sostenere la crescita della spesa sanitaria? I vincoli di bilancio e il buon senso non permettono di finanziare a piè di lista l'aumento esponenziale della domanda, anzi vanno nella direzione opposta, e danno priorità ai servizi ritenuti essenziali, garantiti dal servizio pubblico. Sulla quota non coperta si interverrà privatamente, come già oggi avviene spontaneamente, anche ricorrendo al potenziamento di forme assicurative?

E ancora: come passare da una medicina prevalentemente reattiva e curativa a una proattiva e preventiva? Come smettere di lesinare

sulla prevenzione? Come ottimizzare il funzionamento degli ospedali e dare centralità al cittadino e non alle strutture? Come realizzare un vero sistema sanitario integrato a rete che superi la discontinuità esistente tra ospedale e territorio? Come fare evolvere il ruolo dei medici di medicina generale perché diventi più utile per i cittadini e più gratificante per loro? Come rimediare all'eccessivo affollamento dei Pronto soccorso? Come formare il personale, responsabilizzarlo, incentivarlo, premiarlo o punirlo?

Infine, sul piano gestionale: si può trovare il modo per privilegiare i criteri di efficienza come nel privato, e mantenere la natura e il controllo pubblico delle Aziende ospedaliere? Come affrontare la *governance* delle strutture, sia quella clinica (della quale responsabilizzare i medici), sia quella generale (da non lasciare ai medici). Come integrare assistenza sanitaria e sociale: unificando gli Assessorati regionali? Potenziando il ruolo dei Comuni? Come dare stabilità ai dirigenti e liberare i tecnici dai vincoli eccessivi della politica?

## **Le risposte**

Il nostro Manifesto per la salute del futuro (vedi pagg. 139-142) sintetizza le nostre proposte ai diversi livelli di decisioni e di governo, per realizzare un nuovo sistema della salute reale, integrato e governato. Dobbiamo migliorare ancora l'esistente per non gettare risorse (ricordiamo che le prime subito disponibili sono quelle che non si sciupano). Ad esempio, recuperare produttività grazie a una organizzazione che consenta un più intenso utilizzo delle strutture e superare il concetto della "pianta organica". Oggi nelle strutture sanitarie pubbliche, la spesa per stipendi e salari impegna il 70-80% del bilancio. Qui si potrebbero recuperare risorse da destinare alla formazione, alla ricerca e, più in generale, all'innovazione.

Se il "pubblico" non è in grado di garantire lungo tutta la filiera la flessibilità organizzativa, meglio favorire apporti finanziari, di *know how* e di competenze professionali dal privato e investire su un'efficace struttura di controllo sui servizi erogati. E riequilibrare il rapporto tra ospedale e territorio, piuttosto che rivendicare una superiorità del pubblico fine a se stessa e non al servizio del malato.

Va assunto come criterio discriminante la valutazione il merito, da riconoscere ai Sistemi sanitari regionali così come alle singole professionalità che vi operano. Ciò indipendentemente dall'appartenenza politica, sia a livello di finanziamenti, sia a livello di progressione di carriere. A tal proposito, va realizzata una reale competizione tra strutture sanitarie, a partire dai finanziamenti alla ricerca.

Proponiamo una poderosa azione di riorganizzazione e modernizzazione dell'esistente, in primo luogo culturale, capace di vincere i conservatorismi e le pigrizie che impediscono una compiuta realizzazione di un servizio sanitario efficiente e al servizio della persona; in grado di stare al passo con le grandi rivoluzioni in atto nella medicina, tra loro strettamente interconnesse e che ci condurranno a quella che, sempre nel Manifesto, definiamo la "nuova medicina": proattiva, predittiva, preventiva, personalizzata, partecipata.

La nostra responsabilità è quella di credere nel futuro e impegnarci a realizzarlo: negli ospedali gestiti con concetti di centralità del malato, di efficienza e di ottimizzazione; con gli investimenti in infrastrutture (piattaforme condivise, *information technology*, biobanche, parchi, incubatori). Ci impegniamo a promuovere le grandi iniziative di sviluppo del sistema, di sua integrazione e governo (il nuovo Policlinico, la Città della salute a Vialba, il CERBA e tanti altri), ma anche a potenziare l'esistente che rappresenta la storia, con un bilancio ampiamente positivo, della salute nella nostra Regione.

Mettiamo a disposizione il nostro contributo di analisi e critica e soprattutto il nostro Manifesto propositivo per tutti gli uomini di buona volontà, sperando che molti vogliano impegnarsi veramente e disinteressatamente, come noi abbiamo cercato di fare, in questa affascinante, entusiasmante e difficile impresa.

Infine, una proposta: il metodo adottato per la stesura di questo documento, mettere intorno a un tavolo persone di diverso orientamento culturale e politico, senza preconcetti o dogmi, per definire concordemente e concretamente un percorso, ci pare valido e replicabile in altri contesti, primo fra tutti la sanità. La salute è troppo importante per dare spazio alla rissa ideologica.

Il comitato promotore: Carlo Borsani, Vittorio Carreri, Francesco Ceratti, Antonio Fatigati, Claudio Garbelli, Maurizio Mauri, Lorenzo Petrovich, Emilio Triaca

## PARTE PRIMA

### *Una storia di 40 anni*

Nelle prossime pagine ci si propone di raccontare cosa è accaduto nella sanità lombarda negli ultimi 40 anni. Anni cruciali per la nascita e lo sviluppo, da una parte delle Regioni, e dall'altra di un vero Sistema sanitario, prima nazionale e poi sempre più regionale.

Il racconto intende partire dall'oggi, dal grado di qualità ed efficienza raggiunto, con le sue eccellenze e le sue insufficienze, per volgersi indietro a ricordare dove si era 40 anni fa e attraverso quali tappe si è arrivati fin qui. L'ambito temporale può essere suddiviso grossolanamente in quattro periodi, ciascuno di circa un decennio:

- 1970-1977 nascita delle Regioni e gestazione del Servizio sanitario nazionale;
- 1978-1991 realizzazione della riforma 833;
- 1992-1997 transizione verso le aziende sanitarie;
- 1998-2010 costruzione di un modello di sanità lombarda e compiuto federalismo.

Il racconto ripercorre le quattro fasi, senza pedanteria cronologica, in diversi capitoli, ciascuno dedicato a una delle funzioni fondamentali di una moderna sanità. Prima però è utile riassumere le riforme e i provvedimenti che hanno punteggiato questa evoluzione.

Già nel 1967, nel definire il programma economico del quinquennio, il legislatore nazionale aveva delineato la necessità di un Servizio sanitario (SSN) articolato a livello locale capace di erogare prevenzione, cure e riabilitazione a tutti i cittadini. Nell'anno successivo la legge sugli enti ospedalieri avvia una laboriosa trasformazione dei luoghi di ricovero e crea la persona giuridica dell'ente ospedaliero, che provvede «al ricovero ed alla cura degli infermi». Vi confluiscono le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e gli altri enti pubblici operanti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

L'istituzione delle Regioni nel 1970, rappresenta una pietra miliare e il punto di partenza per il decentramento del Servizio sanitario.

Dopo una lunga gestazione, la legge n. 833 di riforma sanitaria, votata dall'85% del Parlamento segna nel 1978 un altro passaggio chiave, dando origine al SSN pubblico, organizzato in Unità sanitarie locali (USL) e destinato a garantire la promozione, il mantenimento e

il recupero della salute fisica e mentale a tutta la popolazione secondo criteri di eguaglianza. Dalla sua entrata in vigore l'assistenza sanitaria è finanziata su base universale dal Fondo sanitario nazionale, mentre in precedenza era stata assicurata solo agli iscritti alle diverse mutue, sostenute dal versamento di contributi. Il nuovo sistema manifesta ben presto diverse criticità, prima fra tutte la crescita insostenibile dei costi, che impone la necessità di ripianare periodicamente i disavanzi di bilancio. La patologia deresponsabilizza i vertici delle USL e si aggrava per la mancanza di programmazione nazionale.

Nel 1992 si provvede pertanto al riordino del SSN con un'attenzione che non ha precedenti agli aspetti gestionali ed economici. Il decreto legislativo n. 502 estromette i Comuni dalla gestione della sanità, riduce il numero delle Aziende sanitarie e le trasforma in Aziende unità sanitarie locali (AUSL) o Aziende ospedaliere (AO, solo per gli ospedali maggiori, che restano autonomi dalle ASL) e responsabilizza finanziariamente le Regioni. Il concetto di Azienda si afferma come modello gestionale organizzativo e non come proposizione del "mercato" nel campo della salute. Si prefigura però un criterio di competizione, fondato sull'accREDITAMENTO e sul finanziamento a tariffa, i cosiddetti DRG (*Diagnosis Related Group*).

Alla fine degli anni '90 si rafforza la regionalizzazione del SSN e si riconoscono alle Regioni nuove e più ampie facoltà in ambito sia di programmazione regionale sia di gestione dei servizi, aprendo la strada a Sistemi sanitari regionali (SSR) tra loro differenziati.

È a questo punto che il percorso della sanità lombarda si differenzia nettamente da quella nazionale, affermando un modello originale ed efficace introdotto con la legge regionale n. 31 del 1997. Tra i suoi punti di forza: la libertà di scelta del luogo di cura, l'accREDITAMENTO "alla pari" tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato, con l'intento di instaurare meccanismi virtuosi di competizione, la separazione tra acquirenti e fornitori di prestazioni sanitarie e tra il momento della somministrazione delle cure e quello dei controlli, con il fine di eliminare il conflitto di interesse.

Da ultimo, con l'avvio della riorganizzazione federalista della Repubblica italiana, sancita dalla riforma del titolo V della Costituzione nel 2001, si determinano nuove condizioni organizzative dei diversi SSR, nuove modalità di controllo strutturale della spesa sanitaria e di sviluppo del sistema sanitario nel suo complesso.

## *Luci e ombre della prevenzione*

*di Vittorio Carreri*

Nel dopoguerra, la prevenzione trova subito attenzione da parte dell'Italia repubblicana e costituente. La V Sottocommissione "Organizzazione sanitaria" del Ministero della costituente pone l'accento sul fatto che il diritto alla salute vada tutelato nella vita di tutti i giorni e non quando viene a mancare. Nelle cinque proposizioni che guidano la stesura degli articoli della Costituzione relativi, si richiamano la promozione della coscienza igienica, la difesa dalle malattie sociali e professionali, la necessità di un'adeguata organizzazione sanitaria, l'impegno dello Stato a farsi carico non solo dell'assistenza sanitaria, ma anche di un'opera attiva di propaganda e di educazione nella scuola e attraverso i mezzi di comunicazione che conduca alla partecipazione consapevole del cittadino alla sanità.

La prevenzione è storicamente giovane, ma per natura dinamica nel seguire l'evoluzione delle problematiche sanitarie. Se nel dopoguerra mondiale, l'Italia è ancora impegnata nella lotta alle malattie infettive endemiche, come tubercolosi, poliomielite e malaria, e nel controllo della mortalità infantile, entrambe specchio di un disagio igienico-sanitario e di una società povera, nei primi anni '50 compaiono inaspettate le malattie della modernità e del benessere, quali diabete, ipertensione, obesità, cancro. Per nessuna le prime stime sembrano affidabili – a differenza delle infezioni non sono soggette a denuncia – ma sono forse troppo benevole rispetto alla realtà. Di diabete, che prevale nell'Italia centro-settentrionale, negli anni '60 ci si ammala e si muore. Nello stesso periodo il Ministero della sanità stima che i cardiopatici italiani siano almeno due milioni, anche questa volta concentrati al Nord e i decessi annuali circa 200.000. Le morti per cancro crescono al ritmo di circa un migliaio ogni anno, le nuove diagnosi di dieci volte tanto. Ma il problema vero è lo stadio in cui la malattia viene riconosciuta, troppo avanzato per le possibilità di cura in oltre la metà dei casi, sia per l'inadeguatezza degli strumenti diagnostici sia per la mancanza di strutture sanitarie dedicate. Con le nuove malattie, la prevenzione mantiene la sua importanza ma cambiano scopi e mezzi. La rotta cambierà ancora negli anni '80

quando con l'AIDS ricomparirà la minaccia di una malattia infettiva; in assenza di cure allora e di strumenti di guarigione oggi, la prevenzione del contagio resta determinante.

Anche nella attenta e progredita Lombardia, solo nella seconda metà degli anni '60 si inizia a parlare di prevenzione. Si istituisce il Comitato regionale per la programmazione economica (CRPE) da cui origina il Comitato regionale per la programmazione ospedaliera (CRPO), impegnato essenzialmente sulle questioni degli ospedali, piuttosto che nell'assistenza sul territorio e ancora meno nella prevenzione, nella sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro. L'impostazione, discutibile per non dire errata, sarà ripresa nella legge Mariotti (n. 132 del 12 febbraio 1968) per venire superata nell'arco di un decennio con la riforma del Servizio sanitario nazionale (SSN).

### **Un avvio nella giusta direzione**

Con l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, viene disegnato un nuovo servizio sanitario che concede finalmente spazio alla prevenzione sanitaria nell'ambito della sanità pubblica.

La Regione Lombardia inizia subito con l'approvazione di leggi sul decentramento amministrativo, specie nell'igiene pubblica. Già nel 1971, sono pronti i primi studi e programmi che tra non poche difficoltà si indirizzano verso una sanità integrata con l'assistenza sociale e capace di unire ciò che è stato separato per anni. Si pensi all'isolamento e all'autarchia delle mutue, all'autonomia rischiosa e costosa degli enti ospedalieri, alla debolezza e, in alcuni casi alla faticosa, dei servizi sanitari gestiti dalle amministrazioni comunali e provinciali e al loro frazionamento in una serie di uffici e servizi: gli Uffici di igiene e di sanità pubblica comunali e consortili, le condotte mediche, ostetriche, veterinarie; i Laboratori provinciali di igiene e profilassi, i Centri di igiene mentale, gli Ospedali psichiatrici, i Consorzi provinciali antitubercolari, eccetera. Si aggiunga che per la riforma sanitaria con l'istituzione del SSN si dovrà attendere il 1978, con il ritardo cospicuo di un trentennio rispetto al Regno Unito.

Tornando alla realtà lombarda, la prima Giunta regionale presieduta da Piero Bassetti parte con il piede giusto affiancando a progetti assai innovativi per il comparto ospedaliero, un profondo e moderno

riordino della prevenzione sanitaria, fondamentale nella Regione più industrializzata d'Italia. Il recupero di iniziativa politica è tale che la Lombardia esprime in breve una specifica normativa in materia di medicina preventiva, sociale e di educazione sanitaria. Sono istituiti e disciplinati (legge regionale n. 37 del 5 dicembre 1972) sul territorio i Comitati sanitari di zona, strategici per l'igiene pubblica, la tutela ambientale, la prevenzione e la sicurezza sul lavoro.

Segue l'approvazione dei Programmi poliennali (1972-1973) per il finanziamento degli interventi di prevenzione e sanità pubblica e nell'estate del 1973 si delibera, su iniziativa dell'Assessore regionale alla sanità Vittorio Rivolta, la zonizzazione sanitaria regionale.

I Comitati sanitari di zona, espressione di Comuni singoli o associati, hanno facoltà di trasformarsi in Consorzi sanitari di zona e di assumere anche le competenze dei Consorzi di vigilanza igienico-sanitaria di cui al testo unico delle leggi sanitarie del 1934, in precedenza in capo agli enti locali. I 1.543 Comuni lombardi contano una popolazione di 8.543.387 abitanti e sono organizzati in una rete capillare di 131 tra Comitati e Consorzi sanitari di zona (CSZ), ciascuno comprendente da un minimo di un Comune (10 casi) a un massimo di 37 Comuni (come in alcune zone di montagna). Tra i loro compiti primari, la prevenzione dall'età perinatale a quella scolare, la prevenzione nei luoghi di lavoro, la lotta alle patologie cronicodegenerative della popolazione generale, il controllo e la riduzione delle patologie comportamentali e psichiatriche.

Nel primo anno, il 1972, si inizia con un significativo finanziamento di 60 milioni di lire, destinato per il 60% in quota fissa ai singoli CSZ e per il 40% in ragione della popolazione residente. Il sistema regionale della prevenzione decolla ben prima del Piano ospedaliero della Regione Lombardia, per il quinquennio 1974-1978.

I provvedimenti normativi sulla prevenzione sono preparati con il contributo tecnico e scientifico di numerosi esperti di varia estrazione professionale, culturale e politica e in Consiglio regionale ottengono il voto favorevole di un'ampissima maggioranza che comprende anche parte dell'opposizione. I CSZ decadono nel 1978 in concomitanza con le Unità socio sanitarie locali (USSL), a loro volta sostituite nel 1997 (legge regionale 31 dell'11 luglio) dalle Aziende sanitarie locali (ASL, solamente 15 in tutto il territorio regionale) e dalle Aziende ospedaliere (AO, ben 29).

## **Il modello lombardo: un ventennio esemplare**

La Lombardia, con poche altre Regioni, rappresenta un esempio nel campo della promozione della salute e una forza trainante nei primi decenni dopo il 1970. Investe molto nella prevenzione e si organizza con un robusto coordinamento centrale. Intensifica la collaborazione sistematica con le Università pubbliche e private, specie con gli Istituti di igiene e medicina preventiva. Si dota di propri centri di studio e di ricerca nel settore, come il Centro internazionale per gli antiparassitari e la prevenzione sanitaria (ICPS) del Sacco e il Centro studi salute e ambiente di Cremona. Non va dimenticato che a partire dal 1985 vige anche di un validissimo regolamento locale di igiene-tipo, obbligatorio per gli oltre 1.500 Comuni.

Il primato di Regione attivamente impegnata nella prevenzione le deriva non solo da queste iniziative strutturate e coordinate, ma anche da eventi tutt'altro che attesi, come i fatti di Seveso (1976) e l'esondazione in Valtellina (1987).

Dalla seconda metà degli anni '80 si fanno ulteriori passi avanti, come l'istituzione delle Unità socio sanitarie locali (1980) e dei Dipartimenti di prevenzione (1985) precorrendo di quasi un decennio le disposizioni nazionali, emanate tra il 1992 e il 1999.

I Dipartimenti sono 15, di norma uno per Provincia, e anticipano per numero, dimensione e organizzazione l'azzeramento delle ASL. La prevenzione lombarda beneficia inoltre di una solida programmazione, disciplinata dal Piano socio sanitario regionale (PSSR).

La Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica (SIIt.I) dà molta rilevanza ai Dipartimenti di prevenzione, e nella primavera del 1996 approva un importante documento di indirizzo. Questo passaggio colma un pauroso vuoto creatosi nel Paese a seguito del superamento degli Uffici di igiene e sanità pubblica, delle condotte sanitarie, dei Laboratori provinciali di igiene e profilassi, di alcune attività degli Ispettorati provinciali del lavoro, dei medici e dei veterinari provinciali, dei Consorzi provinciali antitubercolari.

Nei momenti di maggiore espansione, in Lombardia i Dipartimenti di prevenzione contano su un organico di oltre 5.000 operatori, per lo più laureati e tecnici. L'assetto istituzionale si definisce su base provinciale, con la variante della Provincia di Milano organizzata in più ASL sub-provinciali, in attesa della futura area metropolitana mi-

lanese. Ad ognuna corrisponde un Dipartimento di prevenzione, strutturato con alcuni servizi obbligatori come il Servizio di igiene pubblica, il Servizio di medicina preventiva delle comunità, il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, il Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione, i Servizi veterinari. Ogni Dipartimento è dotato di un Servizio di guardia igienica e di un Laboratorio di sanità pubblica (in origine PMIP, Presidio multizonale di igiene prevenzione). L'attività di questi ultimi prima del referendum abrogativo delle competenze delle USSL in materia di controlli ambientali (1993) si fonda su quattro Unità operative (UO): UO medica micrografica, UO chimica, UO impiantistica e sicurezza del lavoro, UO fisica e tutela dell'ambiente e impegna oltre 1.000 operatori tra medici, biologi, chimici, ingegneri, fisici, geologi, tecnici di igiene, tecnici di laboratorio, infermieri. La dimensione organizzativa e l'entità di risorse trovano difficilmente riscontro in altre Regioni e rappresentano un riferimento interessante anche a livello europeo.

Infatti, la qualità degli interventi di prevenzione sanitaria richiama l'attenzione dell'Organizzazione mondiale della sanità che, in un importante seminario tenutosi a Ginevra nel 2001, propone al mondo la Regione Lombardia come modello per la promozione della salute.

Proprio nel 2001, la Lombardia, unica tra le Regioni italiane, dispone che i Dipartimenti di prevenzione delle ASL, compresi i Laboratori di sanità pubblica, siano inseriti in un sistema di qualità, di certificazione e di accreditamento all'eccellenza.

## **I risultati del modello lombardo**

I dati sulla mortalità e la speranza di vita sono confortanti. Nel 2001 si contano 945 decessi ogni 100.000 abitanti contro il dato medio nazionale di 978 (sono oggi ridotti di circa un centinaio sia in Regione sia in Italia). I morti nel primo anno di vita sono 4,5 ogni 1.000 nati vivi, contro il dato medio nazionale di 4,7. Cresce la speranza di vita che si colloca a 76,7 anni per i maschi e a 82,5 anni per le femmine e migliora ancora nel 2009 a 79 e 84,7, rispettivamente.

Nel 1973 i casi di epatite virale B in Regione sono 22 su 100.000 abitanti, scendono nel 2003 a circa 2 per 100.000 abitanti (questo tasso è tuttora stabile e con questi numeri sarebbe difficile rilevare un

ulteriore calo); ciò grazie alla campagna vaccinale mirata su soggetti a rischio, neonati e adolescenti, ancora una volta anticipando la realtà nazionale dove la vaccinazione diventa obbligatoria nel 1991.

Nel periodo 1992-2002, quasi si dimezza l'incidenza annuale di salmonellosi e di malattie collegate agli alimenti (da 4.678 a 2.503 casi) per poi mantenersi sugli stessi livelli. In assenza di vaccini disponibili, la strategia si basa sull'integrazione tra i Servizi di Prevenzione umana e i Servizi veterinari, sull'applicazione delle direttive comunitarie del sistema HACCP e sulla formazione degli operatori.

L'attività vaccinale costituisce in Lombardia una priorità in cui la Direzione generale sanità ha un ruolo di indirizzo e alle singole ASL spetta la programmazione e l'attuazione. Le coperture vaccinali si collocano intorno al 98% per tutte le vaccinazioni dell'infanzia, eccetto l'immunizzazione contro il virus del morbillo (intorno al 90%) e contro *Haemophilus influenzae* (96%). La formazione e l'informazione sono da sempre vincenti nella lotta alle malattie infettive. L'ultimo esempio è fornito dalla diffusione di *brochure* sulle malattie infettive nelle scuole di ogni grado, destinate agli educatori e agli alunni, come l'opuscolo "Il vaccino è tuo amico".

La comparsa negli anni '80 dell'AIDS, è un ritorno apparente allo spettro delle malattie infettive, ma diventano ben presto chiare le sue peculiarità. Alla Lombardia, che attiva tempestivamente un programma di rilevamento dei casi di malattia, spetta subito il primato nazionale delle notifiche che rappresentano circa un terzo di quelle rilevate in Italia; primato e proporzione tuttora mantenuti per quanto si osservi un declino a livello sia regionale sia nazionale.

### **La prevenzione oncologica**

La Lombardia vanta centri di eccellenza per le cure oncologiche e non può smentire tale tradizione nell'ambito degli interventi di prevenzione. I numeri non le sono favorevoli, a partire dal tasso di decessi per tumore (327,2 per 100.000 abitanti nel 2001), ben superiore alla media nazionale (288,6 per 100.000 abitanti nel 2001); ma la risposta è pronta e si concretizza in importanti investimenti nel settore, testimoniati dal primo e secondo Piano oncologico regionale.

Avviati all'inizio del nuovo millennio e giunti a regime nel corso del successivo lustro, gli screening oncologici previsti dal Piano regionale attuale sono diretti alla lotta contro il carcinoma della cervice uterina, del colon-retto e della mammella. Per questa ultima forma di tumore, l'incidenza stimata dell'Istituto superiore della sanità in Lombardia è superiore alla media nazionale (109 casi rispetto a 93 casi su 100.000 abitanti nel 2008). Conforta tuttavia la riduzione della mortalità, scesa nella popolazione femminile di 50-69 anni da 68,5 casi su 100.000 donne residenti nel 2000 a 53,3 casi nel 2008. L'adesione alla mammografia preventiva, del 62% circa, cresce di anno in anno ma è ancora insufficiente. D'altra parte, l'estensione dell'offerta da parte delle ASL lombarde è davvero buona, se si considera che nel 2008, anno in cui la programmazione dello screening è stata aggiornata, l'invito a effettuare l'indagine ha raggiunto il 96% delle donne nella fascia di età oggetto dell'intervento. Altrettanto buoni, per quanto migliorabili sono i dati sullo screening con Pap test: lo effettua il 70% delle interessate sul 96% di quelle a rischio invitate. Stesso dicasi per lo screening del carcinoma colon-rettale, il cui tasso di adesione (oggi al 42%) risulta in crescita rispetto agli avvisi e che nel periodo 2005-2008 vede decuplicati le diagnosi dei carcinomi e dei tumori di tipo adenomatoso ad alto rischio.

La Regione dispone anche di una valida attività di monitoraggio epidemiologico. Tutte le Province sono dotate di un proprio Registro dei tumori, tranne quella di Milano (circa quattro milioni di abitanti) che lo sta realizzando. Il Registro dei tumori di Milano è stato posto per la prima volta tra gli obiettivi strategici della Regione Lombardia nel Piano oncologico regionale (POR) 1999-2001 e quindi confermato nei POR e PSR (Piano sanitario regionale) successivi. Lo finanziano sia direttamente l'ASL di Milano, sia la Regione Lombardia. Tra i suoi obiettivi: fornire informazioni epidemiologiche rilevanti, monitorare gli indicatori di efficacia dei programmi di screening e costituire la base informativa di molte indagini di interesse aziendale.

L'intera Regione si avvale da tempo di un completo e affidabile *database*, già ricco di informazioni negli anni '70, ma estremamente dettagliato a partire dal 1995, in occasione dell'introduzione della remunerazione a prestazione (DRG) negli ospedali. Sono disponibili i dati di tutti i ricoveri occorsi dal 1990 che nella scheda di dimissio-