

INDICE

PERCHE' UN PIANO DELLA SALUTE LOCALE	pag.	2
IL RUOLO DEL SINDACO. L'IMPORTANZA DI UNA DELEGA CONSIGLIARE PER LA SANITA' E LA MEDICINA TERRITORIALE	pag.	3
L'INFORMAZIONE: UN DIRITTO PER IL COMUNE E PER I CITTADINI E LE CITTADINE	pag.	4
IL CONTESTO LEGISLATIVO REGIONALE IN CUI SI COLLOCA IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE	pag.	5
IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE: IL PERCORSO INTRAPRESO	pag.	6
LA DOMANDA DI SALUTE RILEVATA:		
1 I Ricoveri ospedalieri	pag.	8
2 Le Prestazioni Ambulatoriali ed i Tempi di Attesa	pag.	11
3 La Cronicità e la Gestione delle patologie croniche	pag.	13
4 La Prevenzione	pag.	16
5 La Patologia Oncologica	pag.	20
6 Gli Anziani: la popolazione dimenticata dalla sanità	pag.	22
7 IL PNRR in Lombardia e a Lodi	pag.	28
8 I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta	pag.	30
9 Il Piano di Salute Locale: Come possiamo utilizzarlo	pag.	30
10 La Partecipazione	pag.	32

PERCHÈ UN PIANO DELLA SALUTE LOCALE

Viviamo in un periodo storico in cui la questione della salute è al centro dei bisogni dei cittadini e all'attenzione delle istituzioni. La pandemia da Covid-19 ha lasciato strascichi pesanti sia sulle persone sia sulle strutture sanitarie, sia sulle organizzazioni afferenti al sistema sanitario. Il Sindaco di Lodi, anche nel ruolo di Presidente del Distretto Alto Lodigiano, in relazione alle responsabilità di salute pubblica che gli competono, ha la necessità di governare le attese della popolazione, espresse e inesprese, dando risposte di senso ai cittadini e contemporaneamente ha il dovere di avanzare proposte di collaborazione con ASST e ATS Città Metropolitana di Milano, nel rispetto dei reciproci ruoli e responsabilità.

Per questi motivi riteniamo importante condividere con ATS e ASST una serie di conoscenze che permettano di avere contezza dello stato di benessere della popolazione di Lodi e del Distretto Alto Lodigiano. **L'obiettivo di medio periodo è la definizione di un "Piano della Salute Locale" della città di Lodi, inteso come la conoscenza delle determinanti sanitarie e sociali, insieme agli interventi sanitari, sociali e ambientali necessari per migliorare la cura e la salute della popolazione.**

Siamo sempre stati un territorio che ha sviluppato collaborazioni concrete e fattive con le strutture sanitarie e socio-sanitarie locali. In questo senso la nostra volontà è di riprendere ad operare nella direzione dello sviluppo di attività pro-attive rispetto ai servizi, di promozione di buone pratiche, di prevenzione e tutela ambientale. In particolare, in considerazione dei dati pubblici che indicano il nostro territorio come uno di quelli a maggiore incidenza di malattie e morti per tumori, siamo interessati ad approfondire questa tematica sulla base di dati concreti e aggiornati, in modo da poter condividere percorsi di collaborazione nella direzione della prevenzione.

La legislazione vigente indica Il Sindaco come "il responsabile della salute della popolazione del territorio". Responsabilità e ruolo ribaditi anche dall'art. 13 della Legge 833/78; dall'art. 50, comma 4 del Decreto Legislativo 299/99; soprattutto dal D. M 77/ 2022. A questo proposito si sottolinea l'importanza del "MANIFESTO La Salute nelle Città: BENE COMUNE" approvato nel marzo 2023 dall'Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle Città che delinea i punti chiave che possono guidare le città a studiare ed approfondire i determinanti della salute nei propri contesti urbani, facendo leva su di essi per implementare strategie per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute del cittadino e della sua comunità. Il citato "Manifesto" sottolinea come il tema della salute non può che diventare una priorità da parte dei Sindaci. Anche la Regione Lombardia, con la delibera di Giunta Regionale N.XII/ 512 del 26.6.23, al punto D) attribuisce e sottolinea la rilevanza dei rapporti con gli Enti Locali.

La legislazione vigente, soprattutto il DM77/2002 (istitutivo delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità) prevede anche la partecipazione attiva dei cittadini/delle cittadine e delle organizzazioni sociali alla definizione e costruzione del sistema delle risposte sanitarie e socio-sanitarie locali e al loro coordinamento con il sistema dei Servizi Sociali. Per questo pensiamo che sia utile istituire un Organismo di Partecipazione locale su queste tematiche che a pieno titolo si inserisce negli organismi previsti dal "Regolamento sulla Partecipazione" approvato dal Consiglio Comunale di Lodi con Delibera CC 68/2023.

L'IMPORTANZA DI UNA DELEGA CONSIGLIARE PER LA SANITÀ E LA MEDICINA TERRITORIALE

La legislazione vigente indica il sindaco quale “responsabile della salute della popolazione del suo territorio”.

Responsabilità e ruolo ribaditi anche dall'art.13 della Legge 833/78; dall'art. 50, comma 4, del Decreto Legislativo 299/99 e rinforzato con il DM 77/2022 (quello che istituisce le Case di Comunità).

Come accennato, l'Intergruppo Parlamentare “Qualità di Vita nelle Città”, ha approvato il MANIFESTO “LA SALUTE NELLE CITTA': BENE COMUNE”, un documento guida che definisce il tema della salute come una priorità per i sindaci. Questo documento fornisce loro indicazioni su come fare indagini per conoscere i determinanti della salute nei propri contesti di vita e su come si può agire di conseguenza implementando strategie ed interventi per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute del cittadino e della sua comunità.

Peraltro la definizione di “salute” dell'O.M.S., che già nel 1948 e ancor più con la successiva integrazione di Ottawa 1986, si è via via ampliata rispetto alla semplice “assenza di malattia o infermità” includendo il benessere sociale e le risorse personali o sociali, attivabili nell'ambito di famiglia, comunità, scuola, lavoro, giustificano ampiamente l'impegno di un Comune nell'ambito della salute.

Visto il contesto storico che si sta vivendo e gli strumenti legislativi e parlamentari a disposizione, **il Sindaco di Lodi intende agire direttamente e con l'ausilio delle istanze sociali, nella direzione di un lavoro di approfondimento e di cura della salute pubblica locale.**

È in questo contesto, quindi, che si inserisce il ruolo della “Consigliera Comunale alla Sanità e alla Medicina Territoriale”. Una volontà dell'Amministrazione Comunale di seguire, accompagnare e stimolare i processi che riguardano la tutela della salute individuale e collettiva. L'obiettivo è di operare nella direzione di un cambio di paradigma: dalla centratura sulla “malattia” alla centratura sulla “salute”. E questo appunto in sintonia con la responsabilità che è conferita dalla legislazione vigente al Sindaco, quale “primo responsabile della tutela della salute pubblica locale”.

L'INFORMAZIONE: un diritto per il comune e per i cittadini e le cittadine

L'ambizione dell'Amministrazione Comunale di realizzare "Il Piano della Salute Locale" si scontra con una serie di ostacoli e difficoltà. La maggiore in senso assoluto è la non disponibilità ad accedere ad un quadro informativo strutturato e utilizzabile per conoscere la realtà socio sanitaria locale. Le informazioni disponibili si riferiscono, per lo più, a macro dimensioni regionali o nazionali. Quando si interroga la dimensione locale i dati sono frammentari, non integrabili, non corredati da una valutazione epidemiologica documentata e non consentono di attuare delle analisi specifiche.

Questa situazione critica, determinata anche da una "eccessiva prudenza" nella custodia delle informazioni, deve essere rapidamente superata per assolvere il diritto di informazione verso le istituzioni pubbliche locali ed i cittadini che sono i veri portatori di interesse del SSN (Servizio Sanitario Nazionale).

I sistemi sanitari nazionale, regionale e locale di fatto dispongono di un consolidato sistema informativo sanitario utile per programmare, finanziare, controllare e gestire il sistema in relazione ai bisogni e alle risorse disponibili. La funzione di questo strumento non si deve caratterizzare unicamente come "attrezzo interno" alle strutture sanitarie ma deve contribuire a far conoscere e trasformare la realtà e come tale deve essere partecipato, deve sviluppare conoscenze e consapevolezza ed essere orientato alla prevenzione.

Deve fornire a tutti i livelli le informazioni relative alle condizioni di salute della popolazione ed evidenziare i fattori che ne determinano gli stati di malattia e di disagio, unitamente alla efficienza ed efficacia della struttura sanitaria, alla domanda sanitaria soddisfatta e agli aspetti relazionali tra i soggetti e il sistema sanitario e socio-sanitario.

Nell'immaginare questa funzione informativa, che purtroppo ora non esiste, all'interno del territorio e della nostra città, pensiamo ad ***un sistema di conoscenze predisposto come rete di comunicazione tra i soggetti che partecipano al sistema socio-sanitario e sociale, in particolare le istituzioni socio sanitarie e sociali, le istituzioni locali e i cittadini.*** Il patrimonio informatico, gli strumenti tecnologici e le competenze di cui dispone il SSN permettono di realizzare e mettere a disposizione, in tempi brevi e con limitate risorse, un sistema informativo distribuito, non autodefinito ma costruito con la partecipazione dei soggetti interessati e con gli utilizzatori, dove ogni livello di responsabilità e di interesse (gli utenti e le istituzioni) possano esercitare il diritto di rilevare e utilizzare i dati del proprio ambito territoriale ritenuti utili e necessari alla propria attività e alla propria esistenza.

IL CONTESTO LEGISLATIVO REGIONALE in cui si colloca il piano della salute locale

La Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 – Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) ha stabilito dei punti di svolta nella progettazione ed erogazione dei servizi sanitari. In particolare ha previsto:

- la trasformazione delle ASL in ATS (Agenzie di Tutela della Salute) e delle Aziende Ospedaliere in ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali);
- il passaggio da un concetto di erogazione di prestazioni a quello di “presa in carico” del paziente, con valutazione multidimensionale dei bisogni.

Con le ATS la Regione Lombardia si rende presente in ciascun territorio con proprie strutture amministrative, al fine di attuare gli obiettivi definiti dalla programmazione regionale. Le ATS, anche attraverso i distretti, hanno i seguenti compiti:

- Programmazione, accreditamento;
- Negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie dalle strutture accreditate;
- Programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio sanitarie con quelle sociali, di competenza delle autonomie locali;
- Attivazione di un governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi;
- Governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento;
- Programmi di educazione alla salute;
- Igiene e prevenzione sanitaria;
- Controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- sicurezza alimentare;
- Monitoraggio della spesa farmaceutica.

Con le ASST, invece, la Regione riorganizza il sistema territoriale articolandolo in:

- Strutture operative,
- Rete territoriale
- Polo ospedaliero

che concorrono all'erogazione di prestazioni per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Quindi gli ospedali sono incorporati in un unico sistema di offerta nel quale programmare, organizzare e gestire i processi di “presa in carico” delle persone in modo coordinato e integrato. L'obiettivo è avviare effettive azioni di connessione e integrazione tra organizzazioni e tra professionisti per dare risposta a tutte le esigenze di salute, sanitarie e socio sanitarie. Su tale linea si pone la tariffa di presa in carico (cioè una tariffa omnicomprensiva, costruita non più sulle prestazioni per la patologia ma sul paziente e sul suo percorso (price per patient). Si fa presente che, precedentemente a questa riforma, Lodi ed il Lodigiano erano organizzati con una unica ASL territoriale (Azienda Sanitaria Locale) e con un A.O. (Azienda Ospedaliera)

comprensiva dei 4 ospedali del territorio. Attualmente Lodi ed il Lodigiano fanno parte dell'ATS (Agenzia di Tutela della Salute) di Milano Città Metropolitana a cui afferiscono 194 Comuni con una popolazione di circa 3,5 milioni di abitanti. Una scelta, certo, che non permette più una programmazione sulla base dei bisogni e delle caratteristiche territoriali, con un controllo e una possibilità propositiva locale.

Negli anni con questa riforma si sarebbero dovuti definire e sviluppare:

- una cultura organizzativa
- i criteri e le modalità di integrazione del sistema sociosanitario con i territori e, in particolare, con i Comuni più in generale e con tutti gli attori della produzione di servizi alla persona.

In realtà, l'applicazione delle indicazioni fornite dalla LR 23 sulla trasformazione organizzativa del SSR (Servizio sanitario Regionale), che avrebbe dovuto contrastare la tradizionale concezione sostanzialmente ospedalecentrica, ha mostrato nel tempo importanti criticità: da un lato, **la riduzione degli standard dei servizi erogati dagli ospedali pubblici e la progressiva carenza di personale** che hanno interessato, in un implacabile circolo vizioso, soprattutto le strutture meno specializzate e con bacini d'utenza meno estesi, dall'altro, l'insuccesso quasi ubiquitario dell'integrazione sanità - territorio, che è emerso drammaticamente nel corso della pandemia. **Nel nostro territorio si sono realizzate entrambe le situazioni.**

IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE: il percorso intrapreso

Definito l'obiettivo di costruire il Piano della Salute Locale della città di Lodi, inteso, come la conoscenza delle determinanti sanitarie e sociali della città insieme agli interventi sanitari, sociali e ambientali necessari per migliorare la cura e la salute della popolazione, il percorso intrapreso è stato finalizzato all'analisi del sistema sanitario locale e alla domanda di salute espressa dai cittadini. Un percorso che è solo l'inizio di un lavoro in progress che ha la necessità di essere implementato con ulteriori obiettivi e riflessioni.

Questa prima bozza di Piano della Salute Locale ha tenuto conto dei contributi di alcune associazioni, soggetti sociali, Assessorato al Welfare, Ufficio di Piano. Si tratta quindi di un primo documento che costituisce la base per un lavoro futuro.

Naturalmente questa prima analisi della situazione tiene conto anche delle valutazioni e delle considerazioni espresse dagli operatori sanitari e dai cittadini /utenti rispetto al loro rapporto con il sistema sanitario locale

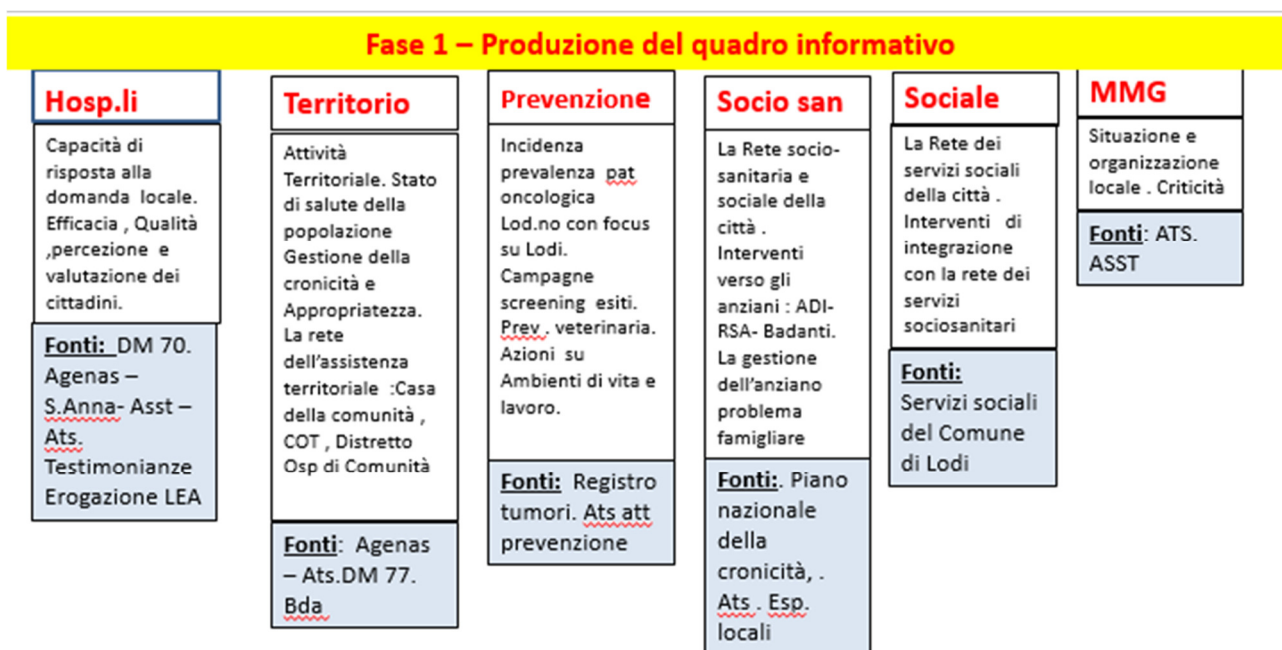
Nel percorso avviato dall'Amministrazione Comunale (come riportato in Fig. 1) sono stati analizzati:

- la domanda e l'offerta dei presidi ospedalieri;
- la dimensione della medicina territoriale con particolare riferimento alle tematiche della cronicità e alla progettualità generata dal PNRR;

- l'attività di prevenzione primaria e secondaria ed in particolare la tematica della patologia oncologica in termini di incidenza e prevalenza e del ruolo informativo del registro tumori;
- la rete socio sanitaria e la capacità di affrontare e rispondere alla domanda verso gli anziani, le patologie neurodegenerative e le conseguenti difficoltà che devono affrontare anche i famigliari;
- per ultimo, una valutazione specifica è stata riservata al ruolo della rete dei Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta, che rappresentano il riferimento principale dei cittadini nell'accesso ai servizi sanitari.

Essere riusciti a comporre, pur con i limiti informativi citati, una prima ed organica lettura della dimensione della domanda/offerta del sistema sanitario locale, che ci consente di individuare i punti di forza e di debolezza e di misurare la precarietà informativa, rappresenta una prima fase propedeutica per intraprendere il lavoro di costruzione del Piano di Salute Locale che deve avvenire conquistando progressivamente spazi di conoscenza anche attraverso il confronto e l'approfondimento con i cittadini e gli operatori delle istituzioni sanitarie.

Per questo motivo, grazie alla approvazione in Consiglio Comunale del "Regolamento sulla Partecipazione alla Amministrazione Comunale dei Singoli Cittadini e delle loro libere forme associative" sarà possibile attivare un "Organismo di "Cittadinanza Attiva" che si occuperà dello sviluppo e delle azioni conseguenti del Piano della Salute Locale.



FASE 2. Esame della situazione. Produzione di un primo documento sullo stato della sanità locale. Presentazione e confronto con le Istituzioni sanitarie sociosanitarie ed i cittadini.

FASE 3. La Città di Lodi, tramite l'Autorità sanitaria Locale, propone gli obiettivi alla ASST e alla ATS, alla Regione Lombardia

FASE 4. L' ORGANISMO DI CITTADINANZA ATTIVA verifica i risultati e sviluppa il processo propositivo e di controllo.

I dati riportati successivamente, in relazione alle fonti reperite, riguardano gli anni: 2019 – 2020 – 2021 ed in misura minore il 2022.

La domanda di salute rilevata

I dati riportati in questo studio si riferiscono agli anni: 2019; 2020, 2021 e parzialmente al 2022. Le fonti riguardano esclusivamente i documenti e i dati ufficiali pubblicati su siti nazionali, regionali della ASST locale e ATS Milano Città Metropolitana.

1) I RICOVERI OSPEDALIERI

Conoscere la dimensione dei ricoveri rappresenta un indicatore importante sullo stato di salute della popolazione e sulla capacità del sistema sanitario di rispondere a questa esigenza sanitaria. La sola fonte informativa disponibile è rappresentata dal portale della ATS dove si rileva (al 27/11/2023) il dato sino al 2022. Considerato gli effetti del COVID sulle strutture sanitarie, i dati maggiormente attendibili per analizzare il fenomeno dei ricoveri sono relativi al 2019 e 2022.

Ricoveri residenti della provincia di Lodi

<i>Presidi Ospedalieri</i>	2019		2022	
	<i>N ricoveri</i>	<i>%</i>	<i>N ricoveri</i>	<i>%</i>
Ospedale Maggiore di Lodi	10.868	39%	10.231	40%
Ospedale Delmati - Sant'Angelo Lodigiano	1.103	4%	1.318	5%
Ospedale Civico - Codogno	2.814	10%	2.601	10%
Ospedale Rossi - Casalpusterlengo	941	3%	475	2%
Altri Pubblici e privati	12.053	43%	11.183	43%
<i>Totale n ricoveri Provincia di Lodi.</i>	27.779	100%	25.808	100%

Ricoveri residenti Comune di Lodi

<i>Presidio Ospedaliero</i>	2019		2022	
	<i>N ricoveri</i>	<i>%</i>	<i>N ricoveri</i>	<i>%</i>
Ospedale Maggiore di Lodi	3.143	55%	2.704	51%
Ospedale Delmati - Sant'Angelo Lodigiano	287	5%	377	7%
Ospedale Civico - Codogno	301	5%	326	6%
Ospedale Rossi - Casalpusterlengo	97	2%	84	2%
Altri Ospedali Pubblici e privati	1.924	33%	1.814	34%
<i>Totale n ricoveri Residenti Comune - Lodi</i>	5.752	100%	5.305	100%

Nel 2022 rispetto al 2019 a livello provinciale si registra una importante riduzione dei ricoveri: pari a -1971 (-7%) certamente determinata dalla difficoltà riorganizzativa post Covid. Analogamente per i ricoveri dei residenti nella città di Lodi nel corso del 2022 rispetto al 2019 si evidenzia una riduzione dei ricoveri pari a - 447 (-7.7%) con una riduzione maggiore generata dai presidi della ASST rispetto alle restanti strutture sanitarie. Siamo in presenza di un lento e faticoso recupero dei livelli di offerta pre Covid.

Non è possibile un esame più approfondito circa la tipologia dei ricoveri in quanto non è disponibile, sul sito ATS né con altre modalità, l'informazione relativa alla natura dei ricoveri (Ricoveri Ordinari, Day Hospital, Day Surgery, Sub acuti), né si dispone del dato di ricoveri fuori regione. Riguardo al fenomeno del ricorso verso altre strutture sanitarie, pari al 34%, non è attualmente disponibile un'informazione specifica che rilevi la natura dei ricoveri mediante i DRG che indicano il tipo di ricovero nelle varie strutture sanitarie, dato questo importante perché consentirebbe di valutare il livello (MIX) dell'offerta e le ragioni del ricorso verso strutture non ASST e determinare il risultato dell'attività di cura all'interno di una struttura ospedaliera, in base a determinate caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti.

La necessità di documentare i ricoveri attraverso il sistema **Diagnosis Related Groups** (DRG) è determinata dal fatto che la macro classificazione (MDC-ICD 9) contenuta nel portale dell'ATS Milano Città Metropolitana non consente di apprezzare il mix dell'offerta/domanda, cosa invece possibile attraverso i DRG che hanno anche questa finalità. Infatti ogni gruppo di classificazione MDC-ICD9 è un raggruppamento di dati riferiti ad un numero rilevante di DRG. È il dettaglio analitico della domanda espressa dai DRG che permette di analizzare la/e patologia/e, il livello di severità e l'impegno assistenziale. Questa dimensione quantitativa permette di valutare in dettaglio: frequenza, incidenza, gravità delle patologie nella popolazione (aprendo a collaborazioni Comune-ATS su azioni preventive), distribuzione e impegno assistenziale dell'offerta ospedaliera (per possibili collaborazioni Comune-ASST per azioni di sostegno all'utenza).

Il ricorso verso le strutture esterne alla ASST non è in assoluto un elemento di criticità, spesso rappresenta una necessità per il paziente (per esempio per la gestione di una patologia non trattata, casistica limitata, nei presidi locali; tempi di attesa, ecc....). In ogni caso è una situazione che va conosciuta e gestita attraverso un modello organizzato di presa in carico del paziente acuto al fine di non lasciare solo il paziente nella ricerca del presidio ritenuto adeguato ma accompagnandolo nel percorso diagnostico e terapeutico all'interno della rete ospedaliera lombarda in misura coerente con i suoi bisogni sanitari.

Ad oggi non si dispongono di informazioni di dettaglio per comprendere se nel corso del 2022/2023 vi sia stato nei Presidi Ospedalieri di Lodi un recupero dei livelli di attività in grado di compensare i mancati ricoveri causa Covid, inoltre non si dispone di una rilevazione fra ricoveri ordinari e in Day Hospital.

Il Piano Nazionale Esiti edizione 2023. Un'occasione di confronto

Ulteriori ed utili informazioni sono contenute nella recente pubblicazione del (PNE) **Piano Nazionale Esiti 2023** relativo alla attività 2022, uno strumento del Ministero della salute, prodotto da Agenas, cioè l'Agenzia Nazionale per servizi sanitari regionali, per valutare il sistema sanitario italiano.

“Il PNE valuta l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza clinico-organizzativa, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure, mediante lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal SSN nell'ambito dei LEA”. “Per i diversi ambiti nosologici, le valutazioni hanno riguardato i volumi di attività chirurgica a

elevata complessità, l'accesso alle procedure tempo-dipendenti, l'appropriatezza clinico-organizzativa e gli esiti delle cure”.

IL PNE riporta informazioni sulla attività 2022 che consentono di effettuare alcune valutazioni sulle performance del presidio ospedaliero cittadino. Viene documentato per alcuni ambiti nosologici e procedure chirurgiche considerati dal PNE il recupero dei volumi di attività con un allineamento rispetto al 2019. Per altre aree di attività il recupero è avvenuto solo parzialmente. Inoltre la sezione processo/esito e i contenuti del grafico TreeMap riporta delle valutazioni sulla attività del Presidio ospedaliero cittadino relative a: volumi di attività, livello di aderenza agli standard di attività per area clinica, i livelli di rischio della struttura rispetto al dato nazionale.

Considerato che la funzione del PNE, attraverso il costante monitoraggio della attività, è di stimolare una valutazione e un miglioramento continuo dell'attività sanitaria è certamente auspicabile che ASST e ATS partendo proprio dai dati del PNE sviluppino una adeguata e puntuale azione di accountability (informare sulle azioni attuate e risultati conseguiti) verso la cittadinanza.

Considerata l'oggettiva difficoltà del sistema sanitario di erogare le prestazioni con tempi di attesa accettabili, e in particolare per l'attività di ricovero riteniamo importante rilevare e mettere a disposizione gli effettivi **tempi di attesa per il trattamento di patologie particolarmente critiche che richiedono una presa in carico in tempi brevi dal momento della diagnosi.**

Nello specifico si indicano le seguenti procedure medico-chirurgiche eseguite nei Presidi Ospedalieri di Lodi, in regime di ricovero ordinario rispetto alle quali è utile e importante rilevare, conoscere e informare i cittadini circa i tempi di attesa: Tumore alla prostata TURP - Tumore al colon retto Emicolectomia dx - Tumore all'utero Isterectomia addominale o vaginale - Bypass coronarico (no) - Angioplastica coronarica (PTCA) - Protesi d'anca Sostituzione parziale o totale dell'anca - Tumore al polmone - Tonsillectomia - Chemioterapia - Coronarografia - Biopsia percutanea del fegato - Emorroidectomia - Interventi per ernia inguinale - Tumore alla mammella. Colecistectomia laparoscopica - TEA carotidea - Graft endovascolare aorta addominale - TURB - Rimozione dell'ovaio e/o della tuba - Riduzione frattura femore - Sostituzione totale del ginocchio.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMB. Comuni: ASST				
	2019		2022	
Presidio Ospedaliero	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%
Poliambulatori ASST Lodi	2.149.063	62,13%	1.961.585	52,7%
Altri Ambulatori lombardi Pubblici e privati	1.310.066	37,87%	1.759.387	47,3%
Totale N. Prestazioni ambulatoriali Provincia di Lodi	3.459.129	100%	3.720.972	100%

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMB. Residenti Comune di Lodi				
	2019		2022	
Presidio Ospedaliero	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%
Poliambulatori ASST Lodi	546.496	80,4%	480.517	66,9%
Altri Ambulatori lombardi Pubblici e privati	133.567	19,6%	238.119	33,1%
Totale N. Prestazioni ambulatoriali Residenti Comune - Lodi	680.063	100%	718.636	100%

2) LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E TEMPI DI ATTESA

Nel corso del 2019 (fonte portale ATS) sono state eseguite a livello provinciale 3.459.129 di prestazioni specialistiche ambulatoriali, mentre nel 2022 le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state 3.720.972 con un incremento di 261.843 prestazioni (+7%). L'incremento è stato prodotto dalla attività delle strutture sanitarie non ASST di Lodi per una quota di + 449.321. È evidente la difficoltà della ASST Lodigiana a far fronte alla domanda che si rivolge quindi verso altre strutture.

Come per i ricoveri anche per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nel 2022 il 33% della domanda è soddisfatta da strutture non appartenenti alla ASST di Lodi.

Per i residenti di Lodi, nel 2019 sono state erogate N 680.063 prestazioni specialistiche ambulatoriali a fronte delle 718.636 prodotte nel 2022.

La domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali dei cittadini di Lodi erogata nel 2022, confrontata con la situazione 2019 pre Covid, evidenzia che l'ASST ha perso significativamente la capacità di rispondere in maniera adeguata alla domanda. Infatti rispetto ad un aumento delle prestazioni del 6%, l'ASST di Lodi non solo non fa fronte alla maggiore richiesta ma riduce l'offerta. Quindi l'aumento della domanda ed il recupero delle prestazioni non erogate dalla ASST viene effettuato dalle strutture pubbliche e private non ASST. L'effetto dei tempi di attesa degli ambulatori ASST di Lodi genera il ricorso a strutture esterne.

I dati aggregati, attualmente disponibili, non consentono di analizzare la tipologia di prestazioni coerentemente con il nomenclatore regionale. Questo non permette di approfondire l'analisi della domanda espressa e da chi viene assolta, né tanto meno di valutare l'efficacia dei piani messi in atto per il recupero delle prestazioni non effettuate durante il COVID.

Va inoltre considerato che i dati disponibili non tengono conto delle prestazioni erogate dalle strutture private non convenzionate né dalle strutture fuori regione.

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, è ormai drammatica, per una quota significativa di popolazione, la difficoltà e spesso l'impossibilità di effettuare le prestazioni specialistiche a causa dei lunghi tempi di attesa, o addirittura dalla chiusura delle agende. Il tema dei **Tempi d'attesa** è un aspetto critico che condiziona fortemente il diritto all'accessibilità alle prestazioni sanitarie. Una informazione aggiornata permetterebbe il controllo del rispetto dei tempi di attesa e la predisposizione di un sistema permanente pubblico di monitoraggio consultabile da parte degli utenti.

L'obiettivo primario rimane il rispetto dei Tempi di Attesa che costituiscono un Livello Essenziale di Assistenza (LEA), cioè un diritto costituzionalmente esigibile.

INIZIALI CONTRIBUTI LOCALI DI: ASSESSORATO COMUNALE AL WELFARE, ALCUNE ASSOCIAZIONI E SOGGETTI SOCIALI, UFFICIO DI PIANO

I dati sopra esposti ci hanno dato contezza della domanda di salute espressa dalla popolazione riferita ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni ambulatoriali. Per iniziare a guardare dentro a questi dati, al fine di una valutazione qualitativa e ai processi messi in atto, sono stati effettuati alcuni incontri informali con Assessorato Comunale al Welfare, alcune Associazioni e Soggetti Sociali, Ufficio di Piano. Si è trattato di un lavoro preparatorio in previsione di definire una base per l'avvio dell'Organismo di Cittadinanza Attiva, organismo aperto alla partecipazione dei vari soggetti sociali, di cittadini/cittadine interessati a sviluppare il lavoro sul tema della tutela della salute locale.

Qui sotto si riportano alcune delle riflessioni emerse che hanno una specifica attinenza al tema della "DOMANDA DI SALUTE RILEVATA", tematiche che si ritengono centrali per il lavoro futuro.

- ***L'analisi della domanda di salute è un passaggio necessario al fine di elaborare proposte per una tipologia di personale sanitario e socio sanitario adeguato al bisogno, per professionalità, competenza e numero.***
- ***Alcune carenze organizzative rilevate nella gestione dei pazienti riguardano la rigidità di competenze attribuite ad alcuni profili professionali (es. Infermiere - OSS, Educatore sociosanitario - educatore pedagogico) dall'attuale normativa di accreditamento.***
- ***Si evidenziano gravi ritardi nella presa in carico dei piccoli pazienti da parte della Neuropsichiatria Infantile (1-2 anni) (questione rilevata praticamente da tutti gli interlocutori) per carenza di personale specialistico ma anche per mancanza di collaborazione tra specialisti e servizi attivi sul territorio. I campi di intervento potrebbero essere disparati: dalla gestione del disagio psichico dei bambini migranti, alla prevenzione del disturbo comportamentale nelle scuole, alla comunicazione alternativa aumentativa in età prescolare, alla valutazione dell'incremento di casi di autismo.***
- ***Il tema della salute mentale viene presentato come uno dei più critici del nostro territorio così come la gestione del malessere mentale da stress lavorativo.***
- ***Il Pronto soccorso pediatrico è stato reso operativo, inizialmente tramite sovvenzioni di una Associazione 2006 al 2020. Attualmente è stato appena riaperto (ancora grazie a stanziamenti privati della medesima Associazione) dopo sospensione causa pandemia. L'obiettivo è la sua stabilità risolvendo problematiche quali la carenza di personale sanitario (medici, infermieri, OSS), di mediatori culturali concretamente disponibili, di supporto psicologico e psichiatrico.***
- ***Come segnalato da molti interlocutori, in tutto il territorio lodigiano il trasporto dei pazienti da e per gli ospedali costituisce un problema rilevante, soprattutto per le persone con disabilità o non autosufficienti o semplicemente anziane.***
- ***I progetti di dimissione protette dall'ospedale al territorio sono sostanzialmente rimasti sulla carta e ancora oggi si lavora sull'emergenza o sull'iniziativa personale. Emerge la mancanza di collegamento tra Ospedale, Servizi Sociali ASST - Comunali, Servizi Sociosanitari, MMG.***

3) CRONICITÀ E LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Il tema del trattamento delle patologie croniche riguarda coloro che soffrono di una patologia cronica che deve essere costantemente curata per evitare l'insorgere di complicazioni e conseguenti danni d'organo. La legge di riforma regionale del sistema sanitario lombardo n. 23/2015, che si poneva l'obiettivo della presa in carico e della gestione integrata di questa popolazione, non ha ottenuto fino ad ora nessun risultato significativo.

In Regione Lombardia il 30% della popolazione è affetta da patologie croniche. Nella fascia di popolazione compresa fra i 55 / 64 anni questa percentuale sale al 50%, per arrivare al 74% tra i 64 /74 anni.

Quindi un fenomeno estremamente diffuso che genera una domanda sanitaria complessa e importante che deve essere costantemente trattata come previsto dal PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) specifico per patologia.

Sul Portale ATS di Milano si evidenzia la prevalenza delle patologie croniche. Per la città di Lodi significa che rispetto ai 44.574 abitanti, circa 14.981 (33%) residenti sono affetti da patologie croniche. Nello specifico:

- 2.700 diabetici
- 13.574 cardiovascolari
- 3.970 con malattie endocrine
- 1.748 con patologie respiratorie
- 339 con insufficienza renale
- 2.718 con malattie gastroenteriche
- 1.097 autoimmuni
- 2591 Tumori

circa il 50% è affetto da due o più patologie croniche.

Si tratta di pazienti che richiedono una presa in carico che assicuri una costante e programmata assistenza attraverso l'adesione al PDTA specifico della patologia (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). Un obiettivo di questo lavoro è capire il grado di risposta alle esigenze di cura di questi pazienti. È fondamentale garantire, attraverso una vera presa in carico, la continuità di cura. Su questa tematica si sottolinea l'attenzione posta dal Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA, prodotto dal Ministero della Salute che ha individuato (vedi Tab 7.14) una serie di indicatori per monitorare l'adesione diagnostica e terapeutica verso questa categoria di pazienti.

Nelle seguenti Tab 7.15 e la Tab 7.17 (Rapporto OASI 2022 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Cergas Bocconi) si osservano le percentuali di adesione al trattamento previsto dal PDTA per ogni regione. Nel rilevare i risultati del trattamento di alcune patologie croniche il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA) evidenzia delle forti criticità regionali. Il trattamento dei pazienti diabetici coerente con il PDTA in Lombardia arriva al 30%, questo significa che il 70% dei pazienti affetti dalla patologia diabetica non sono curati in modo appropriato.

Si tratta di pazienti che richiedono una presa in carico che assicuri una costante e programmata assistenza attraverso l'adesione al PDTA specifico della patologia (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale). Un obiettivo di questo lavoro è capire il grado di risposta alle esigenze di cura di questi pazienti. È fondamentale garantire, attraverso una vera presa in carico, la continuità di cura. Su questa tematica si sottolinea l'attenzione posta dal Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA, prodotto dal Ministero della Salute che ha individuato (vedi Tab 7.14) una serie di indicatori per monitorare l'adesione diagnostica e terapeutica verso questa categoria di pazienti.

Nelle seguenti Tab 7.15 e la Tab 7.17 (Rapporto OASI 2022 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Cergas Bocconi) si osservano le percentuali di adesione al trattamento previsto dal PDTA per ogni regione. Nel rilevare i risultati del trattamento di alcune patologie croniche il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA) evidenzia delle forti criticità regionali. Il trattamento dei pazienti diabetici coerente con il PDTA in Lombardia arriva al 30%, questo significa che il 70% dei pazienti affetti dalla patologia diabetica non sono curati in modo appropriato.

Tabella 7.14 Indicatori PDTA del Nuovo Sistema di Garanzia, per area terapeutica

Area terapeutica	Indicatori NSG
Broncopneumopatie cronico ostruttive (BPCO)	<p>PDTA01: Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p> <p>PDTA02: Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p>
Scopenso cardiaco	<p>PDTA03(A): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p> <p>PDTA03(B): Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p> <p>PDTA04: Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p>
Diabete	<p>PDTA05: Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal Manuale PDTA del Ministero della Salute</p>
Tumore alla mammella (donna)	<p>PDTA06: Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico</p>
Tumore del colon	<p>PDTA07: Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p> <p>PDTA08: Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p>
Tumore del colon retto	<p>PDTA09: Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p> <p>PDTA10: Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute.</p>

Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia

Tabella 7.15 **Indicatori PDTA del Nuovo Sistema di Garanzia relativi alla BPCO**

Regione	PDTA01			PDTA02		
	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico			Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Piemonte	16%	17%	19%	50%	50%	54%
Valle d'Aosta	53%	58%	45%	33%	27%	35%
Lombardia	43%	41%	32%	54%	54%	56%
PA Trento	36%	36%	nd	55%	53%	nd
PA Bolzano	44%	45%	38%	24%	26%	30%
Veneto	37%	36%	36%	42%	43%	45%
Friuli Venezia Giulia	45%	40%	35%	53%	58%	57%
Liguria	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Emilia-Romagna	38%	42%	40%	49%	49%	52%
Toscana	35%	36%	40%	48%	48%	50%
Umbria	38%	34%	34%	57%	52%	54%
Marche	50%	46%	48%	42%	40%	43%
Lazio	33%	34%	31%	47%	46%	47%
Abruzzo	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Molise	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Campania	43%	38%	25%	17%	35%	38%
Puglia	34%	31%	35%	55%	55%	56%
Basilicata	41%	49%	46%	35%	22%	22%
Calabria	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Sicilia	46%	38%	37%	37%	40%	42%
Sardegna	56%	49%	51%	51%	51%	50%

Tabella 7.17 **Indicatori PDTA del Nuovo Sistema di Garanzia relativi al diabete**

Regione	PDTA05		
	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle 5 raccomandazioni		
	2018	2019	2020
Piemonte	35%	35%	36%
Valle d'Aosta	21%	24%	25%
Lombardia	31%	30%	32%
PA Trento	32%	30%	nd
PA Bolzano	24%	25%	30%
Veneto	31%	32%	33%
Friuli Venezia Giulia	33%	36%	39%
Liguria	19%	nd	nd
Emilia-Romagna	34%	37%	40%
Toscana	24%	23%	23%
Umbria	29%	30%	30%
Marche	29%	30%	31%
Lazio	18%	17%	17%
Abruzzo	nd	nd	nd
Molise	3%	9%	11%
Campania	22%	20%	28%
Puglia	16%	16%	17%
Basilicata	4%	6%	15%
Calabria	nd	nd	nd
Sicilia	17%	18%	21%
Sardegna	29%	28%	33%

Nota: Si osserva un gap temporale di due anni tra l'anno di rilevazione e l'anno analisi dei dati. Ad esempio, all'anno di valutazione 2020 corrispondono pazienti reclutati nel 2018.

Fonte: Nuovo Sistema di Garanzia (2018-2020)

A conferma della critica situazione evidenziata si riportano le valutazioni contenute nel recente PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027 della Regione Lombardia

Mancata aderenza alle raccomandazioni. (pag 9)”In relazione alle cure il 63% dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 non aderisce alle raccomandazioni delle società di diabetologia per il monitoraggio della malattia sui due controlli annuali dell’emoglobina glicata; dal 40% al 61% dei pazienti affetti da malattie croniche rilevanti (ipertensione, dislipidemie e diabete mellito di tipo 2) non ha evidenza di continuità delle cure farmacologiche, ovvero risulta coperto dalla disponibilità del farmaco per meno di 9 mesi rispetto ai 12 mesi di osservazione”.

A fronte di questi dati regionali ci si chiede quale sia la situazione nel nostro territorio, nella nostra città, qual’è la situazione dei pazienti cronici? Quanti sono curati in modo adeguato? Esiste un sistema proattivo di presa in carico?

La disponibilità di queste informazioni permetterebbe di valutare l’efficacia del sistema sanitario locale, oltre ad individuare le eventuali criticità e quindi mettere in atto un’azione correttiva, ovvero sviluppare un intervento di informazione e di prevenzione mirata verso i cittadini.

Anche in questo caso l’ATS dispone di queste informazioni quindi si ritiene utile strutturare il sistema di rilevazione coerente con il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA) che misuri il reale risultato rispetto alla popolazione locale.

4) LA PREVENZIONE

Il Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA nella valutazione del 2020 evidenzia nella Regione Lombardia alcuni aspetti critici.

Questo sistema (NSG) effettua il monitoraggio dei LEA (Livelli essenziali di Assistenza) e rileva una significativa differenza fra le regioni. In particolare in Lombardia il NSG segnala delle criticità derivanti dalla non completa copertura delle attività di controllo nell’area distrettuale e nella attività di prevenzione.

In particolare segnala (come riportato in Fig. 5) come ambiti di osservazione, una serie di azioni di controllo nei confronti delle attività di allevamenti e produzione degli alimenti di origine animale, che riguardano direttamente anche il nostro territorio che è caratterizzato da una forte vocazione agricola.

Quindi passando dalla dimensione regionale a quella locale ci si chiede: Qual’è la situazione nel nostro territorio rispetto all’applicazione dei LEA e alle criticità segnalate dal NSG?

In sostanza è importante conoscere il risultato delle campagne di screening preventivo attuate, Nello specifico qual è stata l’adesione, il grado di copertura e gli esiti rilevati?

L’ATS nella sua attività istituzionale di controllo e di tutela della salute ha anche il compito di informare sullo stato di salute del territorio rispetto all’uso di agenti chimici in agricoltura, quali sono gli effetti sull’ambiente (suolo, aria, acqua) quali sono le conseguenze per la salute pubblica e quali azioni si possono attuare per migliorare la situazione. Questo dato di conoscenza è particolarmente importante se lo si mette in relazione con il tema della “patologia oncologica territoriale”.

Si riportano di seguito le evidenze del Ministero della Salute relative al Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia per il 2020 e 2021.

Nel corso del 2020 le criticità maggiori si evidenziano nell'area della prevenzione. Nello specifico il NSG rileva:

“Si segnalano delle criticità per gli indicatori:

P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino;

P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale;

P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto.”

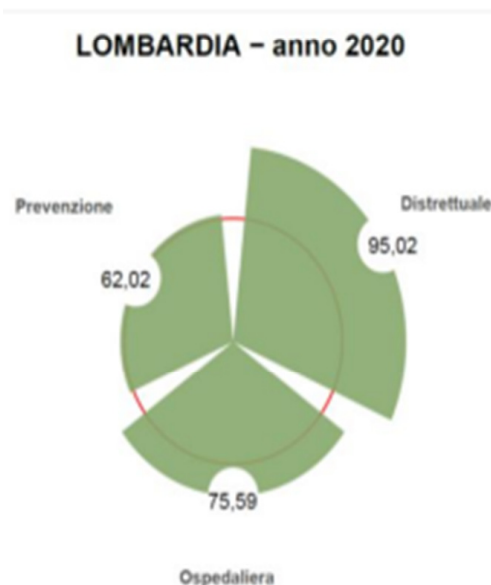
Nel 2021 è sempre l'area della prevenzione la più critica. Si riportano le evidenze del NSG:

” Si segnalano delle criticità per l'indicatore P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto”

LE PERFORMANCE REGIONALI: fonte Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia Ministero della salute Direzione generale della programmazione sanitaria

5.4.3 REGIONE LOMBARDIA

Figura 5. Risultati NSG 2020 - Regione Lombardia: punteggi complessivi CORE, per area



La valutazione finale dell'area Prevenzione collettiva e sanità pubblica per il 2020 si attesta su un punteggio pari a 62,02, che secondo l'intervallo di riferimento (esito positivo nel range 60-100) risulta sopra la soglia di adempienza.

Tuttavia, si segnalano delle criticità per gli indicatori *P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino; P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale; P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto.*

5.3.3 REGIONE LOMBARDIA

Figura 5. Risultati NSG 2021 - Regione Lombardia: punteggi complessivi CORE, per area



La valutazione finale dell'area Prevenzione collettiva e sanità pubblica per il 2021 si attesta su un punteggio pari a 86,84, che secondo l'intervallo di riferimento (esito positivo nel range 60-100) risulta sopra la soglia di adempienza. Tuttavia, si segnalano delle criticità per l'indicatore P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella, cervice uterina e colon retto. L'area Distrettuale per il 2021 si attesta un punteggio pari a 93,09, secondo l'intervallo di riferimento (esito positivo nel range 60-100) risulta ampiamente sopra la soglia di adempienza. La valutazione finale dell'area Ospedaliera per il 2021 si attesta su un punteggio pari a 85,33, che secondo l'intervallo di riferimento (esito positivo nel range 60-100) risulta sopra la soglia di adempienza.

A conferma della critica situazione evidenziata si riportano le valutazioni contenute nel recente PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027 della Regione Lombardia

(Pag 9) "In relazione alla prevenzione secondaria: (i) il 42% e il 57% dei cittadini invitati a sottoporsi a esame per la diagnosi precoce del tumore mammario femminile e del colon-retto non aderiva all'invito fino al 2019; (ii) la netta riduzione della copertura delle campagne di screening registrato durante lo shock pandemico da Covid-19, spiega perché i tumori si presentano oggi all'osservazione clinica in uno stadio avanzato con sempre maggior frequenza".

Quindi le risultanze del NSG 2020/2021 ci segnalano che le maggiori carenze in Lombardia nella applicazione dei LEA si registrano nell'area della prevenzione. E quindi lecito chiedere alle istituzioni sanitarie ATS e ASST quale sia lo stato di applicazione dei LEA, in generale e in particolare nell'ambito distrettuale della prevenzione e dei controlli, nella nostra Città.

ANCHE IN QUESTO CASO SI RIPORTANO ALCUNE VALUTAZIONI DEI SOGGETTI ISTITUZIONALI E SOCIALI INCONTRATI INFORMALMENTE COME CONTRIBUTO ALLO SVILUPPO SUCCESSIVO DEL PIANO DI SALUTE LOCALE

- Una Associazione segnala l'incertezza nella prosecuzione delle iniziative di prevenzione (precedentemente avviate) per tumori apparato bocca/ gola / orecchie, polmoni, tratto gastroenterico, soprattutto nel capoluogo. Ma complessivamente la preoccupazione riguarda l'ambito della prevenzione in generale.
- È stata proposta la riattivazione dei servizi/interventi di prevenzione nelle scuole a partire dalla scuola dell'infanzia, ad es. su educazione alimentare, sani stili di vita, coinvolgendo anche le famiglie e la cittadinanza.
- Nelle scuole superiori si evidenzia una domanda molto attuale, ma ancora senza organica risposta, per azioni di prevenzione sugli adolescenti riguardo a problemi alimentari; ritiro sociale; abusi alcolici e di sostanze. Si suggerisce il coinvolgimento dell'Università su temi che riguardano le ricadute sulla salute pubblica delle attività svolte in agricoltura e allevamento. La prevenzione sulla popolazione di immigrati necessita approfondimento.
- Anche per gli anziani vengono richiesti programmi di informazione su alimentazione corretta, esercizio fisico, in collaborazione con i MMG.

5) LA PATOLOGIA ONCOLOGICA

Il tema della patologia oncologica per il nostro territorio è davvero un aspetto centrale che genera una diffusa preoccupazione e un rassegnato smarrimento fra la popolazione. Questa situazione richiede una risposta autorevole tramite un'analisi di dettaglio del fenomeno utilizzando il ritorno informativo del registro dei tumori (il registro dei tumori della ATS si ferma al 2017) che certamente, sotto il profilo epidemiologico, fornisce indicazioni scientifiche sulle cause della diffusione della patologia oncologica, sugli interventi di prevenzione da mettere in atto sulle persone, sull'ambiente e sull'uso territorio.

I dati ATS, ricavati dai flussi amministrativi, pubblicati sul portale “stato di salute della popolazione”, anno di riferimento 2021, indicano che la prevalenza della patologia tumorale è di n. 2.591 casi, tasso stand 563,29 (N malati ogni 10.000 residenti). Nel corso del 2021, sempre dal portale ATS, si evidenzia:

- una incidenza di 304 casi di tumore
- n. 423 ricoveri ordinari
- 131 decessi. Questo dato costituisce la seconda causa di morte a Lodi

È indubbio che tale situazione deve essere, sotto l'aspetto epidemiologico, approfondita, studiata, presentata e condivisa da parte delle istituzioni sanitarie ATS e ASST alla città al fine di un lavoro comune nella direzione della messa in campo di azioni preventive.

Il problema esiste ed è concreto. Per meglio comprendere il tema della patologia oncologica nella nostra città e nel nostro territorio si riportano alcuni stralci dello studio: **“L'associazione spaziale tra inquinamento ambientale e mortalità per cancro a lungo termine in Italia”** prodotto dalla Università di Bologna e da altri istituti scientifici (Dipartimento of Biological Sciences, Geological and Environmental (BiGeA), Alma Mater Studiorum – University of Bologna, 40126 Bologna, Italy Institute for BioEconomy), e pubblicato a maggio 2023, **che mette in relazione la mortalità per tumore e le condizioni ambientali. (Referente: Prof. Roberto Cazzollo Gatti - Dipartimento Scienze Biologiche, Geologiche ed Ambientali Università di Bologna)**

Si riportano alcuni stralci dello studio:

“A scala provinciale, abbiamo riscontrato un SMR- RAPPORTO STANDARDIZZATO DI MORTALITA' (come media decennale dei tumori maligni) più elevato nelle province centro-settentrionali rispetto a quelle meridionali (Fig. 1a e Fig. 1 integrativa), in coerenza con gli esiti regionali. La provincia di Lodi è al primo posto per mortalità per tumori maligni su 107 province italiane, seguita da quelle di Napoli, Bergamo, Pavia, Sondrio, Cremona, Gorizia, Caserta, Brescia e Piacenza tra le prime dieci”.

“Tra le 35 variabili ambientali considerate (Fig. 1b e Tabella Supplementare 2), l'approccio Borutta suggerisce che 12 di esse sono significativamente importanti per spiegare l'incidenza dei decessi per cancro, vale a dire AQI, siti da bonificare, aree urbane, densità veicolare, aree coltivate, AIAU, chilometri di strade, diserbanti, IPA, CTE, industrie chimiche e discariche (Fig. 3c).”

Anche la mappa dei territori europei con la più alta concentrazione media di Pm_{2,5} pubblicata dal giornale “Il Sole 24 Ore” il 2 ottobre 2023 segnala che il Lodigiano è al 4° posto per inquinamento atmosferico (dopo Milano, Cremona, Monza). Il Pm_{2,5} è il particolato fine, una combinazione di piccolissime particelle solide e liquide di diversi materiali inquinanti. Esistono studi scientifici che mettono in relazione la loro presenza con ricaduta di effetti negativi sulla salute pubblica.

Quindi la patologia oncologica rappresenta certamente una priorità che impone una azione. Intanto abbiamo l'esigenza di sapere a che punto è la gestione del “Registro Tumori.

Il “Registro Tumori” è certamente lo strumento informativo scientificamente più avanzato per analizzare la situazione della prevalenza e incidenza della patologia oncologica e i suoi effetti sulla popolazione e la capacità di risposta del SSR, unitamente alla necessità di attuare una valutazione sullo stato di salute dell'ambiente con riferimento alle produzioni agricole e industriali del territorio e all'inquinamento atmosferico ed i conseguenti rischi per la salute della popolazione.

Dai riferimenti sopra esposti emerge con forza la necessità che sia attivata, nel nostro territorio e nel resto dei territori regionali, una costante vigilanza epidemiologica ai fini della produzione di conoscenze condivise tra gli operatori istituzionali e con le comunità locali sulle dinamiche di salute, con un focus specifico sulle patologie oncologiche e sui fattori di rischio ambientali.

ANCHE PER QUESTA SEZIONE SI RIPORTANO ALCUNE CONSIDERAZIONI E PROPOSTE SEGNALATE DAI SOGGETTI SOCIALI E ISTITUZIONALI INCONTRATI INFORMALMENTE

- Viene segnalata l'assenza di soluzioni di trasporto pubblico delle persone malate da casa all'ospedale e viceversa, anche per gli spostamenti verso l'ospedale di Casalpusterlengo per radioterapia e in caso di dimissioni notturne.
- Risulta particolarmente problematica la situazione di pazienti stranieri, anziani e/o soli.
- Pesa la mancanza di Hospice a Lodi e l'inapplicabilità del servizio di cure palliative a domicilio per le persone che vivono sole.

6) GLI ANZIANI: LA POPOLAZIONE DIMENTICATA DALLA SANITÀ

“Gli anziani dimenticati dalla sanità” così titolava un interessante studio sulla situazione degli anziani in Italia.

La popolazione italiana invecchia facendo aumentare le persone non autosufficienti, che sono già 2,9 milioni, destinate quasi a raddoppiare da qui al 2030, quando si stima diventeranno 5 milioni, su 20 milioni di over 65.

Gli italiani over 65 sono 14 milioni. Di questi, poco meno di 4 milioni (29%) hanno “problemi funzionali”, cioè non sono autosufficienti. Il dato, indicato da Istat, nel 2013 era molto più basso, 2,7 milioni, e fa comprendere il ritmo dell'invecchiamento della popolazione.

DATI POPOLAZIONE ANZIANA A LODI NEL 2022 (FONTE UFFICIO ANAGRAFE LODI)

SU 44.574 CITTADINI, LA POPOLAZIONE ANZIANA SI CONFIGURA NEL MODO SEGUENTE:

- over 65 anni: 11.232
- over 65 anni che vivono in due: 5.627
- over 65 anni che vivono da soli: 3.448
- over 75 anni che vivono in due: 2.869
- over 75 anni che vivono da soli: 2.323
- over 80 anni che vivono da soli: 1.630

Nella nostra città la popolazione over 65 nel 2022 totalizzava n 11.232 unità, applicando il criterio statistico ISTAT, possiamo ipotizzare che circa 3.000 anziani hanno problemi funzionali cioè non sono autosufficienti. Si tratta di persone di età superiore o uguale a 65 anni, con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da ISTAT (2021). Considerato che non abbiamo un dato locale relativo al grado di copertura dei servizi sociosanitari e sociali dedicato alla popolazione anziana, anche in questo caso facciamo riferimento ai dati nazionali e regionali ISTAT per dedurre la situazione locale.

Le tabelle riportate (**fonte del Ministero della Salute - Rapporto OASI 2023 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano nel Rapporto OASI 2023 a cura di CERGAS - Bocconi**) evidenziano in modo chiaro il divario fra la capacità produttiva dei servizi sociosanitari e il grado di copertura del bisogno.

La **Tab 5.1** evidenzia la capacità del sistema di offerta del sistema socio-sanitario per tipologia di servizio erogato, confrontando le annualità 2019, 2020 e 2021 mostra una riduzione della offerta dell'attività semiresidenziale e domiciliare. C'è un incremento solo di posti letto nelle Case di Riposo (RSA) determinato dalla necessità di gestire la fase del Covid nelle RSA, analogamente la riduzione delle attività semiresidenziale e domiciliare è stata determinata dalla pandemia.

Il tasso di copertura del bisogno (**Tab 5.4**) rispetto al bisogno potenziale è drammaticamente insufficiente. Il servizio più diffuso risulta l'assistenza domiciliare come numero di persone assistite ma presenta delle criticità rispetto alla intensità (n ore di presa in carico) della assistenza.

Le **Tab 5.5 e 5.6** rilevano la copertura del fabbisogno di assistenza residenziale e di assistenza domiciliare per regione. In Lombardia si rileva una copertura del fabbisogno over 75 anni pari al 18% per le prestazioni assistenziali in RSA; mentre i casi in carico per le prestazioni in ADI fanno riferimento sia alla popolazione over65 non autosufficiente, sia alla popolazione over65 generale-.

Tabella 5.1 Capacità produttiva complessiva della rete per tipo di servizio erogato, 2019, 2020, 2021

Tipo di servizio	2019	2020	2021	Δ 2019-2021
Residenziale*	203.679	208.459	211.673	4%
Semiresidenziale**	17.507	16.781	14.782	-16%
Domiciliare (ADI)***	15.789.122	13.202.896	14.060.282	-11%

* posti letto ** posti centri diurni *** ore erogate

Fonti: Ministero della Salute (2021, 2022, 2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi socio-sanitari, anno 2021**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi socio-sanitari	Tasso di copertura servizi socio-sanitari
3.959.395	Residenziale	284.141	7,2%
	Semiresidenziale	16.225	0,4%
	Domiciliare (ADI)	879.030	22,2%

Tabella 5.5 **Tasso di copertura del bisogno della popolazione 75+ non autosufficiente tramite RSA. Dettaglio regionale, anno 2021**

Regione / Provincia Autonoma	Ospiti di presidi residenziali	Popolazione over75 non autosufficiente	Copertura del bisogno
PA di Bolzano	5.642	20.791	27,1%
PA di Trento	6.290	23.250	27,1%
Marche	11.383	59.613	19,1%
Veneto	40.908	219.697	18,6%
Lombardia	79.070	440.295	18,0%
Toscana	26.145	148.551	17,6%
Friuli-Venezia Giulia	10.062	63.346	15,9%
Liguria	13.099	92.152	14,2%
Piemonte	28.355	219.890	12,9%
Emilia-Romagna	22.918	218.022	10,5%
Valle d'Aosta	596	5.735	10,4%
Umbria	3.424	35.723	9,6%
Calabria	5.975	102.756	5,8%
Lazio	10.202	192.551	5,3%
Abruzzo	2.959	80.552	3,7%
Puglia	7.034	219.831	3,2%
Molise	463	19.652	2,4%
Sicilia	5.488	257.172	2,1%
Sardegna	1.322	97.825	1,4%
Basilicata	423	33.018	1,3%
Campania	2.383	252.061	0,9%
Italia	284.141	2.972.326	9,6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

Tabella 5.6 Tasso di copertura del bisogno della popolazione 65+ e della popolazione 65+ non autosufficiente tramite ADI. Dettaglio regionale, anno 2021

Regione / P.A.	Popolazione 65+	Prevalenza N.A. 65+	65+ non auto	Casi ADI anziani	Copertura 65+ N.A. via ADI	Copertura 65+ via ADI
Molise	76.120	25,8%	19.639	13.965	71%	18%
Veneto	1.142.745	23,7%	270.831	140.049	52%	12%
Toscana	952.609	26,8%	255.299	115.951	45%	12%
Emilia-Romagna	1.073.202	33,0%	354.157	112.642	32%	10%
Friuli-Venezia Giulia	319.340	21,7%	69.297	20.827	30%	7%
P.A. di Trento	121.842	24,1%	29.364	7.759	26%	6%
Lombardia	2.286.466	24,4%	557.898	146.498	26%	6%
Basilicata	131.267	33,0%	43.318	8.671	20%	7%
Abruzzo	316.711	32,7%	103.564	17.679	17%	6%
Liguria	436.284	21,7%	94.674	14.970	16%	3%
Sicilia	1.079.447	34,6%	373.489	55.392	15%	5%
Marche	381.162	32,3%	123.115	17.360	14%	5%
Lazio	1.293.472	26,9%	347.944	48.902	14%	4%
Umbria	227.477	30,3%	68.926	9.398	14%	4%
Piemonte	1.112.287	22,9%	254.714	34.567	14%	3%
Campania	1.118.545	34,0%	380.305	51.606	14%	5%
Puglia	909.396	32,8%	298.282	38.749	13%	4%
Sardegna	401.716	35,2%	141.404	12.023	9%	3%
Calabria	425.625	35,6%	151.523	10.724	7%	3%
P.A. di Bolzano	105.549	24,1%	25.437	1.106	4%	1%
Valle d'Aosta	30.269	24,0%	7.265	192	3%	1%
Italia	13.941.531	28,4%	3.959.395	879.030	22%	6%

Fonti: ISTAT (2022). Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Dati ISTAT su popolazione al 1/1/2021.

Ministero della Salute (2023) Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno di riferimento: 2021.

Tabella 5.7 Tassi di copertura del bisogno dei servizi sociali, anno 2020

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico servizi sociali	Tasso di copertura servizi sociali
3.935.982	Residenziale	8.777	0,2%
	Semiresidenziale	169.883	4,3%
	Domiciliare (SAD)	133.817	3,4%

Complessivamente, pur con le significative differenze regionali, i dati evidenziano la limitata capacità della offerta del welfare pubblico di intercettare la domanda potenziale.

A conferma della critica situazione evidenziata si riportano le valutazioni contenute nel recente PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027 della Regione Lombardia (Pag 11)

Un cittadino è tanto più fragile quanto più è limitato nello svolgimento delle attività quotidiane e nelle funzioni cognitive. Circa 672 mila cittadini (in Lombardia ndr) usufruiscono di sevizi, prestazioni, e ausili che ne supportano la ridotta autonomia con una prevalenza del 6.8%”.

Applicando i dati nazionali e regionali di copertura del fabbisogno della popolazione anziana Lombarda alla nostra città, si ricava che oltre il 70% del fabbisogno, cioè circa 2.000 cittadini non autosufficienti over 65 anni non è soddisfatto perché, o non è preso in carico o lo è in modo insufficiente dal servizio sanitario e socio-sanitario.

Diventa fondamentale, quindi, organizzare un processo strutturato per la conoscenza e la presa in carico degli anziani non autosufficienti nella nostra città. Questa incapacità del sistema pubblico di farsi carico di una parte importante del bisogno della popolazione anziana ha trasformato un problema sociale in un fatto privato. Chi resta a casa si affida alle “badanti” che in Italia sono circa 1.130.000, di cui la metà irregolari.

ANCHE PER QUESTE TEMATICHE SI RIPORTANO ALCUNE VALUTAZIONI DEI SOGGETTI ISTITUZIONALI E SOCIALI INCONTRATI INFORMALMENTE COME CONTRIBUTO ALLO SVILUPPO SUCCESSIVO DEL PIANO DI SALUTE LOCALE

ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENTI

- I servizi attualmente disponibili a favore degli anziani non autosufficienti vanno quasi tutti nella direzione della istituzionalizzazione e le RSA sono arrivate a fornire prevalentemente servizi tipici di reparti da lungodegenza. Appare quindi necessario sviluppare, anche nel nostro territorio, le RSA aperte e altre tipologie di servizi come centri multiservizi per la domiciliarità
- Per le persone over 65 anni sarebbe utile identificare la figura del Geriatra di famiglia o un ambulatorio geriatrico, anche presso le RSA.
- Le Cooperative e altri soggetti convenzionati con ASST forniscono servizi nell’ambito dei prelievi a domicilio e delle medicazioni soprattutto per pazienti oncologici e persone disabili. Esiste un rischio di competizione tra differenti erogatori di prestazioni per il servizio ADI. Sarebbe auspicabile prevedere la risposta ai bisogni complessivi del paziente cronico tramite un programma coordinato, multiprofessionale che graviti sulle costituenti Case Della Comunità (oltre che COT e Ospedali di Comunità, coinvolgendo ADI, SAD, Infermieri di comunità, Servizi Sociali. Ciò permetterebbe una ottimale aderenza alla territorialità del paziente, bilanciando, nel contempo tutti gli interventi di taglio sanitario, socio-sanitario, e soprattutto sociale.

- Attualmente il SAD (servizio di Assistenza domiciliare) erogato dai Comuni risulta storico, non in sintonia con i nuovi bisogni e quindi in genere è strutturalmente incapace di rispondere alle esigenze diversificate degli utenti.
- I comuni si avvalgono della collaborazione di volontari per garantire prestazioni a persone di questa categoria (trasporti, spesa a domicilio, ecc.) ma va costruita una visione più complessiva che comprenda la dimensione sociale della solitudine. È necessario rivedere i servizi, soprattutto in una ottica di welfare di comunità.
- Risulta necessario costruire istituzionalmente un canale di collegamento tra MMG e Servizi Sociali.

DISABILITÀ

Nell'ambito della disabilità, uno dei problemi principali che viene segnalato riguarda la separazione tra sanitario - socio/sanitario e sociale. È necessario lavorare per produrre proposte che vadano nella direzione di una integrazione di questi aspetti, fortemente impattanti sulla esperienza dei pazienti che a livello territoriale stentano a trovare riferimenti. Sicuramente per il settore sociale c'è un problema di acquisizione di maggiori risorse, ma anche una carenza di visione e di intervento strutturato rispetto ai temi della disabilità e della non autosufficienza, anche nella prospettiva di un superamento di una visione esclusivamente sanitaria e di una promozione dell'autonomia e della socialità delle persone con disabilità.

DEMENZE

La demenza è una malattia, un problema sanitario che però, una volta diagnosticato diventa un problema sociale, ricadendo completamente sulle famiglie e sui servizi sociali: a Lodi, a parte alcune eccezioni, non sono presenti servizi adeguati o sufficiente collaborazione tra geriatri di reparti specializzati e servizi sociali, con conseguente frammentazione degli interventi, in particolare riguardo ai pazienti anziani. Inoltre la stessa esperienza di RSA aperta non è efficace per le persone con demenza che vivono da sole.

DIPENDENZE

Le dipendenze da sostanze, alcool, gioco d'azzardo, social dovrebbero essere affrontate con un'azione strutturata, multidisciplinare e integrata, tra sociale e socio-sanitario, oltre che del SERD ASST.

Nel nostro territorio il sistema dei servizi sociali per anziani e disabili è costituito da:

N. 19 RSA per un totale di 1.531 posti letto autorizzati;

N. 5 CDI (Centri Diurni Integrati) con un totale di 140 posti autorizzati;

N. 3 RSA con 59 posti autorizzati per il ricovero di persone con Alzheimer.

C'è un aspetto politico, per quanto riguarda la non autosufficienza, che va conosciuto ed approfondito.

Il 23 marzo 2023 è stata approvata la legge N.33 con la quale si dovranno definire le "Deleghe al governo in materia di "politiche in favore delle persone anziane". La legge prevede che i relativi decreti attuativi dovrebbero andare in vigore nel mese di gennaio 2024.

Questa legge istituisce un **SISTEMA NAZIONALE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE (S.N.A.A)**. In questo nuovo sistema transiteranno tutte le persone anziane non autosufficienti, **spostando questa tematica** (la NON AUTOSUFFICIENZA) **dalla SANITA' al SETTORE SOCIALE**. **Quindi la non autosufficienza non sarà più un LEA (Livello Essenziale di Assistenza costituzionalmente garantito) ma LEP (Livello Essenziale di Prestazione)**.

La legge prospetta, pertanto, un sistema nel quale, ad esempio, gli interventi domiciliari mirati alla cura e alla tutela degli atti della vita quotidiana dei malati non autosufficienti **dovranno essere garantiti dai Comuni e soprattutto dalle famiglie**.

Si tratta di una riforma che si pone anche obiettivi positivi rispetto alla riorganizzazione dei servizi e degli interventi in questo settore. Ma il passaggio dalla SANITA' al SOCIALE preoccupa molto rispetto alla possibilità di garantire il diritto alla cura a tutte le persone non autosufficienti.

Sarà, quindi, necessario prestare particolare attenzione all'evoluzione di questa legge e del suo relativo nuovo sistema S.N.A.A. in relazione alle ricadute sui bisogni di salute locale.

7) IL PNRR IN LOMBARDIA E A LODI

Il Governo ha previsto con la missione 6 del PNRR

- 203 Case di comunità
- 60 Ospedali di comunità
- 100 Distretti
- 101 Centrali operative territoriali
- Realizzazione degli ambulatori sociosanitari territoriali con la collaborazione dei comuni

Le Case della Comunità sono Luoghi cardine PNRR per potenziare l'assistenza socio-sanitaria a livello territoriale. Hanno la funzione di rinsaldare i legami con la comunità, sperimentare e applicare nuovi modelli di cura, semplificando e migliorando l'accesso alle cure stesse. Prioritario è l'obiettivo della presa in carico del paziente cronico secondo un principio di prossimità e multi professionalità.

Per le Case di Comunità, la prossimità è la dimensione fondamentale per recuperare il rapporto con la comunità stessa. La Casa della Comunità deve essere il luogo della presa in carico dei pazienti e dei loro bisogni, un luogo non isolato ma integrato con le altre strutture sanitarie.

Come possiamo perseguire questi obiettivi?

Non esiste una regola o un unico modello. I processi attuativi da mettere in campo, senza dogmatismi, devono generare un grande coinvolgimento sociale della città e del territorio, degli utenti, degli operatori sanitari e socio sanitari, dei MMG/PLS. Una grande partecipazione sociale che saprà generare le scelte adeguate alla realtà locale: è questo un obiettivo che ci diamo.

Nella nostra città è prevista la "costruzione" di una CASA DELLA COMUNITA' che, se ben organizzata, davvero può dare un contributo al miglioramento della assistenza territoriale.

La responsabilità della ASST è di costruire ed organizzare la Casa della Comunità in modo che si assolvano, nell'offerta socio-sanitaria nella nostra città, anche le funzioni ulteriori rispetto alle attività poliambulatoriale, così come e di seguito riportato (Tab 3.2).

Considerato che a Lodi Città si sta avviando la costruzione della Casa di Comunità presso l'ex Maternità, con il costituendo Organismo di Partecipazione Attiva, previsto dal recente Regolamento Comunale per la partecipazione, si lavorerà per collaborare, per controllare, per fare proposte affinché questa struttura sia fatta secondo il dettato del DM/77 che indica (Tab 3.2) lo standard di servizio nelle Case della Comunità.

Non vogliamo e non dobbiamo sprecare questa opportunità.

Tabella 3.2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (i contenuti della presente tabella hanno valore prescrittivo)

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multi-professionali (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	

Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, (sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. tele-refertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

8) I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Negli ultimi anni è emerso, a livello nazionale e regionale, il problema della carenza dei Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera Scelta (PL). Al momento sul nostro territorio non sono presenti criticità che però potrebbero a breve presentarsi per il possibile pensionamento di un paio di medici. Questa criticità potrebbe essere compensata dall'inserimento con incarichi provvisori dei nuovi medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale (triennio 2023- 26) presso il Polo Formativo della ASST di Lodi che avrà inizio a fine febbraio ed andrà valutata in risposta al bando sugli ambiti carenti che verrà pubblicato a marzo.

Per conoscere e valutare la situazione dei Medici di Medicina Generale nella città di Lodi, anche per una prospettiva futura, riportiamo alcuni dati aggiornati a febbraio 2024:

- in città sono attivi 26 MMG:
 - ▶ 11 di età < ai 60 anni
 - ▶ 12 di età tra i 60 e 66 anni
 - ▶ 3 tra i 67 ed i 68 anni

Pur sapendo che al momento gli MMG, su loro richiesta, possono essere autorizzati dalla ASST a prolungare l'attività convenzionale sino al compimento dei 72 anni, questi dati segnalano una situazione che va attentamente monitorata.

I Pediatri presenti in città sono 7 e al momento non si ravvedono criticità.

9) IL PIANO DI SALUTE LOCALE: COME POSSIAMO UTILIZZARLO

Il documento rappresenta il primo passo per la definizione del Piano di Salute della Città di Lodi. Abbiamo cercato di esaminare gli aspetti fondamentali della sanità locale attraverso la domanda di salute e la capacità di risposta delle strutture locali. Per essere il più oggettivi ed evitare il sentito dire, la percezione dei fenomeni, ci siamo avvalsi del sistema informativo sanitario disponibile., soprattutto attingendo alla ricca e diffusa reportistica nazionale e regionale prodotta da Agenas.

Un aspetto che va certamente enfatizzato è l'opportunità rappresentata dalla costruzione del Piano di Salute Locale che deve avvenire con il concorso e la collaborazione delle istituzioni pubbliche e sanitarie e la partecipazione dei cittadini. Quindi un documento che dovrà fornire una corretta e puntuale conoscenza dello stato di salute della città insieme agli interventi sanitari, sociali e ambientali necessari per migliorare la cura e la salute della popolazione.

Quindi uno strumento dinamico che nel suo definirsi alimenti in città il confronto fra cittadini, Comune, istituzioni sanitarie (ATS- ASST), associazioni del Terzo settore, organizzazioni sindacali, utenti, forze politiche, sui temi della salute e della sanità.

È indubbio che il documento pone più domande che soluzioni. Partendo dalle domande e dalle richieste avanzate ci impegniamo a costruire insieme un percorso finalizzato a creare le condizioni per salvaguardare il diritto alla salute e migliorare il nostro sistema socio-sanitario.

Gli obiettivi che ci poniamo sono:

- ***mettere a disposizione ai soggetti sopra riportati questa prima bozza di Piano della Salute Locale per informare, per avviare un confronto sui contenuti e sui percorsi di lavoro.***
- ***avviare il processo partecipativo previsto dal recente Regolamento Comunale costituendo un Organismo di Partecipazione Attiva Salute***
- ***accompagnare questo lavoro con l'organizzazione di una serie di momenti di approfondimento e confronto sui temi analizzati nel Piano di Salute sia per consolidare il piano stesso, sia per individuare degli obiettivi di miglioramento da porre alle istituzioni socio sanitarie ATS ASST e Regione.***

Le Prime analisi e riflessioni formulate per la costruzione del Piano della Salute Locale hanno evidenziato delle evidenti criticità del sistema socio sanitario locale che si ritiene necessario approfondire organizzando specifici momenti di approfondimento e confronto sulle seguenti tematiche:

- 1. Il ricorso alle cure sanitarie:** dove e come ci curiamo (ricoveri e prestazioni ambulatoriali); in quali ospedali e perché. Le modalità di accesso ed i tempi di attesa. Un approfondimento sull'esistenza o meno di una rete degli ospedali Lombardi. Come avviene la presa in carico del paziente acuto. Il tema dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta: cosa succede nel nostro territorio rispetto alla questione della loro carenza in generale e quale ruolo dentro ad una complessa situazione organizzativa sanitaria
- 2. La malattia cronica:** conoscerne l'incidenza e la prevalenza a livello locale. Conoscere e valutare la situazione della sua presa in carico con i relativi Percorsi Diagnostici Assistenziali applicati. Questo per realizzare il confronto con i parametri previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia previsto dal Ministero della Sanità (NSG) e quindi oggettivare l'effettiva presa in carico e l'efficacia dei servizi sanitari.
- 3. Le patologie cronico degenerative:** conoscere la domanda dei pazienti anziani non autosufficienti, la cura, la sua durata e continuità, la qualità della assistenza e della presa in carico. Questo per cogliere a livello locale i punti di forza e di debolezza dei servizi sanitari, socio-sanitari e residenziali verso una popolazione estremamente fragile.
- 4. La patologia oncologica:** si sottolinea per questo argomento la necessità e l'urgenza di una analisi epidemiologica della situazione in città e nel Lodigiano. Conoscere i fattori di rischio, mettere in correlazione la patologia oncologica con gli stili di vita e le condizioni ambientali. Definire, nell'ambito di attività ed iniziative di prevenzione gli interventi da attuare, sia sul piano di comportamenti individuali da promuovere che sul piano di azioni istituzionali tese all'individuazione e al monitoraggio di fattori di rischio. Queste ultime azioni essenziali per la definizione di strategie di prevenzione primaria e secondaria. Riteniamo

infatti che **sia attivata nel nostro territorio e nel resto dei territori regionali, una costante vigilanza epidemiologica ai fini della produzione di conoscenze condivise tra gli operatori istituzionali e con le comunità locali sulle dinamiche di salute, con un focus specifico sulle patologie oncologiche e sui fattori di rischio ambientali.**

5. Il tema della disabilità: questione che è già affrontata dal settore Sociale e Socio-sanitario dalle istituzioni preposte e da organizzazioni specializzate nel settore. Qui, in questo ambito del Piano di salute Locale potrebbe essere portata a sistema il quadro della domanda, dell'offerta (le famiglie interessate; l'assistenza domiciliare; le strutture socio sanitarie come le RSA, le RSD ecc.).

6. Le Dipendenze e la malattia mentale: conoscere quale è la situazione nella nostra città.

7. La Casa di Comunità: come accompagnare la sua realizzazione anche in relazione a quanto previsto dal DM 77/2022.

8. La tenuta del Servizio Sanitario Nazionale e il rispetto dell'art32 della Costituzione.

Ovviamente abbiamo definito delle possibili aree di lavoro sulla base della analisi fatta, in relazione alla lettura delle informazioni disponibili e con la piena volontà di occuparci della salute pubblica del nostro territorio.

10) LA PARTECIPAZIONE

Il Comune di Lodi ha adottato il “REGOLAMENTO COMUNALE SULLA PARTECIPAZIONE ALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DEI SINGOLI CITTADINI E DELLE LORO LIBERE FORME ASSOCIATIVE”, volendo con esso riconoscere il valore sociale e la funzione dell'attività del singolo cittadino o delle varie libere forme associative e di volontariato, ritenendole espressioni di partecipazione, solidarietà, e pluralismo. Per questi scopi intende avvalersi del loro apporto e contribuire alla loro promozione

L'Art 10 del citato Regolamento disciplina le forme di collaborazione di Cittadinanza Attiva. E' in questo ambito che si intende realizzare un Organismo di Partecipazione Attiva sulla questione della tutela della salute come bene collettivo.

Il Sindaco
Andrea Furegato

La Consigliera Comunale alla
Sanità e alla Medicina Territoriale
Silvana Cesani