INDICE

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO TANTI PROBLEMI - POCHE SOLUZIONI PAG 6

IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE 2025 PAG 8

IL RUOLO DEL COMUNE DI LODI PAG 11

L'INFORMAZIONE: UN DIRITTO PER IL COMUNE, PER I CITTADINI E LE CITTADINE PAG 11

CONFRONTO E COLLABORAZIONE CON ASST e ATS. PROPOSTE E ATTESE PAG 12

I CONTENUTI DEL PIANO PAG 15

I CONTENUTI DEL PIANO: ANALISI E PROPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO: LA DOMANDA DI SALUTE PAG 15

- Analisi dei ricoveri ospedalieri - prestazioni specialistiche-tempi di attesa. PAG 17
- La prevenzione primaria e secondaria e la patologia oncologica PAG 22
  SINTESI PAG 38
- La medicina di genere PAG 39
- La cronicità e la gestione delle patologie croniche PAG 41
  SINTESI PAG 51
- Gli anziani la popolazione dimenticata PAG 52
  SINTESI PAG 70
- Persone con disabilità – disagio psichico – dipendenze PAG 73
  SINTESI PAG 79
- Dove mi curo? Quale struttura sanitaria è adatta al mio caso? PAG 81
- Casa della comunità. Perché' una casa della comunità, quale configurazione, quale approccio e quale funzionamento PAG 89
  SINTESI PAG 96
- Considerazioni/richieste particolari pervenute dall'Unione italiana ciechi e ipovedenti di Lodi (Uici-Lodi) e dai rappresentanti delle comunità straniere PAG 97

IL NOSTRO IMPEGNO PER MIGLIORARE LA SANITÀ LOCALE. IL FUTURO PIANO DI LAVORO PAG 99

Nell'incontro dei gruppi di lavoro, che costituiscono l'Organismo di Promozione e Tutela della Salute, ci siamo confrontati su come documentare e comunicare la nostra visione del SSN. Sono state proposte due versioni che presentiamo. Apparentemente sono due prospettive di osservazione contrastanti, una generale, l'altra specifica e soggettiva, in realtà si integrano ed espongono pienamente la situazione del nostro SSN.

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO TANTI PROBLEMI - POCHE SOLUZIONI (1)

Il lavoro di costruzione del Piano della Salute Locale 2025 di Lodi, il confronto fra e con i gruppi di lavoro, la necessaria consultazione della documentazione prodotta dal Ministero della Sanità (Piano Nazionale Esiti), dai centri di ricerca (Cergas Bocconi – Gimbe- Uni Milano) ci hanno consentito di acquisire maggiore consapevolezza sulla situazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
Evidenziamo qui gli elementi di fondo, quelli che si definiscono le "determinanti del SSN", che, a nostro avviso, ci consentono di valutare lo stato del Servizio Sanitario Nazionale:

- la spesa pubblica per la sanità dopo un incremento nel periodo pandemico (7% del PIL) è scesa al 6,3% del PIL, rispetto al 10/11% di Francia e Germania, con una previsione invariata nel 2025/2026. È indubbio che il SSN attraversa una gravissima crisi di sostenibilità

- l'Italia, anche grazie alla efficacia del SSN, è uno dei paesi con l'aspettativa di vita più elevata. La presenza degli over 65 sul totale della popolazione è del 24%. Fra qualche anno sarà del 30%. Questo scenario demografico: bassa natalità, incremento della popolazione anziana, riduzione della popolazione attiva, condiziona il sistema di welfare. Per approfondire questa tematica si segnala l'interessante lavoro di ***"Francesco Billeri. Il domani è oggi. Costruire il futuro con le lenti della demografia"***

- **SSN: è indubbiamente sotto finanziato** a fronte di una costante crescita dei bisogni sociali e sanitari dei cittadini che è determinata dalla forte prevalenza della popolazione con patologie croniche ormai pari al 40% dei residenti, di cui la metà affetta da pluri-patologie

- **in Italia vivono quasi 4 milioni di anziani non autosufficienti.** La disponibilità di posti letto in RSA, è decisamente insufficiente. **I posti in struttura residenziale finanziati dal SSN sono 300.000, capaci di coprire l'8% dei bisogni** della popolazione over 65 non autosufficiente. In Lombardia le RSA coprono il 15% del fabbisogno mentre a Lodi città il 3,4%. I costi che le famiglie devono sostenere per un posto letto in struttura è di almeno 24.000 euro all'anno

- la spesa privata delle famiglie per i bisogni sanitari, nel **2023 ammontava a 45,9 miliardi** di cui 40,6 out of pocket e 5,2 intermediata. **Significa il 2,2%** del PIL e il 26% della spesa sanitaria complessiva. **Il 52% delle visite ambulatoriali è offerto dal SSN**, mentre il rimanente 48% è fruito in regime privato, in out of pocket (42%) o con intermediazione (6%). Quindi una capacità produttiva del SSN che non va oltre la metà della domanda

- di fatto il **SSN non in grado di coprire universalmente i bisogni.** I Tempi di attesa, per le prestazioni specialistiche in particolare, ha raggiunto situazioni paradossali e gli interventi messi in atto sono contraddittori. La narrazione descrive azioni per azzerare le liste di attesa attraverso incrementi di attività in un sistema senza risorse

- **le prescrizioni sono in aumento, ma i volumi erogati sono in diminuzione.** La produzione del SSN è scesa se paragoniamo il 2023 con il 2019, soprattutto in ambito ambulatoriale (8%), pur essendoci più medici in servizio nel SSN rispetto al periodo pre-Covid ***(Dato Agenas, al netto delle prestazioni di laboratorio. Fonte: presentazione Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA)***. Le prime visite effettivamente erogate sono diminuite del 10%, ma le ricette prescritte da specialisti ospedalieri e MMG sono aumentate del 31%. In tutte le regioni italiane si nota una distanza notevole e probabilmente crescente tra prestazioni prescritte e reale capacità produttiva del SSN, oltre all'attuale incapacità di valutarne l'appropriatezza

- **secondo le rilevazioni Istat, nel 2023 quasi 2,5 milioni sono le persone (pari al 4,2% della popolazione) che hanno rinunciato alle cure per motivi economici**, con un aumento dell'1% rispetto al 2022 (3,2%): quasi 600.000 persone in più rispetto all'anno precedente

- **criticità si registrano anche sul fronte del personale (dal rapporto GIMBE2023). In Italia i medici per 1.000 abitanti sono pari a 4,2,** un dato superiore sia alla media OCSE di 3,7 che alla media EU di 3,9. Abbiamo una classe medica più anziana per effetto del blocco delle assunzioni e probabilmente inserita in una organizzazione del lavoro non efficiente. Insoddisfazione, demotivazione, scarsa considerazione sociale alimentano disagi e frustrazione professionale in questa categoria professionale. Sono noti i casi di abbandono del SSN. **In Italia gli infermieri per 1.000 abitanti sono pari a 6,5,** un dato nettamente inferiore sia alla media OCSE di 9,8 che alla media EU di 9. Secondo la FNOPI dal 2020 al 2023 oltre 40 mila infermieri si sono cancellati dall'albo: 7.878 nel 2020, 9.669 nel 2021, 11.539 nel 2022, 11.271 nel 2023; la portata del fenomeno ed il trend in crescita rappresentano indubbi segnali di allarme di abbandono della professione infermieristica

- **per i MMG: si stima al 1° gennaio 2023 una carenza di 3.114 professionisti,** con situazioni più critiche nelle grandi Regioni del Nord: Lombardia (-1.237), Veneto (-609), Emilia-Romagna (-418), Piemonte (-296)

- cosa succede in questa situazione**: il principio dell'universalismo del SSN non è rispettato, non sono rispettati i LEA, cioè Livelli Essenziali di Assistenza.** Il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) del 2023 non è ancora stato prodotto, tuttavia il 2022 vedeva un numero ridotto di regioni rispettose di questo principio

- **la Prevenzione:** nella legge 833 di costituzione del SSN rappresentava l'aspetto fondamentale, costituendo una delle funzioni essenziali nella tutela della salute. Nel nostro territorio, come in gran parte della Regione, i Servizi/Dipartimenti di prevenzione sono stati condizionati dai progressivi accorpamenti delle ATS, sia nella loro funzione sia nella organizzazione, che nella perdita di personale. Questa inarrestabile tendenza al gigantismo organizzativo ha cambiato la natura dei servizi di prevenzione: nati con una specifica visione e vocazione territoriale, quindi molto legati ai territori, alla loro storia

e cultura, sono invece diventati strutture organizzative di dimensione pluriprovinciale con la conseguenza di attenuare la propria presenza territoriale e la capacità di programmazione e di intervento. Se a questo aggiungiamo la carenza di personale ne risulta, come riportato nel documento di lavoro, un quadro davvero critico

IL QUADRO DELINEATO *non è certamente completo. Raccoglie e documenta le percezioni critiche maggiorente diffuse ma è sufficiente per esprimere alcune considerazioni. Con le dovute differenze regionali possiamo dire che, per chi riesce ad accedere ai servizi sanitari, il SSN nonostante le insufficienti risorse disponibili riesce a mantenere i livelli di prestazioni ancora di buona qualità. Questo è dovuto alla professionalità e disponibilità del personale del SSN.*

Il vero pericolo che segnaliamo è l'assenza di strategia, la mancanza di un pensiero capace di intervenire sul sistema definendo priorità, obiettivi, azioni e scelte conseguenti. *Tutto questo non c'è. Questa situazione alimenta smarrimento e delegittimazione del sistema.*

I cambiamenti avvengono comunque.
L'ISTAT rileva che i pazienti cronici over 65 dichiarano di essere in buona salute nel 43% dei casi se sono laureati, nel 22% se hanno conseguito al massimo la licenza elementare. Così accade anche per le patologie croniche: al crescere dell'istruzione migliora lo stato di salute e l'aspettativa di vita. **Più elevati livelli socio economici influenzano positivamente gli stili di vita, ma anche la capacità di accedere ai servizi e l'aderenza alle terapie e ai percorsi di cura.**

È certamente vero che finanziare il SSN ai livelli di Francia e Germania, ovvero **+2% del Pil che equivale a 40 miliardi,** tenuto conto del PIL stagnante e dell'indebitamento pubblico, è complicato. Tuttavia deve rimanere un obiettivo perseguibile. Alcune scelte di revisione della spesa pubblica consentirebbero di mettere a disposizioni maggiori risorse necessarie per incentivare e incrementare il personale, per far funzionare le Case della Comunità, per riorganizzare l'offerta dei servizi.
Quello che avvertiamo, che gli italiani sentono e che preoccupa tutti, **è l'avvicinarsi al punto critico oltre il quale il deterioramento del SSN diventerà inarrestabile. Non vogliamo assistere inermi, essere soggetti passivi e colpevoli, per questo come comunità cittadini/cittadine di Lodi mettiamo in campo la nostra volontà, le nostre idee, i nostri principi per contribuire a fermare questa pericolosa deriva.**
L'assenza di strategia politica è un dato oggettivo ma a Lodi, come in altre parti del Paese, si stanno attivando processi dal basso che chiedono e propongono cambiamenti al sistema.

IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO
TANTI PROBLEMI POCHE SOLUZIONI (2)

UN'ESPERIENZA SOGGETTIVA

Il titolo è al tempo stesso inizio e conclusione della questione.
L'elefante è diventato adulto e l'atteggiamento radicale di noi occidentali nei confronti delle criticità è sistemare tutto e subito o lasciar perdere – in questo caso non funziona. L'alternativa tra nero e bianco con cui siamo stati educati a considerare le contraddizioni, non è una risorsa a cui appellarsi. Nessuno si azzarda a dire ad alta voce che possiamo rinunciare al nostro modello di sanità. Tutti però, a partire dalla politica, ritengono di poter giustificare lo stato ormai terminale del "malato" dietro allo scudo dell'enormità di lavoro necessario a trovare una soluzione definitiva.
Non tratterò quindi la questione riproponendo l'elenco dei problemi. Li conosciamo tutti a memoria: sono diventati il rosario intorno al quale sono costruiti tutti gli eventi dedicati alla questione. Dai talk show, alle interviste e, per finire, agli "speciali" proposti attraverso la televisione o le testate giornalistiche.

Ho pensato di parlarne attraverso una "macchietta". *Utile spero a spostare lo sguardo dall'elefante "sistema sanitario nazionale" ad alcune questioni su cui sarebbe importante interrogarsi mettendo tra parentesi le risposte di comodo. I protagonisti della "macchietta" sono: una persona con un probabile dito a scatto, il suo fisioterapista di fiducia, l'assicurazione aziendale inizialmente coinvolta per avere il rimborso delle spese sanitarie e il sistema sanitario italiano. Quest'ultimo interpretato da tre aziende sanitarie del privato convenzionato, da un chirurgo ortopedico specializzato sulla mano e, sotto traccia dal Servizio Sanitario Nazionale.*

Atto I° - Ad aprile 2024, *il signor X avverte un forte dolore quando flette o distende il pollice della mano destra e si rivolge al suo fisioterapista di fiducia. Paga la visita privata perché la sua assicurazione aziendale, ora che è pensionato, non copre i ticket del Servizio Sanitario nazionale.*
Questo atto lo chiamiamo "I veri beneficiari delle assicurazioni sanitarie aziendali"

Atto II° *- Il signor X chiama la Casa di cura n° 1 per fissare l'appuntamento con il chirurgo ortopedico che gli è stato consigliato. Ormai siamo a fine agosto e la visita viene fissata per il 26 settembre.*
Il 13 settembre il Signor X riceve un messaggio whatsapp dalla Casa di cura n°2 <<siamo spiacenti ma il suo appuntamento è stato spostato al 3 ottobre presso la nostra struttura. Cordiali saluti>>
Questo atto lo chiamiamo "Presa in carico con sorpresa e zero scuse"

Atto III° *- Arriva il mese di ottobre. Il signor X si presenta alla accettazione della Casa di cura n° 2 dove gli dicono che non è in elenco e non può quindi passare. Il signor X pazientemente ricorda la successione degli accadimenti precedenti. Ottiene di poter accedere alla sala d'attesa quando mostra il messaggio ricevuto.*
Questo atto lo chiamiamo "L'incapacità di comunicare è motore del disservizio"

Atto IV° *- Il signor X viene ricevuto tra un paziente e l'altro e trova conferma della necessità di effettuare tempestivamente l'intervento chirurgico. Purtroppo, per eseguire l'operazione con il*

Servizio Sanitario Nazionale, si deve andare fuori regione. <<Quella in cui caro signore lei abita, ha ormai raggiunto il budget degli interventi dedicati ai residenti. Con il Servizio Sanitario Nazionale in regione possiamo intervenire solo per chi viene da fuori. Possiamo però fare l'intervento presso un'altra struttura in provincia di Pavia. Per lei è una soluzione comoda?>>. Certo che no! Ma il dito ormai è viola, il Signor X non vuole rinunciare al Servizio Sanitario Nazionale e quindi accetta la proposta.

Questo atto lo chiamiamo "Il budget del sistema sanitario, artificio di compensazioni a spese del paziente"

Atto VII° - *Il 18 ottobre alle 07:30 il Signor X si presenta all'accettazione della Casa di cura n° 3 per l'intervento, a 140 Km dalla sua abitazione. L'ingresso, in breve tempo, si riempie di una folla di persone tutte con appuntamento alla stessa ora. Il Signor X arriva primo al reparto triage e ne esce alle 12:00: ultimo di tutti i convocati perché la chiamata era gestita in modo casuale. Sale al blocco Day Hospital, viene fatto accomodare su una poltrona stile chaise longue e aspetta. Alle ore 14:00 lo avvisano che il chirurgo è in ritardo sull'orario previsto (14:30), ma deve attendere le 16:00 perché lo preparino per l'intervento. L'operazione richiede mezz'ora di tempo ma dalla clinica il Signor X esce alle 19:00. Due ore e mezza per decidere come risolvere la condizione di digiuno del paziente. È celiaco e non può mangiare i crackers necessari a somministrare il gastroprotettore e l'antidolorifico previsti da prassi. Il Signor X lo aveva messo per iscritto solo in tre diversi formulari!*

Questo atto lo chiamiamo "Organizzazione e programmazione: non sono solo parole".

In sintesi: la gestione del dito a scatto del signor X ha richiesto sei mesi tra richiesta appuntamenti, visite di controllo e intervento. Per sottoporsi all'intervento è partito da casa alle 4:45 e vi è rientrato alle 20:30, dopo quasi 16 ore e a digiuno. Lui ha pagato il ticket di € 36 previsto dal Servizio Sanitario Nazionale. Ma poiché la struttura appartiene al privato convenzionato, il Servizio Sanitario della regione di residenza del Signor X ha corrisposto alla struttura lombarda dove è stato effettuato l'intervento ulteriori € 1.098.

IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE 2025

Il cammino compiuto per la realizzazione del Piano della salute della città di Lodi non è stato né breve né semplice.
***Nel corso del 2023** è stato definito un obiettivo politico importante: "Il Sindaco di Lodi, anche nel ruolo di Presidente del Distretto Alto Lodigiano, in relazione alle responsabilità di salute pubblica che gli competono.*
***Era il 9 marzo del 2024** quando è stato presentato, in un affollato incontro, il documento **"Verso la costruzione del Piano della Salute Locale",** spiegando che si trattava di "un percorso che è solo l'inizio di un lavoro in progress che ha la necessità di essere implementato con ulteriori obiettivi e riflessioni". Chiusa la presentazione abbiamo da subito avviato il lavoro per la definizione di un Piano della Salute Locale più completo e costruito in modo partecipato. Nel frattempo sono intervenute situazioni che ci hanno fatto riflettere. Alcuni amministratori del territorio e gruppi di cittadini ci hanno contattato per conoscere e condividere la nostra esperienza.*
*Il **25 marzo 2024** la Regione Lombardia ha licenziato la delibera di "Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST..." In sostanza ha chiesto alle ASST di progettare dei piani territoriali entro il 31/12/2024. I contenuti del piano richiesto, di fatto, coincide con la logica e le esigenze che ci hanno guidato nella stesura del nostro primo documento.*
La città pertanto era già pronta ed attrezzata per confrontarsi e collaborare con le istituzioni sanitare locali. Infatti è quello che è avvenuto.

Perché abbiamo fatto il piano della salute della città di Lodi 2025.
*Ribadiamo le finalità originarie di questa esperienza. L'obiettivo è quello di costruire il **Piano della Salute Locale 2025 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 senso di questa esperienza che riteniamo di sottolineare è che i **cittadini hanno un duplice ruolo: sono i destinatari delle iniziative di chi governa le istituzioni pubbliche, ma sono anche fondamentali e preziosi collaboratori per una più puntuale conoscenza dei problemi e delle soluzioni.** Il rilancio del Servizio Sanitario, lo sviluppo del polo territoriale con una sanità di prossimità, con una adeguata e vera presa in carico, una diffusa e permanete azione di prevenzione per migliorare gli stili di vita e l'ambiente, non possono essere raggiunte senza la partecipazione attiva, nella fase di progettazione, realizzazione e soprattutto controllo, dei cittadini che abitano nei territori. Questo è particolarmente vero in un territorio come il Lodigiano distribuito fra piccoli e medi centri, con poli di attrazione territoriali differenti, con una diversa distribuzione dei bisogni e delle opportunità di accesso ai servizi. Situazioni differenti che richiedono interventi costruiti su misura.*

Il Piano della Salute Locale di Lodi *ha l'ambizione di costruire il ponte che collega i bisogni dei cittadini e delle cittadine con le istituzioni sanitarie per:*

- *contribuire alla progettazione e realizzazione di soluzioni adeguate e fattibili;*
- *concretizzare il confronto con le istituzioni sanitarie e politiche;*
- *attivare una permanente vigilanza sulla corretta realizzazione delle decisioni assunte*

Il Piano della Salute Locale di Lodi riteniamo che possa essere utile:
Ai Cittadini e alle cittadine per conoscere quale è la situazione del sistema sanitario locale e per sapere che in Città agisce una Amministrazione Comunale che ha istituito un Organismo di promozione e tutela della salute composto da associazioni e cittadini di buona volontà che si impegnano per migliorare la situazione del sistema sanitario. Di fronte ad una società atomizzata dove la solitudine è una condizione diffusa soprattutto nel momento del bisogno vogliamo che questa azione diventi un impegno collettivo.
Agli esponenti della politica locale, *il Piano esprime una visione integrata ed organica della situazione della domanda e dell'offerta dei servizi. Elementi essenziali per decidere cosa fare e cosa proporre nelle sedi istituzionali. A questo proposito riportiamo un passaggio del discorso alla città di Milano dell'Arcivescovo Delpini per Sant'Ambrogio* ***"La comunità che agisce per un'autentica promozione della salute non deve dimenticare le cause sociali della malattia, prediligendo i più fragili, perché non ricevano solo risposte emergenziali ma anche di prevenzione e cura nella cronicità e progettando interventi incentrati sull'equità e sulla partecipazione dei tanti soggetti diversi, pubblici e privati, istituzionali e informali sociali e sanitari, perché siano armonizzati in un'unica responsabilità pubblica capace di raggiugere tutti".***
Al management sanitario *della ASST/ATS affinché comprendano che c'è una comunità preparata e consapevole dei propri diritti, ai quali non intende rinunciare e che è pronta a collaborare per migliorare i servizi. La stessa comunità che metterà in atto una attenta vigilanza sulla gestione e sui risultati della nostra sanità locale.*
-ai lavoratori e ai professionisti del Servizio Sanitario e Sociale *a cui va riconosciuto che grazie alla loro dedizione, impegno e professionalità sono stati capaci di difendere e tutelare i principi e i valori del sistema sanitario nazionale.*

IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE DI LODI 2025: A COSA SERVE

Come afferma il prof. Gino Mazzoli nel suo libro "*Costruire partecipazione nel tempo della vulnerabilità*" viviamo in un periodo storico caratterizzato da "*un tacito esodo dalla cittadinanza*" accompagnato da "*un ri-sentimento verso tutto ciò che è istituzione*" sia che questa sia rappresentata dallo Stato che dai Comuni.

Date queste condizioni oggettive, il nostro obiettivo è stato indirizzato a mettere le basi per ***sviluppare una nuova alleanza tra cittadini/e e la politica locale per far emergere una rinata volontà ed un interesse alla vita comune.*** *Per poter lavorare in questa direzione ci vuole un cambio di paradigma: i cittadini e le cittadine non possono più essere visti/e solo come destinatari finali di decisioni già assunte. Il loro sapere, anche di natura esperienziale, la loro volontà di protagonismo sociale, la presenza oggettiva e significativa di un fare sociale quotidiano, tutto questo ha la necessità di non venire disperso in mille rivoli, la cui separatezza non permette di coglierne la preziosità.*
Siamo di fronte, quindi, alla necessità di una rivalutazione e di una valorizzazione di questo "pensare" e "fare" che, prima di tutto, deve partire da un compito complesso: l'interconnettere i saperi e le prassi in un prodotto unico in grado di conferire senso e orientamento complessivo sul tema della tutela della salute. Un prodotto che nel suo realizzarsi cerchi di ricostruire

relazioni fra soggetti sociali, singoli cittadini, l'Amministrazione comunale, le istituzioni deputate alla cura della salute, la politica locale. ***Un Piano di Salute Locale che definisce obiettivi di politica sanitaria, socio-sanitaria-sociale da praticare, rivendicare, condividere con la città, come diritti per tutti e tutte.***

IL PIANO DELLA SALUTE LOCALE DI LODI 2025: COME E DA CHI È STATO PRODOTTO

Concretamente, sulla base di quanto previsto nel ***"Regolamento comunale sulla partecipazione all'Amministrazione comunale dei singoli cittadini e delle loro libere forme associative"*** *promosso dall'Assessora alla Partecipazione e approvato con delibera del Consiglio Comunale il 7.6.2023, si è lavorato per la costituzione di un organismo di partecipazione della cittadinanza attiva che si occupasse del tema della tutela della salute.*
Il 9 marzo 2024 è stato presentato pubblicamente il primo documento "VERSO LA COSTRUZIONE DEL PIANO DELLA SALUTE LOCALE – PRIME ANALISI E RIFLESSIONI". In questa occasione è stato ufficializzato l'avvio di un percorso cittadino partecipativo rendendo pubbliche le modalità per l'iscrizione da parte delle organizzazioni sociali e dei cittadini e delle cittadine.
Immediatamente dopo il citato convegno del 9 marzo 2024 è stata indetta una chiamata pubblica per l'iscrizione ***all'ORGANISMO DI PARTECIPAZIONE "TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE"*** *che ha previsto l'iscrizione al registro comunale dei cittadini attivi* (https://sportellotelematico.comune.lodi.it/action%3Ac_e648%3Aregistro.cittadini) *e la presentazione di specifica documentazione (la documentazione informativa, relativa all'argomento, si può reperire al seguente link che rimanda alla home page del sito del Comune di Lodi* https://www.comune.lodi.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/11901)

A QUESTA CHIAMATA HANNO ADERITO:

- **21 cittadini/cittadine**
- **12 associazioni**
- **3 cooperative sociali**
- **1 fondazione**
- **Unitrè**
- **organizzazioni sindacali: Cisl e Cgil confederali;**
- **Spi Cgil e Cisl Pensionati.**

Una presenza estremamente significativa e straordinaria che evidenzia, nei fatti, come il tema della salute e del diritto alla salute sia estremamente sentito in città. Questo è un primo nucleo di iscrizioni, ma si fa presente che l'iscrizione è sempre possibile seguendo la procedura indicata.

IL RUOLO DEL COMUNE DI LODI

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).
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 indagine 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.
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, PER I CITTADINI E LE CITTADINE

Per realizzare "Il Piano della Salute Locale2025 abbiamo dovuto superare una serie di ostacoli. La maggiore in senso assoluto è stata la non disponibilità ad accedere ad un quadro informativo strutturato e utilizzabile per conoscere la realtà della domanda e dell'offerta 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 analisi specifiche.
Questa situazione critica, determinata anche da una "eccessiva prudenza" nella custodia delle informazioni, deve essere 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).
Va comunque sottolineato che nel corso del 2024 la disponibilità informativa sul tema della sanità è migliorata. ***Ci si riferisce in particolare: al primo rapporto epidemiologico annuale per la Lombardia REAL 2023, al recente Portale Statistico dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS); al Piano Nazionale Esiti (PNE) annuale e al NSG (nuovo sistema di garanzia). Di ampio interesse sono i rapporti annuali dei centri di ricerca, in particolare il Rapporto OASI 2024 del Cergas Bocconi ed il rapporto del Gruppo Italiano per***

la Medicina Basata sulle Evidenze Gimbe. A questi si aggiungono le rilevazioni statistiche nazionali prodotte dall' ISTAT, "last but not least", il portale ATS/ASST. Inoltre la Regione nelle regole di sistema 2025 si pone l'obiettivo di sviluppare il portale epidemiologico, non specificando se accessibile alla popolazione o fruibile solo in "area riservata"
Navigando nei vari sistemi si riesce a costruire direttamente e indirettamente un quadro informativo utile alla conoscenza.
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 questi strumenti non si deve però caratterizzare unicamente come "attrezzo interno" alle strutture sanitare ma deve contribuire a diffondere la conoscenza al fine di poter contribuire alla lettura critica e alla trasformazione della realtà. Pertanto questo sistema 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 ancora non esiste, 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 sociosanitarie e sociali, le istituzioni locali ed i cittadini.*** *Il patrimonio informatico, gli strumenti tecnologici e le competenze di cui dispone il SSN/SSR 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.***

CONFRONTO E COLLABORAZIONE CON ASST e ATS. PROPOSTE E ATTESE

ASST di Lodi
La proposta del ***"Il Piano Sanitario Locale 2025 della città di Lodi"*** *contiene ampie coincidenze con il* ***Piano di sviluppo del polo territoriale 2025 2027*** *prodotto dalla ASST. Tutto questo è positivo in quanto parte degli interlocutori della ASST, sono soggetti attivi e impegnati alla stesura del Piano Sanitario Locale di Lodi e da tempo contribuiscono, con la loro conoscenza ed esperienza, al miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari. Quindi una importante convergenza di vedute e di interessi. Questi aspetti si registrano, in particolare, nella rilevazione e analisi dei punti di debolezza e di criticità del sistema sanitario Locale e nell'individuare di alcune aree di bisogno che richiedono un particolare intervento. In altri punti invece i due documenti si differenziano sulla individuazione definizione quali/quantitativa degli obiettivi e sulla le aree di priorità e sui tempi di realizzazione.*

Ci teniamo ad affermare che questo documento che abbiamo prodotto non intende generare antagonismo con l'ASST ma vuole essere il ponte che collega i bisogni e i diritti

dei cittadini e delle cittadine con le istituzioni sanitarie. Quindi reclamiamo che venga considerato come l'autorevole espressione del serio impegno di una comunità che rivendica i sui diritti e si impegna per migliorare la cura e la salute della popolazione. *Sappiamo bene quali sono i problemi e le criticità che sta affrontando il SSN/SSR e siamo altrettanto convinti che sarà più utile per tutti affrontare il futuro difficile che ci aspetta con il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini.*

ATS Città Metropolitana di Milano

Lo stesso impegno di confronto e collaborazione lo vogliamo sviluppare nei confronti della ATS Città Metropolitana di Milano, la quale svolge un ruolo fondamentale nel SSR. In particolare riteniamo indispensabile con l'ATS aprire un rapporto con la città. ***Incontrare la popolazione sui temi trattati nel Piano di Salute Locale per individuare degli obiettivi di miglioramento.*** *Nello specifico pensiamo ad una azione di informazione/formazione sulla situazione epidemiologica della popolazione, sugli stili di vita, sulla ripresa del registro tumori, sulla prevenzione e sulla presa in carico delle patologie croniche. Riteniamo che sia questo il modo efficace per dare un senso alla tutela della salute che l'ATS deve perseguire.*

I CONTENUTI DEL PIANO:
ANALISI E PROPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO:

- La domanda di salute. Analisi dei ricoveri ospedalieri - Prestazioni specialistiche - Tempi di attesa PAG 17
- La prevenzione primaria e secondaria e la patologia oncologica. PAG 22
- La medicina di genere. PAG 39
- La cronicità e la gestione delle patologie croniche. PAG 41
- Gli anziani: la popolazione dimenticata. PAG 63
- Persone con disabilità – disagio psichico – dipendenze PAG 73
- Dove mi curo? Quale struttura sanitaria è adatta al mio caso? PAG 81
- Casa della comunità. Perchè una casa della comunità, quale configurazione, quale approccio e quale funzionamento PAG 89
- Considerazioni/richieste particolari pervenute dall'Unione italiana ciechi e ipovedenti di Lodi (Uici-Lodi) e dai rappresentanti delle Comunità straniere PAG 97

LA DOMANDA DI SALUTE RILEVATA, RICOVERI OSPEDALIERI E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

I dati riportati in questo capitolo si riferiscono agli anni: 2019-2022-2023, relativamente alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale. Le fonti riguardano esclusivamente i dati ufficiali pubblicati sul portale 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 Città Metropolitana dove si rileva (al 13/11/2023) il dato sino al 2023. Considerati gli effetti del COVID sulle strutture sanitarie, i dati maggiormente attendibili per analizzare il fenomeno dei ricoveri sono relativi al 2019 - 2022 e 2023.

RICOVERI RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI LODI

	2019		2022		2023	
Presidi Ospedaliero	***N ricoveri***	***%***	***N ricoveri***	***%***	***N ricoveri***	***%***
Ospedale Maggiore di Lodi	10.868	**39%**	10.231	**40%**	***10.340***	***39%***
Ospedale Delmati - Sant'Angelo Lodigiano	1.103	**4%**	1.318	**5%**	1.106	***4%***
Ospedale Civico - Codogno	2.814	**10%**	2.601	**10%**	2.891	***11%***
Ospedale Rossi - Casalpusterlengo	941	**3%**	475	**2%**	505	***2%***
Altri Pubblici e privati	12.053	**43%**	11.183	**43%**	12.001	***45%***
Totale n ricoveri Provincia di Lodi.	***27.779***	***100%***	***25.808***	***100%***	**26.843**	***100%***

RICOVERI RESIDENTI COMUNE DI LODI

	2019		2022		2023	
Presidio Ospedaliero	***N ricoveri***	***%***	***N ricoveri***	***%***	***N ricoveri***	***%***
Ospedale Maggiore di Lodi	3.143	**55%**	2.704	**51%**	2.765	**50%**
Ospedale Delmati - Sant'Angelo Lodigiano	287	**5%**	377	**7%**	322	**6%**
Ospedale Civico - Codogno	301	**5%**	326	**6%**	366	**7%**
Ospedale Rossi - Casalpusterlengo	97	**2%**	84	**2%**	96	**2%**
Altri Ospedali Pubblici e privati	1.924	**33%**	1.814	**34%**	2.032	**36%**
Totale n ricoveri Residenti Comune - Lodi	***5.752***	***100%***	***5.305***	***100%***	***5.581***	***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.

Nel 2023: ricoveri residenti della provincia di Lodi
Il 2023 rispetto al 2022 vede a livello provinciale un aumento di 1035 ricoveri di cui 818 (79%) sono stati effettuati dal privato che incrementa la sua attrazione arrivando al 45%.

Ricoveri residenti Comune di Lodi
Nel corso del 2023 i residenti di Lodi hanno effettuato 5.581 ricoveri con un incremento di 276 casi rispetto al 2022. Di questi 218 sono stati effettuati dalle strutture pubbliche e private extra ASST di Lodi arrivando al 36% della attrazione.

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 fuori ASST, pari al 36%, 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. Questo dato sarebbe 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.

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 di Lodi non è in assoluto un elemento di criticità, spesso rappresenta una necessità per il paziente (per esempio per la gestione di una patologia complessa non trattata nei presidi locali, oppure si è in presenza di una casistica limitata, i tempi di attesa non rassicuranti, ecc.…).

La domanda che genera questa scelta, spesso accompagnata da preoccupazioni ed ansie, è: **DOVE MI CURO?**
Si tratta di situazioni vissute individualmente ma che coinvolgono un numero significativo di Lodigiani. E' una problematica che deve essere conosciuta e gestita implementando 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, individuando la struttura sanitaria i cui indicatori di efficacia, appropriatezza e qualità sono coerenti con i suoi bisogni sanitari.

Il Piano Nazionale Esiti edizione 2024 sui dati 2023. Un'occasione di confronto

Ulteriori ed utili informazioni sono contenute nella recente pubblicazione del (PNE) ***Piano Nazionale Esiti 2024*** *relativo alla attività 2023, uno strumento del Ministero della Salute, prodotto da Agenas, cioè l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, per valutare il sistema sanitario italiano e quello locale.*

Considerato che la funzione del PNE, attraverso il costante monitoraggio dell'attività, è quella di stimolare una valutazione ed un miglioramento continuo dell'attività sanitaria, risulta 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.

2) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel corso del 2019 (fonte portale ATS) sono state eseguite a livello provinciale 3.459.129 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 dall'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.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali fatte dai residenti della provincia di Lodi. *Nel corso del* ***2023*** *i Lodigiani hanno effettuato 3.794.307 prestazioni, con un incremento pari a + 73.335 (1,9%). La distribuzione fra strutture sanitarie ASST di Lodi ed extra ASST è sostanzialmente invariata.*

Prestazioni specialistiche ambulatoriali fatte dai residenti della CITTA' di Lodi. *Per i residenti di Lodi, nel* **2023** *sono state erogate 728.480 prestazioni specialistiche ambulatoriali a fronte delle 718.636 prodotte nel 2022, cioè + 9.844 (1,23%). Il ricorso maggiore è avvenuto presso le strutture locali con +21.980 (+4,5%) prestazioni mentre le strutture extra ASST hanno ridotto l'attività di - 12.136 (-5%) prestazioni mantenendo comunque il 31% dell'attrazione, consolidando il " vantaggio " competitivo prodotto durante il Covid.*

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMB. Comuni: ASST 2019 - 2022 - 2023						
	2019		2022		2023	
Presidio Ospedaliero	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%
Poliambulatori ASST Lodi	2.149.063	62,13%	1.961.585	52,70%	2.025.043	53,37%
Altri Ambulatori lombardi Pubblici e privati	1.310.066	37,87%	1.759.387	47,30%	1.769.264	46,63%
Totale N. Prestazioni ambulatoriali Provincia di Lodi	3.459.129	100%	3.720.972	100%	3.794.307	100%

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMB. Residenti Comune di Lodi 2019-2022-2023						
	2019		2022		2023	
Presidio Ospedaliero	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%	N. Prestazioni	%
Poliambulatori ASST Lodi	546.496	80,40%	480.517	66,90%	502.497	68,98%
Altri Ambulatori lombardi Pubblici e privati	133.567	19,60%	238.119	33,10%	225.983	31,02%
Totale N. Prestazioni ambulatoriali Residenti Comune - Lodi	680.063	100%	718.636	100%	728.480	100%

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 vene assolta, né tanto meno di valutare l'efficacia dei piani messi in atto per il recupero delle prestazioni non effettuate durante il COVID.

Si segnala che il quadro della domanda di prestazioni specialistiche non è esauriente per produrre una analisi compiuta in quanto i dati disponibili non tengono conto delle prestazioni erogate dalle strutture private non convenzionate né dalle strutture fuori regione.

3) TEMPI DI ATTESA

TEMPI DI ATTESA *Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, è ancora 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 per la 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.*

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

La questione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie costituisce, quindi, una criticità nodale per tutte le organizzazioni di offerta appartenenti al SSN e su tutto il territorio nazionale. Molteplici sono le misure e i tentativi che vengono messi in atto per la riduzione delle liste d'attesa ma è innegabile che questo fattore è di fatto ***un ostacolo all'accesso alle cure e dunque una minaccia alla tutela della salute.*** *A titolo d'esempio, nella tabella pubblicata sul sito dell'ASST di Lodi che riportiamo, vengono illustrati alcuni dati sui tempi di attesa di alcune prestazioni di diagnostica o di esami strumentali.*

Emerge con evidenza che per alcune prestazioni si supera il tempo massimo previsto dai termini di legge. Si tratta di un problema decisivo per la garanzia di accesso ai servizi sanitari della cittadinanza dal momento che il dilatarsi delle liste di attesa porta una parte della cittadinanza a rinunciare ai controlli periodici e alle visite preventive*, se non addirittura a rassegnarsi alla necessità di rivolgersi alle prestazioni dei Centri privati senza una garanzia di continuità del percorso.*

PRESTAZIONE CODICE MIN.	PRESTAZIONE DESCRIZIONE	TEMPO AZIENDALE	Sedi nei vari Presidi dell'Azienda			
			LODI	S.A.L.	CASALE/PUSTERLENGO	CODOGNO
45.16	GASTROSCOPIA CON O SENZA BIOPSIA	**147**	148			147
48.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	**400**	400			405
45.25	COLONSCOPIA CON O SENZA BIOPSIA	**400**	400			405
87.03	TAC del CAPO	**107**	154	107	134	112
87.03.1	TAC del CAPO cmdc	**105**	105			216
88.38.1	TAC RACHIDE	**107**	154	107	134	112
88.38.2	TAC RACHIDE cmdc	**105**	105			216
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	**76**	180			76
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	**76**	180			76
87.41.1	TAC del TORACE cmdc	**105**	105			216
87.41	TAC del TORACE	**107**	154	107	134	112
88.01.2	TAC ADDOME SUPERIORE cmdc	**105**	105			216
88.01.1	TAC ADDOME SUPERIORE	**107**	154	107	134	112
88.01.4	TAC ADDOME INFERIORE cmdc	**105**	105			216
88.01.3	TAC ADDOME INFERIORE	**107**	154	107	134	112
88.01.6	TAC ADDOME COMPLETO cmdc	**105**	105			216
88.01.5	TAC ADDOME COMPLETO	**107**	154	107	134	112
88.38.5	TAC BACINO	**107**	154	107	134	112
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	**320**	320			332
88.73.1	ECO MAMMELLA bilaterale	**121**	180	121		187
88.73.2	ECO MAMMELLA monolaterale	**121**	180	121		187
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	**60**	180	60		
88.74.1	ECO ADDOME SUPERIORE	**158**	188	158		285
88.75.1	ECO ADDOME INFERIORE	**158**	188	158		285
88.76.1	ECO ADDOME COMPLETO	**158**	188	158		285
88.71.4	ECOGRAFIA CAPO E COLLO	**158**	192	158		285
88.77.2	ECODOPPLER ARTI	**60**	180	60		
88.78	ECO OSTETRICA	**30**	30			34

LA PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA E LA PATOLOGIA ONCOLOGICA

Il Prof Silvio Garattini intervistato sulla situazione del sistema sanitario ha affermato: ***"In Italia ci sono ben 4 milioni di malati di diabete di tipo 2, una malattia evitabile. Il 40% dei tumori è evitabile ma nel nostro paese ogni anno muoiono di cancro 180 mila persone. Dobbiamo fare prevenzione. C'è bisogno di una rivoluzione culturale, perché ci siamo dimenticati che non tutte le malattie piovono dal cielo. Abbiamo sviluppato un sistema che si è concentrato tutto sulle cure, delle quali c'è un grande mercato che vuole crescere come tutti i mercati."***
(Repubblica del 2 agosto 2024).

COME FARE PREVENZIONE

Si hanno **3 forme di prevenzione,** *tra loro fortemente intrecciate:*

- **STRUTTURALE: interviene su ambiente di lavoro, salubrità degli alimenti - animali e non - acqua potabile, aria -outdoor e indoor-, siti contaminati, amianto, scuole**…, *ma anche scelte urbanistiche e di uso del territorio, Regolamenti comunali (di igiene, di fognatura, edilizio…)*

- **PROMOZIONE SALUTE: interviene su comportamenti individuali in diverse fasce d'età (fumo, alcool, obesità, nutrizione, attività fisica:** *scuole e aziende che promuovono salute (scuole HP, aziende HP); Città e salute. L'agire sui comportamenti soggettivi è fondamentale ma difficilmente praticabile se non si è compiuto un lavoro serio a livello strutturale. E' infatti essenziale, perché siano credibili e quindi efficaci, che le attività di prevenzione che richiedono l'impegno dei singoli cittadini si collochino in un contesto di forte impegno di prevenzione strutturale.*

- **INDIVIDUALE: vaccinazioni, screening tumori,** *ma anche prevenzione dell'aggravamento cardiologico, diabetico, ecc., profilassi viaggiatori e migranti. …*

Alcune condizioni sono necessarie per una prevenzione efficace

- *La prevenzione la fanno i vari attori; il Dipartimento di Prevenzione fa attività di indirizzo e controllo, salvo per la prevenzione individuale, per cui eroga prestazioni. Occorre quindi per la prevenzione non individuale operare su dimensioni di ambito provinciale, in modo da coinvolgere i vari attori al loro livello decisionale*

- *Ricostruzione/costruzione della rete delle integrazioni: con dipartimenti interni (Veterinario, Socio-sanitario), Enti come ARPA, INAIL, Ispettorato del Lavoro, VVF, CCIAA, Scuola, Provincia e Comuni, e tutt'altro che ultime, le parti sociali: Organizzazioni Sindacali e Associazioni Datoriali, ordini professionali*

- *Rapporto con la medicina del Territorio per la prevenzione individuale e non solo (MMG e PLS per vaccinazioni, MMG e screening, attività dei consultori)*

- *Riunificazione delle funzioni di governo e di erogazione (no a separazione funzioni: es. vaccinazioni)*

- *Recupero e potenziamento di risorse e acquisizione di competenze specifiche, non solo medici e Tecnici della Prevenzione. Occorrono anche ingegneri, informatici, comunicatori, rapporto con Università, funzioni di Laboratorio di sanità pubblica (oggi si fa quasi solo autocontrollo).*

LA PREVENZIONE IN ITALIA, IN LOMBARDIA, A LODI E NEL LODIGIANO

Il PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025 (PNP), *adottato il 6.8.2020, con una Intesa in Conferenza Stato-Regioni, "è lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di prevenzione e promozione della salute, da realizzare sul territorio, e mira a garantire sia la salute individuale e collettiva sia la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso azioni quanto più possibile basate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità che accompagnano le cittadine e i cittadini, in tutte le fasi della vita, nei luoghi in cui vivono e lavorano".*

COSA PREVEDE IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)
Il PNP 2020-2025 individua 6 macrobiettivi: *MO01 Malattie croniche non trasmissibili, MO02 Dipendenze da sostanze e comportamenti, MO03 Incidenti domestici e stradali, MO04 Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali, MO05 Ambiente, Clima e Salute, MO06 Malattie infettive prioritarie.*
Rispetto ai macrobiettivi il Piano si articola in Programmi Predefiniti e Programmi Liberi.
I programmi predefiniti sono obbligatori per tutte le Regioni (non necessariamente tutte le ASL/ATS), secondo i Programmi Predefiniti nazionali, i programmi liberi sono gestiti dalle regioni.
LA REGIONE LOMBARDIA ha definito il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, *nel rispetto dei vincoli del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025.*
Come indicato dai documenti regionali: **"Il piano regionale di prevenzione (PRP) è lo strumento di programmazione regionale per tutta l'area della prevenzione, promozione della salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche degenerative, comprese le dipendenze.** *"Il Piano mira a promuovere e supportare la salute individuale e collettiva secondo un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, nel quale l'attenzione alla centralità della persona e della comunità è un elemento essenziale, nella consapevolezza che la salute è determinata non solo da fattori biologici o comportamenti individuali, ma anche da fattori ambientali, sociali ed economici da sostenere anche per un approccio di equità".* **Dunque il Piano Regionale è lo strumento fondamentale per la messa in atto di interventi organici di prevenzione nei confronti della popolazione lombarda.**

L'attuazione del PRP è affidata alle ATS, per il Lodigiano alla ATS della città metropolitana di Milano.
E' evidente che ogni realtà locale presenta proprie caratteristiche socio economiche oltre che epidemiologiche; di conseguenza l'applicazione del piano a livello locale deve essere implementato in ragione delle specifiche situazioni territoriali che vanno conosciute e studiate, attivando un vero e diffuso coinvolgimento della popolazione, delle istituzioni locali, delle organizzazioni del terzo settore e del volontariato, delle organizzazioni sindacali.

L'ATS della città metropolitana di Milano, cui spetta l'applicazione del piano di prevenzione Regionale nella nostra città e nel Lodigiano, ha adottato il Piano Integrato di Promozione della Salute (PIL 2024) che, come sottolinea la stessa ATS "si configura quale Documento di programmazione locale in cui si declinano gli obiettivi e le azioni del Piano Regionale della Prevenzione 21-25 (DCR 2395/2022)"

Quindi l' ATS attraverso l'adozione dei Programmi locali si propone di perseguire alcuni obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (DCR 2395/2022) in particolare:

- *Programma Predefinito 1 – Scuole che promuovono salute*
- *Programma Predefinito 2 – Comunità attive*
- *Programma Predefinito 3 – Luoghi di lavoro che promuovono salute*
- *Programma Predefinito 4 – Dipendenze*
- *Programma Predefinito 5 – Sicurezza negli ambienti di vita*
- *Programma Libero 16 – Promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni*
- *Programma Libero 19 – Conoscenze e strumenti per la programmazione e prevenzione*
- *Programma Libero 20 – Prevenzione della cronicità*

IN TUTTI I PROGRAMMI SI TIENE CONTO degli aspetti di equità.

Il documento del piano non esplicita in modo oggettivo l'attività svolta negli anni precedenti, ovvero i risultati, gli obiettivi attesi raggiunti e non raggiunti, né quali risultati si intendono perseguire nel 2024 per il Lodigiano e per la città di Lodi.
Il piano non è conosciuto dalla gran parte dei destinatari, né condiviso nella sua parte strategica né sulle azioni da attuare.
Di fatto non siamo in presenza di una azione di informazione e coinvolgimento della popolazione interessata.

Inoltre non sono documentati, in modo specifico per la nostra città e per il territorio, gli interventi pertinenti ai Programmi Predefiniti 7 e 8 attinenti alla **prevenzione negli ambienti di lavoro,** *nonostante Regione Lombardia, e ATS di Milano in particolare, abbia la responsabilità del gruppo di lavoro del coordinamento nazionale per quanto riguarda la prevenzione in agricoltura.*
Ciò non significa che non si fa prevenzione in ambienti di lavoro, ma che l'ATS non sembra darvi un valore strategico. Considerazioni analoghe valgono per PP9 **(Ambiente, clima e salute)** *e PP10* **(Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza).**

È evidente che le condizioni per una efficace operazione di prevenzione devono essere: la conoscenza delle caratteristiche sociali, produttive, economiche ed epidemiologiche del territorio; il reale coinvolgimento della popolazione attraverso una adeguata informazione e la realizzazione di un empowerment sociale.

QUALE PREVENZIONE: LE AREE DI INTERVENTO INDICATE DAL RAPPORTO EPIDEMIOLOGICO ANNUALE - LOMBARDIA (REAL) N. 1, 2023

Il rapporto Epidemiologico annuale prodotto dalla Regione Lombardia -REAL 1 2023- ***è un importante fonte di informazione sulla situazione epidemiologica della popolazione*** *con utili approfondimenti territoriali. In particolare il Cap 11.1* ***Stili di vita e fattori di rischio,*** *esamina anche sotto il profilo quantitativo gli stili di vita ed i possibili fattori di rischio che rappresentano un importante rifermento per qualsiasi azione di prevenzione.*

In particolare il Capitolo STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO *(a cui rimandiamo per eventuali approfondimenti)* ***offre indicazioni e spunti di riflessione per implementare mirate azioni di prevenzione.***
Impiegando i dati riportati che come indicato "sono stati ottenuti da elaborazioni di dati pubblicati sul datawerhouse dell'Istituto Nazionale di Statistica (Appendice 7)", indirettamente è possibile stimare e rappresentare l'impatto sulla popolazione a Lodi e nel Lodigiano nelle specifiche aree di rischio.

STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO

ABITUDINE AL FUMO

Nel 2021, **il 18,3% della popolazione lombarda di età ≥14** *anni fumava, fumando in media 10,8 sigarette al giorno. La prevalenza di fumatrici/fumatori è lievemente inferiore rispetto al dato nazionale (19,0%). Tuttavia, se consideriamo il numero di fumatori, la Lombardia, essendo la regione più popolosa del Paese, è quindi la regione con il più alto numero di fumatori (circa 1,6 milioni)*

CONSUMO DI ALCOL

Nel 2021 il 56,9% della popolazione lombarda beveva vino e il 2,1% ne beveva più di mezzo litro al giorno. *Questi livelli di consumo sono superiori al livello medio nazionale. La prevalenza di consumatrici/consumatori di bevande alcoliche fuori pasto in Lombardia è del 33,8% dato superiore alla media nazionale (30,7%)*

ECCESSO DI PESO

In Lombardia il 31,2% della popolazione di età ≥18 anni nel 2021 era in sovrappeso e il 10,5% obesa. *Queste prevalenze sono inferiori ai valori nazionali e la Lombardia è la regione con i più bassi livelli di sovrappeso e obesità. Tuttavia, con circa 2,6 milioni di persone in sovrappeso e 883 mila obesi, la Lombardia è la regione in cui risiedono il maggior numero di persone con eccesso di peso in Italia*

ECCESSO PONDERALE

Il 17,6% di bambine e bambini lombardi risulta sovrappeso. Il 4,7 % è obeso. Le percentuali sono inferiori rispetto alla media nazionale (rispettivamente 20,4% e 9,3%). I maschi risultano più obesi rispetto alle femmine.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Nel 2021, circa il 60% della popolazione di età ≥3 anni in Lombardia consumava 2-4 porzioni di frutta e verdura, un dato in linea con quanto stimato nell'intero Paese. A consumare almeno 5 porzioni erano invece solo il 5,4% degli individui (532 mila individui), Tuttavia, una quota non trascurabile (21,6%) della popolazione Lombarda non consuma né frutta né verdura. Quest'ultimo dato è lievemente superiore alla media nazionale (20,6%)

SEDENTARIETÀ

In Lombardia il 22,6% delle persone di età ≥3 anni si consideravano sedentarie nel 2021, ossia non hanno praticato alcun sport né attività fisica. Se consideriamo il numero di persone sedentarie, la Lombardia è la terza regione dopo la Campania e la Sicilia in cui vivono il maggior numero di persone sedentarie.

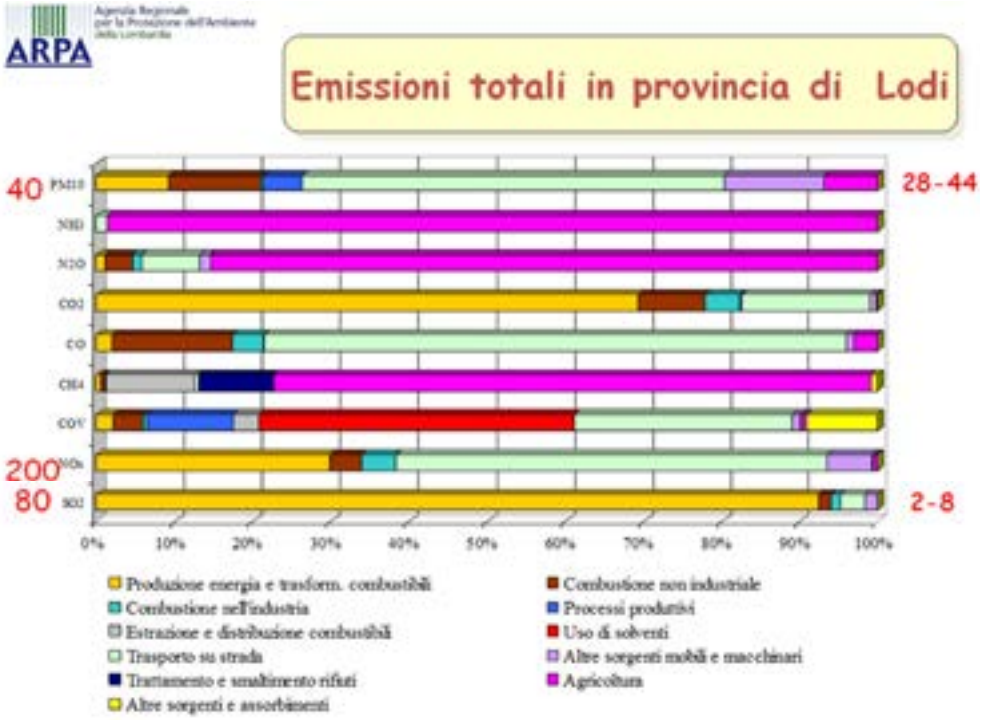
QUALITÀ DELL'ARIA ED EFFETTI DELLA SALUTE

Impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico.

Negli ultimi trent'anni sono state pubblicate moltissime ricerche scientifiche che dimostrano la strettissima correlazione tra l'esposizione all'inquinamento atmosferico e gli effetti sulla salute dei cittadini, soprattutto correlate al particolato atmosferico grossolano (PM10) e al particolato cosiddetto fine (PM2.5).

La condizione di Lodi e del Lodigiano nella serie storica appare nel complesso sovrapponibile a quella delle zone lombarde collocate nella pianura padana, risentendo di analoghe condizioni climatiche e atmosferiche e almeno parzialmente di analoghe fonti di inquinamento, in particolare per quanto riguarda il traffico veicolare.

La tabella seguente, presentata da ARPA regionale in occasione del convegno di Lodi sulla qualità dell'aria del 2008 mostra per i parametri all'epoca monitorati il peso percentuale delle diverse fonti di inquinamento. Contributi particolari per il nostro territorio derivano dall'asse autostradale, dalla presenza di centrali di produzione energia e, limitatamente ad alcuni parametri, dalla zootecnia. Abbastanza scarso il peso del riscaldamento, anche per la diffusa metanizzazione del territorio.



ZOOTECNIA: LA REGIONE LOMBARDIA NEL CONTESTO NAZIONALE

In Lombardia l'agricoltura è responsabile del 25% delle emissioni dei composti organici volatili, *del 65% di CH4, del 70% di N2O, del 97% di NH3, 4% del PM2.5, del 7% di PM10 e del particolato sospeso totale, del 66% delle sostanze acidificanti. Incide su emissioni clima alteranti, in misura minore, ma sensibile, sulla produzione secondaria di particolato (specie PM2,5).*

Al fine di conoscere gli effetti dell'inquinamento atmosferico da fonte agricola nella nostra regione, e le prime ipotesi di intervento, si rimanda alla Missione valutativa ***n. 30/2022 "POLITICHE PER CONTRASTARE L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO DA FONTE AGRICOLA"*** *derivante dall'Accordo di collaborazione fra il Consiglio regionale della Lombardia e il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche (DSSP) dell'Università degli Studi di Milano del 28 marzo 2022. La ricerca per questa missione valutativa è stata diretta e coordinata da Roberto Pedersini (roberto.pedersini@unimi.it). Gloria Regonini ha scritto il rapporto ed è a disposizione per approfondimenti (gloria.regonini@unimi.it).*

"Questo rapporto intende fornire un quadro dei complessi fattori che hanno reso Regione Lombardia, e in particolare le sue aree di pianura, tra le più colpite dall'inquinamento dell'aria da fonte agricola".

ACQUE SUPERFICIALI E SOTTERRANEE

In Italia solo il 43% dei fiumi e il 20% dei laghi raggiungono l'obiettivo di qualità "buono" per lo stato ecologico; presentano invece uno stato chimico buono il 75% dei fiumi e il 48% dei laghi (dati SNPA). Per il nostro territorio e per la città di Lodi è utile conoscere almeno la situazione del fiume Adda, della falda, e la situazione delle acque potabili, specie da pozzi privati.

SUOLO, CONSUMO DI SUOLO E COPERTURA FORESTALE

La tabella riporta i dati provinciali di consumo del suolo rilevati nel 2019- Il Lodigiano si caratterizza per un elevato consumo di suolo per mq/ ab anno. Fonte: REAL 1 2023

Provincia	Suolo consumato 2019 [ha]	Suolo consumato 2019 [%]	Incremento consumato anno 2018 / 2019 [ha]	Suolo consumato pro capite 2019 [m²/ab anno]
Varese	25099	20,9	35,8	186,8
Como	15615	12,2	22,9	145,2
Sondrio	8444	2,6	11,4	188,8
Milano	49742	31,5	65,8	76,7
Bergamo	32525	11,8	85,0	147
Brescia	49527	10,3	183,9	200,6
Pavia	28104	9,5	42,7	201,5
Cremona	18450	10,4	65,8	269,9
Mantova	24639	10,5	83,6	317,8
Lecco	9648	12,0	9,1	166
Lodi	9492	12,1	15,0	206,6
Monza e Brianza	16456	40,6	21,1	132,2

Un consumo di suolo ulteriormente aumentato in questi anni per la presenza di numerosi siti di logistica.

INQUINAMENTO DA AMIANTO

La presenza delle fibre di amianto nell'ambiente comporta inevitabilmente dei danni a carico della salute, anche in presenza di pochi elementi fibrosi. È un agente cancerogeno. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) di Lione ha incluso tutte le forme di amianto nella lista delle sostanze sicuramente cancerogene per l'essere umano (Gruppo 1). Nocivo per la salute è anche il cemento amianto (la cui denominazione commerciale è "eternit" (un impasto di cemento con amianto in ragione di circa il 15% in peso). Il cemento amianto è materiale compatto che può rilasciare fibre se tagliato, abraso, perforato oppure se deteriorato col tempo o da agenti atmosferici.

LA PROPOSTA DEL PIANO DI PREVENZIONE PER LA CITTÀ E PER IL TERRITORIO PROVINCIALE

Tenuto conto delle aree di criticità rilevate dal report REAL 1 2023 e del conseguente impatto sulla salute della popolazione proponiamo alla ATS e ASST la definizione di un piano di prevenzione adeguato per la nostra città e per il territorio. Consideriamo questa proposta un'occasione per avviare un confronto con le istituzioni sanitarie (ATS, ASST) per realizzare una collaborazione positiva sulla attività di prevenzione in città. Una azione di prevenzione deve avere una proiezione di medio e lungo periodo, essere presente cioè come elemento vivo nella città, percepita dalla popolazione di riferimento come utile, interessante, educativa e concreta. Inoltre deve essere in grado di specificare gli obiettivi che intende perseguire e, per non essere autoreferenziale, valutare la propria attività attraverso specifici indicatori di processo e di esito.

PROGRAMMI PREDEFINITI (PP) Obbligatori per tutte le regioni sulla base delle formulazioni del Piano Nazionale (PNP)	CONTENUTI	OBIETTIVI ATTESI
PP01 Scuole che promuovono Salute	programmi con scuole su prevenzione in infanzia ecc., alimentazione, mensa e gestione di gusti e intolleranze alimentari, obesità infantile.	Partendo da una valutazione critica di quanto acquisito, fissare obiettivi annuali quantitativi di attività e di risultato. Coinvolgere nel 2025 il 50% delle scuole, il 70 % nel 2026, il 90% nel 2027.
PP02 Comunità attive	adulti, urban health, piste ciclabili, fumo, alcool, attività fisica.	Fissare obiettivi quantitativi di attività e di risultato, coinvolgendo le amministrazioni locali- Fine 2025 produzione del piano di intervento.
PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute	programmi e realizzazioni tematiche: fumo, attività fisica, mal di schiena, coinvolgere almeno il 50% delle aziende del lodigiano.	Obiettivi da definire con le parti sociali in sede di art. 7/81, tenendo conto di PP4, PP6, PP7 e PP8.
PP04 Dipendenze	interventi di formazione e informazione presso scuole, carcere.	Predisporre strumenti di contrasto In grado di rispondere alla domanda che si vuole evocare, a partire da fumo e alcool- Realizzazione di almeno 4 interventi annuali.
PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	infortuni domestici e sportivi, abitabilità e urbanistica, governo del territorio, sicurezza stradale. Rilevazione del fenomeno e conseguente intervento.	Predisposizione di un piano organico di rilevazione e di intervento, a partire da palestre scolastiche e impianti sportivi e sicurezza delle attrezzature dei centri estetici.
PP06 Piano mirato di prevenzione	metodologia di indirizzo e controllo.	Predisporre piani mirati in aggiunta a quanto già previsto per altri PP
PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	Contrasto dei rischi specifici. **Agricoltura:** In ATS e in particolare nel Lodigiano sono tuttora allocati il coordinamento nazionale della prevenzione in agricoltura e la gestione	Coordinamento territoriale in commissione provinciale art. 7/81, prevedendo anche gruppi di lavoro che sviluppino analisi dati e

	del relativo portale da sviluppare ulteriormente. **Edilizia:** monitoraggio e riduzione del rischio infortunistico e per la salute, sviluppo della formazione.	iniziative mirate alle criticità territoriali rapporto organico con CPT e sviluppo di piani mirati di prevenzione Edilizia: rapporto organico con CPT e scuola edile. Predisporre documentazione che verifichi lo stato di fatto nei principali comparti e delinei strategie che coinvolgano i diversi attori sulla base del PRP. Organizzazione di incontri almeno semestrali che registrino impegni e verifica dei risultati.
PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	contrasto dei rischi specifici (cancerogeno, ergonomico, da stress lavoro correlato) Produzione e promozione di documenti di indirizzo, in particolare per sorveglianza sanitaria.	Definizione partecipata in commissione provinciale art. 7/81 di strategie di intervento (controllo e assistenza) tramite Piani Mirati di Prevenzione Promozione di qualità, appropriatezza e efficacia della sorveglianza sanitaria
PP09 Ambiente, clima e salute	Pianificazione urbanistica, amianto e sindaci, amianto ex esposti, rischio chimico e REACH, sorveglianza epidemiologica, calore e anziani. ARPA e situazione ambientale, aree dismesse. Il fiume e non solo.	Piano amianto regionale entro 2025. Realizzazione di una Rete regionale integrata ambiente e salute entro 2023 Aree dismesse: **piano di monitoraggio e comunicazione** Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato (REAC H) Acque potabili: sistema informativo integrato. **Qualità dell'aria:** piano di controllo e contenimento delle fonti locali di inquinamento
PP10 Misure per il contrasto dell' Antimicrobico-Resistenza	antibiotici in ospedale e in zootecnia. Controllo della appropriatezza prescrittiva.	Il Lodigiano per le sue caratteristiche deve sviluppare esperienze esemplari a livello zootecnico e ospedaliero-Predisposizione del piano entro il 31/12/2025

PROGRAMMI LIBERI (PL)	CONTENUTI	OBIETTIVI ATTESI
PL12 Nutrire la Salute	Alimentazione, fumo. Alcool, attività fisica, lotta a obesità, consumo frutta e verdura.	Riguarda adulti e anziani. Da collegare a PP1 e PP3. Realizzare almeno n. 3 iniziative in città.
PL13 Malattie Infettive trasmesse da alimenti	prevenzione, sorveglianza e controllo.	Attività SIAN e veterinaria su tossinfezioni ai vari livelli
PL14 Screening oncologici: Obiettivi	acquisire dati adesione ed efficacia, conoscere programmi sperimentali (prostata, polmone, cute, vaccinazioni HPV).	Definire e condividere obiettivi nel tempo. Realizzazione di almeno 3 iniziative di informazione e sensibilizzazione in città
PL15 Malattie infettive	quadro logico, preparedness e piano pandemico.	Definizione obiettivi e monitoraggio stato di avanzamento. Reporting semestrale
PL16 La promozione della salute in gravidanza nei primi 1000 giorni	Promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e prevenzione nei primi 1000 giorni. Accrescere le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici Promozione della immunizzazione.	Definire interlocutori ed esecutori. Definire il piano di attività. Quantificare attività- Realizzazione di 2 iniziative di informazione in città
PL18 Malattie Infettive prevenibili da Vaccino	Interventi di sensibilizzazione della popolazione attraverso i MMG e iniziative mirate.	Rilancio obiettivi di copertura per infanzia e adulti, con obiettivi
PL19 Conoscenze e strumenti per la programmazione e la prevenzione	Relazione sanitaria per coinvolgere i decisori.	Predisposizione di relazione sanitaria annuale con specifico riferimento al territorio.
PL20 Prevenzione della Cronicità	Vedi sopra. Valorizzare aspetti di prevenzione degli aggravamenti.	Inquadrare con numeri; definire interlocutori e obiettivi locali a livello distrettuale. Obiettivo della presa in carico almeno il 35% dei pz cronici
PL21 Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse	Da collegare a scuole (superiori), PP4 e anche PP3.	Non solo AIDS. Definire numeri e obiettivi locali
PL22 Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori	WND e Dengue, malaria, ecc. Legionella: alberghi e ospedale (vedi linee guida).	Obiettivi locali di lotta ai vettori. Sorveglianza veterinaria e impegno dei comuni
PL23 Malattie infettive correlate alle condizioni di vita	Extracomunitari e TBC, scabbia, carcere ...	Fare il punto (contestualizzare i dati di piano) e definire interventi
EDUCAZIONE SESSUALE E ALL'IGIENE MESTRUALE-GINECOLOGICA.	**Progetto mutandine mestruali:** partecipare alla promozione, per l'anno 2025, di questo progetto (già avviato da associazioni/movimenti e enti del Lodigiano) con valenza di azione civica, sociale e ambientale, che prevede di donare mutandine mestruali alle studentesse di prima superiore.	**Gli obiettivi** sono: educativi (superamento del tabù e dei pregiudizi fra i giovani delle mestruazioni), sociali (contrasto alla povertà mestruale), ambientali (evitare il conferimento in discarica di migliaia di assorbenti). **Promozioni di azioni concrete contro la povertà mestruale. Realizzazione di n. 4 iniziative in città.**

GLI INTERVENTI CHE RITENIAMO PRIORITARI

CONOSCENZA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE A LODI E NEL LODIGIANO

Il tema della patologia oncologica per Lodi e il nostro territorio è un aspetto centrale *che genera una diffusa preoccupazione 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 sotto il profilo epidemiologico può fornire indicazioni sulle cause della diffusione della patologia oncologica, sugli interventi di prevenzione da mettere in atto sulle persone, sull'ambiente e sull'uso territorio.*

In passato molto è stato fatto, *sia sul piano dell'analisi epidemiologica di mortalità sia nella ricerca di possibili fattori eziologici senza trovare particolari specificità per il territorio, ma individuando una spiegazione demografica degli eccessi di mortalità per i principali tumori.*

Uno dei risultati importanti fu l'istituzione e attivazione del Registro Tumori*, a testimonianza dell'attenzione che il sistema sanitario locale ha all'epoca dedicato a questa tematica.*
Tornando al presente è indubbio che tale situazione deve essere, a distanza di anni, monitorata e affinata sotto l'aspetto epidemiologico, studiata, presentata e condivisa da parte delle istituzioni sanitarie ATS e ASST con la città al fine di un lavoro comune nella direzione della messa in campo di azioni preventive.

Chiediamo che ATS e ASST attivino nel nostro territorio, come 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. Questo deve essere fatto riprendendo l'iniziativa, cessata con il passaggio dalla ex ASL all'attuale ATS, dell'attività di rilevazione del registro dei tumori.

La legge 22 marzo 2019, n. 29 ***"Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori*** *e sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione" istituisce inoltre il* ***referto epidemiologico annuale*** *e prevede tra le altre cose che " i dati devono essere trattati ... allo scopo di:*

- *produrre dati di incidenza, mortalità, sopravvivenza, tipologia e prevalenza dei tumori; descrivere il rischio della malattia per sede e per tipo di tumore, per età, per sesso; contribuire, attraverso i dati prodotti, alla rilevazione di eventuali differenze nell'accesso alle cure erogate al paziente oncologico in relazione alle condizioni socio-economiche e all'area geografica di provenienza, anche in riferimento a cause di malattia derivanti da inquinamento ambientale;*
- *effettuare analisi statistico-epidemiologiche, anche con riferimento ai tumori rari;*
- *fornire, a livello nazionale e regionale, un'informazione continua e completa alla popolazione, anche attraverso la pubblicazione dei dati nel sito internet istituzionale del Ministero della Salute;*

- *monitorare l'efficacia dei programmi di screening oncologici tradizionali e sperimentali attivi e operativi presso le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano; sostenere e monitorare gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto dell'inquinamento ambientale sull'incidenza della patologia oncologica attraverso uno studio integrato sulle matrici ambientali e umane;*
- *valutare l'incidenza di fattori di carattere professionale sulla diffusione di patologie oncologiche;*
- *monitorare i trattamenti con farmaci dichiarati come innovativi, al fine di fornire nuove evidenze scientifiche sul loro grado di efficacia."*

Per sottolineare ulteriormente la funzione e l'importanza del Registro dei Tumori riportiamo, per sintesi, alcune considerazione contenute nel Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027, prodotto dal Ministero della Sanità.

"*I Registri Tumori (RT) sono strutture che alimentano un sistema di sorveglianza epidemiologica evoluto e sofisticato sull'andamento dei tumori maligni nella popolazione residente in un'area definita, integrando molteplici fonti informative. Oggi i RT sono incardinati nelle aziende del SSN, negli IRCCS e nelle Regioni con un importante contributo delle Università.*"
"*Oltre che fornire il quadro epidemiologico del fenomeno oncologico, i RT hanno avuto la finalità di produrre dati validati utili alla valutazione del rischio oncologico e dell'impatto delle strategie di prevenzione e cura. La produzione di dati rappresentativi di tutti i tumori insorgenti nella popolazione residente nel territorio di competenza rappresenta una base informativa unica ed essenziale per sostenere l'attività di ricerca e di governo in ambito oncologico.*"
"*L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'associazione scientifica che dal 1996 ha il compito di promuovere, coordinare e sostenere l'attività di registrazione dei tumori in Italia.*

LA PREVENZIONE È NECESSARIA

Molte delle cause favorenti l'insorgere di malattia tumorale sono note e aggredibili con interventi di prevenzione.
Chiediamo quindi che l'ATS riprenda l'attività di rilevazione della patologia oncologica attraverso il registro dei tumori così da conoscere l'incidenza, la prevalenza, la mortalità e altri indicatori espressi dal registro.
Solo in questo modo possiamo avere una conoscenza scientificamente valida della diffusione di questa patologia e avviare una campagna di prevenzione mirata sostenuta da una diffusa ed efficace azione di informazione verso la cittadinanza.

IL GIGANTISMO IN SANITÀ NON AIUTA

La creazione di grandi aziende/agenzie sanitarie, generate con la certezza, mai dimostrata, di "semplificare l'organizzazione e realizzare economie di scala" si è di fatto dimostrata inefficace e per molti aspetti negativa.
L'incorporazione della ex ASL di Lodi nella ATS Milanese ha di fatto avvilito le specificità locali con l'abbandono delle progettualità in atto. *La creazione di grandi aggregazioni*

aziendali in ambito sanitario va esaminata criticamente e vanno introdotti dei correttivi già emersi nel dibattito politico regionale

I DIPARTIMENTI PROVINCIALI DI PREVENZIONE

E' fondamentale che la regione rimetta in piedi i dipartimenti provinciali di prevenzione, come indicato anche dagli emendamenti approvati al Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), che prevedono azioni precise e vincolanti:

- *si impegna la giunta regionale: "al potenziamento delle risorse umane ed economiche nonché ad una migliore organizzazione dei servizi nell'ambito della Prevenzione, per la tutela della salute umana, degli animali e dei contesti ambientali, con particolare riferimento anche ai luoghi di lavoro e con specifico riferimento a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, sancendone la centralità nella programmazione e nel finanziamento.*
- *si impegna la Giunta regionale al potenziamento delle risorse umane ed economiche nell'ambito della Prevenzione per il raggiungimento della Sicurezza alimentare e alle Acque potabili, fissandone la centralità nella programmazione e nel finanziamento delle azioni utili allo scopo.*

RICONOSCERE UN AMBITO PROVINCIALE A LIVELLO DEL COMITATO EX ART. 7/81

Frattanto comunque è fondamentale riconoscere un ambito provinciale a livello del comitato ex art. 7/81, con poteri decisionali per la programmazione e la valutazione dei risultati dell'attività di prevenzione in ambiente di lavoro, allo scopo di sviluppare la partecipazione e la piena corresponsabilità di enti e parti sociali, anche attraverso la costruzione di gruppi di lavoro tematici.

L'attività di prevenzione in ambiente di lavoro è infatti sviluppata da una molteplicità di soggetti, sia del mondo aziendale, sia di quello istituzionale; in tale contesto il ruolo del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) consiste in attività di indirizzo e controllo, come ben illustrato dal PNP.

Occorre quindi ricostruire un ambito provinciale in cui raccogliere e valorizzare le esperienze condotte sul territorio, anche allo scopo di impegnare tutti i soggetti, *per quanto di rispettiva competenza, su iniziative mirate e dai risultati misurabili, coinvolgendo Comune e Provincia, Organizzazioni Sindacali e Datoriali e relativi comitati paritetici, ARPA, INAIL, Isp. Lavoro, VVF, CCIAA, ordini e albi professionali, scuola, strutture interne alla sanità (Veterinarie, Socio-sanitarie).*

IL DOVERE DI INFORMARE E IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

Una delle maggiori carenze riscontrate nel realizzare questo documento è stata quella informativa: non esiste, da parte delle istituzioni sanitarie, un processo strutturato di informazione e rendicontazione sulle azioni intraprese, sui risultati raggiunti rispetto agli obiettivi attesi. Non esiste un sistema di accountability; ovvero il dovere del servizio sanitario nazionale e locale di rendere conto.

In sintesi la responsabilità verso la collettività su quanto fatto e su cosa si intende fare.

Le informazioni esistono ma sono sparpagliate fra tante fonti non facilmente reperibili, non elaborabili; si tratta del solito formale adempimento che non soddisfa il diritto dei cittadini e degli stakeholder all'informazione.

Il processo informativo necessario 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, ***PROPONIAMO la implementazione di 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.***

PIANO ACQUEDOTTI E ACQUE POTABILI

La situazione idrogeologica
Occorre conoscere la rete acquedottistica e la relativa rete di monitoraggio, i risultati dell'autocontrollo per inquinanti (carica batterica, fitofarmaci, PFAS, ecc.), le garanzie previste in caso di chiusura pozzi, la carta delle isopiezometriche ***(linee di uguale livello di falda acquifera),*** *che dovrebbe esistere per tutto il territorio per seguire eventuali inquinamenti, i programmi di miglioramento.* ***Va realizzata e resa consultabile un'anagrafe dei pozzi privati ad uso potabile, delle stratigrafie e dei relativi controlli in carico ai proprietari.***
Il territorio è quello tipico della pianura Padana, quindi di una pianura alluvionale quaternaria. L'area è ricca di acque superficiali, con corsi d'acqua principali e secondari che ricoprono interamente il territorio. Le acque sotterranee presentano in tutto il Lodigiano una notevole mineralizzazione, data in particolare da ferro, manganese, cloro, idrogeno solforato ed altri composti, tra cui anche arsenico, legata alle caratteristiche proprie dei sottosuoli.

La falda superficiale
La falda freatica nel lodigiano è molto superficiale (da meno di un metro di profondità a non più di 8-10 metri), quindi potenzialmente aggredibile da fattori di inquinamento dei primi strati del suolo.
Il controllo sistematico della falda superficiale.

La falda profonda
L'acqua profonda non trattata, cui attingono gli acquedotti, è tendenzialmente indenne da rischi di inquinamento, ma spesso è ricca in metalli (Fe, Mn, talvolta As) che impongono un trattamento prima dell'immissione in rete.
I dati disponibili dicono che vi sono sul territorio circa 60 acquedotti; la percentuale di popolazione servita da acquedotto pubblico varia tra il 90% ed il 95%, con l'eccezione di Lodi (97%).
Occorre infine tenere presente il fatto che il tratto di connessione tra pubblico acquedotto e punti di erogazione finale è delegato ai privati cittadini e non soggetto a controlli; può talvolta se mal gestito portare a contaminazioni importanti, come ci ricordano anche i recenti casi di Legionellosi.

Cartografia
- *carta delle ISO piezometriche, passo fondamentale per la conoscenza di dettaglio della falda acquifera, è stata aggiornata e completata, in collaborazione con il PMIP, nel 1998.*

- *carta pedologica del Lodigiano, di notevole aiuto nella difesa della falda dai possibili rischi derivanti dalle attività agricole, in applicazione anche della LR. 37 sull'utilizzo agricolo dei liquami zootecnici e non solo a scopo di fertilizzazione.*

SCREENING: CONOSCERE TREND E NOVITÀ

L'offerta di screening oncologici in Regione Lombardia è riportata nella sottostante tabella. I programmi di screening mammografico e colon rettale possono considerarsi a regime sul territorio regionale a partire dal 2007. Nel 2015 si è dato inizio alla programmazione della implementazione del HPV-DNA test su tutto il territorio lombardo per la fascia di età 30 - 64 anni.

Lo screening del tumore del collo dell'utero a Lodi e nella provincia di Lodi è attivo ormai da 20 anni

Offerta attiva di screening in regione Lombardia (fonte: rapporto epidemiologico annuale-Lombardia real 1, 2023)

Sede tumorale	Test di screening	Fascia di età	Periodicità
Mammella	Mammografia digitale bilaterale	50 – 74	Biennale
		45 – 49*	Annuale
Colon retto	Ricerca del sangue occulto fecale	50 – 74	Biennale
Cervice uterina	Pap test	25 – 29	Triennale
	HPV test	30 – 64**	Quinquennale

** invito attivo 47-74 nel solo territorio di ATS Insubria limitatmente all'anno 2023*

*** invito attivo 49-64 nel solo territorio di ATS Milano limitatamente all'anno 2023*

I RISULTATI

Figura n. 4.1 *Estensione, adesione e copertura per test regionali (2016-2021) per lo screening mammografico.*

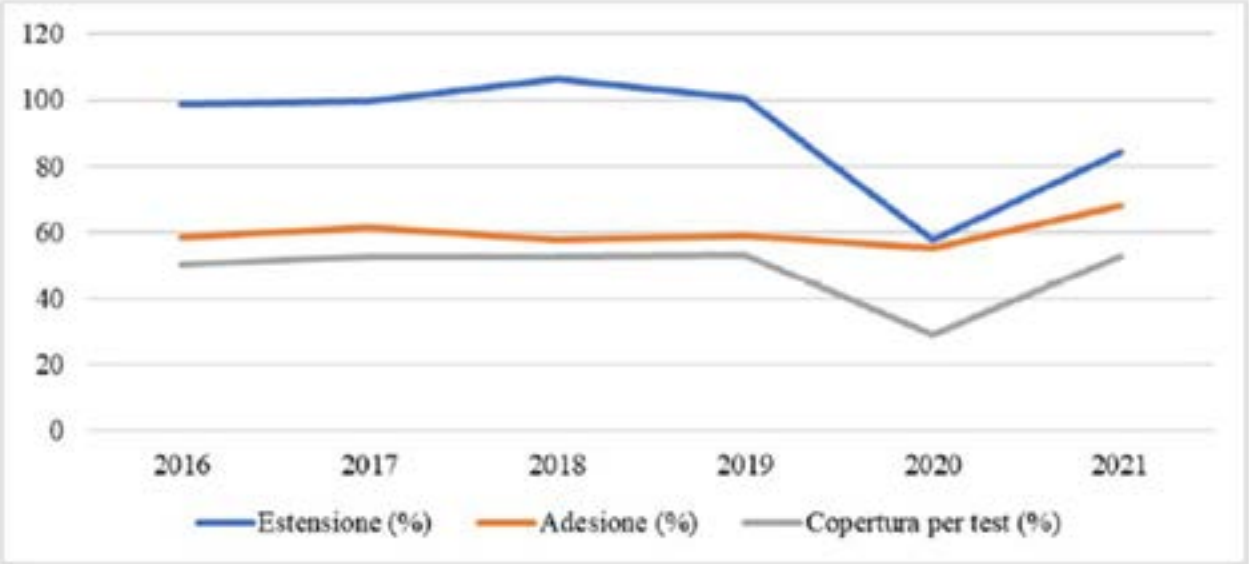
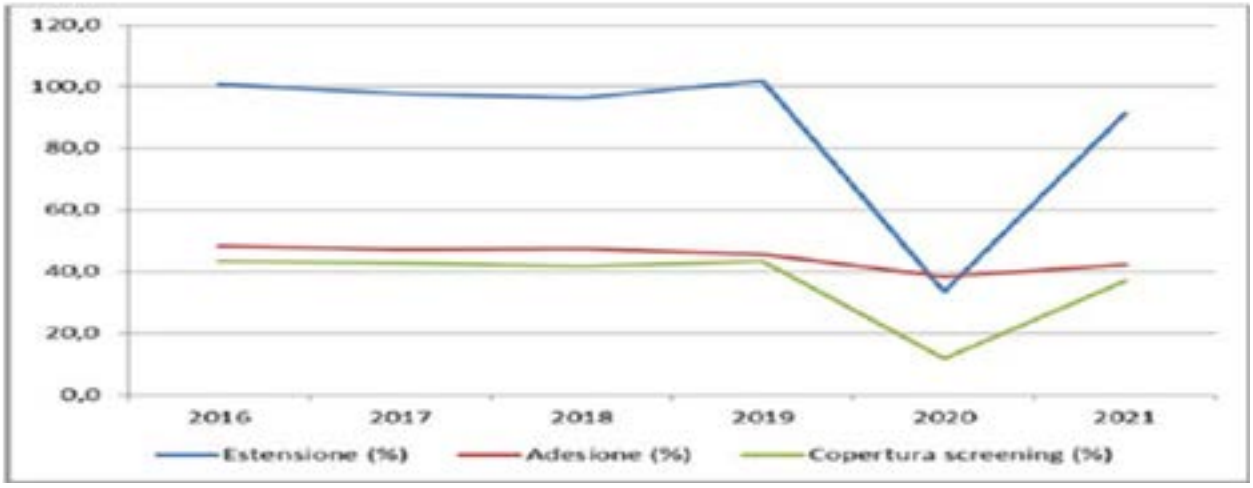


Figura n. 4.2 - *Estensione, adesione e copertura per test regionali (2016-2021) per lo screening colonrettale.*



ESTENSIONE, ADESIONE E COPERTURA

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.*

AMIANTO E COMUNI
L'ATS, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Regionale Amianto (D.G.R. 1526 del 22 dicembre 2005), mantiene aggiornato il registro dei manufatti contenenti amianto, registrando anche tutti gli interventi di bonifica e alimentando il data base regionale.
E' importante, alla luce anche dei dati recentemente pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, che segnalano un eccesso di mesoteliomi a Lodi e in alcuni comuni del territorio, completare e validare il censimento dei manufatti contenenti amianto, oggi gestito a livello regionale, e definire modalità di controllo nel tempo e percorsi di smaltimento.
A suo tempo (2011) fu consegnato ad ogni Comune dell'allora ASL di Lodi per verifica, completamento e/o monitoraggio, un censimento dei manufatti in amianto, che riportava le situazioni censite non bonificate o dichiarate in corso di bonifica; si tratta di uno strumento potenzialmente prezioso per completare il quadro, facendo in modo che le restanti realtà procedano a censimento.
Occorre riprendere il tema e concordare con i comuni modalità e tempistiche di intervento, a partire da edifici pubblici (scuole, ecc.) ricordando tra l'altro che la presentazione della notifica è obbligatoria sia per i soggetti pubblici che privati; il mancato censimento dei manufatti contenenti amianto e la mancata nomina del responsabile della gestione amianto è passibile di sanzione amministrativa (art.12 comma 5 della legge 257/92 in combinato disposto con l'art.1 della LR 17 del 29.9.2003).

IN SINTESI

LA PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA - PATOLOGIA ONCOLOGICA:
C'è bisogno di una rivoluzione culturale, perché ci siamo dimenticati che non tutte le malattie piovono dal cielo. Abbiamo sviluppato un sistema che si è concentrato tutto sulle cure, delle quali c'è un grande mercato che vuole crescere come tutti i mercati." *(Prof Silvio Garattini Repubblica del 2 agosto 2024).*

CHI DEVE ORGANIZZARE LA PREVENZIONE

STATO E REGIONI predispongono il PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025
LA REGIONE LOMBARDIA *ha definito il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025.*
ATS e ASST *L'attuazione del PRP è affidata alle ATS in collaborazione con le ASST. Per il Lodigiano alla* **ATS della città metropolitana di Milano.**

LE PROPOSTE

LA PROPOSTA DEL PIANO DI PREVENZIONE PER LA CITTÀ E PER IL TERRITORIO PROVINCIALE. *Tenuto conto delle aree di criticità rilevate dal report (REAL) 1, 2023 e il conseguente impatto sulla salute della popolazione* **presentiamo alla ATS e ASST la proposta di un piano di prevenzione appropriato per la nostra città e per il territorio.** *Consideriamo questa proposta una occasione per avviare un confronto con le istituzioni sanitarie (ATS ASST) per consolidare una collaborazione positiva sulla attività di prevenzione in città.*

INTERVENTI PRIORITARI

CONOSCENZA E PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE A LODI E NEL LODIGIANO: *E' indispensabile riattivare il registro tumori e presentare annualmente alla popolazione i risultati.*
LA COSTITUZONE DEI DIPARTIMENTI PROVINCIALI DI PREVENZIONE: RICONOSCERE UN AMBITO PROVINCIALE DEL COMITATO ART. 7/81 *per la prevenzione negli ambienti di lavoro, per coinvolgere Enti e parti sociali su obiettivi territorialmente rilevanti e confrontarsi sui risultati, in particolare per i Programmi Predefiniti:PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura – PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro; PP09 Ambiente, clima e salute.*

PROPONIAMO *l'implementazione di 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 e le cittadine.*
PIANO ACQUEDOTTI E ACQUE POTABILI: *in collaborazione con l'Ente Gestore* **occorre fare il punto sullo stato delle reti,** *sulle interconnessioni, sul tratto di connessione alla rete affidato ai privati e sui risultati di controllo e autocontrollo. Inoltre occorre conoscere la rete dei pozzi privati e monitoraggio della falda superficiale in collaborazione con ARPA.*
CAMPAGNE DI SCREENING: *Visti i livelli di adesione locali le campagne di screening devono essere potenziate, devono coinvolgere maggiormente i MMG, le amministrazioni comunali. Va sviluppata una iniziativa di empowerment sociale e informata la popolazione relativamente alle novità sperimentali in materia di screening del tumore del polmone e della prostata.*
AMIANTO E COMUNI: Completare e validare, in collaborazione stretta con i Comuni, il censimento dei manufatti *contenenti amianto, e definire modalità di controllo nel tempo e percorsi di smaltimento.*
PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO *In considerazione delle caratteristiche del nostro territorio, diverso dallo spazio urbano milanese, riteniamo essenziale la costituzione di un organismo di partecipazione autonomo su base provinciale che valuti e giustifichi le scelte peculiari da applicare nel Lodigiano.*

LA MEDICINA DI GENERE

"La valorizzazione delle differenze di genere in ambito sanitario consente di assicurare ad ogni individuo la migliore cura tramite la personalizzazione delle terapie e la garanzia di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati (da Equity Act OMS 2000: parità di accesso alle cure tra uomo e donna e adeguatezza ed appropriatezza di cura secondo il proprio genere). Il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere n.6/2019 declina i propri Principi e Obiettivi, in base a quattro aree di intervento:

Area a) percorsi clinici di prevenzione, diagnosi e cura
Area b) ricerca e innovazione
Area c) formazione e aggiornamento
Area d) comunicazione e informazione.

***Quello che si chiede** è di intervenire in queste Aree, sia in ambito sanitario che sociosanitario, tenendo conto del fatto che il parametro del genere ha bisogno di azioni e indicatori che tengano conto della differenza di sesso. Si considera positivamente quanto stabilito da ASST Lodi, che ha nominato una Referente Aziendale e attraverso un Gruppo di Lavoro provvederà alla promozione della medicina di genere perseguendo i seguenti obiettivi:*

- *diffondere la cultura della medicina di genere attraverso la formazione degli operatori sanitari e l'informazione dei cittadini/e*
- *collaborare con l'Università per la formazione degli studenti/studentesse.*
- *redigere Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali gender oriente*
- *diffondere l'approccio di genere nella pratica clinica, nella ricerca, negli articoli scientifici e nelle tesi di laurea.*

Sono necessarie tuttavia azioni concrete, che evidenzino un cambio di passo rispetto alla generalizzazione della cura operata finora.
*Dato che alle differenze biologiche (definite dal sesso) si aggiungono quelle socio-economiche e culturali (definite dal genere), potrebbe essere necessario in prima battuta **definire un Piano triennale** di azioni volte al bilanciamento delle opportunità e qualità di cura tra uomini e donne – da assumere **quale obiettivo aziendale** - che contempli una maggiore attenzione verso le disuguaglianze di salute legate al genere.*

GLI OBIETTIVI

Queste azioni potrebbero riguardare:

- *un aumento dell'attività di screening (per la diagnosi precoce) ed educazione sanitaria per le donne, rispetto alla casistica obbligatoria definita dall'Agenzia per la Tutela della Salute di Milano, attraverso accordi con le Organizzazioni di volontariato, negli ambiti clinici nei quali le donne risultano più "sotto attacco" rispetto agli uomini, ad esempio per le malattie ossee, autoimmuni, dermatologiche, metaboliche, ovviamente ginecologiche e tumorali specifiche;*

- *protocolli per l'uso dei farmaci da somministrare alle persone di sesso femminile, tenendo conto delle differenze biologiche e della circostanza che le donne tendono a consumare più farmaci rispetto agli uomini;*

- *attraverso le Case di Comunità e i servizi sul Territorio, un'offerta per le donne di servizi psicologici e psichiatrici, ambito clinico fortemente correlato allo stile di vita, a situazioni di super affaticamento quando non di violenza, nel quale le donne chiedono aiuto;*

- *formazione mirata da parte di Esperti per tutti gli operatori sanitari, ma inizialmente per i Medici, sulla Medicina di genere, anche finalizzata all'effettiva redazione di Piani Diagnostico Terapeutici con un approccio di genere;*

- *maggiore personalizzazione nell'accesso ai servizi e presa in carico del/della paziente nella sua totalità, anche attraverso percorsi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni preordinati rispetto alle diverse specialità e diagnostiche necessarie per la cura completa della patologia;*

- *approccio di genere nelle politiche sanitarie e sociosanitarie sul territorio e sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, ovvero – utilizzando le indagini statistiche disponibili - tener conto delle diverse situazioni patologiche o comunque complesse che donne e uomini possono dover affrontare nella loro vita o in campo lavorativo.*

LA CRONICITÀ E LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Dati disponibili: *i dati che utilizziamo sono relativi alla popolazione della città di Lodi affetta da patologie croniche. Il dato che consideriamo esprime la prevalenza delle patologie cioè il numero di casi e la correlata patologia.*
Le fonti consultate per esaminare il tema della cronicità sono:

1. **Portale ATS 2023**
   (Stato di salute della popolazione residente nei comuni della ATS Milano)
2. **REAL - Primo rapporto epidemiologico annuale RL 2023, relativo al 2022**

Dati sulla popolazione di Lodi città FONTE INFORMATIVA IL PORTALE ATS 2023 *(residenti a Lodi nel 2023: 44.843 soggetti) I valori degli indici per i residenti a Lodi sono tutti lievemente superiori a quelli di RL (Regione Lombardia) o a quelli complessivi di ATS Milano:*

- *soggetti >65 anni (24.9%; RL 23,5%), indice di vecchiaia (201,7; RL 182)*
- *dipendenza anziani (39,4; RL 36), dipendenza strutturale (58,4; RL 56,8).*

Dati su cronicità e complessità clinica: *dati superiori ad ATS Milano di circa 2 punti percentuali.*

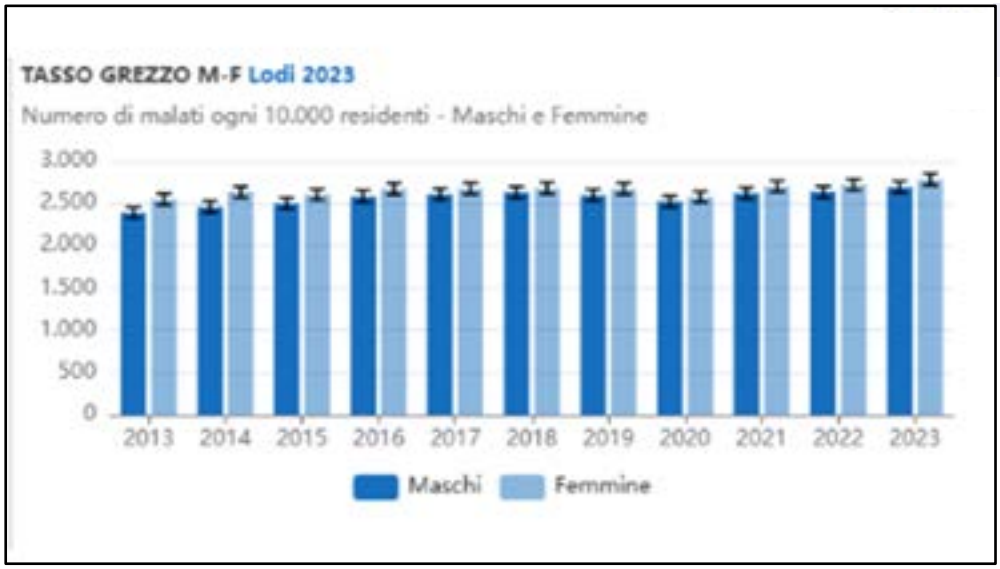
- *Soggetti con malattie croniche 18.085 (40,0% della popolazione totale)*
- *Soggetti con una malattia cronica 8.671 (19,3% della popolazione totale),*
- *Soggetti con due o più malattie croniche 9.414 (21% della popolazione totale)*

Tab n. 1 Patologie croniche più frequenti *al 2023, residenti a Lodi 2023: 44.843 di cui affetti da patologie croniche sono 18.085 pari al 40% della popolazione*

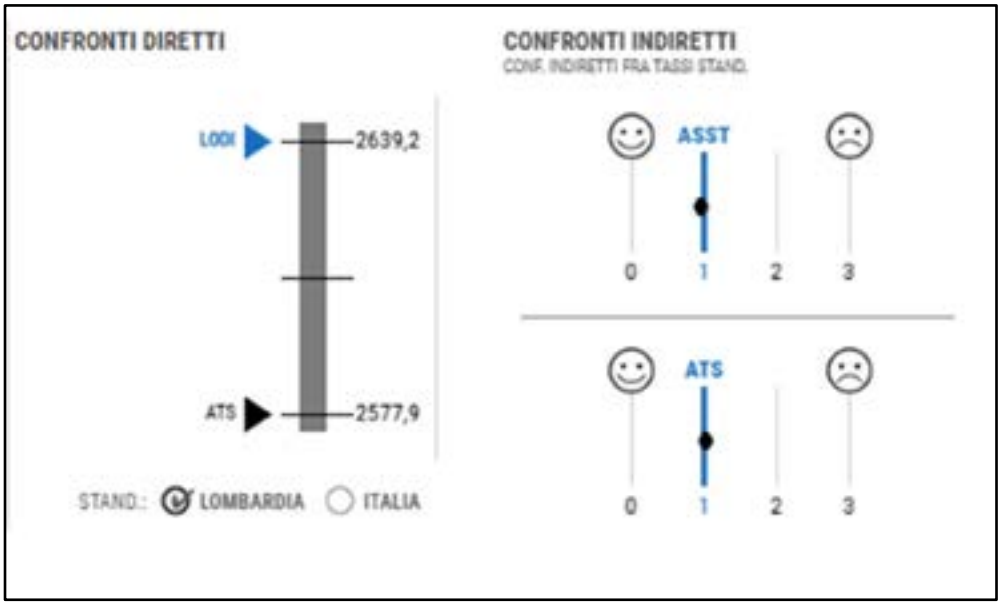
Tab n. 1

	Prevalenza	
Patologie croniche	N patologie V.a	% vs popolazione
Cardiovascolari	12.286	27,2%
Respiratorie	3.476	7,7%
Tumori	3.218	7,1%
Diabete	2.344	5,2%
Endocrine	1.333	2,9%
Reumatologiche	1.202	2,7%
Gastroenteriche	1.012	2,2%
Neurologiche	976	2,2%
Nefrologiche	507	1,1%
Totale malattie croniche	26.354	
Totale malati cronici	18.085	40,0%

Graf n. 1.1



Graf n. 1.2



Rispetto alle singole patologie, dal portale ATS è possibile valutare l'incidenza della patologia nel tempo; ad esempio, per la patologia malattie cardiovascolari in un decennio (Graf n. 1.1) si è passati da 10.883 a 12.286 un incremento di 1.403 casi; nel Graf n. 1.2 si confrontano il tasso grezzo di ASST Lodi e ATS con la situazione della popolazione in Lombardia.
Le caratteristiche della popolazione affetta da patologie croniche sono le seguenti: si tratta prevalentemente di una popolazione anziana, nella fascia di età fra i 55 e 64 anni il 54% della popolazione è affetta da patologie croniche, per arrivare al 73% nella fascia fra i 64 e 74 anni per poi passare a 84 % nella fascia maggiore di 74 anni. Oltre il 50% di questi hanno più di una patologia cronica.

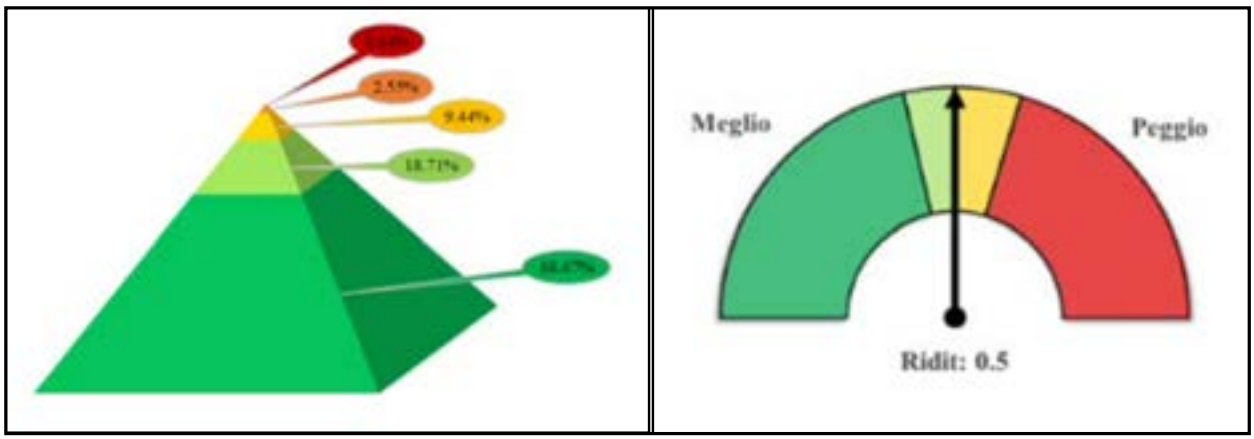
FONTE INFORMATIVA IL REAL 2023

Oltre al portale prodotto dalla ATS Città Metropolitana, la Regione Lombardia ha prodotto il primo Rapporto Epidemiologico Annuale 2023 (REAL) che è una fonte importante di informazione rispetto alla situazione epidemiologica del territorio della ASST nella sua articolazione Distrettuale. Occorre sottolineare che per il medesimo esame epidemiologico della popolazione ora esistono due fonti di analisi prodotti, sempre dal Sistema Sanitario Lombardo; sviluppati con metodologie differenti e non confrontabili.
Citiamo il REAL per la sua articolata analisi, per la metodologia scientifica esplicitata e applicata per la ricerca e produzione di indicatori sintetici di complessità clinica. Il risultato è un valido ed efficace strumento per la conoscenza della domanda e l'organizzazione della offerta per tipologia e quantità dimensionata rispetto al bisogno rilevato.
Anche in una logica di razionale utilizzo delle risorse, auspichiamo una concentrazione degli sforzi di Regione e ATS verso un unico strumento di indagine epidemiologica.

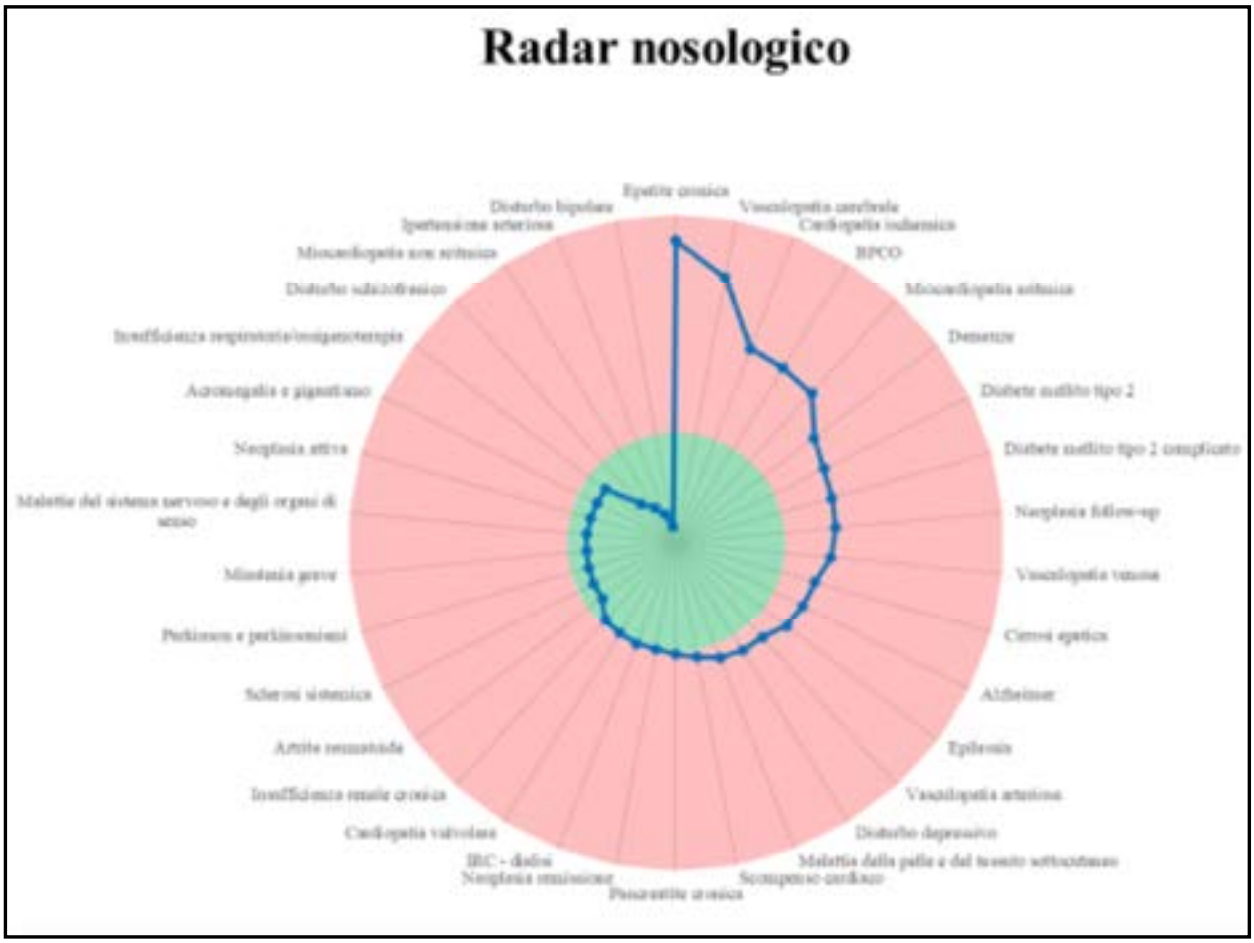
COSA COMUNICA IL PRIMO RAPPORTO EPIDEMIOLOGICO ANNUALE DI REGIONE LOMBARDIA RELATIVO ALL'ANNO 2022 (REAL 2023)

a) **Complessità clinica (dati regionali complessivi)** *valutata con chronic related score (CReSc 2.0) per le 65 malattie croniche più frequenti. Circa il 31% dei cittadini lombardi è affetto da almeno una condizione cronica. Il 19% presenta un quadro clinico di lieve intensità, il 9% un quadro clinico di media intensità, il 3% un quadro clinico severo e, infine, poco meno dell'1% è caratterizzato da un quadro clinico molto severo.*

b) **Carico assistenziale e quadro nosologico (dati per ASST Lodi):** *prevalenza delle 34 patologie croniche con maggior impatto prognostico (correlate alla mortalità a 5 anni), i dati sono espressi per ciascuna ASST vs RL.*



ASST Lodi 2023: piramide della complessità assistenziale delle patologie croniche suddivisa in 5 categorie: da verde a rosso, nessuna patologia cronica, quadro lieve, medio, elevato, necessità di cure intensive. A destra confronto tra i carichi assistenziali della ASST Lodi con quelli medi di RL: ridit 0,5, carico assistenziale medio per l'ASST Lodi simile a quello medio di RL.



ASST Lodi anno 2023: prevalenza media di ciascuna delle 34 patologie croniche correlate alla mortalità a 5 anni. Ogni punto della linea blu rappresenta la differenza tra la prevalenza nella ASST di Lodi di una delle 34 patologie croniche, rispetto alla prevalenza media in RL. Se la linea cade nella zona rossa la prevalenza è maggiore nella ASST rispetto a RL.

I PAZIENTI CRONICI SONO IL 40% DELLA POPOLAZIONE DELLA CITTÀ. SONO CURATI IN MODO EFFICACE? QUAL'È L'EFFETTIVA PRESA IN CARICO?

Se si conosce a sufficienza la situazione epidemiologica della popolazione con patologia cronica è invece carente l'informazione sui processi di cura e sui risultati. È importante conoscere in modo dettagliato e con una periodicità annuale se questi soggetti sono curati in modo efficace ovvero se effettuano le prestazioni previste dal PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) relative alla loro patologia, se utilizzano i farmaci efficaci e con la persistenza prescritta.
Questo è un dato che ATS non mette a disposizione. Esistono comunque analisi da cui ricavare queste informazioni.

Aderenza alle raccomandazioni nel paziente cronico (dati regionali complessivi). Fonte REAL 2023

In Regione Lombardia, circa 375 mila (63,6%) pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 NON si sottopone ad almeno 2 controlli dell'emoglobina glicata ogni anno, mentre circa 721 mila (61,2%) e 929 mila (40,5%) non risulta abbiano copertura farmacologica appropriata rispettivamente per dislipidemie e ipertensione (Tab n. 2).

Tab n. 2

Condizione [a]	No. cittadini che non aderisce alla raccomandazione (%)
Ipertensione	
PDC < 75% [b]	929.279 (40,5)
Dislipidemie	
PDC < 75% [b]	721.010 (61,2)
Diabete mellito	
PDC < 75% [b]	344.950 (58,5)
meno di 2 controlli emoglobina glicata / anno [c]	374.671 (63,6)
meno di 1 controllo microalbuminuria / anno [c]	323.215 (54,8)
meno di 1 controllo profilo lipidico / anno [c]	200.317 (34,0)
meno di 1 controllo funzionalità renale / anno [c]	138.816 (23,6)

Inappropriata aderenza alle cure e ai controlli per ipertensione, dislipidemie e diabete nell'anno 2022.
a) I criteri utilizzati nella presente analisi per identificare le tre condizioni in studio sono meno "rigidi" rispetto a quelli utilizzati per lo sviluppo del Chronic Related Score (CReSC – 2.0).
b) Cittadini con almeno una prescrizione di un farmaco per il trattamento dell'ipertensione, delle dislipidemie e del diabete (rispettivamente) nel 2021 che nel 2022 presentano un'aderenza allo specifico trattamento < 75% (ovvero con meno tre quarti del tempo di osservazione coperto dalla disponibilità del farmaco). PDC: Proportion of Days Covered.
c) Cittadini affetti da diabete mellito nel 2021 che non aderiscono alle raccomandazioni per il monitoraggio dei pazienti con diabete nel corso del 2022

Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA
Nel rilevare i risultati del trattamento di alcune patologie croniche il NSG (Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA) evidenzia 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.

PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE 2023-2027
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".

DOMICILIARITÀ E PRESA IN CARICO NELLA ASST LODI, ANNO 2023

a) Offerta relativa alle cinque tipologie di interventi per la domiciliarità dell'assistenza sanitaria:
- *sorveglianza domiciliare da parte del MMG e infermiere associato*
- *assistenza domiciliare programmata (ADP) gestita dai MMG: 1796 pazienti nel 2023*
- *assistenza domiciliare integrata (ADI): 2965 pazienti nel 2023*
- *RSA aperta*
- *Cure palliative domiciliari: 486 pazienti nel 2023*

In totale 4074 pazienti presi in carico nel 2023.

b) Presa in carico con sottoscrizione del PAI da parte di Specialisti o MMG:
- *289 PAI da Specialisti ASST*
- *1039 PAI da MMG associati in una Cooperativa (l'unica del territorio)*

In totale 1328 pazienti presi in carico nel 2023.

A fronte di questi dati regionali è lecito sostenere, nella migliore delle ipotesi, che il 60% dei cittadini con patologie croniche non sono curati in modo adeguato. Dunque, non esiste se non in misura limitata un sistema proattivo di presa in carico.

QUALITÀ PERCEPITA DELL'ASSISTENZA ALLA CRONICITÀ

Per cercar di capire meglio la situazione nel Lodigiano abbiamo ascoltato come possibili interlocutori ASST, i pazienti e le loro associazioni. Il nucleo familiare conosce il paziente nella sua complessità.
Per raccogliere i bisogni dei malati, raccontati da chi può stare più vicino a loro, abbiamo inviato un questionario a varie Associazioni le cui risposte, che sono disponibili per una ampia e accurata valutazione, riportiamo in modo sintetico.
Ringraziamo le Associazioni che hanno risposto al questionario per il Piano Salute Locale della Città di Lodi: Associazione Roberto Malusardi Amici del Cuore Lodi,

Associazione Amici della Dialisi e Nefrologia del Lodigiano, Associazione Italiana Reum Amici Lodi, FAND Associazione Italiana Diabetici Lodi e Associazione per il Bambino in Ospedale Lodi.

CONSIDERAZIONI SULL'INDAGINE RELATIVA ALLA QUALITÀ PERCEPITA

Le esperienze riportate dalle Associazioni dei pazienti evidenziano diverse criticità:

- **l'offerta sociosanitaria è percepita come insufficiente non solo dal punto di vista quantitativo come offerta delle prestazioni nei tempi adeguati** *ma anche negli aspetti qualitativi. Inoltre l'assenza di una presa in carico soddisfacente per la maggior parte dei soggetti con patologie croniche penalizza in modo particolare i pazienti fragili e in condizioni sociali critiche.*
- **I trasporti risultano problematici** *per la maggior parte dei pazienti. In particolare, per chi risiede nei piccoli comuni*
- *l'accesso a strutture extra ASST per esami o terapie avviene in modo soddisfacente per i pazienti che sono presi in carico dagli Specialisti della ASST, al contrario è difficoltoso quando la richiesta di esami nasce dal MMG oppure dal Medico di Pronto Soccorso, situazione relativamente frequente.*
- **L'attività di telesorveglianza,** *attualmente presente per una parte dei pazienti con patologie cardiovascolari e respiratorie croniche necessita di essere fortemente incrementata.*

Le Associazioni possono intervenire nel processo di assistenza ai soggetti con patologie croniche fornendo supporto informativo/di orientamento, supporto sociale e anche economico.
Le Associazioni riferiscono della grande difficoltà da parte dei pazienti ad interagire con i MMG e anche con le strutture ospedaliere. Infine, si segnala che non esistono al momento canali di comunicazione tra le Associazioni e MMG, strutture ospedaliere e ASST.

In sostanza Il feedback dalle Associazioni sulla qualità percepita dalle persone con patologie croniche nella ASST di Lodi esprime la percezione chiara della richiesta di una importante riqualificazione dell'offerta sociosanitaria, con realizzazione efficace della presa in carico.

LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI: CRITICITÀ E PROPOSTE

Le disposizioni più recenti riguardo alla presa in carico dei soggetti con patologie croniche sono:

- *DGR RL XII/2755 del 15/07/2024 evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. XII/1827 del 31 gennaio 2024*
- *Piano nazionale Cronicità, aggiornamento 2024 del 22/07/2024*

IL PIANO PREVISTO DALLA REGIONE LOMBARDIA:

La Regione Lombardia affida alla DGR RL XII/2755 del 15/07/2024 l'evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. XII/1827 del 31 gennaio 2024. L'azione di presa in carico dei pazienti cronici è affidata ai MMG/PLS singoli e ai MMG/ PLS associati in cooperative. Questi professionisti saranno gestiti dalle

ASST e alle ATS è affidato il controllo. L'obiettivo della presa in carico è di almeno ***il 15% di pazienti cronici sul totale del numero di assistiti cronici di competenza, garantendo un mix indicativo di complessità,*** *prevedendo un incentivo economico per ogni PAI e conseguente presa in carico.*
Sotto il profilo tecnologico è prevista ma non ancora implementata la predisposizione e gestione del PAI nell'ambito della piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT).
I MMG/PLS in Cooperativa dovranno garantire la continuità della presa in carico per i pazienti già arruolati; i MMG/PLS in Cooperativa continueranno ad utilizzare il software gestionale esistente già in loro possesso.

"*Le ASST alle quali è afferita la gestione degli MMG/PLS, dovranno individuare le modalità organizzative più idonee per l'effettuazione della presa in carico da parte dei MMG/PLS non aderenti ad una Cooperativa che dovranno avvalersi del Centro Servizi/COT delle ASST di riferimento. Gli Enti Erogatori pubblici e privati accreditati a contratto dovranno mettere a disposizione delle Cooperative e, a seguito della attivazione, dei Centri Servizi delle ASST, le agende dedicate alla presa in carico dei pazienti cronici per consentire la prenotazione delle prestazioni programmate nel PAI".*

COSA CI INSEGNA IL PASSATO. UN PEZZO DI STORIA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E LOCALE

Il tema della presa in carico della cronicità come aspetto strategico fondamentale per il governo della domanda e l'integrazione ospedale-territorio è ormai materia antica studiata e trascurata. Uno sguardo al passato aiuta a comprendere meglio il presente.
Per affrontare il tema della cronicità a suo tempo la Regione Lombardia ha prodotto la **Legge Regionale 23** *del 2015, con il compito di disciplinare l'evoluzione del sistema sociosanitario regionale (SSR), finalizzato alla presa in carico della persona nel suo complesso.*
Per quanto riguarda in particolare il tema della cronicità, la L.R. 23/2015 all'Articolo 9 si proponeva di attivare modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile, anche attraverso l'utilizzo della Telemedicina, sviluppando modelli organizzativi che assicurino l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale;

Sono stati progettati, creati e avviati:
- *PreSST: strutture ergative territoriali con la funzione di assicurare la presa in carico della persona cronica e della persona fragile.*
- *Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare dotate di centro servizi per la presa in carico, era inoltre prevista l'integrazione con i MMG.*
- *La rete integrata di continuità clinico assistenziale (R.I.C.C.A) con l'obiettivo di attuare, nell'ambito della ASST, la "presa in carico" delle "persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali".*

Questo modello orientato verso l'evoluzione della medicina territoriale non è stato gestito e progressivamente è stato abbandonato. Ora si riparte con un modello organizzativo,

proposto dalla legge DGR RL XII/2755 del 15/07/2024, meno ambizioso e tutto da organizzare o meglio da inventare.

LE PRIORITÀ

LE NOSTRE PROPOSTE

Nel nostro territorio **la rete dei MMG /PLS** *è caratterizzata prevalentemente dai MMG/ PLS singoli o dalla medicina di gruppo. La presenza delle cooperative è limitata. Mancano I MMG/PLS, gli ambiti territoriali sono scoperti, il tetto degli assistiti per MMG è stato aumentato, le pratiche amministrative sono aumentate.*
La tecnologia *per la gestione della presa in carico e la definizione dei PAI ovvero* **la piattaforma regionale della sanità territoriale (SGDT)** *non è nota e probabilmente sarà vissuta come un ulteriore faticoso e ingombrante strumento.*
Il sistema informativo dedicato a questa area della medicina ancora non esiste o almeno non è disponibile.
In sostanza concentrare sui MMG /PLS questa fondamentale azione di presa in carico, in questo particolare momento del nostro SSR, sarà molto probabilmente un insuccesso. Lo stesso obiettivo della presa in carico del 15% dei pazienti cronici, a Lodi significa circa 2.700 sui 18.000 cronici, è veramente un obiettivo modesto che non nasconde, anzi manifesta, la fragilità del sistema.
È indispensabile che tutti i nodi della rete sanitaria e sociosanitaria presenti nel territorio debbano essere soggetti attivi nella presa in carico e nella gestione delle patologie croniche.
Proponiamo che Il processo di presa in carico possa essere effettuato in tutti i nodi della rete sanitaria e sociosanitaria esistente, con il ruolo dei servizi COT di integrare i nodi della rete e di gestire il percorso del paziente verso le strutture appropriate per lo specifico caso (MMG/ centri specialistici/ reti di patologia).

UNA MODALITÀ STRUTTURATA DI PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE

Considerazioni sulle fasi principali e gli attori del processo di assistenza ai soggetti con patologie croniche.

Ruolo dei MMG nella gestione della cronicità: presa in carico proattiva
Il MMG ha un ruolo primario nella valutazione dei soggetti con patologie croniche, allo scopo di stratificare i pazienti e indirizzarli al percorso più adeguato; è indispensabile che siano disponibili gli strumenti informatici necessari per la condivisione di tutte le informazioni cliniche tra tutti gli operatori che intervengono nel processo di cura. Il MMG deve poter contattare agilmente gli specialisti per discutere i casi più complessi.

La Casa della Comunità: presa in carico dei pazienti complessi
La Casa della Comunità interviene nella definizione del PAI per i pazienti con patologie croniche e complessità clinica e/o assistenziale e/o sociale. La composizione dell'organico della Casa della Comunità è finalizzata alla compresenza di tutte le professionalità necessarie per la valutazione multidimensionale (VMD) dei casi più complessi e la definizione più adeguata dei singoli PAI.

I percorsi da sviluppare: PDTA e reti di patologia/servizi

I PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) ed i percorsi nelle reti devono essere definiti e condivisi tra MMG, Case della Comunità e Specialisti ospedalieri. La stesura dei PDTA deve tener presenti questi aspetti: dare preferenza alla prossimità, dare una accessibilità facilitata alle strutture ambulatoriali ASST ed extraASST; dare priorità alla domiciliarità delle cure e alla teleassistenza; prevedere l'organizzazione degli spostamenti per i pazienti fragili o svantaggiati; prevedere interventi di supporto sociale, anche con il supporto di ETS. ***I PDTA e i percorsi nelle reti devono essere divulgati il più possibile alla popolazione.*** *In questo possono essere di supporto le Associazioni dei pazienti come una adeguata illustrazione sui media delle opportunità disponibili.*

I controlli periodici da parte di MMG e CdC, fulcro del follow-up

Una delle ricadute più importanti della presa in carico con definizione del PAI è la programmazione dei controlli clinici o strumentali dei soggetti con patologie croniche, superando completamente la problematica dei tempi di attesa. Si tratta quindi di realizzare canali di prenotazione e di prestazioni ambulatoriali dedicate. Fondamentale è la ricerca della prossimità tra domicilio del paziente e luogo della prestazione ambulatoriale e l'organizzazione di efficaci soluzioni di trasporto dei pazienti fragili.

Le difficoltà di una gestione tempestiva delle riacutizzazioni

Nella individuazione e gestione delle riacutizzazioni, è fondamentale più che per altre situazioni, l'interazione tra MMG e Casa della Comunità; questa interazione si può realizzare se i professionisti coinvolti dispongono di supporti informatici adeguati.

Il ruolo del monitoraggio degli esiti

I dati sugli esiti devono comprendere, oltre ai dati di aderenza ai PDTA, anche i dati assistenziali e sociali e prevedere anche dati sulla qualità percepita dai pazienti in modo da rilevare feed-back rapidi per poter valutare l'attività svolta e cogliere in modo più tempestivo le criticità che si possono verificare.

Associazionismo e volontariato

Per dimensioni, esperienza e capacità di risposta ai bisogni dei cittadini, il Terzo Settore della città di Lodi ha assunto un ruolo strategico nel sistema di welfare locale, grazie al patrimonio di capacità umane, professionali e organizzative impegnato nelle diverse associazioni. Le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura dei pazienti.

SINTESI

CONSIDERAZIONI SUI DATI EPIDEMIOLOGICI

I dati epidemiologici disponibili indicano che la popolazione della città di Lodi è più anziana e presenta una prevalenza di dipendenza e istituzionalizzazione di poco superiore alla media di ATS Milano e di RL.
Le patologie croniche rivestono una grande prevalenza nella città di Lodi e nella sua Provincia, di poco maggiore rispetto alla media regionale. La complessità assistenziale è in linea con la media di RL. Tra le patologie croniche con maggior impatto prognostico, le epatopatie croniche, la vasculopatia cerebrale, la cardiopatia ischemica e la BPCO hanno una prevalenza maggiore nella ASST Lodi rispetto alla prevalenza media in RL.
Gli indicatori di aderenza alle indicazioni diagnostiche e terapeutiche rivelano bassa aderenza dei soggetti con alcune patologie croniche (diabete, ipertensione e dislipidemia).
Gli indicatori di fragilità dei soggetti con patologie croniche (complessità clinica, propensione all'istituzionalizzazione, scarsa aderenza, disabilità e vulnerabilità sociale) sono più rappresentati nella ASST Lodi rispetto alla media di RL.
I dati epidemiologici del nostro territorio confermano la grande prevalenza dei soggetti con patologie croniche, in particolare di quelli che presentano condizioni cliniche e sociali complesse. A fronte di questa necessità assistenziale, si rileva che l'offerta di presa in carico di questi soggetti, è attualmente largamente insufficiente.

INDAGINE RELATIVA ALLA QUALITA' PERCEPITA

Il feedback dalle Associazioni sulla qualità percepita dalle persone con patologie croniche nella ASST di Lodi esprime la percezione chiara della richiesta di una importante riqualificazione dell'offerta sociosanitaria, con realizzazione efficace della presa in carico.

LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI: CRITICITA' E PROPOSTE

Le disposizioni più recenti riguardo alla presa in carico dei soggetti con patologie croniche sono: DGR RL XII/2755 del 15/07/2024 evoluzione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR N. XII/1827 del 31 gennaio 2024.
In sostanza si ritiene che concentrare sui MMG /PLS l'importante azione di presa in carico in questo particolare momento del nostro SSR porti molto probabilmente ad un insuccesso. Lo stesso obiettivo della presa in carico del 15% dei pazienti cronici, circa 2.700 sui 18.000 cronici, è veramente un obiettivo modesto che non nasconde anzi manifesta la fragilità del sistema.

UNA MODALITÀ STRUTTURATA DI PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE

Proponiamo che Il processo di presa in carico debba essere effettuato in tutti i nodi della rete sanitaria e sociosanitaria esistente, con il ruolo di coordinamento della Casa della Comunità e delle COT che integrano i nodi della rete e gestiscono il percorso del paziente verso le strutture appropriate a trattare lo specifico caso (MMG/ centri specialistici/ reti di patologia). L'ASST deve promuovere con i MMG una medicina di iniziativa finalizzata alla prevenzione, presa in carico e cura delle patologie croniche, promuovendo al contempo informazione della popolazione e monitoraggio degli esiti.

ASSOCIAZIONISMO E VOLONTARIATO. *Le associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare l'assistenza ai pazienti.*

GLI ANZIANI: LA POPOLAZIONE DIMENTICATA

Gli italiani (Rapporto OASI 2023) over 65 sono 14 milioni. Di questi, poco meno di 4 milioni (29%) hanno "problemi funzionali", cioè non sono autosufficienti, ovvero persone di età uguale o superiore a 65 anni con gravi limitazioni funzionali secondo la classificazione proposta da Istat (2021) nell'indagine europea Ehis1.

***La popolazione non autosufficiente** viene stimata applicando la percentuale di anziani con gravi limitazioni funzionali alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratto da ISTAT. Seguendo questo metodo, per il 2021 la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 3.959.395 individui (1).*

Di seguito si propone inoltre la stima del bisogno potenziale per l'anno 2021 per fascia di età, che mostra il vertiginoso aumento della presenza di gravi limitazioni nel tempo, diffuse tra il 63,8% degli over85 **(Tab. 1).**

Tab n. 1: *stima non autosufficienti a livello nazionale. Elaborazione su dati ISTAT 2021*

Fascia di età	Prevalenza da Istat (2021)	Popolazione di riferimento (1.1.2021)	Stima
65-74	14,60%	6.915.504	1.009.664
75-84	32,50%	4.825.173	1.568.181
85 e più	63,80%	2.200.854	1.404.145

*Il tasso di copertura del bisogno (***Tab. 2** *- fonte rapporto OASIS 2023) 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*

Tab n. 2: *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%

GLI ANZIANI:
LA SITUAZIONE A LODI E NEL TERRITORIO PROVINCIALE

Determinare se le persone vivono una vita più lunga e più sana, o se gli anni aggiuntivi di età avanzata vengono vissuti principalmente in cattive condizioni di salute, è fondamentale per la qualità della vita delle persone e per la definizione delle politiche a loro destinate. (Franco Pesaresi, 09 ottobre 2024)

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA E L'OFFERTA DI SERVZI

L'obiettivo della presente sezione è quello di ***approfondire la situazione demografica e la presenza di servizi rivolti alle persone anziane del territorio lodigiano****, con un focus particolare sui servizi attivi e su quelli a nostro parere utili e/o implementabili. È infatti necessario riflettere sui modelli di servizi proposti facendo una analisi approfondita della domanda, sulla capacità della rete di interconnettere le risposte e sull'appropriatezza di accesso ai servizi (per rispondere in maniera efficace ai bisogni espressi dalla popolazione è utile promuovere interventi con target ben definiti).*

In generale gli aspetti importanti da sottolineare sono tre:

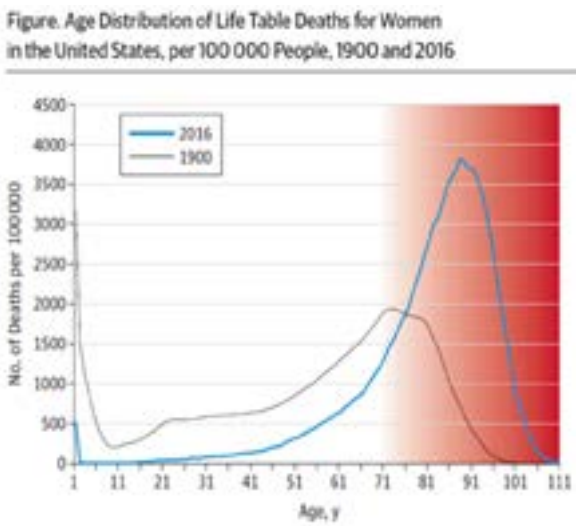
1. **Il territorio locale (Comune di Lodi)** *ha una concentrazione elevata di persone over 65 e quindi di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti. In assenza di alternative di servizi capillari e specifici, le famiglie e gli anziani si auto organizzano (in proprio, con assistenti famigliari o tramite un accesso diretto ai servizi)*

2. *La distribuzione dei servizi è particolarmente concentrata nei comuni del basso lodigiano e i piccoli comuni offrono una risposta debole alle problematiche della non autosufficienza.*

3. *Sul territorio provinciale le possibili proposte di servizi sono limitate, non solo e non tanto dal punto di vista quantitativo, ma in termini di assenza di possibili alternative di filiera (esistono servizi domiciliari e residenziali sociosanitari, ma non è presente una distribuzione né elevata né omogenea di servizi semiresidenziali sociali o di residenzialità protetta/assistita non sociosanitaria).*

L'impressione generale è che il sistema sia più orientato alla "sopravvivenza" che non a un equilibrio stabile e duraturo nel tempo.
Questo si evidenzia **analizzando i dati sui servizi, da cui si evincono modelli non in evoluzione a fronte di una crescente domanda attuale e prevedibile a breve/medio e lungo termine.**
È importante che qualsiasi ragionamento di sviluppo per i servizi per la long term care debba considerare la partecipazione della popolazione sia nelle scelte programmatiche che in un'ottica di promozione di stili di vita attivi e orientati al benessere per meglio gestire la domanda di accesso ai servizi.

Fig. n 1



Più a lungo vivono le persone, più importante diventa la biologia dell'invecchiamento come fattore di rischio primario. Nel corso del XX secolo, grazie ai progressi della medicina e delle politiche di salute pubblica in generale, si è verificatala la diminuzione della mortalità precoce e uno spostamento nella distribuzione per età della mortalità. L'aspettativa di vita è aumentata di più di 30 anni dal 1900 ad oggi. Ad essa però si accompagna l'emersione della disabilità (si vive più a lungo, ma nel corso degli ultimi 20 - 30 anni di vita, si va incontro a disabilità o aumento del livello di dipendenza – zona rossa rappresentata nel grafico in figura1

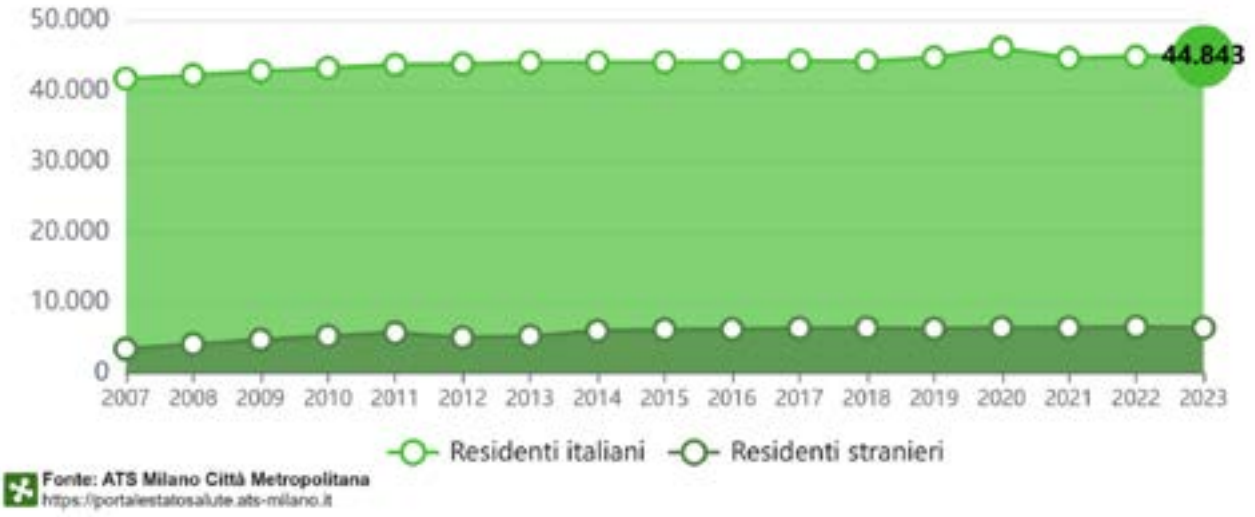
(Distribuzione per età dei decessi delle donne negli Stati Uniti, ogni 100.000 persone, 1900 e 2016)

L'obiettivo della scienza dell'invecchiamento oggi è ritardare l'emersione della disabilità (comprimere la zona rossa nel grafico di cui sopra), ovvero prolungare gli anni di vita sana. **Lo sforzo si deve oggi concentrare sulla ricerca di modalità utili a migliorare la durata della salute.** *Nel corso dei prossimi 25 anni assisteremo sul territorio nazionale e locale ad un incremento della popolazione over 65: cambierà la distribuzione della popolazione per fasce di età. Aumenteranno sempre di più gli anziani e diminuiranno sempre di più i giovani.*

LA DEMOGRAFIA

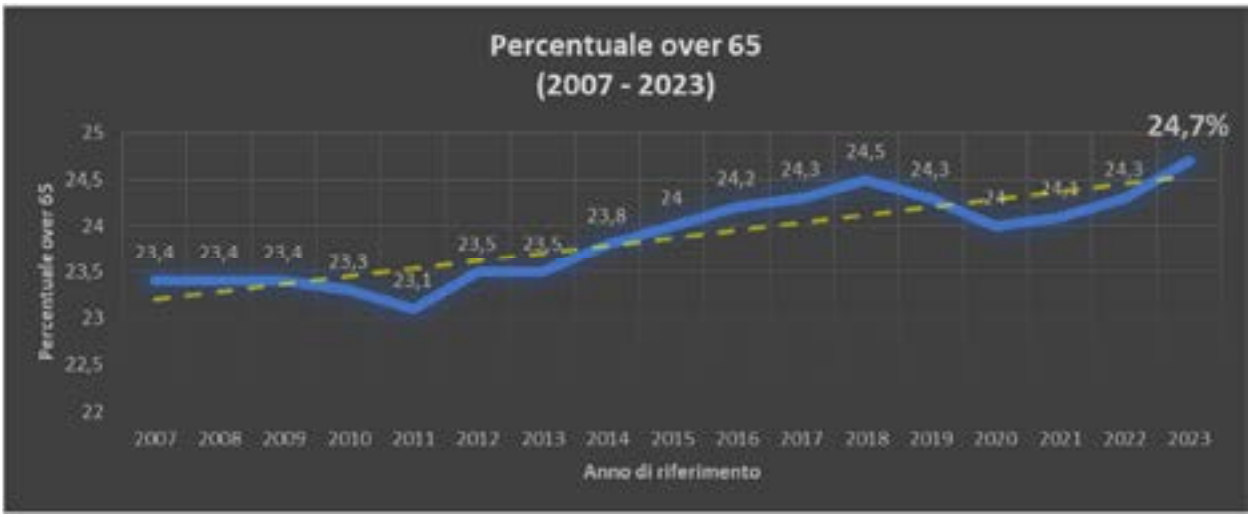
Analizzando i dati ricavati dal Portale salute ATS Milano si desume che la popolazione totale del Comune di Lodi, nell'anno 2023, era pari a 44.843 (fig. e).

Fig. n 2: *Popolazione residente a Lodi 2023*



Il numero di over 65 negli anni è in crescita, in linea con il trend nazionale, nel 2023 era pari a 11.065 persone, ovvero il 24,7% del totale della popolazione superiore sia alla media del territorio della ASST di Lodi 22,5% (nel caso specifico coincide con la Provincia di Lodi), sia superiore al territorio ATS Milano 22,7% e di quello regionale e nazionale 22,1%.

Fig. n. 3: *Percentuale over 65 Comune di Lodi (2007 – 2023)*



L'OFFERTA DEI SERVIZI

Per quanto riguarda la distribuzione dei servizi sociali e sociosanitari il territorio lodigiano ha negli anni sviluppato un sistema radicato e capillare come si evince dalla fig. 4, ma sussistono alcune criticità:

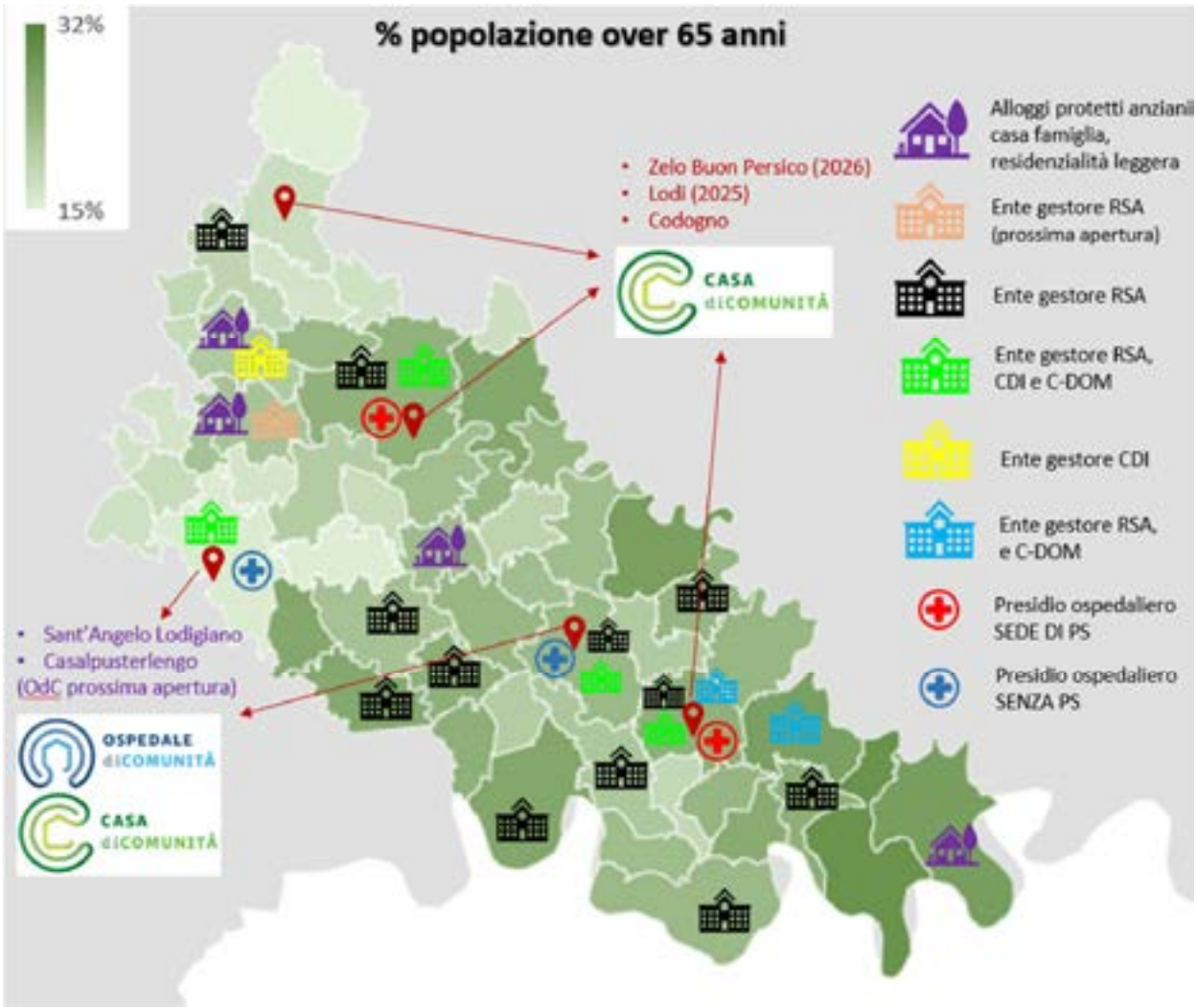
- *nel Comune di Lodi non esistono unità d'offerta residenziali sociali o protette che si inseriscono in una filiera della presa in carico della parziale e o totale non autosufficienza. Le uniche esperienze di questo tipo si trovano a Lodi Vecchio (48), Tavazzano (10), Ossago Lodigiano (36) e Castelnuovo Bocca d'Adda (14). Questo determina che i setting residenziali di cura a Lodi sono essenzialmente di due tipi: il domicilio (con caregiver formali o informali) o le RSA (con un accesso a volte inappropriato, come si evidenzierà in seguito)*

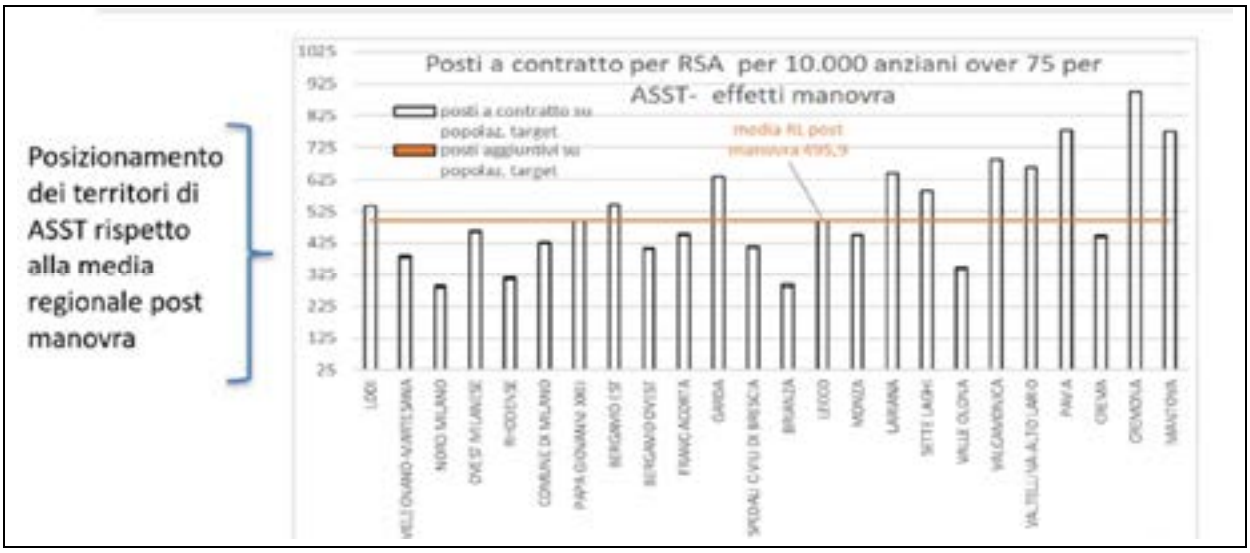
- *le RSA nella Provincia di Lodi sono per lo più concentrate nel distretto del basso lodigiano (nel distretto alto lodigiano sono presenti 2 RSA a Lodi, 1 a Mulazzano, 1 Borghetto Lodigiano, 1 Sant'Angelo Lodigiano e 1 Livraga per un totale di 663 posti pari al 45%).*

Tab. n. 3: *contratti e i budget di UdO sociosanitarie della rete territoriale della Provincia di Lodi*

Denominazione Unita' d'Offerta	Provincia	Localita'	Autorizzazione Esercizio - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Ordinari	Accreditamento - N. Posti Alzheimer	Contratto - N. Posti Ordinari	Contratto - N. Posti Alzheimer	CDI Autorizzazione Esercizio - N. Posti Ordinari
R.S.A. SANTA FRANCESCA CABRINI	LO	SANT'ANGELO LODIGIANO	126	123	0	123	0	0
RSA FONDAZIONE ING. P. ZONCADA	LO	BORGHETTO LODIGIANO	85	85	0	85	0	0
RSA SANTA CHIARA	LO	LODI	216	242	19	242	19	30
RSA ISTITUTO SANTA SAVINA	LO	LODI	83	80	0	80	0	0
RSA FONDAZIONE SEN. A. GROSSI - V. FRANZINI	LO	SENNA LODIGIANA	50	50	0	50	0	0
FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE DI CODOGNO-CHIUVE	LO	CODOGNO	143	127	21	127	21	24
SANTA FRANCESCA CABRINI	LO	CODOGNO	46	46	0	46	0	0
RSA MONS. TRABATTONI	LO	MAIRO	80	78	0	78	0	0
RSA LUIGI CORAZZA	LO	MAIRO	50	30	0	30	0	0
RSA MONSIGNOR CARLO SALVADERI	LO	MEDETI	77	77	0	77	0	0
FONDAZIONE VISCONI DELLA SOMAGLIA	LO	SOMAGLIA	77	77	0	77	0	0
FONDAZIONE MILANI	LO	CASTELNUOVO DADDA	67	66	0	66	0	0
CASA SANTA TERESA	LO	LIVRAGA	80	80	0	80	0	0
RSA ANGELICA VITTADINI TERZAGHI	LO	CASALPUSTERLENGO	80	80	20	42	20	40
R.S.A. SAN GIORGIO	LO	CODOGNO	98	98	0	98	0	20
CASA FAMIGLIA PETRANCA	LO	SAN ROCCO AL PORTO	20	0	0	0	0	0
S. FRANCESCO	LO	CASALPUSTERLENGO	50	50	0	0	0	0
LA MUTUALISTICA	LO	MULAZZANO	60	0	0	0	0	0
			1462	1297	60	1229	60	116

Fig. n. 4: *distribuzione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari nella Provincia di Lodi (l'intensità del colore verde dei singoli comuni è indicativo della percentuale di persone residenti over 65)*





Gli enti gestori di RSA del territorio lodigiano hanno investito e implementato il sistema SMART RSA (creato da Biosistemi), un servizio al quale accedono tutte le strutture sociosanitarie del territorio della Provincia di Lodi, nel quale vengono introdotte le domande di inserimento in struttura delle persone che ne fanno richiesta. Il portale è strutturato in modo tale che, indipendentemente dalla struttura nella quale viene fisicamente consegnata la domanda, le RSA preselezionate dal cittadino che desidera essere ricoverato, visualizzano la richiesta inserita affinché, qualora si liberi un posto, la persona venga contattata per il ricovero.

Considerato che alcuni enti gestori di RSA sono anche enti gestori di UdO semiresidenziali accreditate e/o enti erogatori di C-DOM (RSA APERTA), partendo dal presupposto che molti cittadini che richiedono il ricovero in RSA hanno sviluppato una parziale o totale non autosufficienza, l'inserimento dei criteri di inclusione nella misura RSA APERTA (es. percentuale di invalidità e/o possesso della certificazione di demenza, disturbi del comportamento) in fase di immissione della domanda nel portale digitale è determinante perché consentirebbe una precoce presa in carico della persona e del nucleo famigliare andando anche in linea con gli obiettivi previsti dal PNRR: (M6C1 I1.2.1 – Casa come primo luogo di cura e telemedicina / Assistenza domiciliare (DGR 715/2023).

Sul territorio lodigiano coesiste anche la cartella sociale informatizzata SIZ-URBI alla quale accedono gli assistenti sociali territoriali. La coesistenza di differenti sistema informativi, che gestiscono la domanda/offerta sociosanitaria, non integrati, rappresenta nel contempo una risorsa e una criticità che deve essere superata.

L'obiettivo a tendere è quello di **rivedere la coesistenza di due portali (SMART RSA e SIZ-URBI),** *con funzioni in parte differenti, che potrebbero essere integrate in un unico e nuovo sistema tecnologico di presa in carico delle persone anziane al quale possano accedere gli enti sociosanitari, gli assistenti sociali territoriali e per alcune funzioni il personale sanitario (es. dimissioni protette). Questo consentirebbe di avere in tempo reale un quadro chiaro dei bisogni della popolazione anziana e dell'offerta territoriale disponibile. Aspetti fondamentali per una corretta programmazione territoriale.*

Analizzando i dati ricavabili da SMART RSA relativi alla provenienza delle domande di ricovero in RSA si osserva che negli ultimi 3 anni circa il **40% di domande proviene da territori extra provinciali.** *Inoltre se nel 2021 e 2022 il numero di domande è stato stabile (282 nel 2022 e 298 nel 2023), è prevedibile che nel 2024 le domande di accesso*

aumenteranno di circa il 20% (nel periodo gennaio - agosto 2024 sono state 836). Il medesimo trend si verifica per le domande di accesso dei residenti nel Comune di Lodi (nel 2022 sono state 113, nel 2023 sono state 105 e nei primi 8 mesi del 2024 sono state 104).

Fig. n. 5: *percettori indennità di accompagnamento residenti in Regione Lombardia*

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

In Regione Lombardia nel 2022 erano presenti 310.362 persone che percepivano indennità di accompagnamento, di cui 215.752 over 65 (su 2.300.000 over 65 totali), pari a circa il 10%.
In Italia, circa il 40% delle persone anziane non autosufficienti percepisce l'Indennità di accompagnamento erogata dall' INPS. Nel 2023 il numero di over 65 residenti nel Comune di Lodi era pari a 11.065 persone di cui 1.100 sono percettori di indennità di accompagnamento e quindi si trovano in una condizione di non autosufficienza. A Lodi complessivamente gli anziani over 65 non autosufficienti sono 2.700 e circa 3.500 anziani >65 vivono soli.
Nel territorio della provincia di Lodi i residenti che percepiscono l'indennità di accompagnamento sono 7337 e le pensioni di invalidità civile sono 2431. Complessivamente sono 9768 cittadini con limitazioni funzionali di cui 5722 femmine e 4046 Maschi (fonte INPS)
La popolazione non autosufficiente viene stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4% in Italia - 24,4 % in Lombardia) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratta dal portale Istat2. (Rapporto OASI 2024)
In figura 7 è possibile inoltre osservare se e quante persone richiedenti il ricovero in RSA hanno già ottenuto invalidità con/senza accompagnamento e quante di queste persone sono in attesa o non l'hanno ottenuta. Partendo dal presupposto che l'accompagnamento viene riconosciuto alle persone con invalidità del 100% e che quindi sono totalmente non autosufficienti, considerato che diverse domande di ricovero in RSA viene formulato da persone senza invalidità e accompagnamento, si può stabilire che tali richieste di

ricovero sono formulate da persone con problematiche di natura abitativa, di supporto famigliare e non del tutto gravi. **La possibilità di avere un sistema di servizi residenziali di filiera con UdO sociali che accolgano tali persone, consentirebbe di gravare in misura meno significativa sul SSR e soprattutto dedicare i posti in RSA alle persone non autosufficienti e/o con disturbi del comportamento che al domicilio non possono essere gestiti (criterio di appropriatezza dei ricoveri).**

Fig. n. 6: *domande di ricovero in RSA (totali, provenienti da residenti in Provincia di Lodi e provenienti da residenti nel Comune di Lodi).*

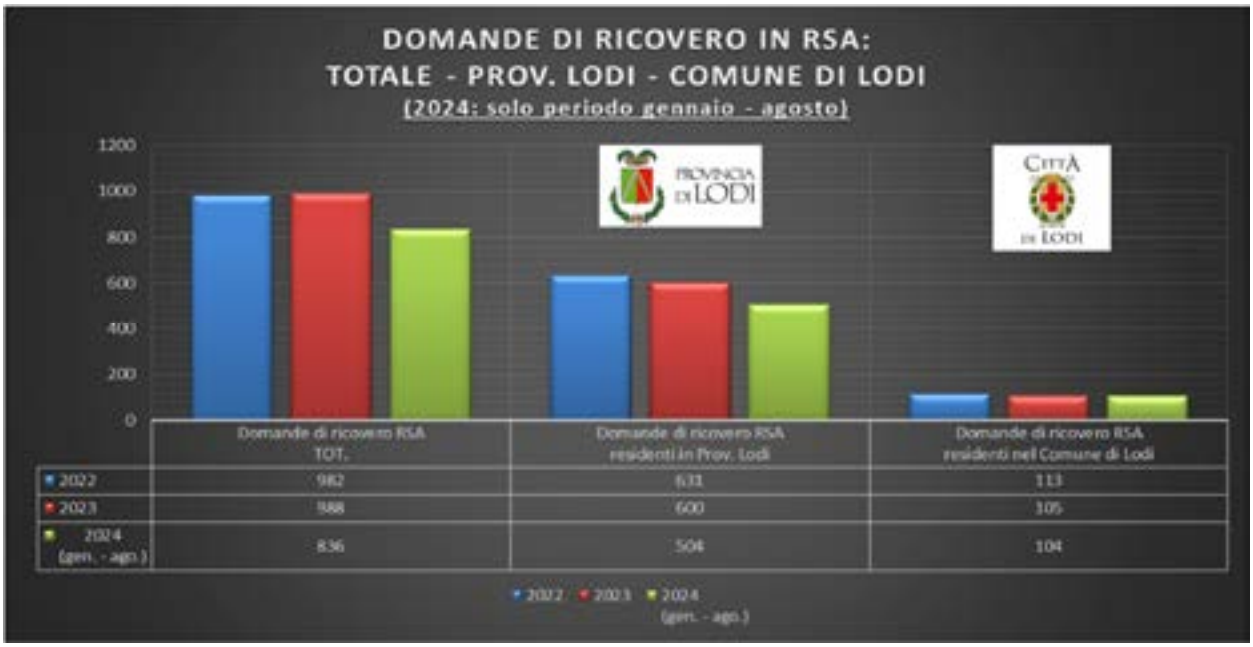
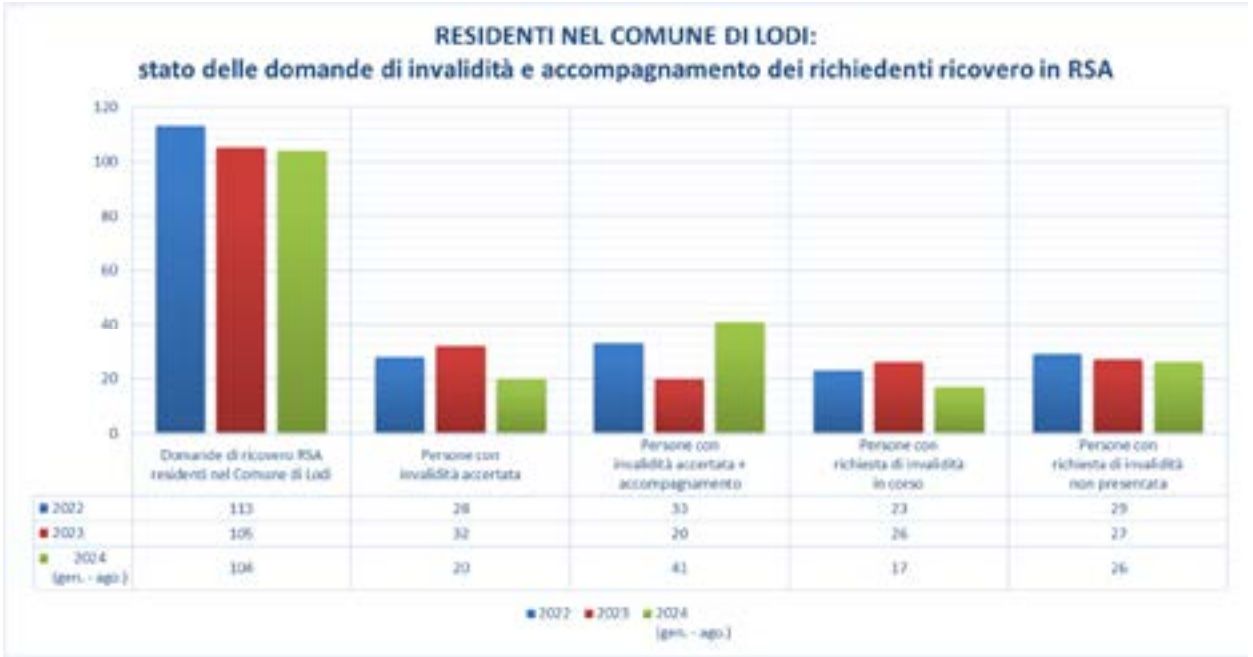


Fig. n. 7: *stato delle domande di invalidità e accompagnamento dei richiedenti ricovero in RSA e residenti nel Comune di Lodi*

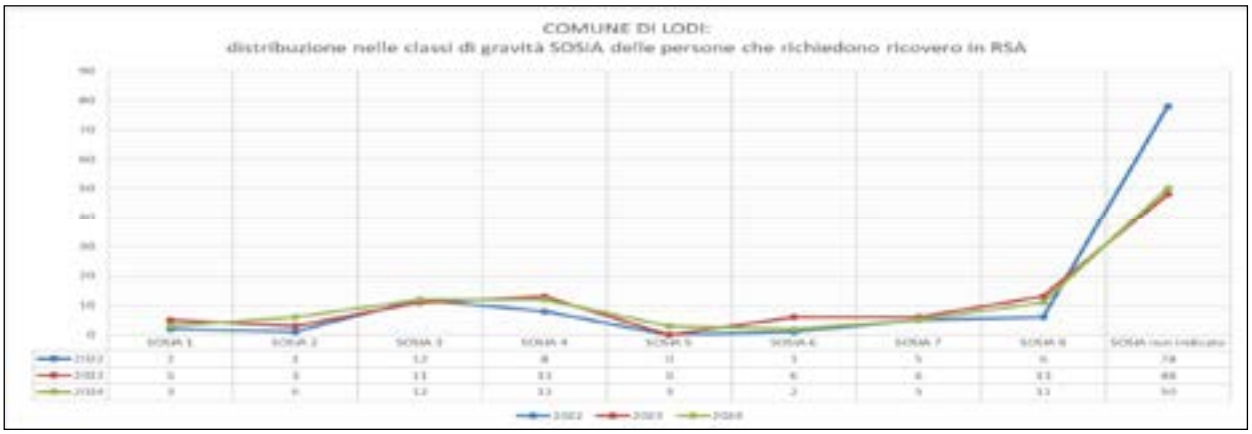


Approfondendo l'analisi delle domande di ricovero in RSA è utile analizzare anche le classi SOSIA al momento della presentazione delle domande.
La classe SOSIA rappresenta una sorta di "fotografia" periodica della persona, legata al suo livello di salute misurata attraverso tre indicatori identificati come specifici della fragilità: capacità motoria, stato cognitivo e al comportamento ed infine l'indicatore della severità della comorbilità. In figura 8 sono state analizzate le classi SOSIA delle persone residenti nel Comune di Lodi che hanno fatto richiesta di ricovero in RSA. Gli aspetti che emergono, di diversa natura, sono essenzialmente 2:

1. *troppe domande di ricovero in RSA sono compilate e/o inserite in modo incompleto (circa il 50% hanno SOSIA non indicato) il che complica sia la valutazione pre ingresso in RSA della persona sia l'appropriatezza del ricovero. È utile supportare i MMG che compilano la domanda di ricovero e definire con le segreterie ospiti delle RSA un più accurato monitoraggio nell'inserimento dei dati sul portale SMART RSA*

2. *il numero di persone in classe 1 e 2 è similare a quello in classe 7 e 8, il che sta ad indicare che vengono ricoverate sì persone gravi, ma anche persone non gravi che dovrebbero e potrebbero essere gestite in contesti assistenziali diversi da quello della RSA.*

Fig. n. 8: *distribuzione delle classi SOSIA delle persone richiedenti ricovero in RSA e residenti in Provincia di Lodi*



LE MALATTIE NEURODEGENERATIVE

Al fine di descrivere la prevalenza e l'incidenza dei disturbi cognitivi nelle popolazioni considerate sono state effettuate ricerche bibliografiche specifiche, accedendo a pubblicazioni scientifiche, documenti di società scientifiche, report dell'ISS e dell'ISTAT, eventuali Linee Guida nazionali.
Ove non fossero presenti dati chiaramente riferibili alla popolazione italiana, sono stati considerati i dati aggregati emergenti da pubblicazioni internazionali, assumendo che la prevalenza ed incidenza dei disturbi cognitivi nella popolazione italiana non differisca in modo significativo da quanto rappresentato nella popolazione del mondo occidentale.

DEMENZE

Fig. n. 9 *incidenza della malattia di Alzheimer nel mondo e proiezione 2030 e 2050*

Per quanto riguarda la sfera della salute mentale degli anziani, le demenze rappresentano una priorità di salute pubblica, come emerge dal "Global Action Plan on the public health response to dementia – 2017 – 2025" che l'OMS ha proposto al fine di sensibilizzare le nazioni nella promozione di azioni di miglioramento della qualità della vita delle persone con demenza e dei loro caregivers. **Le demenze comprendono un insieme variegato di patologie e rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione adulta/anziana.** *L'impatto della malattia ha ricadute dirette, sul paziente che ne è affetto e indirette, sui familiari che se ne prendono cura, in termini non solo socio-assistenziali ma anche lavorativi e di qualità della vita. Secondo i dati OMS, nel mondo oltre 50 milioni di persone sono affette da malattia di Alzheimer e le previsioni permettono di ipotizzare che si raggiungeranno i 78 milioni entro il 2030. Si stima, altresì, che le demenze in generale rappresentino la settima causa di morte nel mondo.*

Dalle indagini ISTAT aggiornate al 2019 si evidenzia che le demenze colpiscono circa 600.000 persone tra gli over 65 che vivono in famiglia, ossia il 4,2% degli anziani (3% per gli uomini, 5,1% per le donne); tale prevalenza triplica nelle donne ultraottantenni (15,4%) e raggiunge il 14% nei maschi di pari età.

In Italia si stima che la demenza colpisca 1.241.000 persone (che diventeranno 1.609.000 nel 2030 e 2.272.000 nel 2050)

Per quantificare la prevalenza ovvero il numero di casi a Lodi e nel Lodigiano abbiamo esaminato le rilevazioni contenute nel Rapporto Epidemiologico Annuale - Lombardia (REAL) N. 1, 2023 che stima che nella città di Lodi siano circa 200 e nel territorio provinciale 1040 i residenti affetti da patologie Neurodegenerative (Demenza e Alzheimer). Considerando le informazioni dirette riteniamo che il dato sia sottostimato.

Vi sono situazioni non ancora diagnosticate gestite dalle famiglie. Sotto il profilo dell'offerta mancano gli ambulatori di geriatria come supporto e riferimento anche informativo nei confronti delle famiglie. Una offerta di servizio da inserire come figura essenziale nella Casa di Comunità e nel centro PUA.

Allo stato attuale il territorio lodigiano ha la possibilità di contare su 3 Nuclei Alzheimer accreditati con il SSR per un totale di 59 posti letto contrattualizzati (21 a Codogno, 20 a Casalpusterlengo e 18 a Lodi). Non esistono Centri Diurni Integrati dedicati a persone affette da questa patologia, e il numero di posti letto attuali non è sufficiente a coprire il bisogno che, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione, tenderà ad aumentare.

Una delle caratteristiche più invalidanti della demenza, che determina un elevato carico assistenziale e la necessità di ricorrere a servizi sociosanitari residenziali, sono i disturbi del comportamento o BPSD (Behaviour and Psychological Symptoms of Dementia), sintomi non-cognitivi che coinvolgono le fasi iniziali o lo stato più avanzato del disturbo neurocognitivo.

Il problema maggiore è dato dal fatto che i Nuclei Alzheimer esistenti non possono essere ampliati dal punto di vista strutturale e quindi della capacità ricettiva.

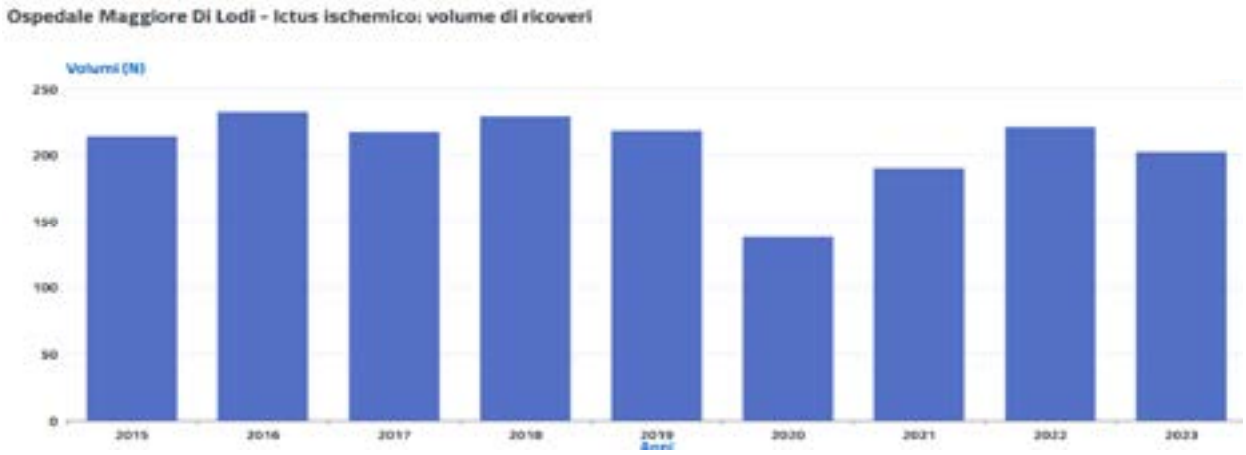
Non esistono sul territorio locale servizi di pronto intervento per persone con demenza:

le alternative possibili in questi casi sono o il ricorso a strutture di sollievo oltre i confini provinciali o il ricorso al pronto soccorso o gli hospice. Sarebbe auspicabile poter disporre di un servizio sociosanitario, riabilitativo e residenziale a carattere temporaneo, dedicato a persone affette da demenza e/o con disturbi del comportamento in atto che necessitano di un elevato supporto riabilitativo e di carattere non farmacologico.

ICTUS

I dati ISTAT indicano che nel 2018 le malattie cerebrovascolari (tra le quali l'ictus rappresenta la manifestazione clinica di gran lunga più frequente). Sono la seconda causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore, con 55.434 decessi (l'8,8% di tutti i decessi), di cui 22.062 maschi (7,3%) e 33.372 femmine (10,1%). La mortalità per ictus è del 20-30% a 30 giorni dall'evento e del 40-50% a distanza di un anno, mentre il 75% dei pazienti sopravvissuti presenta qualche forma di disabilità che nella metà dei casi comporta perdita dell'autosufficienza. L'ictus rappresenta un'importante problematica di salute pubblica per la sua diffusione nella popolazione e per la gravità delle conseguenze sulle persone colpite e comporta spesso un notevole coinvolgimento dei familiari del paziente e dei caregiver con rilevanti costi economici e sociali. La situazione del lodigiano è rappresentata dal seguente Grafico che vede una casistica di circa 20 casi annui di ricoveri negli ospedali del territorio.

Fig. n. 10



LA POPOLAZIONE DIMENTICATA: COSA ACCADE OGGI AD UN ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

LA DOMANDA E L'OFFERTA IN Regione Lombardia e nel Lodigiano

- **Il Tasso di copertura del bisogno della popolazione non autosufficiente tramite RSA è del 15% per la popolazione over 65 non autosufficiente (NA); del 19% per la popolazione over 75 non autosufficiente (NA) .**
- **I servizi domiciliari (ADI) per le persone anziane over 65 anni coprono il 6,4% della popolazione> 65, e il 26% della popolazione >65 NON autosufficiente. Complessivamente si registrano 21,5 accessi medi per assistito equivalenti a 11,8 ore medie per assistito.**
- **I servizi semiresidenziali in Lombardia. Gli ospiti dei servizi semiresidenziale (8.578) sono lo 0,37% della popolazione >65 anni e lo 0.68% della popolazione >75 anni**

Nel Lodigiano i posti ordinari in RSA sono 1.482 (di cui 259+83 a Lodi). Di questi 1.229 sono contrattualizzati (242+80 a Lodi), i posti in CDI sono 115 (di cui 30 a Lodi).
In Lombardia e nel Lodigiano le RSA costituiscono la principale risposta di assistenza offerta dal welfare pubblico.

Vista la situazione demografica e i bisogni della popolazione anziana tenuto conto del livello dell'offerta locale e in particolare la constatazione che:
-NON *esistono unità d'offerta residenziali sociali o protette che si inseriscono in una filiera della presa in carico della parziale e/o totale non autosufficienza; che esiste una consistente lista d'attesa per la RSA;*
-siamo in presenza di una insufficienza della copertura dei servizi domiciliari
-non esistono servizi residenziali (alloggi protetti **cohousing sociale***)*
accade che **le Persone di 65 anni e più, oltre l'84%, si avvalgono del sostegno dei propri familiari, sia conviventi che non coabitanti. In modo esclusivo da soli familiari nel 52% dei casi mentre il 32% riceve l'aiuto non solo da familiari ma contestualmente anche da altre persone (assistenti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati).** *È evidente che l'accesso all'assistenza di tipo privato a pagamento riguarda meno le fasce di popolazione anziana economicamente più˘ svantaggiate, accrescendo, quindi, la vulnerabilità in un segmento di popolazione già fragile per la maggiore precarietà in salute e nei livelli di autonomia, peggiorando le disuguaglianze nella soddisfazione dei bisogni di cura. Quindi per questa fascia di popolazione anziana i bisogni sono un fatto privato.*
E' giusto ribadire che *I nuovi bisogni emergenti in una popolazione sempre più anziana, sempre più fragile (sindrome geriatrica), che spesso sviluppa l'insorgere di più patologie croniche e disabilità gravi,* ***non necessitano di approcci imperniati su singole misure, come in buona parte avviene ancora oggi, bensì sulla costruzione di una filiera di risposte****, cioè di un insieme d'interventi che siano differenziati ed integrati tra loro:* ***servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, cohousing sociale, case protette per anziani, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e assistenti familiari.*** *Tenendo conto dell'insieme delle misure e delle risposte,* ***la priorità è da attribuire agli interventi che promuovano la permanenza dell'anziano a domicilio, soluzione da preferire ogni qualvolta sia possibile.***
Il PNRR - Missione 5 sub investimento 1.1.3; il DM77/2022; la Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021); il PNNA (Piano per la NON autosufficienza 2022-2024)..., assegnano al "territorio"

il contesto assistenziale migliore per le dimissioni da un ambito sanitario al fine di garantire una continuità di assistenza per la cura dei pazienti cronici, per gli anziani con multi-morbilità, nonché con disabilità e/o fragilità, etc....

I MODELLI DI SERVIZIO TRA NECESSITÀ E REALTÀ

Di seguito viene esposta una ricostruzione di quello che c'è nel Comune di Lodi, con qualche riferimento agli altri comuni del territorio lodigiano. Quello che dovrebbe esserci e quello che vorremmo ci fosse sul tema degli anziani.
LE DIMISSIONI PROTETTE per anziani non autosufficienti, fragili, >65 dimessi da ospedali, strutture riabilitative o ricovero temporaneo. Uno strumento per rilevare e monitorare il bisogno e gestire la domanda.
Gli anziani over 65 generano i maggiori ricoveri infatti nella ASST Lodi nel corso del 2023 i ricoveri fatti da pazienti => di 65 residenti a Lodi sono stati circa pari al 2.600 47% di tutti i ricoveri in ASST e in strutture ospedaliere fuori provincia (5581); la stessa situazione la si ritrova a livello provinciale.
E' fondamentale garantire per ogni paziente, in particolare per gli anziani, dimessi dopo un ricovero ospedaliero, la continuità assistenziale. Questo avviene in modo ottimale attraverso il servizio di dimissioni protette strutturato presente in molte realtà ospedaliere ma non ancora nella nostra ASST.
La "dimissione protetta" per gli anziani è strutturata da un insieme di azioni e di interventi che costituiscono il processo di rientro e di permanenza a domicilio di un paziente dall'ambiente ospedaliero o da dimissioni da una struttura riabilitativa al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona, tramite interventi coordinati ed integrati tra sanitario, sociosanitario e sociale.

L'impossibilità di garantire setting di cura in assenza di domicilio *impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica, rivolte ad adulti residenti o temporaneamente presenti nel territorio dell'Ambito Territoriale Lodigiano*
L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti ***gli Ambiti Sociali, visto il suo riconoscimento come LEPS.***
L'istituzione delle dimissioni protette nasce proprio al fine di assicurare al paziente un percorso di cure anche al di fuori dell'ospedale, attraverso un lavoro integrato tra azienda ospedaliera, servizi della ASST e Ats e distretti sociosanitari, servizi sociali comunali, allo scopo di garantire ***una continuità nel processo di cura e assistenza.***
Allo stato attuale nella ASST di Lodi ***non esiste un servizio strutturato di dimissione protette.***
Il problema sorge al momento della dimissione dall'ospedale. Allora e solo allora ci si accorge della difficoltà o impossibilità di un ritorno al domicilio o ad altri setting assistenziali con tutti i conseguenti problemi per il paziente e la famiglia.
Gli elementi qualificanti che caratterizzano un servizio di dimissioni protette in un presidio ospedaliero sono:

- *la presa in carico del servizio di Dimissione Protette del 100% dei pazienti > di 65 anni al momento del ricovero;*
- *la valutazione delle condizioni del paziente e del contesto sociale e della situazione abitativa di provenienza;*
- *la condivisone delle informazioni nella équipe multidisciplinare*

- *la definizione del setting assistenziale ospedaliero e post ricovero;*
- *un sistema di rilevazione che monitori l'effettiva attuazione della modalità di dimissione protetta al 100% dei pazienti > 65 anni ricoverati e dimessi.*

COSA È STATO ATTIVATO DALL'AMBITO SOCIALE TERRITORIALE DI LODI

IL PROGETTO S.I.L.V.E.R *nasce da un partenariato composto dall'Ufficio di Piano dell'Ambito di Lodi come soggetto capofila, Comune di Lodi, Unitre, Fondazione Santa Chiara, Azienda Speciale Consortile Servizi Intercomunali, Azienda Speciale di Servizi di Casalpusterlengo, Fondazione Caritas Lodigiana, Fondazione Opere pie, Il Mosaico Servizi, Centro Servizi Volontariato Lombardia Sud, Asp Basso Lodigiano e Fondazione Comunitaria della Provincia di Lodi Onlus con lo scopo di offrire una serie di servizi alla cittadinanza anziana (over 65) residente nell'Ambito di Lodi nel triennio 2023-2026. Il progetto è finanziato da Fondazione Cariplo per un importo complessivo pari a 630.000€ ai quali si aggiungono i cofinanziamenti degli enti partner per un totale di 230.000€.*

GLI OBIETTIVI: S.I.L.V.E.R *vuole fornire supporto agli anziani con bisogni ancora leggeri, intervenendo in modo preventivo e sui fattori di rischio. Grazie al lavoro di rete con i servizi sociali e socio-sanitari del territorio e al lavoro di comunità che deve essere realizzato con la cittadinanza si cerca di valorizzare le risorse personali dell'anziano e della sua rete allo scopo di favorire e mantenere la sua autonomia e la permanenza al domicilio.*

A CHI SI RIVOLGE IL PROGETTO? *Persone over 65 che risiedono nel territorio dell'Ambito Lodigiano e che potrebbero avere necessità di interventi sociali e/o sociosanitari, anche leggeri, in un'ottica di prevenzione e di mitigazione delle fragilità; caregiver, familiari o altre persone che si occupano della cura di una persona cara residente nel territorio e che necessitano di un supporto per una migliore assistenza alla persona; cittadine e cittadini che possono mettere a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze per un'attività di volontariato a supporto del proprio territorio. Il loro ruolo è prezioso per rendere la comunità attiva e partecipativa e per individuare eventuali situazioni di fragilità all'interno del territorio;*

QUALI SERVIZI SI POSSONO ATTIVARE? *I progetti su misura costruiti all'interno dell'equipe multidimensionale di progetto possono prevedere l'attivazione di differenti servizi e interventi a seconda della necessità della persona.*

Tra gli interventi attivabili si segnalano i vari pacchetti:

1. *pacchetto SERVIZI DOMICILIARI LEGGERI: a titolo esemplificativo e non esaustivo servizi quali disbrigo di faccende domestiche, movimentazione attiva, consegna pasti, accompagnamento nella spesa, attività di socializzazione a domicilio supporto nella prenotazione di visite etc.*
2. *pacchetto ASSISTENZIALE A MATRICE SOCIALE: attività di cura della persona, supporto assistenziale, cura ambiente domestico etc.*
3. *pacchetto INTERVENTO PSICOEDUCATIVO A MATRICE SOCIOSANITARIA supporto per i disturbi del comportamento, attività di stimolazione cognitiva, rilevazione dello stress del caregiver.*

4. *pacchetto INTERVENTO RIABILITATIVO A MATRICE SOCIOSANITARIA: supporto al domicilio con un fisioterapista nella gestione della movimentazione e consulenza per la gestione di spazi/ambiente domestico etc.*

Inoltre è possibile prevedere l'attivazione di percorsi di formazione e informazione rivolti alla cittadinanza e ai caregiver. **Il progetto S.I.L.V.E.R. è una opportunità per avviare formalmente l'Area Anziani all'interno dell'Ufficio di Piano con una equipe di assistenti sociale ad essa dedicata.**

Considerata l'elevata incidenza dei ricoveri degli anziani con i bisogni sociosanitari specifici è importante organizzare una modalità di offerta mirata. *L'impegno dichiarato della Direzione dell'ASST è di adeguare l'attuale modello di assistenza ai nuovi bisogni: inserire fisioterapisti e terapisti occupazionali nelle Medicine, lavorare sulle dimissioni protette e sul funzionamento delle case di comunità, con gli infermieri di famiglia, riducendo così anche i tempi di attesa.*

LE CRITICITÀ RISCONTRATE

Situazione del personale della ASST: risulta abbastanza evidente la carenza di figure tecnico professionale.
In particolare il sottodimensionamento della figura dell'Assistente Sociale con ll quale si interfaccia, sia per il relativo ruolo di regia nell'attivazione di alcuni servizi della filiera sociale (Leps), che per la strutturazione della **"Presa in Carico", la stesura e l'attuazione del Piani Assistenziali Integrati dei pazienti cronici, dei non autosufficienti e dei loro familiari nei Punti Unici di Accesso nelle case di Comunità e per l'integrazione sociale e sociosanitaria.** *La mancanza di un sistema informatizzato di condivisione delle informazioni socio sanitarie e sociali (Cartella* **Sociale Informatizzata) complica e rallenta i processi di integrazione anche rispetto ai pur minimi obiettivi / vincoli del** *"DM 77 che prevede al Punto 10 "Cure Domiciliari –la presa in carico di almeno il 10% della popolazione over 65 progressivamente, entro il 2026".*

Punto Unico di Accesso. *Per la nascente Casa della Comunità (CdC)di Lodi e per l'attuale strutturazione delle altre Cdc territoriali, il* **Punto Unico di Accesso** *deve avere l'obiettivo, definito il bisogno del singolo cittadino e della sua famiglia, di informare rispetto ai servizi disponibili , alle modalità di accesso e a tutti gli altri possibili interventi che possono essere richiesti, non solo ai servizi sanitari e sociali, ma anche a tutti gli altri attori del welfare.*
Il tema del percorso di accesso (e dei PUA) ha enorme importanza per i non autosufficienti e le loro famiglie, basti pensare alle loro difficoltà per "sapere dove andare a chiedere che cosa", e/o nel peregrinare faticosamente tra più sportelli/servizi diversi. **In sostanza il PUA ha il compito di rispondere ai bisogni di salute e socio sanitari nella sua globalità. Questa esigenza non è certo una novità, rappresenta una necessità presente da tempo ma che fatica a trovare una concreta attuazione.**
Diventa stringente quindi, la necessità di attivare il Pua a Lodi in anticipo sulla realizzazione della Casa della Comunità *per gestire la domicìliarità e la presa in carico del bisogno di assistenza. Per approfondimenti vedere il capitolo specifico della Casa della Comunità.*

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Si stima che a Lodi gli anziani over 65 non autosufficienti siano 2.700 e circa 3.500 anziani >65 vivono soli. In Italia, circa il 40% delle persone anziane non autosufficienti percepisce l'Indennità di accompagnamento erogata dall' INPS. Nel comune di Lodi sono circa 1.100 e circa 7337 nel Lodigiano.
La popolazione non autosufficiente viene stimata applicando la percentuale di anziani con limitazioni funzionali (28,4% in Italia - 24,4 % in Lombardia) alla popolazione over65 per l'anno oggetto di analisi tratta dal portale Istat2. (Rapporto OASI 2024)

Le risorse per far fronte ai bisogni della popolazione non autosufficiente provengono dal Fondo per la Non Autosufficienza (FNA) e sono destinate alla Misura B2 per l'esercizio 2024 (Dgr 2033 marzo 2024). Sono interessate le persone residenti in Lombardia di qualsiasi età assistite al domicilio, che evidenziano gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente il grado di autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana e di relazione e sociale. Nello specifico gli interventi finanziati riguardano: Interventi ***di sollievo, percorsi di sostegno psicologico, formazione/addestramento.***
La misura prevede nel 2024 una sostanziale riduzione del contributo economico a favore del caregiver. In sua sostituzione è stato avviato un sistema di interventi sociali integrativi L 234/2021 art 1 comma 162 lettera a) b).

LA RIDUZIONE DEI CONTRIBUTI ECONOMICI

La riduzione dei contributi economici per la misura B2 non ha dato ancora evidenza che verrà compensata dall'attivazione di servizi assistenza diretta/servizi sociali integrativi. Infatti, alla data odierna, non sembra possibile avere in breve tempo questi nuovi interventi efficacemente operativi per mantenere un buon livello di assistenza complessiva.

- *Secondo le informazioni disponibili nel sito dell'Ufficio di Piano relative alle richieste per l'accesso al Fondo per la non autosufficienza 2024,* **le domande accolte sono state 11 per il Comune di Lodi su un totale di 133** *dell'intero Ambito; ammesse e non finanziate 18 per Lodi e 174 per il resto del territorio. I dati indicano una limitata richiesta certamente determinata dalla scarsa informazione. I nuclei familiari delle persone non autosufficienti non sono stati informati sulla possibilità di accedere ai servizi sociali integrativi (nella stragrande maggioranza non sono stati richiesti); Le risorse per la misura B2 sono assolutamente insufficienti per rispondere ai bisogni del numero delle persone escluse nonostante ne avessero diritto; i contributi economici comunque compensano solo in parte il lavoro di cura dei caregiver. La famiglia rimane il punto di riferimento principale.*

L'assistenza domiciliare ADI e SAD.
Nel 2022 a livello nazionale veniva riportata una percentuale di over 65 assistiti in ADI pari al 3,27%, e una percentuale di over 75 pari al 5,36% dato confermato anche per la regione Lombardia (fonte Ministero della Salute 2023 Elaborazione di Italia longeva CREA sanità).
L'analisi congiunta dei trend di fragilità e quelli di erogazione di ADI e cure residenziali condotta da Italia Longeva nel 2023 (Vetrano DL., 2023), ha evidenziato come ad una progressiva espansione della fragilità registrata nell'ultimo decennio, non sia conseguita una proporzionale espansione della long-term care, generando di fatto un costante gap tra bisogni assistenziali ed effettivo soddisfacimento di quei bisogni.

Il SAD raggiunge un numero veramente esiguo ed insufficiente e non incidente sulla situazione critica dei cittadini sotto il profilo quali/quantitativo. Dai dati del Progetto Silver (2024 meno di 15 persone; non si dispongono di altri dati analitici per singolo comune) risulta essere modesta anche l'integrazione con l'Adi. L'assunzione di un nuovo ruolo gestionale dell'ADI, in precedenza esercitato dalle Asst, poi abbandonato per tanti anni, ripreso solo nel 2024 ma come uno degli enti erogatori, essendo di fatto un servizio gestito dai pattanti ovvero privatizzato, ha comportato una conseguente perdita del relativo know-how Oggi si pone la necessità di ricostruirlo con personale dipendente assunto secondo CCNL Pubblico. Le cure domiciliari devono effettivamente rientrare nel quadro dei Lea Leps / livelli essenziali di assistenza e prestazioni garantite nei confronti della popolazione fragile, persone con disabilità e anziani non autosufficienti.
Questo significa che i binari, oggi paralleli, di ADI e servizi domiciliari dei comuni (SAD), dovranno trovare punti di integrazione, superando la dicotomia tra la gratuità dell'ADI e la compartecipazione ai costi dei SAD; dovranno essere organizzati sul lungo periodo(LTC).Inoltre, in questo momento è molto parziale l'attuazione della L.33 sulla non autosufficienza; c'è la necessità di incrementare le ore di assistenza e di cura della persona con una prevalenza rispetto a quelle di cura degli ambienti; bisogna coinvolgere la persona non autosufficiente, il caregiver e l'eventuale assistente familiare nel progetto di presa in carico e garantirli in tutti i comuni, a prescindere dal consistenza abitativa; deve essere previsto un **costo standard valido per l'intero territorio da stabilire nelle programmazione zonale 2025/2027.**

OBIETTIVI

- *secondo quanto espresso nel PNRR, per i prossimi anni, il target di copertura ADI tra la popolazione anziana=>65 anni deve essere => del 10%,*
- *realizzare punti prelievo del sangue e di assistenza specifici per anziani e per le loro famiglie nelle zone della città di Lodi non prossime all'Ospedale.*
- *RSA APERTA. Valorizzare il Ruolo delle Rsa aperte nel territorio, a partire da Santa Chiara per il Comune di Lodi incrementandone le disponibilità: sollievo, Cdi, Sad, Adi*

Le RSA in generale stanno affrontando un periodo complesso determinato da:

- *la sostenibilità economica del settore, insufficienza di personale e disponibilità, qualità del lavoro, motivazione professionale; introduzione di soluzioni tecnologiche nei processi di cura; messa in atto di sinergie con altri settori (sanità, abitare, adi ecc);*
- *l'insufficiente volume di risorse stanziato da Regione attraverso il fondo sanitario; la questione irrisolta della compartecipazione ai costi per i pazienti;*
- *incremento dei tempi e relativa remunerazione dei costi per l'assistenza degli ospiti. Interventi di riqualificazione delle strutture.*

LE PRIORITÀ

RETE DI SERVIZI

Ribadiamo che quello di cui sicuramente la Regione ed il Comune di Lodi dovranno occuparsi, oltre all'incremento ed alla qualificazione dei servizi domiciliari, è realizzare l'offerta di una rete di **appartamenti protetti e di cohousing sociale**, *case per Anziani, Centri Anziani, Cdi, integrandoli con le Rsa attuali, in sinergia con il progetto Silver dell'Ufficio di Piano. L'obiettivo primario è prevenire l'istituzionalizzazione degli anziani.*

INVECCHIAMENTO ATTIVO

Il nostro Paese ha davanti alcune grandi sfide: socio-demografiche (natalità, invecchiamento), economiche (intensità e qualità della crescita) e sociali (povertà, disoccupazione, precarietà, diseguaglianze). Vogliamo in particolare soffermarci sui temi legati al progressivo, e ovviamente positivo, processo di invecchiamento della popolazione, che non è stato ancora colto in tutta la sua valenza per gli effetti che produce sull'assetto complessivo della società, sui modelli di vita e sulla struttura familiare.
Le persone con almeno 65 anni tra il 2045 e il 2050 saranno il 34% della popolazione di riferimento. **A Lodi si registra nel 2024 una presenza di 11.236 unità, di cui over 80 anni 3765 unità. Le famiglie composte da una sola persona sono circa 8.200. Vivere a lungo e in buona salute sarà la più importante conquista sociale della quale dovranno essere protagonisti tutti e non soltanto pochi privilegiati. E' doveroso investire su prevenzione, territorio, cronicità, innovazione tecnologica, reclutamento di personale sanitario.**

AZIONI

A) *vanno realizzati servizi necessari per conseguire un'adeguata integrazione tra prestazioni sociali e sanitarie. In questi anni incontrando i nostri anziani abbiamo capito che le persone non più giovani sono piene di vita, hanno ancora voglia di partecipare alla vita della società, di esserci. Abbiamo toccato con mano quanto il benessere e la salute dipendano da una* ***buona partecipazione*** *alla vita sociale.*

B) sosteniamo pertanto l'importanza di monitorare il benessere cognitivo nell'anziano (screening per la memoria). Memoria, Linguaggio, Percezione e Ragionamento logico sono funzioni fondamentali ad ogni età e vanno sostenute al fine di ***prevenire ed evitare il decadimento cognitivo.***

C) ***assicurare la cittadinanza digitale alla popolazione anziana*** *Un efficace e diffuso accesso ai nuovi servizi digitali nei campi della salute e dei servizi appare particolarmente necessario proprio nelle zone dei territori caratterizzati da un più accentuato invecchiamento della popolazione e dalla scarsa presenza di uffici pubblici. L'inclusione digitale è ormai un tassello imprescindibile per garantire un accesso equo e adeguato all'informazione, alla conoscenza e ai servizi digitali, indispensabile per favorire non solo una società più connessa, ma anche più equa e inclusiva.*

D) Il desiderio di ***continuare a condurre una vita indipendente*** *è ormai una priorità nella vita di una persona anziana. Il patrimonio abitativo degli anziani in Italia non sempre però è adeguato alle specifiche esigenze delle persone. Si può affermare quindi l'esistenza di una vera e propria condizione di* ***fragilità abitativa delle persone anziane.*** *che provoca, in molti casi, sradicando della persona anziana dalla propria realtà sociale, accelerandone il processo di invecchiamento.*

E) Occorre favorire ulteriori nascite di **centri anziani** *nel Comune per offrire sempre più importanti occasioni di nuove amicizie e di contatti personali fra persone che hanno un vissuto simile. Aiuta in particolare a combattere il senso di noia e solitudine, che una persona anziana può provare . Permette inoltre di coltivare le passioni di sempre e di condividerle con altre persone per accrescere le proprie conoscenze in materia.*

IN SINTESI

LA POPOLAZIONE ANZIANA A LODI

La popolazione della città di Lodi nel 2023 era di 44. 843 residenti. ***Il numero di over 65 negli anni è in crescita, in linea con il trend nazionale, nel 2023 pari a 11.065 persone, ovvero il 24,7%*** *del totale della popolazione, superiore sia alla media del territorio provinciale 22,5%, sia superiore al territorio ATS Milano 22,7% e di quello regionale e nazionale 22,1%. La popolazione => di 75 anni è di circa 6.000 unità di cui il 40% risultano soli (fonte Istat)*

- **In Italia, circa il 40% delle persone anziane non autosufficienti percepisce l'indennità erogata dall' INPS.**
- **A Lodi sono circa 1.100 le persone percettori di indennità di accompagnamento che si trovano in una condizione di non autosufficienza.**
- **Si stima che a Lodi complessivamente gli anziani over 65 non autosufficienti siano 2.433 e circa 3.500 anziani >65 anni vivono soli.**

LE MALATTIE NEURODEGENERATIVE

Per quantificare la prevalenza ovvero il numero di casi a Lodi e nel Lodigiano affetti da malattie neurodegenertive abbiamo esaminato le rilevazioni contenute nel Rapporto Epidemiologico Annuale - Lombardia (REAL)N. 1, 2023 che stima che ***nella città di Lodi siano circa 200 e nel territorio provinciale 1040 i residenti affetti da patologie Neurodegenerative (Demenza, Alzheimer).***
Considerando le informazioni dirette riteniamo che il dato sia sottostimato. Vi sono situazioni non ancora diagnosticate e gestite in famiglia.
Sotto il profilo dell'offerta mancano gli ambulatori di geriatria come supporto e riferimento anche informativo nei confronti delle famiglie. Una offerta di servizio da inserire quale figura essenziale nella Casa di Comunità e nel centro PUA.

I MODELLI DI SERVIZIO TRA NECESSITÀ E REALTÀ

Nel Comune di Lodi non esistono unità d'offerta residenziali sociali o protette che si inseriscono in una filiera della presa in carico della parziale e/o totale non autosufficienza.
Questo significa che i setting residenziali di cura a Lodi sono essenzialmente di due tipi: il domicilio (con caregiver formali o informali) o le RSA (con un accesso a volte inappropriato).

Allo stato attuale il territorio lodigiano dispone di **N. 18 Rsa con 1297 posti letto accreditati; 59 pl di Alzheimer e 115 posti in centri diurno. Nella città di Lodi vi sono N 2 RSA per un totale di 320 PL ; 1 CDI con 30 posti ordinari e N. 3 Nuclei Alzheimer accreditati con il SSR per un totale di 59 posti letto** *contrattualizzati (21 a Codogno, 20 a Casalpusterlengo e 18 a Lodi).*

Non esistono Centri Diurni Integrati dedicati a persone affette da questa patologia *neurodegenerativa, e il numero di posti letto attuali non è sufficiente a coprire il bisogno che, tenuto conto dell'invecchiamento della popolazione, tenderà ad aumentare.*
Non esistono sul territorio locale servizi di pronto intervento per persone con demenza. Sarebbe auspicabile poter disporre di un servizio sociosanitario, riabilitativo e residenziale a carattere temporaneo, dedicato a persone affette da demenza e/o con disturbi del comportamento in atto che necessitano di un elevato supporto riabilitativo e di carattere non farmacologico.

COSA ACCADE OGGI AD UN ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

Vista la situazione demografica e i bisogni della popolazione anziana:
tenuto conto del livello dell'offerta locale e in particolare la constatazione che NON *esistono unità d'offerta residenziali sociali o protette che si inseriscono in una filiera della presa in carico della parziale e/o totale non autosufficienza;*
che esiste una consistente lista d'attesa per la RSA, una insufficienza della copertura dei servizi domiciliari , non esistenza di servizi residenziali (alloggi protetti **cohousing sociale**)
accade che le ***persone di 65 anni e più*** *oltre* ***l'84% si avvalgono del sostegno dei propri familiari,*** *sia conviventi che non coabitanti,* ***in modo esclusivo da soli familiari nel 52% dei casi mentre il 32% riceve l'aiuto non solo da familiari*** *ma contestualmente anche da altre persone (assistenti agli anziani, altro personale a pagamento, assistenti domiciliari incaricati da enti pubblici o privati.*
Il trend demografico ed epidemiologico indicano nel breve periodo un incremento importante della popolazione anziana e della non autosufficienza.
Le RSA costituiscono la principale risposta di assistenza offerta dal welfare pubblico.
la rete di welfare pubblico lascia un ampio carico di cura alle famiglie.
Una quota significativa di popolazione anziana, con bisogni di salute complessi, non trova una completa ed adeguata risposta nelle istituzioni sociosanitarie.

L'OBIETTIVO PRIMARIO È PREVENIRE L'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI

Realizzare l'offerta di una rete di appartamenti protetti e di cohousing sociale, case per Anziani, Centri Anziani, Cdi, integrandoli con le Rsa attuali, in sinergia con il progetto Silver dell'Ufficio di Piano. **La priorità è da attribuire agli interventi che promuovano la permanenza dell'anziano a domicilio, soluzione da preferire ogni qualvolta sia possibile.**

RSA APERTA

Valorizzare il Ruolo delle Rsa aperte nel territorio, a partire da Santa Chiara per il Comune di Lodi incrementandone le disponibilità: sollievo, Cdi, Sad, Adi.

ASSISTENZA DOMICILIARE ADI E SAD

Integrare ed incrementare l'assistenza domiciliare ADI E SAD. Ad una progressiva espansione della fragilità registrata nell'ultimo decennio, non si è conseguita una proporzionale espansione della long-term care, generando di fatto un costante gap tra bisogni assistenziali ed effettivo soddisfacimento di quei bisogni.
Secondo quanto espresso nel PNRR, per i prossimi anni, il target di copertura ADI tra la popolazione anziana=>65 anni deve essere => del 10%,
Realizzare punti prelievo del sangue e di assistenza specifici per anziani e per le loro famiglie nelle zone della città di Lodi non prossime all'Ospedale.

ATTIVAZIONE DEL PUA

Il PUA ha il compito di rispondere ai bisogni di salute e socio sanitari nella sua globalità. Questa esigenza non è certo una novità, rappresenta una necessità presente da tempo ma che fatica a trovare una concreta attuazione.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E DIMISSIONI PROTETTE

- *Adeguare l'attuale modello di assistenza ai nuovi bisogni: inserire fisioterapisti e terapisti occupazionali nelle Medicine*
- *avviare un servizio di dimissione protette presso gli ospedali della ASST che raggiunga queste performance*

- *la* **presa in carico del servizio di Dimissione Protette del 100% dei pazienti > di 65 anni al momento del ricovero;**
- *la* **valutazione delle condizioni del paziente e del contesto sociale e della situazione abitativa di provenienza;**
- *la* **condivisone delle informazioni nella équipe multidisciplinare**
- *la* **definizione del setting assistenziale ospedaliero e post ricovero;**
- **un sistema di rilevazione che monitori l'effettiva attuazione della modalità di dimissione protetta al 100%** *dei pazienti > 65 anni ricoverati e dimessi.*

INVECCHIAMENTO ATTIVO VIVERE IN UNA CITTÀ CHE AIUTA GLI ANZIANI

- *Vivere a lungo e in buona salute sarà la più importante conquista sociale della quale dovranno essere protagonisti tutti e non soltanto pochi privilegiati.*
- **Prevenire ed evitare il decadimento cognitivo. Favorire le relazioni sociali e la partecipazione dell'anziano** *sono appuntamenti da onorare.*
- **Assicurare la cittadinanza digitale alla popolazione anziana.** *Un efficace e diffuso accesso ai nuovi servizi digitali nei campi della salute e dei servizi appare particolarmente necessario.*
- **Fragilità abitativa delle persone anziane.** *La pressoché totale assenza in Italia di politiche abitative a favore degli anziani costringe gli stessi a soluzioni abitative inadeguate alle proprie condizioni; a condurre una vita in solitudine; andare a vivere con i propri figli; trasferirsi in una RSA.*
- **Occorre favorire l'incremento dei centri anziani nel Comune** *per offrire sempre più importanti occasioni di nuove amicizie e di contatti personali fra persone che hanno un vissuto simile.*
- **Sviluppo della conoscenza e informazione.**
  Il sistema socio-sanitario e sociale non dispone di un sistema informativo organico che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il bisogno alla tipologia e al numero di prestazioni di cui usufruisce, *né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore, non consentendo al sistema dei servizi di raggiungere in modo omogeneo e univoco tutta la popolazione e rischiando la presentazione di domande non appropriate e non adeguate.*
- **Realizzare davvero la prossimità dei servizi sociosanitari per gli anziani.**
  L'attuale sistema delle Case di Comunità è sicuramente un positivo strumento per raggiungere in modo più omogeno la popolazione inserendo in esse il collegamento tra le prestazioni ambulatoriali e quelle territoriali, ma nell'attuale modello insistono alcune criticità.
  Per la popolazione anziana e residente nei territori più disagiati delle campagne del basso lodigiano, le CdC non sono, logisticamente, un punto di accesso facile (è lasciato al cittadino l'onere di raggiungerle).
  All'interno delle stesse non è prevista la presenza del personale sociosanitario (amministrativo e/o sociosanitario) aspetto che sarebbe utile prevedere in virtù della significativa competenza e capillarità degli enti gestori di CDI, RSA e C-DOM, presente in modo più omogeno sul territorio e capaci di una forza lavoro sicuramente utile se non, in alcune situazioni, determinante.

PERSONE CON DISABILITÀ DISAGIO PSICHICO - DIPENDENZE

Per quanto riguarda le persone con disabilità, con disagio psichico o in stato di dipendenza, alcuni aspetti concernenti la tutela della salute maggiormente rilevanti, riguardano:

- **la mancanza di dati quali/quantitativi,** *elaborati per età e condizione, organizzati e indirizzati ad una programmazione di ampio respiro che garantisca risposte appropriate ai bisogni, non solo presenti ma anche futuri.*
- **La mancanza di informazioni / orientamento / presa in carico del bisogno complessivo della persona** *fragile e del suo nucleo famigliare attraverso un case management efficace, in grado di attivare la rete sanitaria/ socio sanitaria/ sociale*
- **La mancanza di servizi adeguati per appropriatezza della risposta e/o per numero** *rispetto alle persone che ne hanno bisogno (da cui deriva la necessità di una ancora maggiore attenzione alla programmazione).*

In merito alla tematica dell'informazione e della presa in carico, la questione, diversamente da come avviene ora, va affrontata **considerando il disagio come condizione di compromissione.**

Infatti la prima e cruciale questione è che sul fronte del disagio mancano informazioni. Qualunque persona/famiglia trova spesso indicazioni su molti aspetti della cura (ad esempio sulle cure materno/infantili) ma ci sono ambiti in cui questo non avviene. **Quest'assenza di informazioni e orientamento** *riguarda spesso alcune forme di disagio.* **Mancano orientamenti, manca la "normalità" dei messaggi informativi** *e di indicazioni chiare. In questo senso sarebbe utile parlare di disagio ricomprendendo in questo concetto tutte le sfaccettature con le quali può manifestarsi ed evitare di costruire delle sotto-categorie. Se il disagio è tale in termini di compromissione non importa di quale tipo sia. Questo anche per evitare che genitori di un figlio con disabilità o disagio psichico si senta o venga considerato un padre/madre fallito/a, a causa della situazione che ha colpito il figlio.* **È quindi fondamentale costruire informazioni neutre,** *finalizzate ad evitare che ci siano persone che fatichino a cogliere il valore dell'informazione perché si identificano in una situazione di fallimento. Spesso lo stesso contesto genitoriale ha bisogno di supporto di gruppi che vivono lo stesso problema e che riducano il senso di abbandono che si sperimenta di fronte al dolore. La solitudine di alcune famiglie può essere connessa anche al fatto che talvolta i costi elevati di alcuni percorsi di supporto provocano l'abbandono degli stessi da parte di alcuni genitori. A titolo di esempio al fine di pervenire ad un atteggiamento neutrale rispetto al fare informazione sarebbe necessario che i percorsi di sostegno alla genitorialità oggi pensati per le coppie neo-formate, dovrebbero/potrebbero essere sviluppati nell'ottica del ciclo di vita della coppia genitoriale e non solo della sua fase iniziale. Ovviamente questo cambio di paradigma comporta tempi medio-lunghi che hanno a che fare con una nuova formazione e organizzazione per chi è deputato all'informazione. In questo senso si ritiene che* **il PUA (Punto Unico di Accesso) che sarà implementato presso la Casa della Comunità di Lodi, si strutturi come PUNTO UNICO in cui si riesca ad accedere ad informazioni complessive per le persone con disabilità, con disagio psichico e con problemi di dipendenza. Un Punto Unico in cui siano presenti figure multiprofessionali che oltre ad essere in grado di dare risposte di senso, prendano in carico la situazione lavorando in rete con i vari servizi ASST, dei Comuni, del privato sociale e socio-sanitario. Per l'importanza che riveste la**

conoscenza dei dati numerici, ma soprattutto di qualità, il PUA si impegna a definire un sistema di reporting trimestrale sulla attività svolta e sulla sua efficacia. (pag 89 del PSL "Casa della Comunità")

ASSENZA DI INFORMAZIONI

Ovviamente tutto quanto sopra riportato per quanto riguarda la necessità di informazioni e orientamento vale ed è importante anche per le persone con dipendenze e per le loro famiglie. **Infatti il tema delle dipendenze** *(alcol, sostanze ma anche gioco d'azzardo)* **è molto legato anche allo stigma ed al senso di colpa che spesso inibisce l'accesso ai servizi sia da parte delle persone con dipendenza che da parte delle famiglie.** *Diventa, quindi, indispensabile poter avere dei luoghi in cui cercare informazioni e orientarsi. Oltre a ciò è importante che siano avviati gruppi di auto mutuo aiuto formati da persone con dipendenza in quanto lo stigma rispetto ad alcune forme di dipendenza è molto radicato.*

Un tema legato all'invisibilità delle famiglie ed all'assenza di informazioni su alcuni ambiti di disagio ha anche a che fare con la separatezza delle dimensioni con cui viene spesso trattato il disagio e con la tendenza a concepire la vulnerabilità in maniera "settoriale" senza considerare l'interdipendenza tra le diverse dimensioni dell'essere e tra le diverse dimensioni di vita e dei contesti.

Curare l'informazione, pertanto, può essere un modo per cominciare a riconoscere che intorno alla persona con disabilità e/o disagio c'è un sistema famigliare sul quale riflettere e che necessita di attenzione e supporto.

La separazione tra sanitario, socio/sanitario e sociale è uno dei nodi problematici principali in questo contesto. *La filiera dei servizi sociali/socio sanitari e sanitari abbisogna non solo di un collegamento che eviti lo smarrimento del familiare che vi si approccia, ma anche di una supervisione da parte del servizio pubblico, che aiuti il caregiver ad accedere in caso di necessità ai servizi privati, indirizzandolo a quelli accreditati e a contratto con Regione, evitando così inutili e spesso inefficaci dissanguamenti economici del budget familiare.*

C'è anche un tema che riguarda **il rapporto tra Salute e Disabile Adulto: laddove non sia stato nominato un Amministratore di Sostegno** *(e a tutt'oggi i soggetti Disabili che beneficiano di questo ausilio sono ancora drammaticamente pochi), in presenza di problematiche di salute gravi che richiedono di prestare consenso informato riguardante l'assunzione di terapie o l'esecuzione di interventi chirurgici, si apre una voragine che richiede l'intervento del Tribunale le cui tempistiche bibliche sono note. Anche questa è una problematica cogente. Per questo* **riteniamo necessario rilanciare un lavoro esteso di informazione e supporto portato avanti dalla ASST e da associazioni di volontariato sulla tematica dell'Amministratore di Sostegno, compresa una nuova campagna per reperire persone in città che vogliono e possono svolgere questo compito.** *Ciò anche nella prospettiva di garantire la piena autonomia della persona sulla base della legge regionale 6 dicembre 2022, n.25. E' considerato determinante la formazione e la selezione di ADS, che nello svolgimento dei loro compiti abbiano sensibilità e competenze per tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario, superando la mera logica tutelare / assistenziale.*

Inoltre si rileva che, **raggiunta la maggior età, i soggetti Disabili non hanno più accesso a proposte terapeutiche o di sostegno psicologico sovvenzionate dal Sistema Sanitario Nazionale,** *anche all'interno dei servizi non vi è la possibilità di accedere ad uno sportello psicologico né rivolto al diversamente abile, né alla famiglia o caregivers. Anche in questo caso riteniamo indispensabile colmare questa lacuna.*

ALCUNE ALTRE NOTE E PROPOSTE IN ORDINE ALLA TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ, DISAGIO PSICHICO E DIPENDENZA

Il PIANO DI SVILUPPO del POLO TERRITORIALE dell'ASST indica in ***19.300 le persone residenti nel lodigiano con problemi di disabilità, cioè 1 su 10.*** *E' un numero elevato che necessita di essere indagato e conosciuto. A questo proposito riteniamo* ***indispensabile un lavoro comune tra ASST e ATS per lo sviluppo di un servizio di carattere epidemiologico*** *che indichi non solo il numero, ma che vada ad esaminare cosa sta dentro a questi numeri:* ***tipologia di disabilità, fasce di età, di quali fragilità e non autonomie sono portatori, di quale natura è il problema.*** *Studio che deve essere accompagnato da un'analisi delle condizioni sociali e relazionali della famiglia. Questo studio, che deve rinnovarsi periodicamente, deve essere pubblico e deve servire per una programmazione* ***territoriale di lungo respiro rispetto alle necessità, prestazioni, servizi necessari.***

I dati in nostro possesso in questo momento riguardano RAGAZZI/E – PERSONE DI LODI CON DISABILITA' E DISAGIO PSICHICO INSERITI NELLE SCUOLE E NEI SERVIZI 2004/2005

	N
Scuola dell' Infanzia	43
Primaria	131
Medie	56
Superiori	62
Totale	292
CDD	36
CSE	34
SFA	20
Totale	90
	382

Da questi numeri emerge chiaramente come sia necessaria una programmazione a breve - medio- lungo periodo per non lasciare nessuno/a senza servizi e risposte ai propri bisogni.

- **Servizio DAMA** *(Disabled Advanced Medical Assistance) che dovrebbe occuparsi delle necessità di prevenzione, diagnosi e cura delle comuni malattie per le persone con grave disabilità intellettiva e neuromotoria, proponendo per i luoghi di cura (pronto soccorso e ospedali) un modello organizzativo in grado di superare le difficoltà che le persone con disabilità hanno nell'affrontare l'ospedale, attraverso una presa in carico dei bisogni e del problema presentato, utilizzando competenze e risorse già presenti in un moderno ospedale, con una personalizzazione dell'intervento che tiene conto dei bisogni di ognuno: persona con disabilità, famigliari e caregivers, personale sanitario.* **Il DAMA deve, quindi, rappresentare un modello innovativo nella gestione sanitaria di pazienti con disabilità gravi.** *Integrando tecnologie avanzate e metodologie inclusive al fine di migliorare l'accessibilità e l'efficacia delle cure, con un'enfasi particolare su dignità e diritti dei pazienti. Trattandosi di un servizio ormai condiviso da tutti (ASST, Familiari, Associazioni, Servizi Specialistici) è necessario mantenere e sviluppare una relazione*

costruttiva e collaborativa con il referente sanitario dell'ospedale S.Paolo di Milano che ha avviato questa sperimentazione al fine di poter dare avvio anche a Lodi a questo servizio nel più breve tempo possibile.

- **DAMA - VISITE SPECIALISTICHE IN STRUTTURA**

C'è un **aspetto importante che riguarda le persone con disabilità che risiedono in strutture a carattere residenziale.** *Spesso le loro condizioni sono così compromesse da far diventare una visita specialistica in ospedale un problema rilevante, sia dal punto di vista assistenziale che comportamentale oltre che relazionale. Puntando sulla fattiva collaborazione che le strutture residenziali possono offrire a partire dal fatto che la Fondazione Banca Popolare di Lodi, durante il periodo del Covid, ha donato dei moderni ecografi alle RSA /RSD che hanno partecipato ad un progetto di territorio che era teso proprio a* **portare la medicina specialistica nelle strutture socio sanitarie**, *invece che le singole famiglie dovessero portare i loro cari presso le strutture ospedaliere. In questo modo, le strutture residenziali, oltre a preparare tutta la documentazione sanitaria necessaria sono in grado di ridurre i tempi e possono definire una buona organizzazione degli esami e delle visite specialistiche, assicurando personale formato che conosce la persona con disabilità o non autosufficiente. Questo modello organizzativo, che si può sperimentare con alcune strutture, sicuramente garantisce un risultato migliore per la visita specialistica ed evita una esperienza, spesso traumatica per le persone ivi residenti.*

Parlando di sperimentazioni iniziali si può pensare alla disponibilità organizzativa di alcune delle specialità ad erogare visite /esami specialistici oggi numericamente più richiesti presso le strutture residenziali come: Fisiatra / Ortopedico; Neurologo; Psichiatra; Pneumologo; Cardiologo; Specialista in ecografia; possibilità di radiografie in loco per persone non trasportabili; le visite specialistiche necessarie alla prescrizione delle carrozzine o degli ausili. *L'aiuto del personale delle strutture residenziali va nella direzione di agevolare e massimizzare l'efficacia delle visite stesse.*

Nella logica di migliorare le condizioni di vita anche per le persone non autosufficienti residenti nelle RSA, si può pensare anche all'avvio di un progetto sperimentale che garantisca la medicina specialistica in tutte le unità di offerta che operano con le persone con fragilità.

- **DAMA – PRESTAZIONI ODONTODIATICHE E DIAGNOSTICHE**

Tra le **prestazioni specialistiche** *che attualmente sono di più difficile esecuzione, ci sono sicuramente quelle* **odontoiatriche e quelle diagnostiche.** *E' necessario un progetto di rete che, come in recenti occasioni per i prelievi ematici in epoca Covid, veda la stretta collaborazione tra ASST di Lodi e gli enti socio / sanitari / sociali, al fine di una preparazione alla prestazione specialistica da parte di educatori / riabilitatori e di esecuzione della stessa in slot dedicati e con personale sanitario preparato.*

- **PROGETTO DI RETE PER PERSONE CON SCLEROSI MULTIPLA**

In provincia di Lodi in base ai dati di prevalenza riportati Barometro AISM 2024 si stima che le persone affette da SM siano più di 450.

La sclerosi multipla (SM) può esordire ad ogni età della vita, ma è più comunemente diagnosticata nel giovane adulto tra i 20 e i 40 anni, il numero di donne con sclerosi multipla è quasi triplo rispetto agli uomini. Numerosi benefici oltre al trattamento farmacologico si hanno con l'attività fisica in acqua che risulta molto utile, grazie alla diminuzione di gravità in acqua il peso del corpo è ridotto fino al 90%

Secondo AISM **"Nel territorio lodigiano le strutture riabilitative che operano in regime di convenzione con il sistema sanitario nazionale, sono insufficienti a garantire**

l'opportuna frequenza e continuità alle persone che ne beneficiano in particolar modo per quanto riguarda la riabilitazione ambulatoriale".

E' quindi necessaria la realizzazione di un progetto *per garantire una presa in carico delle persone con sclerosi multipla in grado di integrare le risposte sanitarie specialistiche fornite dall'ambulatorio SM ASST Lodi, con quelle riabilitative (fisioterapiche, a terra e* ***in acqua****, e psicologiche), nonché motorie e di qualità di vita (AFA, attività fisica adattata). Il progetto deve prevedere una rete tra ASST di Lodi, la Fondazione Danelli, dotata di un centro con vasche riabilitative, l'Università di Pavia, sede di laurea magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, e l'AISM.*

- **PROGETTO SKILLING CLUB**

  In base alla convenzione ONU e alle recenti leggi nazionali e regionali sul progetto di vita personalizzato e partecipato i desideri dei ragazzi con disabilità e delle loro famiglie sono sempre più orientati ad un inserimento nel mondo del lavoro o in servizi che sappiano valorizzare, in un'ottica di rispetto dell'adultità, il funzionamento dei singoli ai fini di attività occupazionali tese ad una produzione di beni o servizi di valore riconoscibile.

  A tal fine **è necessario un innovativo percorso che orienti e consenta un adattamento funzionale dei comportamenti di ragazzi con neuro-divergenza di età compresa tra i 14 e i 20 anni** *(età di frequenza della scuola superiore), affinché terminato il percorso scolastico abbiano le competenze sociali e le autonomie per potersi inserirsi nel mondo del lavoro, dopo una eventuale formazione tecnica.*

  Il Progetto deve prevedere la collaborazione tra i servizi di NPIA e Psichiatria dell'Asst di Lodi, la Fondazione Danelli, i CFP della Provincia e Specialisterne, agenzia di lavoro dedicata all'inserimento di persone con neurodivergenza.

  Il progetto deve anche prevedere un percorso riabilitativo / abilitativo ed uno 'esperienziale' rivolti allo sviluppo di capacità adattive ai contesti di vita dei ragazzi con neurodivergenza, alle competenze sociali, alle autonomie, all'orientamento lavorativo e vocazionale .

- **SALUTE MENTALE E DISAGIO ADOLESCENTI**

  Si rileva la necessità di una particolare attenzione al tema della salute mentale nelle persone adolescenti. A fronte di un bisogno di cura tendente alla crescita esistono risposte numericamente non soddisfacenti e frammentate a livello di sistema.

  Da qualche anno è attivo il progetto "Spazio Arancione". Il progetto è sostenuto da diverse UOC (Unità operative complesse) in particolare dal Sert, Pediatria, Uonpia e Cps. In questo caso si riscontra da parte dei cittadini e delle persone che vi operano, la buona riuscita del progetto che è in grado di accogliere attraverso uno spazio di ascolto ad accesso spontaneo, le istanze degli adolescenti e dei loro genitori.

  Tuttavia la presa in carico risente del fatto che si tratta di una progettazione trasversale su più Unità Operative Complesse, pertanto pur garantendo una multidisciplinaretà professionale, le tempistiche non sono favorite da un percorso agevolato. Per questa ragione ***c'è la necessità di implementare un servizio multidisciplinare dedicato per adolescenti dagli 11 ai 22 anni in grado di offrire una presa in carico veloce oltre ad una valutazione del bisogno.***

  Dall'osservazione dell'offerta territoriale di servizi rivolti ad adolescenti con problematiche di salute mentale emerge uno scollamento tra il sistema pubblico e quello privato, sia per il percorso di accesso sia per quanto riguarda la presa in carico. In particolare gli Enti del Terzo Settore possono contare sull'accesso a strumenti e pratiche di lavoro che consentono una bassa soglia di accesso ed una flessibilità organizzativa che non sono sempre facilmente conciliabili con l'organizzazione del sistema pubblico.

Al fine di superare la frammentazione territoriale prodotta da numerose e differenti fonti di finanziamento, dalla presenza di diversi attori tra soggetti dei servizi sociosanitari pubblici e del terzo settore, risulta importante ***potenziare sinergie che aprano la strada ad un sistema di offerta e gestione dei servizi che, senza sovvertire l'ordine di competenze e ruoli, lavori in maniera integrata e non concorrenziale.***

Esempio di questo approccio nell'analisi dei bisogni socio-sanitari e nella strutturazione di risposte adeguate, è stata l'esperienza del progetto RiseUp che ha proposto un modello di presa in carico e trattamento di ragazzi e ragazze tra i 15 ed i 25 anni con problematiche di uso e abuso di sostanze. L'iniziativa, ideata e promossa dalla Cooperativa Famiglia Nuova, ha visto coinvolto il Sert dell'Asst di Lodi nella partecipazione al progetto attraverso la gestione di tutte le prestazioni sanitarie che, in maniera complementare a quelle socio-educative, componevano la sperimentazione di un servizio a bassa soglia in grado di accogliere e prendere in carico un target che con più fatica si rivolgerebbe ad un Sert tradizionale.

Tale sperimentazione, nata nel 2018, ha visto la sua realizzazione tra il 2020 ed il 2022, proponendo un **modello di lavoro in cui Privato Sociale e Asst integrano ruoli e funzioni specifiche nell'offrire una risposta competente e mirata rispetto ad un bisogno socio-sanitario ben definito.**

Visti i risultati si rende necessario che tale sperimentazione possa essere riattivata come esempio virtuoso di coprogettazione di servizi dedicati a bisogni e target specifici. Una coprogettazione tra Pubblico e Privato Sociale che valorizzi, non solo la multidisciplinarietà che può essere messa in campo, ma anche la flessibilità tipica del Terzo Settore (in termini di setting, orari, organizzazione del servizio) e la conseguente possibilità di personalizzazione delle risposte ai bisogni del singolo).

IN SINTESI

LE CRITICITÀ

Per quanto riguarda le persone con disabilità, con disagio psichico o in stato di dipendenza, alcuni aspetti concernenti la tutela della salute maggiormente rilevanti per definire una adeguata programmazione sono:

- **la mancanza di dati quali/quantitativi,**
- **la mancanza di informazioni / orientamento / presa in carico del bisogno complessivo della persona fragile e del suo nucleo famigliare**
- **la mancanza di servizi adeguati per appropriatezza della risposta e/o per numero**
- **la separazione tra sanitario, socio/sanitario e sociale è uno dei nodi problematici principali in questo contesto**

L'INFORMAZIONE

La tematica dell'informazione e della presa in carico la questione, diversamente da come avviene ora, va affrontata ***considerando il disagio come condizione di compromissione.*** *Il PIANO DI SVILUPPO del POLO TERRITORIALE dell'ASST indica in* ***19.300 le persone residenti nel lodigiano con problemi di disabilità, cioè 1 su 10.*** *E' un numero elevato che necessita di essere indagato e conosciuto. Riteniamo* ***indispensabile un lavoro comune tra ASST e ATS per lo sviluppo di un servizio di carattere epidemiologico dedicato.***

L'OFFERTA DI SERVIZI

la separazione tra sanitario, socio/sanitario e sociale è uno dei nodi problematici principali in questo contesto

- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO - Il rapporto tra Salute e Disabile Adulto è un grave problema laddove non sia stato nominato un Amministratore di Sostegno.
Riteniamo necessario rilanciare un lavoro esteso di informazione e supporto portato avanti dalla ASST e da associazioni di volontariato sulla tematica dell'Amministratore di Sostegno, compresa una nuova campagna per reperire persone in città che vogliono e possono svolgere questo compito.

-PRESTAZIONI TERAPEUTICHE E SERVIZIO PSICOLOGICO PER PERSONE CON DISABILITA' E PER LE LORO FAMIGLIE *dopo la maggiore età.*

- SERVIZIO DAMA *(Disabled Advanced Medical Assistance).* ***Rappresenta un modello innovativo nella gestione sanitaria di pazienti con disabilità gravi con l'obiettivo di portare la medicina specialistica nelle strutture socio sanitarie-*** *Tra le* ***prestazioni specialistiche*** *che attualmente sono di più difficile esecuzione, ci sono sicuramente quelle* ***odontoiatriche e quelle diagnostiche. Il servizio DAMA andrebbe pensato e sviluppato anche per le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)***

I PROGETTI CHE PROPONIAMO

PROGETTO DI RETE PER PERSONE CON SCLEROSI MULTIPLA. *Il progetto deve prevedere una rete tra ASST di Lodi, la Fondazione Danelli, dotata di un centro con vasche riabilitative,*

l'Università di Pavia, sede di laurea magistrale in Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate, e l'AISM.

PROGETTO SKILLING CLUB. *E' necessario un innovativo percorso che orienti e consenta un adattamento funzionale dei comportamenti di ragazzi con neuro-divergenza di età compresa tra i 14 e i 20 anni (età di frequenza della scuola superiore), affinché terminato il percorso scolastico abbiano le competenze sociali e le autonomie per potersi inserirsi nel mondo del lavoro, dopo una eventuale formazione tecnica.*

SALUTE MENTALE E DISAGIO ADOLESCENTI

C'è la necessità di implementare un servizio multidisciplinare dedicato per adolescenti dagli 11 ai 22 anni in grado di offrire una presa in carico veloce oltre ad una valutazione del bisogno. Al fine di superare la frammentazione territoriale prodotta da numerose e differenti fonti di finanziamento, dalla presenza di diversi attori tra soggetti dei servizi sociosanitari pubblici e del terzo settore, risulta importante **potenziare sinergie che aprano la strada ad un sistema di offerta e gestione dei servizi che, senza sovvertire ordine di competenze e ruoli, lavori in maniera integrata e non concorrenziale.**

DOVE MI CURO?

A quali strutture si rivolgono i cittadini per avere le prestazioni di specialistica ambulatoriale? I dati riguardanti l'accesso alle prestazioni per prima diagnosi provengono dal portale ATS Città Metropolitana.
La tabella sottostante (Tab. 1) riporta il numero totale degli accessi per "prima visita" effettuati nell'anno 2023 dai residenti nel Comune di Lodi e la percentuale di quelli avvenuti presso le strutture territoriali lodigiane o, in alternativa, in altri presidi della Regione.

Specialità	N.	%-ASST-LO	%-Altre	Specialità	N.	%-ASST-LO	%-Altre
Cardiologia	2296	69	31	Oculistica	2370	78	22
CH-generale	1023	75	25	Oncologia	475	60	40
CH-Plastica	696	86	14	Ortopedia	2098	64	36
CH-Vascolare	417	77	23	Ginecologia	959	70	30
Dermatologia	1917	66	34	ORL	1601	75	25
Endocrinologia	1081	69	31	Pneumologia	804	83	17
Gastroenterologia	675	71	29	Psichiatria	237	77	23
Nefrologia	189	74	26	Urologia	1161	64	36
Neurologia	1346	63	37				

I dati mostrano che dal 14% al 40% delle prestazioni di "prima visita" a favore dei residenti di Lodi vengono erogate al di fuori delle strutture della nostra ASST. Tuttavia non è dato sapere se ciò sia la conseguenza di una libera scelta (verso strutture di eccellenza o ritenute tali) o del ricorso volontario alla libera professione o di una necessità legata all'indisponibilità di accessi rapidi. Come già esposto precedentemente, proprio i lunghi tempi di attesa rappresentano uno dei sintomi più acuti e diffusi del malessere attuale del nostro sistema sanitario.
Nel percorso necessario per giungere ad una prima diagnosi o alla presa in carico presso gli Istituti di cura, si possono individuare 4 aree che corrispondono alle sedi dove avviene il primo contatto con i pazienti affetti da patologia acuta:

1. *Medicina territoriale;*
2. *Medicina di Continuità assistenziale (Servizio di Guardia medica);*
3. *Pronto Soccorso-Servizio Emergenza Urgenza;*
4. *Medicina specialistica ospedaliera.*

LA MEDICINA TERRITORIALE

Le difficoltà nella scelta di dove curarsi hanno spesso origine già al momento della comparsa dei primi sintomi, quando si rende necessario l'accesso a un riferimento competente per un orientamento diagnostico ed eventualmente per la prescrizione degli approfondimenti necessari.
L'ambulatorio del **Medico di Medicina Generale (MMG)** *dovrebbe costituire l'ambito naturale di definizione della prima diagnosi. Purtroppo si rileva come al momento presente la ben nota crisi legata agli organici inadeguati e al ricambio generazionale (all'ultimo rilevamento di Regione Lombardia (Tab. 2) si conta una carenza di 26 unità su un totale globale regionale di 710) espongono da un lato i medici ancora attivi ad un sovraccarico di lavoro, che si traduce in una limitazione effettiva del tempo di cura, e dall'altro i cittadini/pazienti ad una disponibilità oraria troppo contratta, spesso regolamentata da accessi su appuntamento.*

Tab. n. 2 – *Incarichi vacanti di Assistenza primaria a ciclo di scelta*

INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA			
ASST	**Ambito**	**Numero Posti**	**Vincoli di apertura**
LODI	Lodi, Abbadia Cerreto, Boffalora D'Adda, Corte Palasio, Cavenago D'Adda, Comegliano Laudense, Crespiatica, Mairago, Massalengo, Ossago Lodigiano, San Martino In Strada	8	
LODI	Lodi Vecchio, Casalmaiocco, Cervignano D'Adda, Comazzo, Galgagnano, Merlino, Montanaso Lombardo, Mulazzano, Sordio, Tavazzano Con Villavesco, Zelo Buon Persico	7	
LODI	Codogno, Castelgerundo (Camairago, Cavacurta), Caselle Landi, Castelnuovo Bocca D'Adda, Cornogiovine, Cornovecchio, Fombio, Guardamiglio, Maccastorna, Maleo, Meleti, San Fiorano, San Rocco Al Porto, Santo Stefano Lodigiano	7	
LODI	Casalpusterlengo, Bertonico, Brembio, Castiglione D'Adda, Livraga, Orio Litta, Ospedaletto Lodigiano, Secugnago, Senna Lodigiana, Somaglia, Terranova Dei Passerini, Turano Lodigiano	4	
LODI Totale		26	

Dai MMG *viene espressa la necessità, soprattutto per la popolazione anziana e co-morbide, di un* **approccio olistico, psico-fisico-sociale,** *insistendo in particolare sulle fragilità psicologiche del paziente e quelle espresse o inespresse in seno al nucleo famigliare di appartenenza (ambito di bisogni spesso ampiamente sottovalutati). Si dà il caso di accessi del tutto sporadici ai servizi di psicologia/psichiatria che andrebbero invece implementati. In linea di principio si riconosce la funzione che potrebbero giocare anche le* **Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali.** *Si fa l'esempio del riconoscimento dell'invalidità civile, quasi sempre demandata formalmente al Geriatra, il quale tuttavia dovrebbe piuttosto essere coinvolto nella sola valutazione clinica multidimensionale, lasciando gli aspetti burocratici ad attività di sportello o puramente amministrativi. Occorrerebbe potenziare infine la possibilità di* **collocamento temporaneo in Residenza Sanitaria Assistenziale (ricovero di sollievo)** *dei pazienti più fragili e quindi onerosi in termini di energie per le famiglie.* **L'accesso al Pronto Soccorso** *dei pazienti (vedi più avanti) anche per motivi futili (più spesso non condiviso col MMG) non riduce il carico di lavoro del medico di famiglia perché i pazienti alla fine vengono comunque rinviati agli ambulatori della medicina territoriale. La riduzione dunque degli accessi dei codici bianchi non è solo un obiettivo che impegna l'organizzazione di ASST ma è un target che solleva anche il MMG. Anche in questo caso la Casa di Comunità potrebbe costituire una risorsa per il collocamento dei pazienti nel setting adeguato. Si individua poi nella* **Telemedicina**, *purchè applicata e sviluppata in modo da umanizzare il contatto con il paziente e secondo modalità "intelligenti" (sull'es. delle Cure palliative) una risorsa da implementare anche per i MMG soprattutto per una rapporto stabile con i pazienti più "difficili" da raggiungere (es. grandi anziani, residenti nelle zone rurali più periferiche, persone condizionate da stigma sociali) che dunque scompaiono dai radar non solo della cura ma anche dell'attività preventiva.*

IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AD ATTIVITÀ ORARIA (EX GUARDIA MEDICA)

Il Servizio di **continuità assistenziale** *ad attività oraria dovrebbe rappresentare il primo contatto disponibile per far fronte ad una acuzie nei periodi di assenza programmata del MMG ed è stato recentemente sottoposto a revisione per ora ancora sperimentale al fine di*

favorirne la gestione integrata con altri servizi domiciliari (ad es. da AREU) e con le Case di Comunità, nel contesto della rete di Continuità Assistenziale (es. UNICA/TRRD - dove TRRD sta per "Team di Risposta Rapida Domiciliare" – e 112) con percorsi di cura domiciliari che prevedono l'adozione di PDTA digitalizzati e tecnologia a distanza (telemedicina).
Tuttavia anche per l'ex Guardia Medica esiste una grave carenza di organico e il documento già citato di Regione Lombardia riporta gli incarichi vacanti con il relativo monte ore che per Lodi ammonta a 798 ore. Inoltre viene generalmente riportato un sottoutilizzo del servizio, probabilmente causata da mancanza di informazione sulla sua articolazione e utilizzo, mentre l'inevitabile turn over orario delle figure professionali in esso impiegate può costituire elemento di dissuasione per il paziente.

LA MEDICINA D'URGENZA

Le difficoltà citate portano sempre più spesso all'accesso diretto, per iniziativa dei pazienti o dei loro familiari, al **Pronto Soccorso***, senza il precedente orientamento da parte di servizi di I o II livello (MMG, Medico di Continuità Assistenziale, Medico Specialista, Servizio di Emergenza/Urgenza) che dovrebbero fungere da filtro.*
Questi accessi, per lo più inappropriati, sono fonte di importanti criticità nella gestione del servizio che di per sé dovrebbe costituire il punto di raccolta principale per l'inquadramento diagnostico delle sole patologie acute più significative, con successiva stabilizzazione ed eventuale rinvio al domicilio/MMG o ricovero ospedaliero. Di conseguenza, nei presidi di Pronto Soccorso dell'ASST si assiste a sovraffollamento e tempi di presa in carico oggettivamente lunghi. Viene segnalata anche la carenza di soluzioni di efficace supporto alla presa in carico di pazienti pediatrici e ai percorsi multiculturali.
I dati forniti da ATS (desunti dai conteggi del protocollo 28/SAN) chiariscono la tipologia degli accessi al PS effettuati dai cittadini del Comune di Lodi nell'anno 2023. Indipendentemente dal codice (Tab. 3), 15445 pazienti si sono recati in un PS della Regione e di questi circa il 15% sono stati catalogati come "codici bianchi" (Tab. 5, n. 2331).
Circa il 78% degli accessi totali (n. 13968) è avvenuto nei due poli per acuti dell'ASST di Lodi e Codogno (rispettivamente n. 13591 e n. 377) e sempre circa il 15% di essi è costituito da "codici bianchi" (n. 2166).

Tabella 3 - *Accessi totali dei cittadini residenti a Lodi ai PS regionali, indipendenti dai codici., stratificati per età e genere*

ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO

Comuni: Lodi / **Codice:** Tutti i codici / **Periodo di ricerca:** 2023

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
15-19	275	226	501
20-24	253	266	519
25-29	286	409	695
30-34	322	586	908
35-39	345	592	937
40-44	465	512	977
45-49	428	498	926
50-54	473	443	916
55-59	453	501	954
60-64	435	390	825
65-69	361	318	679
70-74	364	397	761
75-79	398	455	853
80-84	343	545	888
85+	519	826	1.345
Totale	7.257	8.188	15.445

Tabella 4 – *Accessi dei cittadini residenti a Lodi ai PS regionali codificati come "bianchi", stratificati per età e genere*

ACCESSI AI PRONTO SOCCORSO

Comuni: Lodi / **Codice**: B. Codice bianco (non critico, pazienti non urgenti); / **Periodo di ricerca:** 2023

ACCESSI PER CLASSE DI ETÀ E GENERE 2023:

Classe Età	Uomini	Donne	Totale
0-4	344	280	624
5-9	195	205	400
10-14	119	80	199
15-19	35	41	76
20-24	24	29	53
25-29	27	61	88
30-34	36	93	129
35-39	38	108	146
40-44	34	65	99
45-49	29	50	79
50-54	37	47	84
55-59	32	41	73
60-64	32	34	66
65-69	25	21	46
70-74	19	24	43
75-79	21	23	44
80-84	22	26	48
85+	10	24	34
Totale	1.079	1.252	2.331

La tabella seguente (Tab. 5) riporta i dati aggregati trasmessi dall'ASST di Lodi relativi agli accessi cumulativi ai due PS del territorio (Lodi e Codogno), indipendentemente dalla residenza. Essi evidenziano nel complesso un volume prestazionale assai maggiore e in continua crescita approssimandosi alla numerosità del periodo pre-Covid.

Tabella 5 - *Prestazioni di PS nell'ASST di Lodi*

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO	2019	2020	2021	2022	2023
Pronto Soccorso Lodi	64.169	41.526	45.610	51.671	56.756
Pronto Soccorso Codogno	26.040	13.442	18.671	22.241	22.819

Questi dati complessivamente mettono in luce la dimensione del problema del sovraffollamento dei PS legato spesso ai codici minori e l'urgenza di una ristrutturazione dei servizi territoriali (MMG, Case della Comunità, TRRD-112, ecc.) che intercetti il paziente con necessità di prima diagnosi e lo indirizzi verso il setting assistenziale più appropriato.

LA MEDICINA SPECIALISTICA OSPEDALIERA

Allo **specialista ospedaliero** *attiene l'attività di inquadramento, prescrizione e prevenzione delle affezioni sub-acute, post-acute o croniche così come il work up di approfondimento dei casi di difficile definizione che richiedono appunto un approccio specialistico. Nel quadro*

di un sistema sanitario competitivo per il miglioramento continuo dell'offerta di cura è opportuno che il cittadino/paziente possa avere accesso almeno alle prestazioni essenziali o possa liberamente scegliere le strutture con le migliori performances. In particolare, a questo proposito, diventa indispensabile un'adeguata informazione, magari guidata dal MMG, sui servizi a sua disposizione nel territorio di appartenenza e ancor più la trasparenza sulle sedi di cura per le patologie super-specialistiche (come ad es. le malattie rare, vd Lg. 175/2021) per le quali le Regioni sono chiamate, attraverso delibere di Giunta, ad individuare i Centri di diagnosi e cura accreditati (ovvero i Presidi ospedalieri) presso i quali è possibile ottenere la formulazione della diagnosi di malattia rara (e la relativa certificazione di esenzione) così come l'erogazione delle cure di II livello.
Sempre in linea con il criterio auspicabile di trasparenza sarebbe opportuno per i cittadini/pazienti poter accedere ad un Punto Unico di informazione e supporto anche per le procedure burocratiche e le richieste necessarie all'attivazione dei percorsi spesso costituite da una modulistica complessa e dalla necessità di produrre una altrettanto complessa documentazione mentre per i MMG e gli Specialisti poter disporre di istruzioni per raggiungere i dati disponibili del PNE (Piano Nazionale Esiti) per singola struttura. **Si potrebbe fornire in questo modo ai cittadini/pazienti un orientamento suffragato da dati ufficiali e pubblici per poter esprimere consapevolmente la propria scelta del luogo di cura ("Dove mi curo?").** *Ancora una volta, anche in questo ambito si può individuare nei tempi di attesa (liste d'attesa) un fattore di importante criticità dell'intero sistema dove il tema dell'appropriatezza entra nuovamente in scena. L'applicazione e il facile accesso ai PDTA di ogni singola ASST potrebbe costituire un elemento chiave in mano a professionisti correttamente informati per limitare il fenomeno della ridondanza delle richieste o della loro inappropriatezza. Su questo terreno l'integrazione fra servizi clinici e reti di supporto socio-sanitario potrebbe essere un volano per instradare i cittadini/pazienti verso percorsi di trattamento, anche di nuova introduzione, più idonei per la patologia di cui sono affetti.*

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Un ruolo decisivo sia per la medicina territoriale che per la specialistica ospedaliera, soprattutto per garantire una presa in carico dei post-acuti e la continuità assistenziale, potrebbe essere assunto dalla nuova figura **dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)** *per il quale sono in atto, secondo molteplici declinazioni, numerosi progetti di coinvolgimento. Accanto alle Istituzioni sanitarie sono i MMG stessi a sottolineare la necessità di* **potenziare il numero di IFeC** *sul territorio per la loro funzione di cerniera fra il MMG, i luoghi della cura, il paziente e la sua famiglia. Ad esso si riconosce un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria, nell'istruzione dei caregiver e nella costruzione di un rapporto empatico fra paziente e le istituzioni sanitarie. Si tratta per lo più di posizioni in via di attivazione e ancora sporadiche, ma mancano stime ufficiali sul fabbisogno e sulle unità già impiegate.*
Come si è visto nelle sezioni precedenti, le aree tematiche che sottendono il bisogno dei cittadini di giungere ad una prima presa in carico (prima diagnosi), ovvero le risorse disponibili messe in campo da parte delle strutture sanitarie del nostro territorio di fronte alla domanda "dove mi curo", in particolare nel caso di patologia acuta, hanno orientato l'analisi sui dati di accesso alle prestazioni di prima visita (come pubblicate sul sito di ATS Città Metropolitana) e sull'erogazione di prestazioni o sui percorsi a disposizione nella rete di offerta sanitaria territoriale come si evince da dati ufficiali pubblicati dall'ASST di Lodi o giunti a seguito di specifica richiesta. In conclusione, si richiamano qui brevemente gli argomenti nodali che costituiscono le linee di sviluppo per elaborare l'analisi e alcune proposte:

1. *Vi è la diffusa necessità di* **un'informazione/orientamento da fornire ai cittadini** *che sia efficace, facilmente reperibile e fruibile e che faciliti, qualora fossero già presenti, l'individuazione delle reti di supporto alle patologie;*
2. *Si sottolinea ancora una volta l'importanza dell'***integrazione tra ospedale e territorio e tra sociale e sanitario;**
3. *Si considera come irrinunciabile lo sviluppo e il potenziamento della* **medicina territoriale** *e le sue potenzialità per una reale medicina di prossimità;*
4. *Si afferma la condizione indispensabile di* **integrazione con ASST ed ATS,** *anche per disporre in modo continuo e aggiornato dei dati epidemiologici e di esito utili a produrre ipotesi di lavoro pertinenti e condivise.*

Per quanto riguarda alcune criticità, sono state tenute in conto anche le considerazioni pervenute dalle **Associazioni di pazienti e Gruppi di rappresentanza** *che costituiscono un osservatorio privilegiato in merito alle attese dei cittadini: il nucleo familiare conosce infatti il paziente nella sua complessità.*

- *Per raccogliere i bisogni dei malati, raccontati da loro stessi o da chi può stare più vicino a loro, abbiamo inviato un questionario a varie Associazioni. Quelle che hanno risposto sono:*
- *Associazione Roberto Malusardi Amici del Cuore Lodi;*
- *Associazione Amici della Dialisi e della Nefrologia nel Lodigiano (NeLoDIA);*
- *Associazione Italiana Reum Amici Lodi;*
- *FAND Associazione Italiana Diabetici Lodi;*
- *Associazione per il Bambino in Ospedale Lodi.*

Queste in sintesi le argomentazioni raccolte attraverso le domande poste.

L'offerta diagnostica e terapeutica delle strutture della ASST in regime di ricovero è ampia e molto qualificata. Al contrario, i lunghi **tempi di attesa** *per ricevere le prestazioni ambulatoriali (visite ed esami strumentali) e l'assenza di una presa in carico strutturata del paziente, anche non necessariamente cronico, condizionano pesantemente la gestione delle sue problematiche: il paziente resta un po' solo.*

Molti pazienti sono costretti a rivolgersi presso strutture private o convenzionate che spesso non possono offrire un percorso di cura o tantomeno una presa in carico. Altri si rivolgono a strutture pubbliche di zone limitrofe (Crema, Piacenza, Melegnano) con l'aggravio della distanza da Lodi.

Inoltre, si riscontra un aumento del numero di pazienti che in Pronto Soccorso, probabilmente per l'alto numero di accessi totali, non ricevono una valutazione specialistica completa ed escono con il suggerimento di rivolgersi ad uno Specialista o al proprio Specialista di fiducia per il seguito del percorso diagnostico. Per quelli che riescono ad accedere ai servizi ambulatoriali della ASST, si verifica poi la frequente mancanza di una presa in carico nel caso di patologia cronica che richieda un follow-up specialistico e non solo di essere seguita da parte del MMG. Si ritiene necessario aumentare ***l'informazione*** *sulle attività specialistiche non routinarie che vengono svolte dalla ASST riguardo alle prime diagnosi, in particolare fornendo istruzioni operative sulle modalità di accesso. In ogni caso quando lo specialista ospedaliero ritenesse necessario l'avvio del paziente a Centri di riferimento, dovrebbe stabilire egli stesso il primo contatto con i colleghi del Centro, come avviene per i pazienti pediatrici o cardiologici, ad esempio.*

Sicuramente il peso dei ***fattori sociali*** *influisce sul risultato delle cure: ad esempio la possibilità di accedere a visite o esami in fasce orarie più ampie e in strutture più vicine alla propria dimora attenuerebbe la necessità di organizzare trasporti dei pazienti più fragili da una città all'altra.*

*I **trasporti** risultano problematici per la maggior parte dei pazienti. In tali casi si ricorre alla rete di relazioni familiari/sociali del paziente o al contributo volontario di Associazioni. Si potrebbe applicare uno schema simile a quello in uso per i dializzati con vettori a contratto con coordinamento regionale. L'accesso a strutture extra ASST per esami o terapie non disponibili a Lodi avviene in modo soddisfacente quando i pazienti sono indirizzati dagli specialisti della ASST, al contrario è difficoltoso quando la richiesta di visite o esami strumentali nasce dal MMG o in PS per i lunghi tempi di attesa per avere le prestazioni.*
*Le **Associazioni** consultate riferiscono di non aver avuto occasione di interagire con il personale di strutture ambulatoriali o ospedaliere della ASST per le attività assistenziali dei pazienti né di essere state coinvolte nella progettazione e valutazione dei processi di presa in carico sanitaria e sociosanitaria della ASST. In passato presso l'ASST era stato costituito un tavolo di confronto con le Associazioni dei malati che avevano solo l'onere di accreditarsi e in cui erano presenti anche i familiari. Vi era una convocazione periodica con l'obiettivo di mettere in rapporto gli erogatori di servizi e i malati. Questa iniziativa lodevole necessita di essere proseguita e sviluppata.*

LE PRIORITÀ

DI SEGUITO LE NOSTRE PROPOSTE:
*Fattore comune alle problematiche esposte è **l'informazione.** Vi è la diffusa necessità di un'informazione **chiara, trasparente, aggiornata, facilmente reperibile** e fruibile e quindi efficace.*
La prima informazione è quella che può permettere ai cittadini di conoscere i propri diritti e di orientarsi nell'universo dei servizi sanitari esistenti sul territorio di residenza o in ambito regionale, consentendo quindi di prendere decisioni libere e informate. Solo così si può attuare la "libera scelta del luogo di cura e dei professionisti" prevista fin dal 1992 nel DLgs 502.
Nel caso di sintomi di nuova insorgenza, il cittadino non può essere lasciato solo a prendere decisioni che potrebbero rivelarsi cruciali per il suo futuro, oltretutto in un momento particolarmente critico della sua storia personale.
Altrettanto importante e necessaria per garantire la prima è l'informazione destinata ai professionisti della salute che coincide con l'aggiornamento costante sulle prestazioni, e di nuova implementazione, percorsi, reti di servizi, sulla loro efficacia in termini di capacità di risposta alla domanda di salute, di qualità delle cure e di allineamento degli esiti con le migliori prassi attualmente disponibili.
Le informazioni circa le prestazioni erogate, i loro livelli quantitativi e qualitativi e gli outcome attesi sono ormai disponibili e costantemente aggiornate per tutte le strutture sanitarie pubbliche e convenzionate tramite il Programma Nazionale Esiti (PNE). Tali informazioni devono essere rese fruibili ad ogni paziente, fin dall'inizio del suo percorso diagnostico/terapeutico, da parte di ogni punto di accesso al sistema (MMG, Case della Comunità, TRRD-112, PS, UO specialistiche, ecc.).
Su questo versante si auspica che i PUA, progettati nelle costituente Case di Comunità, arrivino rapidamente a svolgere le loro funzioni, tra le quali l'orientamento dei pazienti ai servizi, l'informazione sulle modalità di accesso, il supporto riguardante le formalità amministrative/logistiche da ottemperare, il riconoscimento delle fragilità, anche psicologiche, del paziente e quelle dei suoi famigliari, l'eventuale integrazione di servizi sociali e sociosanitari in risposta alle esigenze di ogni singolo paziente.
Ciò introduce a un secondo tema, riportato più volte dalle Associazioni di volontariato

intervistate, e cioè la necessità di un'attenta valutazione dei **bisogni sociali, sociosanitari,** *delle fragilità non strettamente sanitarie ma che possono ripercuotersi negativamente sulla gestione sanitaria del paziente: si va dalla prestazione di servizi domiciliari all'accompagnamento, dal supporto psicologico all'affiancamento nelle scelte. Si tratta quindi di favorire in proposito una diffusa sensibilità del personale sanitario, a cui il cittadino si può rivolgere fin dall'inizio del suo percorso diagnostico-terapeutico, personale che deve essere messo in grado di conoscere, gestire, segnalare, monitorare le problematiche sociali e sociosanitarie del paziente con strumenti concretamente utilizzabili, a partire dalle banche dati integrate in un'unica in rete informatica regionale.*
In quest'ambito ricade il problema, particolare ma diffuso, dei **trasporti***: oggi, quando la prestazione necessaria non è erogata dalle strutture dell'ASST locale, soprattutto in caso di soggetti fragili o non pienamente autosufficienti, si ricorre alla rete di relazioni familiari/sociali del paziente o al contributo volontario di Associazioni. Invece in questi casi il diritto del paziente ad una scelta pienamente libera esigerebbe l'attivazione di servizi di accompagnamento, eventualmente a contratto, coordinati a livello regionale, replicando quanto già efficacemente applicato in altri settori.*
Un punto fondamentale è il diritto del cittadino ad avere accesso ad un professionista competente nel momento in cui si manifesta il suo problema di salute, primariamente il **MMG** *di riferimento.*
A parte le ovvie necessità di adeguamento dell'organico, si condivide che vi sia oggi l'urgenza di ampliare la disponibilità oraria per le valutazioni cliniche da parte dei MMG: a questo potrebbero contribuire una revisione organizzativa che favorisca l'accessibilità, la possibilità di contatto telefonico, anche mediato da personale amministrativo, in un'ampia fascia oraria diurna e l'implementazione di strumenti di televisiva.
Si sottolinea l'opportunità di uniformare l'approccio di tutti i MMG alle patologie prevalenti, ad es. tramite programmi di aggiornamento sui protocolli diagnostici e terapeutici e sulla medicina di genere.
Per analogo motivo, si sente la necessità di una maggiore disponibilità all'accesso a Consultori pediatrici e ginecologici e di una revisione organizzativa degli ambulatori specialistici ospedalieri, in modo da dare simile accoglienza alle richieste di prima diagnosi e di monitoraggio entro i PDTA, e di favorire l'equilibrio tra attività ambulatoriale convenzionata e libero professionale.
Gli Enti del Terzo Settore *già oggi sono di riferimento per i pz, con la doppia valenza di raccolta di feedback sulla corrispondenza tra bisogni e offerta di servizi e di cassa di risonanza per la diffusione di informazioni sui servizi stessi e di messaggi di educazione sanitaria.*
Finora non vi sono stati rapporti strutturati con ASST ma per lo più eventi di consultazione per finalità specifiche ed estemporanee.
Oggi si aprono nuove opportunità di coinvolgimento nell'organizzazione ed erogazione dei servizi nella CdC: oltre che per l'ovvio contributo a supporto di specifiche esigenze dei cittadini, anche per una partecipazione strutturata che si può realizzare, ad es. con presenza stabile di presidi delle associazioni più significative, un programma continuo di informazione e consultazione del volontariato e la coprogettazione di servizi per l'utenza.

CASA DELLA COMUNITÀ PERCHÈ UNA CASA DELLA COMUNITÀ, QUALE CONFIGURAZIONE, QUALE APPROCCIO E QUALE FUNZIONAMENTO

PERCHÈ UNA CASA DELLA COMUNITÀ

Per il sistema sanitario lombardo la centralità è costituita dall'assistenza ospedaliera con una forte propensione allo sviluppo di "eccellenze". Inoltre, il sistema complessivo è basato sulla erogazione di prestazioni da parte di strutture e servizi non collegati tra di loro: Medico di Medicina Generale – Pediatra di Libera Scelta – Specialista Ambulatoriale – Ospedale.
La pandemia da Covid-19 ha evidenziato come tale sistema sia inadeguato a far fronte alla tutela della salute dei cittadini e delle cittadine e della comunità. Allo stesso tempo, il Covid-19 ha disvelato come, nel corso degli anni, siano stati indeboliti i servizi di medicina territoriali, i servizi pubblici di prevenzione ed epidemiologici.
Come afferma il DM 77/2022, che istituisce le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e dispone un riavvio dei servizi territoriali, siamo di fronte ad un ***cambio di paradigma*** *che prevede una nuova cultura sanitaria che deve* ***mettere al centro la salute e non più la malattia, che deve coniugare il "prendersi cura" con il "farsi carico" grazie anche ad una medicina proattiva, che deve avere attenzione al singolo ma anche al benessere della comunità di vita perché siamo di fronte a nuove domande di salute collettiva a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'inquinamento ambientale, dell'isolamento, dell'impoverimento.*** *(DM 77/22: ABBIAMO BISOGNO DI UN CAMBIO DI PROSPETTIVA. BISOGNA PASSARE DA SISTEMI SANITARI PROGETTATI INTORNO ALLA MALATTIA E ALLE ISTITUZIONI, A SISTEMI SANITARI VICINI ALLA COMUNITA', PROGETTATI PER LE PERSONE, CON LE PERSONE").*
Siamo quindi dentro ad una fase di passaggio molto importante che richiede capacità nuove, creatività, una nuova formazione, una differente modalità di lavoro multiprofessionale ed integrata, personale e risorse adeguate. Una fase che richiede anche nuove modalità di coinvolgimento: delle istituzioni locali, sociali, del terzo Settore, dei cittadini/e.

I DATI DI CONTESTO

La Casa della Comunità (CdC) deve avere un proprio piano di attività ed obiettivi di salute pubblici e partecipati, messi a punto in base ad una programmazione che deve partire da una ricognizione epidemiologica dei bisogni socio-sanitari della popolazione.
Per questo sono assolutamente necessari i dati di contesto che riguardano: ***la tendenza all'aumento della popolazione anziana e il conseguente aumento delle malattie croniche; l'accrescersi delle diseguaglianze nei nuclei familiari; l'incremento delle persone che vivono sole*** *(condizioni ampiamente documentate sa pag. 73)*
Questi dati sono importanti perché definiscono la tipologia e la quantità del bisogno di salute a Lodi e quindi definiscono l'orientamento organizzativo e di intervento della futura Casa Della Comunità.
E' evidente, oltre che essenziale che l'ASST e soprattutto ATS avviino uno specifico e costante lavoro di analisi epidemiologica e degli aspetti socio-economici della popolazione di riferimento della CdC di Lodi, in quanto queste condizioni sono determinanti fondamentali della salute della popolazione, condizioni non statiche e che hanno quindi la necessità di essere verificate e aggiornate.

Pertanto l'obiettivo diventa quello di pervenire alla definizione di un progetto di salute individuale, con l'approccio del "farsi carico" (cioè una medicina ed interventi socio-sanitari proattivi) unitamente ad un progetto di salute collettiva.

CASA DELLA COMUNITÀ DI LODI DEVE ESSERE UN HUB

A Lodi erano previste due Case di Comunità: una Hub e una Spoke. Oggi si parla di una sola CdC presso l'ex Maternità di Lodi ma non è ancora chiaro quale sarà la sua organizzazione. In considerazione degli elementi che emergono dai dati di contesto e dell'ambito di riferimento sovracomunale, **è necessario che la costituenda Casa della Comunità di Lodi sia un Hub,** *quindi aperta 24 ore su 24 per 7 gg alla settimana.*
Secondo il DM 77/22 in questo caso devono essere garantiti i seguenti servizi con relativa dotazione di personale:

Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

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), IFeC, 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 FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 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. telerefertazione, 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	

QUALE APPROCCIO PRESSO LA CASA DELLA COMUNITÀ

All'interno della Casa della Comunità un ruolo centrale deve essere ricoperto dal PUNTO UNICO di ACCESSO (PUA)

Il PUA è la porta di accesso per le persone con problemi sanitari, soprattutto legati alla cronicità, nonché la porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali.

Devono essere messe in campo risorse umane con un ruolo e una formazione socio-sanitaria (infermieri di comunità; assistenti sociali del PdZ / ASST; personale amministrativo) integrate da volontari del terzo settore debitamente incaricati.

Tutto il personale ed il volontariato coinvolti nel Pua devono essere debitamente formati sia rispetto alle nuove ed innovative modalità di accoglienza che devono essere messe in campo, sia per essere in grado di dare una prima valutazione del bisogno espresso o inespresso e di fare gli invii della persona nei servizi/strutture idonee.

In considerazione della fragilità a carico della maggior parte della tipologia di utenti è particolarmente importante puntare ad una formazione che valorizzi una modalità di accoglienza coinvolgente, amichevole, disponibile.

Del resto è la stessa Regione Lombardia che dà indicazioni in questo senso: nella DELIBERAZIONE N° XII / 1669 Seduta del 28/12/2023 e nell'allegato A: PIANO ATTUATIVO DI REGIONE LOMBARDIA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

I Punti Unici di Accesso (PUA) sono tra le azioni prioritarie della programmazione regionale delle risorse del FNPS e tra quelle della programmazione sanitaria (DGR XI/6760 del 25/07/2022, in attuazione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77).

Un primo momento deve riguardare l'ACCOGLIENZA (front office): il suo compito deve essere quello di accogliere, ascoltare la persona, capire i suoi bisogni e le sue richieste, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Nel caso di problematiche semplici e risolvibili nell'immediato, il PUA deve orientare la persona e/o inviarla ai servizi di competenza. Nel caso di situazioni complesse il suo compito sarà quello di inviare l'istanza al Back office.

Il PUA sarà anche a disposizione per ricevere le istanze da parte di realtà del territorio. In questo senso rappresenta la modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito e Distretto/ASST con l'obiettivo, quindi, di avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi in una visione di comunità;

Essendo uno dei luoghi dell'integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale, richiede un forte raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali. Come abbiamo sopra riportato, presso il PUA devono operare Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), Assistenti Sociali e personale amministrativo di supporto.

INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI - FACILITARE E AGEVOLARE L'ACCESSO AI SERVIZI

L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte della persona o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore. Più in generale, la persona può essere "inviata" al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico. Dopo l'accoglienza gli operatori effettuano una prima analisi del bisogno, anche attraverso strumenti valutativi di rapida applicazione (es. scheda

triage); l'esito è l'individuazione della necessità di una informazione, di un bisogno semplice o di un bisogno complesso. In caso di bisogno semplice, il cittadino viene accompagnato nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (es. ADI - Assistenza Domiciliare Integrata; SAD - Servizio di Assistenza Domiciliare; servizi vari).
Nel caso di bisogno complesso il PUA deve prevedere un ambito di Back office per una ulteriore fase di valutazione multidimensionale e presa in carico da parte di una l'equipe integrata multidisciplinare.

Questo Piano di Salute Locale ha individuato, sulla base dell'analisi dei bisogni, la necessità che all'interno del PUA si strutturino due competenze fondamentali per dare risposte di senso e orientamento ai bisogni personali e familiari:

1) SERVIZIO INFORMATIVO DISABILITA' PSICO FISICA - MENTALE E NON AUTOSUFFICIENZA

Oggi una persona, una famiglia con problemi di disabilità e/o non autosufficienza che ha la necessità di essere orientata rispetto ai servizi e alle prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie è costretta ad aggirarsi in differenti luoghi, senza nessuno che colga la complessità del bisogno e le risposte multipli possibili in quanto sono tutti ambiti che operano in maniera settoriale e senza comunicare tra loro. C'è quindi la necessità di un PUNTO UNICO in cui si riesca ad accedere ad informazioni complessive.

Proviamo qui a formulare **prime ipotesi di strutturazione di questo punto unico che sappia accogliere, orientare ed indirizzare:**

- *i genitori con figli portatori di disabilità in generale, soprattutto nel momento della nascita, perché una famiglia non sa cosa debba fare e quali siano le prestazioni o i servizi a cui può accedere*
- *il cittadino e la famiglia sulle modalità per arrivare alla valutazione Multidimensionale e come accedere agli interventi sociosanitari, sanitari e sociali*
- *le persone perché, oltre al percorso UVM esistono l'indennità di accompagnamento ed i permessi dal lavoro per i care giver,- le detrazioni e i contribuiti per lavori di riduzione delle barriere architettoniche in casa, le viarie agevolazioni fiscali nel caso di assunzione di una assistente domiciliare, ecc. Il PUA dovrebbe fornire anche la modulistica occorrente, perché le persone possano arrivare a fare richiesta con tutti i documenti già preparati. Il PUA potrebbe prevedere anche forme di assistenza per presentare le richieste di altre prestazioni. I vantaggi per utenti e famiglie, specialmente per i più deboli sarebbero enorme.*

Come si vede parliamo di un luogo unico che apre a molti altri interventi. Un suo sviluppo potrebbe consistere nel costruire una relazione strutturata con i Patronati Sindacali per attivare i percorsi da essi gestiti (come ad esempio la prenotazione delle visite nelle Commissioni per l'invalidità civile, i permessi di cui hanno diritto i caregiver, le detrazioni ed i contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche, ecc) evitando al cittadino/famiglia fragile di doversi recare in sedi diverse dal PUA. Quindi il Pua deve diventare uno sportello multifunzionale anche per informare le persone sui servizi non sanitari e/o accessori (quale quello di medicina narrativa) e relative modalità di accesso.
I Comuni che fanno riferimento alla Casa della Comunità di Lodi , devono necessariamente attivare la " Cartella Sociale Informatizzata" (oggi non tutti attivano questo strumento) che deve essere aggiornata, cartella relativa agli accessi dei cittadini ai Servizi Sociali e renderla disponibile per l'integrazione sociale e sociosanitaria tra Comuni , Mmg e Casa Della Comunità.

2) SERVIZIO INFORMATIVO DOVE MI CURO?

Oggi una persona affetta da malattia, soprattutto se seria, è lasciata sola, deve destreggiarsi nel reperire informazioni utili rispetto al luogo dove può trovare un servizio di cura più adeguato per la sua condizione di salute. Spesso non ci sono le energie, le competenze, le conoscenze per arrivare a questo obiettivo. Il PUA, processualmente, deve attrezzarsi con queste competenze informative, in modo da dare indicazioni competenti al cittadino rispetto a dove sia meglio curarsi, anche fuori dal territorio se si tratta di problemi che richiedono specialità molto avanzate, con una logica nuova di accompagnamento della persona.

3) VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEL PUA E REPORT TRIMESTRALE.

E' questo un punto importante che rende conto non solo della quantità di persone che afferiscono al PUA, ma anche della tipologia del fabbisogno di salute o di informazioni al fine di una valutazione della efficacia del modello operativo e di una programmazione legata alle necessità reali.

Utile è anche avere il report delle valutazioni che le persone lasciano in appositi spazi, in forma anonima, per capire direttamente dagli interessati, l'efficacia delle prestazioni

4) AVVIO DEL PUA PRIMA DELLA APERTURA DELLA CASA DELLA COMUNITA' DI LODI.

L'avvio del funzionamento della Casa Della Comunità di Lodi presso l'edificio dell'ex Maternità (accanto all'ospedale Maggiore) è previsto per la fine del 2025/ inizio 2026. Stante i bisogni di salute emergenti, **è assolutamente necessario che ASST avvii un PUA transitorio che inizi ad attrezzarsi per agire secondo le modalità sopra riportate.**

QUALE MODALITÀ DI LAVORO E FUNZIONAMENTO PRESSO LA CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità deve svilupparsi nell'ottica di un potenziamento ed una riorganizzazione dei servizi territoriali al fine di migliorarne la qualità anche attraverso la loro integrazione e coordinamento. Deve diventare un punto di riferimento per la popolazione.

L'innovazione proposta dal DM 77/22, *che va assolutamente colta proprio come cambio di paradigma delle modalità di funzionamento, riguarda la costituzione di* ***gruppi di lavoro multidisciplinari ed integrati,*** *di cui devono far parte MMG, PdLS, Infermieri di comunità e di famiglia, Assistenti sociali (ASST e Comuni/Piano di Zona, personale sanitario specialistico secondo le necessità, personale amministrativo. Inizialmente i MMG possono svolgere questa funzione mantenendo la propria sede ambulatoriale esterna.*

Il fatto che Lodi sia sede del corso specialistico per diventare MMG deve essere uno stimolo per invitare i giovani medici di medicina generale ad operare all'interno della Casa della Comunità.

A questo proposito sarebbe utile mettere a loro disposizione almeno uno o due ambulatori in modo da incentivarne la presenza.

All'interno della CdC devono essere **previsti ambulatori specialistici pubblici** *che devono garantire le specialità di base necessarie per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche.*

I servizi che operano all'interno di questa struttura devono **condividere il fascicolo sanitario elettronico degli assistiti** *e possono organizzare una assistenza a distanza attraverso ambiti di Telemedicina.*

L'operatività deve svilupparsi secondo il **modello della sanità di iniziativa** *("prendersi cura*

attivamente delle persone ancor prima che del paziente"), modello che deve essere sviluppato anche per l'assistenza domiciliare, il servizio di continuità assistenziale. L'intervento multidisciplinare e l'approccio di medicina di iniziativa favoriscono la definizione di un **Piano di cura personalizzato** *dentro ad un programma non solo sanitario ma che* ***si integra con un percorso assistenziale e con quello più esistenziale*** *che deve tenere in massima considerazione i bisogni, le aspettative ed i desideri del paziente che è, e resta l'attore fondamentale della propria cura.*

La Casa della Comunità deve occuparsi non solo della singola persona ma anche della tutela della salute collettiva. *Per questo è necessario che vengano avviate azioni di promozione della salute e di educazione sanitaria ed iniziative di prevenzione. Attività ed interventi che devono vedere una fattiva collaborazione con le istituzioni locali, i cittadini/ le cittadine, il terzo settore.*

Abbiamo utilizzato il termine ***Casa DELLA Comunità e non Di Comunità*** *appunto perché riteniamo che questo sia un luogo di promozione e tutela della salute che vede il protagonismo della città nelle sue forme partecipative istituzionali, associative, individuali.*

Per questo nella struttura dovranno essere previsti spazi adeguati per favorire una partecipazione attiva ed una formazione permanente.

LA CASA DELLA COMUNITÀ: GLI ASPETTI DISTINTIVI

Gli aspetti che devono caratterizzare la Casa della Comunità sono:

- *deve potersi distinguere dall'Ospedale*

- *deve quindi presentarsi come "centro di servizi". Polo di riferimento per la salute della comunità in cui all'offerta clinico-sanitaria identificata dai poliambulatori, si affianca quella integrativa e multidisciplinare centrata sull'accoglienza, l'ascolto e l'orientamento*

- *deve avere la presenza di ambulatori specialistici a partire da quelle specialità che rispondono ai bisogni dei malati cronici e/ non autosufficienti in modo che la persona possa essere accompagnata nel suo percorso di cura*

- *devono essere previsti ambulatori per Medici di Medicina Generale, anche se per ora i MMG non sono interessati. Questi ambulatori vanno offerti ai giovani MMG che escono dalla formazione a Lodi in modo da invogliarli ad intraprendere un nuovo percorso professionale*

- *Deve essere presente il servizio di CONTINUITA' ASSISTENZIALE, che oltre ai suoi compiti può prendersi carico delle dimissioni protette per i pazienti fragili e con una bassa complessità assistenziale per un loro accompagnamento in strutture idonee o per il ritorno a domicilio, in stretta relazione con l'equipe multiprofessionale*

- *deve essere accessibile in termini di orari e, all'interno, deve permettere alle persone di muoversi facilmente.*

- *anche sul piano architettonico e funzionale deve avere caratteristiche ben precise nell'ottica di favorirne l'utilizzo agevole da parte degli utenti (per esempio: un uso dei colori che differenzi l'offerta clinico-sanitaria da quella dei servizi non sanitari per la persona)*

- *deve occuparsi della promozione e tutela della salute collettiva*

- **in relazione ad un fenomeno attuale molto grave come quello della sofferenza psichica** *degli adolescenti, sarebbe opportuno organizzare presso la CdC un servizio di orientamento dedicato, appunto agli adolescenti su questioni relative alle dinamiche relazionali, alla sensazione di vuoto assistenziale e ai dubbi sulla propria identità*

- *deve prevedere spazi e opportunità organizzative per favorire la partecipazione delle associazioni e dei cittadini/e anche nella prospettiva di interventi volti alla prevenzione, agli stili di vita adeguati, all'avvio dell'esperienza di medicina narrativa che è una parte del progetto "Caring Comunity" della città di Lodi, all'esperienza dei gruppi di cammino, ecc.*

DA ULTIMO

Vista l'importanza che riveste la costituenda Casa Della Comunità per il fabbisogno sanitario territoriale, soprattutto per le persone con patologie croniche e/o non autosufficienti la fase di costruzione e organizzazione deve rappresentare una importante ed unica opportunità di partecipazione e di coinvolgimento dei cittadini e della cittadinanza organizzata. ***Quindi in questa fase di costruzione e organizzazione della Casa della comunità è importante:***

- ***la divulgazione e la conoscenza di cosa si sta facendo*** *sull'argomento attraverso gli organi di stampa, il sito comunale, tutti gli strumenti di comunicazione social e un piano di pubblicizzazione collegati agli stati di avanzamento lavori*

- ***la condivisione, appena pronta la bozza finale del progetto,*** *di quanto ideato dal gruppo di lavoro in una Assemblea cittadina da co-organizzare con la Direzione socio-sanitaria e Generale di ASST*

- ***una informazione puntuale da parte di ASST e Comune di Lodi*** *su cosa è la Casa della Comunità e quali servizi offre, possibilmente inviando a domicilio delle persone malate croniche una apposita informativa. E' necessario avviare una campagna pubblicitaria in modo che le informazioni riportate su un dépliant siano lasciate negli studi dei MMG, dei PLS, nei differenti servizi sociali e sanitari.*

IN SINTESI

La Casa della Comunità come prevista DM 77/22: rappresenta una importante opportunità per realizzare i servizi socio sanitari territoriali. *La costituenda Casa della Comunità di Lodi è un Hub, quindi garantisce i servizi e la dotazione di personale prevista dalla normativa di riferimento il DM 77/22. Inoltre deve essere aperta 24 ore su 24 per 7 gg alla settimana.*
All'interno della Casa della Comunità un ruolo centrale deve essere ricoperto dal **PUNTO UNICO di ACCESSO (PUA)** *la cui finalità è individuare i bisogni sociosanitari degli utenti, facilitare e organizzare l'accesso ai servizi per affrontare i bisogni rilevati; pertanto è fondamentale che all'interno del PUA si strutturino prioritariamente le competenze fondamentali per dare risposte di senso e orientamento ai bisogni personali e familiari fra cui:*
1) il servizio informativo disabilità/ non autosufficienza;
2) il servizio informativo dove mi curo? per favorisce la presa in carico del paziente acuto.
3) Inoltre per non essere autoreferenziali è necessario una permanete valutazione dell'efficacia della attività del Pua.

Riteniamo prioritario da subito organizzare l'implementazione del **PUNTO DI PRIMO ACCESSO (PUA)** *prima della apertura della casa della comunità. In modo* **da avviare in tempi brevi** *un centro di capace di comprendere, capire e prendersi cura dei bisogni sanitarie e socio sanitari della popolazione.*
Sotto il profilo organizzativo e gestionale la Casa della Comunità si deve caratterizzare per la ***costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari ed integrati,*** *per l'apertura e il funzionamento di ambulatori specialistici pubblici che devono garantire le specialità di base necessarie per la* ***presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche. Oltre a svilupparsi secondo il modello della sanità di iniziativa*** *la casa della comunità deve occuparsi non solo della singola persona ma anche della* ***tutela della salute collettiva;***
Deve anche essere centro di informazione e formazione: *per questo nella struttura dovranno essere previsti spazi adeguati per favorire una partecipazione attiva ed una formazione permanente verso la popolazione e i professionisti sanitari .*
Nella casa della Comunità devono essere previsti ambulatori da mettere a disposizione di giovani Medici di Medicina Generale che escono dal corso di formazione specifico con sede a Lodi, in modo da incentivare la loro presenza ed un nuovo modello di lavoro.
La CdC si deve caratterizzare per alcuni aspetti distintivi sotto il profilo architettonico e funzionale in particolare distinguersi dal presidio ospedaliero e qualificarsi per la facilità d'accesso e fare dell'accoglienza, l'ascolto e l'orientamento i suoi tratti qualificanti
In questa fase di costruzione e di organizzazione deve essere prodotta una appropriata iniziativa di informazione e di coinvolgimento della cittadinanza. I veri architetti della Casa della Comunità devono essere i cittadini e le cittadine, le organizzazioni di volontariato che la devono vivere, percepire e considerare la Casa della Comunità come la loro casa a tutela della loro salute.

RIPORTIAMO CONSIDERAZIONI/RICHIESTE PARTICOLARI PERVENUTE DALL'UNIONE ITALIANA CIECHI E IPOVEDENTI DI LODI (UICI-LODI)

Da quasi un anno le visite e le conseguenti ***certificazioni per l'ottenimento degli ausili non vengono più fatte a Lodi ma le persone cieche o ipovedenti devono recarsi sembra per disposizione regionale preferibilmente presso l'ASST S.S. Carlo e Paolo di Milano****. Questo costituisce un grosso problema per le persone interessate. Si tratta mediamente di 9/10 pratiche all'anno. Considerata la dimensione della domanda* ***si propone di chiedere alla ASST di Lodi di organizzare una soluzione a livello locale.*** *Una seconda questione posta riguarda* ***la formazione degli operatori sanitari, degli ausiliari socio-assistenziali degli ospedali territoriali per la gestione delle persone cieche o ipovedenti gravi ricoverate in ospedale.*** *In passato, l'UIC aveva organizzato un corso di formazione per gli operatori degli ospedali in modo da informarli sulle corrette modalità di gestione di queste persone con gravi problemi di vista. Sarebbe importante* ***prevedere anche un percorso di formazione presso la Scuola per Infermieri di Lodi e presso il Corso Specialistico per MMG ospitato nelle strutture dell'ASST lodigiana.***
Si pone altresì ***il problema della prevenzione*** *in quanto è dimostrato che una presa in carico precoce aiuta a non sviluppare o a ridurre o a procrastinare nel tempo le malattie della sfera visiva. Si* ***sollecita pertanto la necessità di costituire un profilo ad hoc e di integrarlo anche nel PDTA rivolto ai pazienti diabetici, dal momento che le complicanze dell'occhio e della vista colpiscono in modo particolare questa categoria di pazienti.***

Le sottostanti tabelle riportano la situazione il numero, il genere e la situazione epidemiologica delle persone ipovedenti residenti nel territorio del Lodigiano e nella città di Lodi.

Ipovedenti nel Lodigiano	F	M	Totale
Cieco assoluto	52	45	97
Cieco parziale	116	52	168
Totale complessivo	**168**	**97**	**265**

	F		M		Totale M+F	
Città Lodi	Età Media	N	Età Media	N	Età Media	N
Cieco assoluto	78	10	71,5	11	74,6	21
Cieco parziale	85	20	72,2	13	80,1	33
Totale	**82,8**	**30**	**71,9**	**24**	**77,9**	**54**

CONSIDERAZIONI DEI RAPPRESENTANTI DELLE COMUNITÀ STRANIERE

ANALISI E PROPOSTE DA PARTE DEI RAPPRESENTANTI DELLE COMUNITÀ STRANIERE chiedono che siano stabilmente presenti mediatori culturali negli ospedali per assistere e aiutare le persone straniere *che non parlano la lingua italiana al Pronto Soccorso e nei vari reparti. Accade infatti che il mediatore culturale venga reso disponibile su chiamata successivamente all'ingresso in struttura con l'insorgenza di problemi di comprensione per il paziente ma anche per i sanitari. La proposta è che* ***si avvii una interlocuzione con ASST per trovare la modalità più consona per superare la barriera linguistica*** *e cercare di rispondere a questo bisogno che costituisce il fondamento delle relazioni interpersonali. Inoltre* ***si chiede per le donne straniere la possibilità che vengano visitate da medici donne così da rispettare la loro cultura.*** *Si fa presente che, soprattutto per le donne anziane affette talora anche da patologie gravi, questi semplici provvedimenti potrebbe recuperare al follow up pazienti che altrimenti sarebbero destinate ad un peggioramento continuo con compromissione irreversibile della loro tutela.*

IL NOSTRO IMPEGNO PER MIGLIORARE LA SANITÀ LOCALE
IL FUTURO PIANO DI LAVORO

Diversamente dal PLS 2024 che, attraverso prime analisi e riflessioni, ha fatto una fotografia dello stato di salute della città di Lodi ponendosi più domande che soluzioni, questo nuovo documento, attraverso una conoscenza più approfondita delle condizioni attuali del sistema sanitario e socio-sanitario locale, ha iniziato ad individuare gli interventi sanitari, sociali, ambientali necessari per la cura e la salute della popolazione.
Gli obiettivi che ci poniamo per il 2025 sono:

- **coinvolgere, condividere i contenuti e gli obiettivi del Piano con la politica locale attraverso la sua presentazione in Consiglio Comunale**
- **far sì che il PSL 2025 sia assunto da parte della Amministrazione Comunale come "Piano Strategico sulla Salute condividere i contenuti di questo PSL con la città in un apposito momento divulgativo e attraverso specifici momenti di approfondimento su varie tematiche**
- **promuovere momenti di confronto e di richiesta, sulla base degli obiettivi individuati, con ASST, ATS, Regione. In particolare con ASST di Lodi sarà avviato un confronto a partire dalla programmazione contenuta nel "Piano di Sviluppo del Polo Territoriale 2025-2027"**

Sarà compito dell'ORGANISMO DI PARTECIPAZIONE "TUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE" promuovere specifiche iniziative coerenti con i contenuti e le finalità del piano sanitario locale 2025. Di seguito una prima ipotesi di piano di lavoro per il 2025 da sviluppare e approfondire.

LA PREVENZIONE
Si affronterà questa tematica, anche con momenti pubblici di incontro con la cittadinanza, su tre fronti:
1) un approfondimento della qualità dell'aria e dell'acqua e i relativi fattori di rischio;
2) un lavoro nella direzione della promozione di adeguati stili di vita per prevenire l'insorgere di patologie;
3) la promozione e la veicolazione di informazioni per aderire alle campagne vaccinali più importanti, soprattutto per alcune categorie di popolazione e per l'adesione agli screening proposti per la prevenzione dei tumori.

LA MEDICINA DI GENERE
La valorizzazione delle differenze di genere in ambito sanitario sarà un preciso campo di lavoro, a partire dal far conoscere le disparità nella cura tra uomo e donna e le sue conseguenze, per arrivare alla promozione di azioni concrete nell'ottica del superamento di questo gap.

LA CRONICITÀ.
Sarà questo un tema di impegno importante, che coinvolge responsabilità e modalità di attivazione dei percorsi, integrazione tra professionisti, prossimità dell'assistenza, informazione all'utenza, reti di supporto socio-sanitario, monitoraggio degli esiti. Il nostro obiettivo è la realizzazione di un'adeguata presa in carico del paziente cronico per un trattamento efficace della patologia.

GLI ANZIANI COME POPOLAZIONE DIMENTICATA DALLA SANITÀ

Organizzare e promuovere iniziative per favorire un invecchiamento attivo; dello sviluppo della conoscenza e di una informazione organica per l'accesso alle prestazioni e ai servizi; della definizione di percorsi integrati per la presa in carico della persona da realizzare i con le aziende sociali e socio-sanitarie locali.

LE PERSONE CON DISABILITÀ, CON DISAGIO PSICHICO, DISAGIO GIOVANILE E DIPENDENZE

Quello che manca e che potrà essere oggetto di lavoro riguarda la necessità di spingere le istituzioni preposte ad effettuare una rilevazione quali/quantitativa del problema al fine di realizzare una programmazione di medio- lungo periodo che garantisca risposte adeguate ai bisogni reali. Un altro ambito di lavoro potrà essere sviluppato per definire modalità di informazione e garantire accessi unici per le famiglie e gli interessati. Sono questi ambiti di lavoro da condividere con la "Consulta comunale per la Disabilità". Il gruppo di lavoro ha anche avanzato proposte realistiche di sviluppo di nuovi servizi: che saranno oggetto di ulteriore lavoro di approfondimento, condivisione, richiesta.

DOVE MI CURO?

Per i cittadini e le cittadine sono fondamentali le modalità di accesso ai servizi, i tempi di attesa, dove rivolgersi per patologie importanti, la loro presa in carico complessiva e la possibilità di avere un Medico di Medicina Generale di riferimento. Esigenze e diritti spesso non garantiti. Saranno tematiche e ambiti di lavoro che saranno presidiati.

LA CASA DELLA COMUNITÀ

C'è la necessità di condividere con la città le informazioni e l'importanza di questa nuova struttura sanitaria che è l'elemento centrale di riorganizzazione dei servizi territoriali. L'impegno è di accompagnare la sua realizzazione con iniziative pubbliche di conoscenza e con verifiche periodiche sull'andamento della sua costruzione e organizzazione dell'offerta di servizi adeguati ad una reale presa in carico della persona e dei sui bisogni in maniera integrata.

IL PIANO DI SALUTE LOCALE 2025 È STATO REDATTO DA

Amministrazione Comunale

Il Sindaco di Lodi
ANDREA FUREGATO

La Consigliera Delegata alla Salute e Medicina Territoriale
SILVANA CESANI

Con la collaborazione

Assessorato al Welfare, Politiche Familiari, di Conciliazione e Coesione Sociale

Assessorato alla Partecipazione, Bandi, Politiche per la Casa

Cittadinanza Attiva
CAMBIE' GIUSEPPE
NAVA ANTONIO

associazioni
ALSAFA ODV
ALIS
AMICI DEL CUORE
AMICI DI SERENA
ASSOCIAZIONE ITALIANA REUM AMICI ODV
COCOTI ODV
CURIOSAMENTE ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE E CULTURALE
GENITORI TOSTI IN TUTTI I POSTI
LEDHA LODI
SNOQ LODI
TOPONOMASTICA FEMMINILE
TUTTO IL MONDO ONLUS
UNI TRE LODI
UNIONE ITALIANA CIECHI E IPOVEDENTI

cooperative sociali
EUREKA
FAMIGLIA NUOVA SOC.COOP.SOCIALE
IL MOSAICO SERVIZI ETS COOPERATIVA SOCIALE
IL PELLICANO

fondazioni
FONDAZIONE DANELLI

sindacati
CGIL LODI CAMERA DEL LAVORO – DI BELLA FRANCESCA
FNP CISL PAVIA LODI – LUNGHI TEODOLINDO
SINDACATO PENSIONATI ITALIANI SPI CGIL LODI – PANELLA SALVATORE E PICCOLI ANTONIO

singoli cittadini
ALLEGRO ROBERTA
ARIANO EUGENIO
BOGGI STEFANO
BOSANI ENRICO
BOZZINI SONIA
BREGONZIO LUCAS
CAMINATI DANIELE
COLIZZI GIANPAOLO
COLNAGHI ELEONORA
DE PONTI EMANUELE
FARINA MARCO
MARANGONI EGIDIO
MATTEUCCI BENEDETTO

famigliari di conciliazioni coesione sociale
SACCARDI SIMONA
SALVADERI CHIARA
SPOLDI GIANNI
TONON FRANCO
ZUFFETTI DANILA

Con la collaborazione della
CONSULTA DISABILI