

FORUM SALUTE DI SINISTRA ECOLOGIA E LIBERTÀ

OSSERVAZIONI SUL PROGETTO DEL CENTRODESTRA PER IL RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO IN LOMBARDIA

LE CARATTERISTICHE PRINCIPALI DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO

Le idee-forza che hanno ispirato l'organizzazione sanitaria regionale promossa dalla destra in Lombardia a partire dall'era Formigoni sono state le seguenti:

1. Separazione netta tra committenti ed erogatori dei servizi
2. Pluralità degli erogatori in un contesto di parità tra i soggetti erogatori pubblici e privati
3. Concorrenza tra i soggetti erogatori in un regime di quasi mercato
4. Libertà di scelta dei cittadini-consumatori.

Si tratta di principi strettamente intrecciati tra loro, che hanno giustificato tutte le scelte successive come una conseguenza tecnica delle formulazioni iniziali. All'origine c'è stata una scelta ideologica, cioè la sussidiarietà orizzontale, che insieme al federalismo autonomista rappresenta l'asse portante del programma strategico della destra, non solo in Lombardia, come testimonia la Big Society di Cameron in Inghilterra. Secondo questo modello alla cura dei bisogni collettivi e alle attività di interesse generale provvedono direttamente i privati cittadini, sia come singoli che come associati e i pubblici poteri intervengono in funzione ausiliaria, di programmazione, di coordinamento ed eventualmente di gestione solo in quei casi particolari in cui l'iniziativa dei privati è insufficiente. Nella declinazione lombarda o padana questo prevede una società in cui la rappresentanza democratica è ridotta alla fase elettorale e le istituzioni elettive devono essere sempre più lontane dal processo decisionale della programmazione e gestione delle risorse. I servizi devono essere assegnati a gestori terzi, gli Enti locali devono solo accreditare i servizi e effettuare il controllo. Partecipazione o consultazione sono possibili solo per chi è inserito negli organismi del terzo settore. La programmazione o pianificazione è limitata al minimo o agli aspetti formali, mentre i meccanismi di mercato dovrebbero di per sé garantire l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione dei servizi. A parole viene potenziato il ruolo del cittadino e della famiglia, ma di fatto negli anni del massimo fulgore del modello è stato chiesto loro un alto livello di contribuzione economica (ticket, IRPEF, rette delle RSA e RSD).

La sussidiarietà orizzontale ha in parte sedotto, fornendo un modello di welfare alternativo all'intervento pubblico universalistico, anche settori della sinistra, in particolare il mondo delle cooperative e del terzo settore, influenzando la debole risposta della sinistra al modello di sanità lombardo.

Coerentemente con queste premesse, è stato assegnato ai Comuni un ruolo marginale e subalterno nelle scelte programmatiche e nel governo del sistema sanitario, separando nettamente l'ambito dell'assistenza e dei servizi sociali, gestito dai comuni, dall'ambito sanitario.

La parità pubblico-privato si è presto tradotta nella salvaguardia degli interessi degli erogatori privati dei servizi sanitari contro quelli dei soggetti pubblici che in Lombardia, come in altre regioni centrosettentrionali, erano il cuore del servizio sanitario nazionale. I privati, che fino agli anni '90 avevano una presenza relativamente marginale e complementare, hanno investito in tecnologie, organizzazione e competenze professionali, dapprima limitate a specialità cliniche altamente tecnologiche, dove il settore pubblico, in carenza di investimenti, faceva più fatica a star dietro all'evolversi delle tecniche e dei costi relativi, espandendosi successivamente in tutti i settori specialistici, con la nascita di veri e propri policlinici privati. In parallelo a questo processo è emersa la difficoltà delle strutture pubbliche, imbrigliate anche da una burocrazia inefficiente e dalla scelta della regione di privilegiare il settore privato attraverso la scelta consapevole di dirigenti incapaci o corrotti, di fare fronte a un'evoluzione accelerata della domanda. Per favorire queste dinamiche è stato messo in piedi un sistema di accreditamento e di vincoli differenziati che ha penalizzato il settore pubblico rispetto a quello privato, con effetti particolarmente evidenti in alcune aree strategiche: istituti di ricoveri e cura a carattere scientifico, riabilitazione, lungodegenza (RSA).

Secondo la concezione che spettava al mercato regolare il rapporto tra domanda e offerta di servizi, le funzioni di indirizzo e programmazione hanno perso importanza e sono state mantenute in modo formale staccandole dai necessari riferimenti a dati epidemiologici sulla rilevazione dei bisogni e la misurazione degli esiti. Le attività di controllo sui soggetti erogatori pubblici e privati sono state ridotte e indebolite, anche se sulla carta ampliate, in virtù della mancanza di un sistema di sanzioni adeguato. Ciò ha permesso in particolare agli erogatori privati di aggirare abilmente il fragile coordinamento e le modeste possibilità di sorveglianza del decisore pubblico. In questo sono stati facilitati da un sistema di finanziamento basato su tariffe e DRG, con l'aggiunta di una considerevole porzione di somme corrisposte per funzioni non tariffabili usate in modo discrezionale senza alcuna rendicontazione, che hanno favorito le scorciatoie messe in atto per garantire al privato ritorni economici indebiti non rapportati all'effettivo servizio reso o stabilito contrattualmente.

La sollecitazione della concorrenza tra soggetti erogatori, sia privati che pubblici, ha generato la proliferazione del consumismo sanitario e la crescita dei livelli di inappropriatezza, con ricadute importanti sulla spesa. La combinazione tra la concorrenza e l'aziendalizzazione ha inoltre prodotto una spiccata tendenza a ridurre i costi esternalizzando i servizi e affidandoli a soggetti del terzo settore, con risultati negativi per la qualità e la continuità delle prestazioni, col ricorso al lavoro precario e sottopagato, che ha ormai investito anche settori professionali che prima ne erano immuni, come i medici.

Un corollario di questa architettura istituzionale e delle modalità di finanziamento ad essa connesse è stato il privilegio del modello di assistenza per acuti, con conseguente trascuratezza dei bisogni legati alla lungoassistenza e alla cronicità, i cui costi sono scaricati sul settore assistenziale e quindi in realtà in gran parte sui cittadini, date le crescenti difficoltà per i comuni di assicurare prestazioni decorose di fronte dei continui tagli subiti dai governi che si sono succeduti. Peraltro anche nei servizi più strettamente sanitari è stato messo in atto un elevato livello di compartecipazione alla spesa per i cittadini, con notevoli iniquità applicative.

Il modello centrato sull'assistenza per acuti ha avuto come logica conseguenza la promozione della centralità del settore ospedaliero e specialistico con penalizzazione della prevenzione, della medicina di base e dei servizi territoriali. Questo ha riguardato in particolare i settori che richiedono una forte integrazione socio-sanitaria e mal si prestano a un sistema di tariffazione che induce la frammentazione delle prestazioni, scoraggia la prevenzione, l'educazione sanitaria, la promozione della salute e la presa in carico dei problemi complessi. Sono stati quindi particolarmente colpiti e ridimensionati i consultori, i servizi di salute mentale, i servizi per le dipendenze e l'assistenza agli anziani. Infine, l'assenza di programmazione territoriale dei servizi ha causato una proliferazione dell'offerta sanitaria localizzata nelle grandi aree urbane (vedasi ad esempio la Città Metropolitana) in modo squilibrato e irrazionale obbligando il paziente a una mobilità gravosa.

IL PERCORSO PROGETTUALE DEL GOVERNO REGIONALE

Il percorso dei progetti di legge della giunta Maroni "evoluzione del sistema sanitario regionale" è stato anticipato dal lavoro delle due commissioni di esperti (ospedaliera e territoriale), i cui documenti conclusivi contengono valutazioni interessanti e parzialmente condivisibili, e dalla successiva redazione del libro bianco. I tecnici avevano individuato alcune determinanti che spingevano a un cambiamento dell'organizzazione e della governance del servizio sanitario regionale:

1. l'aumento della popolazione anziana con il conseguente aumento della popolazione con malattie ad andamento cronico (pari al 31,8 % degli oltre dieci milioni di assistiti)
2. l'invarianza tendenziale (o la diminuzione) del finanziamento
3. l'incremento dei costi dell'assistenza sanitaria determinato dall'evoluzione tecnologica dei dispositivi medici e dei nuovi farmaci
4. il consumismo sanitario indotto non solo dalle aspettative di salute e dal maggiore accesso alle informazioni, ma anche da un sistema di finanziamento che ha spinto alla moltiplicazione delle prestazioni

Le analisi di una congiuntura critica per il servizio sanitario nazionale e regionale hanno come sfondo i molteplici gridi di allarme che definiscono il modello di welfare europeo non più supportabile e gestibile (non ultima la relazione dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN licenziata dal Senato il 22 giugno). Non solo a destra si prescrivono cure preventive all'infarto sistemico che dovrebbe interessare il sistema di tutela previdenziale, sanitario e sociale. Le soluzioni proposte sono l'universalismo selettivo, l'aumento della assicurazione volontaria, l'aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini. E' nota l'invarianza del fondo sanitario nazionale per i prossimi tre anni. L'aumento della cronicità, la crisi economica e occupazionale, la riduzione dei redditi familiari determinano già fenomeni di mancato accesso alle cure per motivi economici (Lombardia 4% Campania 25%). Le discrepanze tra diritti/bisogni e servizi/tutele aumentano e nella nostra regione la rappresentazione dell'efficienza e dell'efficacia del modello lombardo deve essere supportata addebitando ogni responsabilità ora all'Europa, ora agli immigrati ora allo stato in quanto tale. La crisi diffusa individuale e familiare lacera il capitale sociale lombardo e ormai ha reso non rinviabile una revisione della parte di welfare più gestibile e più rientrante nelle leve regionali: sanitario, socio-sanitario e sociale. Questa presa d'atto, il cambio ai vertici regionali, il maggiore peso della Lega Nord sono stati ulteriori elementi che hanno spinto la dirigenza leghista a proporre l'evoluzione (come amano definirla) del sistema sanitario.

Una prima tappa di un percorso tortuoso, segnato da conflitti interni alla maggioranza, è stata l'approvazione del PDL 228, approvato dalla Giunta nel Gennaio 2015, con l'astensione degli assessori Melazzini (Forza Italia) e Parolini (Nuovo Centrodestra).

Nella relazione che lo accompagnava, oltre alla inevitabile riconferma dei presupposti sempre più ideologici da sempre alla base del modello lombardo (libertà di scelta della persona, competitività tra le strutture pubbliche e private ecc.), si dichiarava l'obiettivo del rafforzamento della separazione delle competenze tra programmazione ed erogazione dei servizi, attraverso l'introduzione di un meccanismo terzo di controllo e della centralizzazione della regia degli acquisti che generi economie di scala. I cambiamenti più rilevanti erano rappresentati dall'integrazione della rete ospedaliera con quella territoriale e dalla proclamata volontà di intrecciare il sistema Sanitario con quello Socio-Sanitario in stretta collaborazione con le Politiche Sociali gestite dagli Enti Locali. A tal fine veniva proposta l'istituzione dell'Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, che unificava le deleghe assegnate all'Assessorato alla salute con quelle dell'Assessorato alla Famiglia e Solidarietà Sociale.

Successivamente il maxi emendamento al Titolo 1 del PDL 228, sottoscritto a fine Aprile dai partiti della maggioranza e ulteriormente modificato fino a pochi giorni fa, ha segnato una ricomposizione del centrodestra e ha compiuto alcuni passi indietro rispetto alle innovazioni precedentemente prospettate, dovuti alla preoccupazione di porre troppi elementi di discontinuità rispetto all'impostazione esistente. Di conseguenza i cambiamenti risultano ora molto limitati e inadeguati per rimediare alle criticità che erano state evidenziate nei documenti preparatori, soprattutto quelle prospettive d'ordine epidemiologico, economico e sociale.

Nella strutturazione della governance il cambiamento maggiore è l'articolazione territoriale dell'Agenzia di tutela della salute (ATS). Invece che un'unica Agenzia (PDL 228) con articolazioni territoriali, vengono create diverse agenzie territoriali, quattro o cinque in una prima versione, ora sembra portate almeno a otto. A queste ATS sono assegnate funzioni operative e gestionali già assegnate alle ASSL che, con la nuova denominazione di Aziende Sociosanitarie territoriali (ASST), conservano però l'erogazione o la gestione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (consultori, SERT, ADI ecc.), mentre all'ATS rimane la sanità animale e la promozione degli stili di vita. Le ATS vengono articolate in dipartimenti, tra cui quello di maggiore peso sarà quello a cui sono assegnate assegnare programmazione, acquisto e controllo. Le attività relative alla prevenzione e al controllo ambientale sono assegnate al dipartimento di prevenzione medica. Rispetto al PDL originario della Lega, nell'emendamento di mediazione vi è una ulteriore rarefazione del dettaglio dei compiti e della strutturazione organizzativa dell'Agenzia. Nella mediazione è caduta ogni timida assegnazione agli Enti Locali di un ruolo nella programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. I compiti dei Comuni e della loro Conferenza vengono poi ridefiniti e limitati confusamente nell'art.22 del nuovo testo. Alla Conferenza viene assegnato solo la verifica (ex post) dell'attuazione della programmazione dell'ATS. La riduzione in termini minimi della sussidiarietà istituzionale (cosiddetta verticale) viene ribadita dall'assenza degli Enti locali in ogni organismo di consultazione quale ad esempio l'osservatorio socio-sanitario, la cui partecipazione sembra ristretta alle associazioni professionali su temi specifici. L'organizzazione distrettuale prevista per l'Assemblea dei sindaci è inspiegabile perché il distretto non è previsto quale articolazione organizzativa né dell'ATS né dell'ASST, a differenza di quanto avviene attualmente per le ASSL. I Distretti Socio-Sanitari, quale luogo privilegiato di soluzione dei problemi di salute e di responsabilizzazione-valorizzazione delle comunità-risorse locali, sono del tutto cancellati. Alla Conferenza dei sindaci vengono inviati i bilanci delle ATS solo perché ne prendano visione. Non c'è nessun riferimento alla Città Metropolitana, nessun organismo di partecipazione o consultazione della cittadinanza viene previsto e la tutela dei cittadini è affidata agli attuali organismi controllati e nominati dai vertici aziendali. D'altra parte il modello del welfare lombardo basato sulla sussidiarietà orizzontale vede la libera scelta quale strumento di democrazia e di partecipazione del cittadino mentre tutte le fasi decisionali sono accentrate a livello regionale con pochissime possibilità di controllo e interazione con le comunità locali, sindacati o associazioni di pazienti. I nuovi organismi (Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale e Agenzia per la promozione del sistema sanitario regionale) denotano sia la volontà di mantenere il controllo a livello centrale sia di ipotizzare il ruolo autonomo della regione rispetto agli altri livelli istituzionali e un ruolo indipendente nelle relazioni internazionali. L'osservatorio epidemiologico è già previsto nell'attuale normativa, ma di fatto completamente devitalizzato e reso influente sia nella fase di definizione del piano socio-sanitario e assente nella produzione di rapporti sulla situazione epidemiologica e sui risultati in termini di salute. La Giunta sembra essere l'unico destinatario e fruitore dei flussi informativi raccolti, mentre i

dati del Sistema Informativo Socio Sanitario rappresentano un patrimonio che dovrebbe essere utile per definire in maniera trasparente le linee programmatiche e gli obiettivi strategici del Piano Socio-Sanitario. I dati economici e di bilancio sono solo richiesti per le Aziende e le Agenzie Pubbliche, non è previsto nessun controllo delle risorse impiegate dalle strutture private, né una rilevazione dei costi standard sistematica che permetta una rimodulazione tariffaria eguale per lo stesso servizio, mentre la determinazione delle tariffe in un sistema di quasi mercato quale è e vuole essere il sistema sanitario regionale dovrebbe garantire la massima appropriatezza economica e la massima rendicontazione per le varie attività. La tanto decantata competitività pubblico-privato, base della sussidiarietà, è apparentemente governata e i rapporti contrattuali sono definiti in base ai tetti e non sulle priorità individuate secondo il quadro epidemiologico. La nuova normativa non intende cambiare la situazione anzi riafferma la compiacenza verso il settore privato. Ai "contributi a favore dei soggetti no profit operanti in ambito sanitario" (previsti in precedenza dalla cosiddetta legge Daccò) era stato dedicato un articolo che li risuscitava, che ora è stato stralciato, con l'impegno tuttavia della maggioranza a presentarlo successivamente, con alcune modifiche, come provvedimento separato. E' stato eliminato l'istituendo Consorzio con funzioni di Health Technology Assessment e non si accenna a un piano di aggiornamento delle apparecchiature tecnologiche delle strutture pubbliche.

L'articolo dedicato al finanziamento è estremamente generico e non definisce le modalità di riparto tra ATS e ASST. Non vi è nessun riferimento alle nuove rappresentazioni contabili della Gestione Sanitaria Accentrata. Non vengono menzionati né i criteri di assegnazione, né gli ambiti di discrezionalità delle funzioni non tariffabili, perpetuando la situazione attuale, così come è confermato il sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti per l'acquisto delle prestazioni, in antitesi alla presa in carico integrata da parte dei servizi.

La distribuzione ex ante delle risorse regionali con la delibera delle linee programmatiche annuali (le cosiddette regole) non sono regolamentate, né è previsto un esame preventivo dettagliato da parte della Commissione consiliare. Il vaglio del Consiglio è mantenuto al minimo e ridotto a pochi punti,. La competente commissione è chiamata a dare pareri (si presume consultivi) per gli ambiti delle ASST, l'iter delle autorizzazioni e degli accreditamenti, l'assetto dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza, il codice etico-comportamentale delle Aziende Pubbliche, il funzionamento delle assemblee dei sindaci.

Pur avendo il maxi emendamento confermato l'assessorato unico alla salute e politiche sociali, l'attuazione di questa scelta è lasciata alla discrezionalità del Presidente della Regione. La volontà di integrare la rete ospedaliera con quella territoriale, scontrandosi con la difficoltà a voltare pagina introducendo un modello autenticamente integrato, è in larga parte compromessa o resa inefficace da un impianto organizzativo farraginoso e confuso, caratterizzato dalla moltiplicazione dei livelli gestionali e delle agenzie i cui rapporti sono mal definiti, dalla persistenza di nodi irrisolti che in una certa misura entrano in conflitto con le novità ipotizzate nell'assetto normativo, nonché da incertezze oscurità o carenze nella definizione dei criteri attuativi.

Non sono chiari i rapporti tra le ATS e le ASST, individuate come organismi che dovrebbero erogare le attività precedentemente svolte dalle ASSL e dalle Aziende Ospedaliere, articolate in un settore territoriale e uno ospedaliero. Il settore territoriale, invece di essere articolato in distretti, come sarebbe logico, prevede una proliferazione di articolazioni funzionali e organizzative: i Centri Sociosanitari Territoriali (CSST), i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei medici di medicina generale (AFT), le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Il settore ospedaliero comprende gli ospedali che nel sistema attuale fanno parte delle Aziende Ospedaliere. Rimarrebbero autonome solo le Azienda Ospedaliere che in uno dei loro presidi abbiano almeno mille letti, ma sono previste varie eccezioni per gli ospedali sedi di insegnamento universitario, che interesseranno prevalentemente l'area metropolitana milanese, dove la riorganizzazione prospettata della rete ospedaliera sembra obbedire a logiche di spartizione e non a un disegno funzionale, cancellando di fatto l'integrazione ospedale-territorio.

La definizione degli standard della rete ospedaliera, gli ambiti territoriali delle ATS e delle ASST, insieme a molti altri aspetti, sono rimandati al dibattito successivo. Si tratta di un'architettura istituzionale complicata, con gravi rischi di inefficienza, di conflitti interni al sistema e di moltiplicazione di sedi decisionali, perdipiù sottratta, come abbiamo detto, alla partecipazione e al controllo democratico dei comuni e della città metropolitana non viene assegnato alcun ruolo significativo. Tutti i presidi e i servizi delle ASST possono essere gestiti, senza alcun limite, da soggetti privati.

L'ultima tappa del percorso volutamente non trasparente ha visto l'ennesima presentazione di un nuovo testo che non ha permesso una disamina dello stesso nella commissione III regionale nè la presentazione da parte della minoranza degli emendamenti preparati in base al testo di aprile. Gioco forza i commissari del PD, di Patto Civico e del Movimento 5 stelle hanno dovuto rinviare la presentazione degli emendamenti nella discussione finale programmata dopo la prima metà di luglio. La nuova versione è fortemente segnata dalla piena accoglienza delle istanze del Nuovo Centro Destra, che voleva garantire la piena e libera operatività del privato, mentre vengono mantenuti i contenuti sensibili per la Lega (maggiore ruolo degli organismi rappresentativi delle professioni). Anche se ulteriori modifiche sono possibili, si possono già rilevare dal documento Lega-NCD alcuni cambiamenti nominali: i Centri Sociosanitari Territoriali (CSST) divengono Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST) mentre i POT rimangono. Viene ribadito con forza che tutti i servizi potranno essere assegnati, gestiti e governati dai privati in "convenzione". Il ruolo dei Comuni sembra debolmente riconosciuto (*"L'ATS, attraverso consultazioni preventive dei Consigli di Rappresentanza dei Sindaci, collabora con i Comuni per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale"*), in modo tuttavia ancora assolutamente insoddisfacente. Sembra anche sia calendarizzata la presentazione della delibera delle regole (entro il 30 settembre) e sia previsto un parere alla Commissione competente. Il processo di allocazione dei finanziamenti rimane comunque opaco con ampi spazi di discrezionalità d'integrazione forfettaria ai soggetti pubblici

e privati. Questi pochi dati positivi non colmano sicuramente la ricorrente ed ossessiva riaffermazione della sussidiarietà orizzontale come supporto ideologico e politico, strategico al modello che vuole ulteriormente basarsi sull'assegnazione ai privati di compiti con complementari, non sussidiari, sempre più strategici. Il controllo è autoreferenziale tutto assegnato alle strutture di stretta dipendenza della giunta. La prevenzione della corruzione, facilitata dalla sempre più vasta esternalizzazione di attività, di fatto non viene di certo promossa e addirittura si prevede una copertura assicurativa regionale per chi procura un danno erariale. Le sanzioni rimangono irrisorie e i casi di decadenza del rapporto con la Regione sono limitati e molto improbabili.

Nell'ambito di questo assetto organizzativo che rimane viziato dai limiti di fondo che abbiamo indicato, vanno infine segnalati alcuni punti critici in aree specifiche, presenti in quelle parti del testo del PDL 228 che non sono stati finora oggetti di emendamenti:

- Gli aspetti operativi delle attività di prevenzione sono rimandati a successivi provvedimenti. Non si capisce quali debbano essere i rapporti tra l'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, le ATS e le ASST.
- Viene mantenuta la specialistica ambulatoriale convenzionata, addirittura con l'istituzione di una agenzia regionale apposita.
- Rimane invariata la regolamentazione della libera professione intramuraria, di cui viene anzi prospettata l'estensione a tutte le professioni sanitarie in modo da soddisfare gli interessi dei gruppi professionali, creando ancora di più, anche nelle strutture pubbliche, un'offerta che ha accentuato le disuguaglianze nell'accesso senza peraltro risolvere il problema delle liste di attesa.
- Manca qualunque accenno ai consultori, o meglio a quello che ne rimane dopo lo snaturamento praticato in questi anni, alla medicina di genere o alla salute della donna.
- Viene prospettato un contratto integrativo regionale lombardo e l'introduzione di profili professionali regionali inesistenti a livello nazionale.
- Viene abbandonato il progetto originario di procedere a una revisione complessiva del testo unico (ex legge 33/2009), ponendo mano solo ai primi due titoli. Così facendo ad esempio tutto il titolo III dedicato alla Salute Mentale sarà oggetto di una revisione successiva.
- Le aggregazioni territoriali delle nuove ATS e delle ASST, le fusioni di alcune AO sono ora oggetto di una discussione localistica che invece di essere una revisione efficientista della *governance* è ridotta a una confusa trattativa di mero potere che nulla sembra avere a che fare con gli ambiziosi obiettivi declamati nel libro bianco del Luglio scorso, con i bisogni/diritti sanitari (attuali e futuri) dei cittadini, con le sfide determinate dalla congiuntura economica, sociale e sanitaria che si prospetta non di breve durata.

Milano, 29 Giugno 2015