



Principi fondamentali per una nuova legge sanitaria in Lombardia

PROGRAMMAZIONE SANITARIA, GOVERNO PUBBLICO E CONTROLLO DEL SETTORE PRIVATO. MAPPATURA CONTINUA DEI DETERMINANTI DELLA SALUTE E MODIFICA DELLE MODALITÀ DI FINANZIAMENTO.

L'esigenza di un forte governo pubblico del sistema è in Lombardia un'assoluta priorità, vista la presenza massiccia del settore privato, che intercetta il 35% dei finanziamenti regionali per le attività ospedaliere e oltre il 40% per la specialistica ambulatoriale.

Un Servizio sanitario nazionale e regionale non è un sistema di cure garantite dove agiscono entità di offerta in un mercato senza regole miranti ad acquisire clientela a cui erogare singole prestazioni.

Se la salute è un bene comune anche l'erogazione dei servizi sanitari da parte dei privati, che dovrebbe essere solamente eventuale, deve essere controllata per garantire la loro utilità, efficacia ed appropriatezza. A questo scopo è necessaria una **programmazione sanitaria basata sui dati epidemiologici e sulle determinanti sociali e di genere, con definizione di obiettivi specifici in relazione all'analisi dei bisogni di salute** e all'individuazione delle risorse umane, strutturali e tecnologiche, che va attuata dall'Assessorato regionale Welfare, con o senza il supporto di un'agenzia pubblica dedicata. La programmazione si deve concretizzare nel **Piano Socio-Sanitario Regionale**.

Nel quadro degli obiettivi definiti a livello regionale, le ASST devono effettuare la programmazione a livello locale, individuando i bisogni di salute e definendo le risorse necessarie attraverso il **Piano Socio-Sanitario Territoriale**.

La definizione dei bisogni di salute deve superare l'approccio basato solo sulle ricorrenze patologiche in un certo settore di popolazione ma avvalersi della stratificazione della popolazione in base ai dati amministrativi, sanitari, sociali e professionali. **Questa mappatura continua permetterebbe la monitorizzazione dei diversi determinanti della salute per agire politiche territoriali in modo mirato risolvendo in maniera precoce eventuali problematiche (One Health).** Permetterebbe, inoltre, anche l'allineamento del finanziamento alle necessità prevedibili superando meccanismi di quote capitarie basate solo su dati demografici o di sopravvivenza.

Una stratificazione sempre più dettagliata favorirebbe l'integrazione tra i vari servizi finanziando i percorsi assistenziali del paziente e non la singola prestazione o quota capitaria professionale. Va dato spazio alla progettualità che deriva dalla attività dei servizi e degli operatori del territorio in grado di intercettare nuovi o vecchi bisogni ancora senza risposta.

Nell'ambito delle modalità di finanziamento è necessario intervenire sia a livello nazionale che regionale per superare il rimborso a prestazione poiché quest'ultimo rappresenta la base di un servizio a finalità commerciali invece di un servizio che individui e realizzi il migliore livello di salute per la popolazione.

RUOLO CENTRALE DEI COMUNI E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI.

I comuni devono partecipare con parere vincolante all'elaborazione del Piano Territoriale, nonché al monitoraggio e alla verifica dei servizi, istituendo anche forme di partecipazione dei cittadini.

Le strutture pubbliche e private vanno autorizzate e accreditate dalla Regione in base a criteri legati alle necessità di assistenza definite dalla programmazione regionale. Perché ciò possa avvenire in modo efficace vanno potenziati l'assessorato e la direzione centrale del Welfare, con controllo delle procedure d'acquisto, nonché i servizi di epidemiologia e i sistemi informativi.

CENTRALITÀ, DISPONIBILITÀ E TRASPARENZA DELLE ANALISI EPIDEMIOLOGICHE E MONITORAGGIO DELLE DOTAZIONI TECNOLOGICHE, LORO UTILIZZO E CONTROLLO DEGLI APPALTI.

I dati del monitoraggio epidemiologico delle condizioni di salute della popolazione e gli obiettivi della programmazione regionale devono regolarmente essere resi pubblici. Va effettuato un regolare monitoraggio delle dotazioni tecnologiche dei servizi pubblici e privati, col controllo degli appalti di fornitura e di utilizzo.

Eventuali interventi di edilizia per i servizi pubblici non devono prevedere modalità di finanza di progetto o concessioni pluriennali a privati.

ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. BACINI D'UTENZA CONTENUTI E DEFINITI. RITIRO RICHIESTE DI AUTONOMIA DIFFERENZIATA.

Le ATS sono uffici decentrati della regione che si frappongono tra la Regione e i servizi, contribuendo alla frammentazione del sistema e alla moltiplicazione dei centri decisionali. **Per questo sono enti inutili e vanno abolite.**

Le ASST devono avere il compito di **coordinare la rete dei servizi pubblici e privati territoriali ed ospedalieri in un bacino di utenza omogeneo e definito, corrispondente al massimo al territorio di una provincia.** I servizi pubblici che ad esse afferiscono vanno organizzati in Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri, garantendo unità e globalità delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, promuovendo l'equità di accesso alle cure con politiche atte a superare le differenze determinate da fattori economici e sociali.

Le ASST devono adottare piattaforme tecnologiche per valutare la domanda sanitaria e sociosanitaria, adeguando l'offerta pubblica e privata dei servizi a esigenze della popolazione con particolare attenzione alle patologie croniche, alle condizioni di fragilità e deprivazione socioeconomica.

L'integrazione socio-sanitaria va assicurata da protocolli di collaborazione coi comuni, nella considerazione che già i bisogni di salute, quindi il diritto alla salute di cui all'articolo 32 della Costituzione, non può essere spezzettato in parti (come da un lato il sociale e dall'altro il sanitario).

Il bacino di utenza delle ASST va diviso in Distretti che servano un'area con una popolazione variabile tra 50 e 100.000 abitanti secondo le caratteristiche del territorio.

La Regione si impegna a ritirare le richieste precedentemente formulate di autonomia differenziata in campo sanitario.



RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO: PRIORITÀ DEL SERVIZIO PUBBLICO, SOSPENSIONE NUOVI ACCREDITAMENTI E REVISIONE DELLE NORMATIVE SULL'ACCREDITAMENTO.

Il principio della concorrenza tra gli erogatori pubblici e privati intesi come fornitori di prestazioni va superato.

La Regione garantisce l'utilizzo di ogni finanziamento pubblico allocandoli in maniera prioritaria al servizio pubblico. Autorizza e accredita le strutture private, stipulando accordi contrattuali con le strutture la cui attività hanno un ambito regionale, mentre i contratti con le strutture private ad attività locale sono effettuati dalle ASST.

I rapporti tra Servizio Sanitario Regionale e soggetti privati accreditati vanno regolati da contratti di fornitura di servizio concordati su obiettivi della programmazione regionale e locale, con indicazioni sui risultati attesi.

I contratti devono essere stipulati per singole strutture e non attraverso contratti unico regionale per gruppi.

Considerando la platea molto ampia di soggetti privati accreditati presenti sul territorio regionale, **i nuovi accreditamenti devono essere sospesi almeno per alcuni anni, verificandone successivamente l'eventuale necessità in relazione all'evoluzione della programmazione regionale.**

In ogni caso **i contratti di fornitura vanno verificati annualmente in base ai risultati raggiunti e possono essere temporaneamente sospesi per inadempienze, fatturazioni improprie e irregolarità verificate in sede giudiziaria.**

I gestori di più di due unità d'offerta in rapporto contrattuale con la Regione devono pubblicare bilanci e prospetti dei conti, in analogia agli enti pubblici, distinti dai costi e dalle entrate provenienti da attività al di fuori dei contratti.

I cambiamenti di ragione sociale, le cessioni della proprietà o i cambi di gestione devono essere comunicati per un riesame dell'accREDITAMENTO e del rapporto contrattuale.

Periodicamente l'organico dei privati accreditati deve essere comunicato, indicando la dotazione di personale e aggiornando i carichi di lavoro rispetto a quanto dichiarato in accREDITAMENTO.

Gli erogatori privati devono fornire conti separati per Livelli Essenziali di Assistenza, con dettaglio delle risorse utilizzate e sono sottoposti alle stesse regole e normative del servizio pubblico in ogni ambito.

Per i finanziamenti pubblici superiori a una certa soglia dei ricavi complessivi, le informazioni devono essere date secondo le norme dell'amministrazione trasparente.

CONTENIMENTO ED ELIMINAZIONE DELLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA.

La libera professione intramuraria va limitata e comunque subordinata al rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni, prevedendone la sospensione quando si superi una certa soglia di attesa, escludendo che si possa svolgere nei distretti.

SOSTEGNO ALLA RICERCA PUBBLICA INDIPENDENTE. IMPEDIRE LO SVILUPPO DI FORME DI SANITÀ INTEGRATIVA E CONSEGUENTI DISEGUAGLIANZE NELL'ACCESSO AI SERVIZI.

La Regione si impegna a sostenere la ricerca pubblica indipendente nell'ambito del servizio sanitario regionale centrata su bisogni di salute coerenti con la programmazione socio-sanitaria controllandone i finanziamenti pubblici e i relativi brevetti.

Inoltre si impegna a non sottoscrivere accordi che favoriscano lo sviluppo di forme di sanità integrativa suscettibili a creare disuguaglianze nell'accesso ai servizi e collaborazioni definite con queste modalità e con queste finalità.

CURE PRIMARIE: INCENTIVO ALLA MEDICINA DI GRUPPO E APERTURA DELLE CASE DELLA COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ, CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI ESCLUSIVAMENTE NELL' AMBITO DELLA GESTIONE PUBBLICA CON ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARI DIPENDENTI.

Le cure primarie vanno organizzate nella rete territoriale delle ASST come **Dipartimento di Cure Primarie** e devono essere erogate a livello distrettuale nell'ambito delle **Case della Comunità**.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta vanno incentivati alla **medicina di gruppo**, per formare nell'ambito delle Case della Comunità le Unità Complesse di Cure Primarie previste dalla legge 158/2012. I nuovi medici possono accedere alla convenzione col Servizio Sanitario Regionale solamente nell'ambito della medicina di gruppo.

La Regione si impegnerà nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, a sollecitare il passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale.

In ogni Distretto vanno previste Case della Comunità a esclusiva gestione pubblica, secondo il modello presentato da AGENAS: una Casa della Comunità hub per ogni Distretto e almeno tre Case della Comunità spoke (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali). Queste strutture devono essere luoghi facilmente riconoscibili, dove si concretizza la presa in carico delle persone, l'integrazione dei servizi attraverso gruppi di lavoro multidisciplinari, che comprendano medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri professionali, psicologi, fisioterapisti e operatori sociali in numero congruo con rapporto di lavoro a tempo indeterminato per assicurare l'erogazione dei servizi da parte di un gruppo multidisciplinare in modo certo e con continuità.

Nell'ambito delle Cure Primarie vanno coordinati i servizi offerti ai malati cronici attraverso personale dipendente. **Gli attuali gestori previsti dalla legge sulla presa in carico dei pazienti, che costituiscono un settore privatistico parallelo non integrato con la sanità territoriale, vanno superati e pertanto va abolita la delibera X/6164 del 30.1.2017 e quelle successive che ne hanno disciplinato l'attuazione.**

La stratificazione può essere assunta come base di finanziamento della casa della salute come frazione del budget di distretto. **Alle persone anziane e/o malati cronici non autosufficienti vanno garantite le cure domiciliari senza**



un termine di durata e con l'intensità che deriva dalle patologie e dalle condizioni socio-economiche e ambientali.

Alle Case della Comunità (che preferiremmo chiamare Case della Salute) non fanno riferimento solo i MMG, ma anche i Servizi territoriali, in particolare quelli di Prevenzione come i Servizi per la Salute nei luoghi di lavoro e nel territorio (in riferimento all'inquinamento ambientale), i Consultori, i Servizi di Salute Mentale (sia quelli per adulti che quelli per bambini e adolescenti), i Servizi per la Salute nella Scuola (la "vecchia" cd medicina scolastica). Inoltre nelle Case di Comunità devono obbligatoriamente essere previsti locali dedicati, da utilizzarsi da parte dei Comitati e gruppi locali che si costituiscono e vengono riconosciuti come **organi di partecipazione della popolazione del territorio, istituendo nei comuni Consulte popolari sulla salute come è stato fatto nel comune di Napoli.**

Nell'ambito delle Cure Primarie vanno promosse la digitalizzazione attraverso l'uso del fascicolo elettronico unico per gli assistiti, l'erogazione dei servizi a distanza e la possibilità di fruire delle prestazioni domiciliari, con la progressiva estensione della telemedicina, provvedendo ai necessari adeguamenti tecnologici, per facilitare i flussi informativi dei dati sanitari dei pazienti tra tutti i soggetti coinvolti nel percorso di cura, garantendo qualità della cura e contenimento della spesa pubblica tramite l'abbattimento di ridondanze e sprechi.

L'iscrizione al servizio sanitario regionale e l'accesso alle cure primarie vanno garantiti a tutti coloro che si trovano sul territorio regionale, indipendentemente dal possesso della cittadinanza o del permesso di soggiorno. Laddove la barriera linguistica costituisce un impedimento all'accesso e alla fruizione del servizio vanno previsti interventi di mediazione linguistica culturale.

DISTRETTI, PREVENZIONE, SANITÀ TERRITORIALE E PARTECIPAZIONE.

La Rete territoriale dell'ASST deve avere autonomia finanziaria e gestionale.

I Distretti devono avere un Direttore con la qualifica di Direttore di Struttura Complessa ed essere il centro motore della sanità territoriale, intervenendo attraverso le Case della Comunità e le strutture intermedie, come gli Ospedali di Comunità.

Alla Casa della Comunità devono afferire i servizi territoriali, anche se non tutti sono fisicamente ubicati al suo interno.

I Distretti devono altresì fornire consulenza e verificare la qualità della cura per le RSA e le RSD presenti nel proprio territorio che devono fare parte in modo diretto del Servizio Sanitario Regionale.

Le Case della Comunità devono essere aperte alla partecipazione dei cittadini e delle realtà associative del territorio.

I Distretti, i servizi territoriali e le strutture intermedie devono essere a gestione esclusivamente pubblica, operare secondo il principio della sanità d'iniziativa e garantire l'assistenza domiciliare, in collegamento funzionale coi servizi sociali comunali e le associazioni del volontariato, prevedendo anche l'uso comune degli spazi.

Nell'ambito della rete territoriale delle ASST vanno previsti il Dipartimento di Prevenzione per la prevenzione collettiva e individuale, che deve includere i servizi di Igiene Pubblica, Igiene e gli Alimenti e della Nutrizione, Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro e fuori degli stessi, Medicina Preventiva nelle Comunità, Sanità Animale (con particolare attenzione agli allevamenti intensivi) e avere un Laboratorio di

Sanità Pubblica, **il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze**, che deve fornire prestazioni per la tutela della salute mentale, coordinando gli interventi in regime ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

I **Consultori familiari** devono gestire gli interventi legati alla salute riproduttiva della donna, alla promozione della maternità e della paternità responsabili garantendo l'educazione sessuale e la contraccezione, va dato al Consultorio la possibilità di eseguire IVG farmacologico e comunque di monitorare la corretta applicazione della legge 194/78. Si deve stabilire che il/la responsabile del Consultorio non possa essere un obiettore di coscienza.

I Distretti devono avere il compito di coordinare i servizi forniti dagli erogatori privati nel loro bacino di utenza, su cui esercitano funzioni di verifica e controllo.

OSPEDALI E CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO.

I Presidi ospedalieri pubblici devono afferire alle ASST con autonomia finanziaria e gestionale nell'ambito della programmazione regionale e locale. **I presidi ospedalieri privati vanno coordinati dalle ASST secondo gli accordi contrattuali definiti in base alla programmazione territoriale.**

Proprio per garantire la continuità fra ospedale e territorio è necessario che le **RSA facciano riferimento all'Ospedale pubblico territoriale** sia per la necessità che esse hanno di interventi specialistici, sia come luoghi di continuità terapeutica.

A livello regionale gli ospedali devono essere organizzati nella rete regionale dei presidi ospedalieri, la cui programmazione è definita dal Piano ospedaliero periodicamente rivisto.

La continuità ospedale-territorio deve essere una priorità dell'ASST e va favorita attraverso il collegamento coi distretti, i poliambulatori specialistici, l'attivazione delle strutture intermedie coordinate con gli ospedali e le cure primarie, la digitalizzazione, la condivisione tra servizi del fascicolo elettronico unico e la telemedicina.

Il piano ospedaliero deve garantire che i presidi ospedalieri delle ASST siano dotati di tutte le specialità e di un tasso di posti letto in relazione alla popolazione in linea con gli standard europei. La valutazione sull'opportunità o meno di chiudere i piccoli ospedali deve essere fatta in relazione al contesto sociale e geografico.

Gli ospedali pubblici che hanno i requisiti previsti dal D.L. 502/1992 possono essere costituiti in Aziende Ospedaliere. Il Piano ospedaliero deve stabilire le modalità di coordinamento tra i presidi ospedalieri afferenti alle ASST e le Aziende Ospedaliere ad alto livello di complessità, non escludendo la possibilità che alcuni settori delle aziende ospedaliere, storicamente presenti nel tessuto sociale e di cura delle città, possano comunque essere identificate come presidi ospedalieri delle ASST.

GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA LEGATE AGLI OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI E ALLA MASSIMA TRASPARENZA.

Attraverso la collaborazione tra poliambulatori specialistici gestiti dai distretti e presidi ospedalieri devono essere rese concrete le normative in vigore per la



gestione delle liste d'attesa, in particolare **legando gli obiettivi dei Direttori Generali e dei responsabili unici delle liste d'attesa, alla massima trasparenza e contenimento dei tempi d'attesa previsti.**

La regione deve prevedere il blocco delle attività di libera professione intramoenia in caso di superamento dei tempi d'attesa previsti.

I privati devono rendere pubbliche le liste d'attesa per ricoveri e prestazioni, garantendo contrattualmente lo stesso trattamento a utenti del Servizio Sanitario Regionale e non.

Le nostre proposte

Di seguito, indichiamo alcune nostre proposte, ribadendo che la legge regionale non può esimersi dal garantire il fondamentale diritto alla salute previsto dall'art.32 della Costituzione e dai principi fondamentali contenuti negli articoli 1 e 2 della legge 833/78 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale:

- 1. Predisporre una programmazione socio-sanitaria a livello regionale e territoriale con la definizione di obiettivi in relazione all'analisi dei bisogni di salute sulla base dei dati epidemiologici e delle determinanti sociali. Il documento relativo è il Piano Socio-sanitario Regionale (PSSR) vincolante anche per la ripartizione del finanziamento tra i territori.**
- 2. L'accreditamento e autorizzazione delle strutture pubbliche e private devono essere rilasciati in base a criteri legati ai fabbisogni di assistenza definiti dalla programmazione socio-sanitaria.**
- 3. Abolire le ATS e rafforzare l'Agenzia centrale o lo stesso Assessorato, potenziandolo, a cui affidare la funzione diretta della contrattualizzazione e del controllo.**
- 4. Prevedere che la programmazione a livello locale sia attuata dalle ASST (o unità sanitaria locale) nel quadro del Piano Regionale attraverso il Piano Socio-Sanitario Territoriale, elaborato col parere vincolante dei comuni prevedendo forme di partecipazione dei cittadini.**
- 5. Autorizzare e accreditare gli erogatori privati a livello regionale, stipulando accordi contrattuali con gli erogatori per attività regionale o extraregionale, mentre le ASST (o unità sanitaria locale) dovranno stipulare contratti con quelli ad attività locale nel proprio territorio. Deve essere contrastata ogni contrattazione per gruppi fuori dalla programmazione territoriale.**
- 6. Definire i rapporti contrattuali tra Servizio Sanitario Regionale e gli erogatori regolandoli con contratti di fornitura delle prestazioni concordate sugli obiettivi della Programmazione, con dettagli predittivi di risultati e verificati annualmente in base ai risultati raggiunti rispetto agli obiettivi. I contratti potranno essere sospesi per inadempienze, fatturazioni improprie, e atti penali accertati dalla Magistratura.**
- 7. I Privati devono obbligatoriamente rendere pubbliche le liste d'attesa per ricoveri e prestazioni e garantire contrattualmente gli stessi tempi di attesa per gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale come per tutti gli altri a pagamento o coperti da tutele assicurative.**
- 8. Le ASST devono coordinare i servizi pubblici e privati in un bacino di utenza omogeneo corrispondente al massimo al territorio di una provincia, comprendente uno o più Municipi o Comuni, in base alla popolazione e gestire in modo unitario le cure primarie e specialistiche, la prevenzione, i servizi socio-sanitari e riabilitativi, promuovendo equità di**

accesso con interventi atti a superare le differenze determinate da fattori economici e sociali.

9. Gli Enti Gestori di più di due presidi, strutture ambulatoriali o unità d'offerta socio-sanitarie in rapporto contrattuale con la Regione, dovranno pubblicare bilanci e prospetti dei conti, in analogia agli enti pubblici, distinti dai costi e dalle entrate provenienti da attività extracontrattuali oltre alle dotazioni organiche. Ogni cambiamento della ragione sociale, cessione della proprietà o cambio di gestione dovrà essere comunicato per un riesame dell'accreditamento e del rapporto contrattuale.

10. Indicare che i Servizi Pubblici delle ASST siano organizzati in Distretti, Dipartimenti e Presidi Ospedalieri, con attenzione all'integrazione socio-sanitaria, garantita in collaborazione coi Comuni. Il bacino di utenza delle ASST deve essere diviso in Distretti che servano una popolazione variabile tra 50 e 100.000 abitanti. In ogni distretto dovranno essere disponibili almeno una Casa della salute (della Comunità) e un Ospedale di Comunità entrambi a gestione pubblica. I Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta sono incentivati alla medicina di gruppo, per formare nell'ambito delle Case della Salute le Unità Complesse di Cure Primarie, a cui vanno ricondotte le cure integrate delle patologie croniche, con la contestuale abolizione dell'attuale delibera sulla cronicità.

11. I Presidi ospedalieri pubblici devono afferire alle ASST con autonomia finanziaria e gestionale nell'ambito della programmazione regionale e locale. I Presidi ospedalieri privati devono essere coordinati dalle ASST nel cui bacino di utenza si trovano, secondo gli accordi contrattuali definiti in base alla programmazione territoriale. A livello regionale gli ospedali devono essere organizzati nella rete regionale ospedaliera la cui programmazione è prevista dal Piano ospedaliero periodicamente rivisto.

12. Prevedere che l'integrazione dei percorsi di cura e la continuità ospedale-territorio costituisca *la prima priorità dell'ASST e debba essere favorita con l'attivazione delle strutture intermedie come gli Ospedali di Comunità, il coordinamento tra ospedali e cure primarie tramite il Distretto, la digitalizzazione, la condivisione tra servizi del fascicolo elettronico unico e la telemedicina.*

13. *Rendere concrete le normative in vigore per la gestione delle liste d'attesa in particolare legando gli obiettivi dei direttori generali e dei responsabili unici delle liste d'attesa alla massima trasparenza e contenimento dei tempi d'attesa previsti e agire, nel rispetto delle normative nazionali, arrivando al blocco della libera professione intramuraria nei casi di superamento dei limiti previsti. La libera professione allargata (fuori dalla struttura pubblica) deve essere abolita.*

Vista l'emergenza COVID che ha bloccato tante visite e controlli, anche urgenti, si chiede un piano straordinario di recupero fintanto non si raggiungano i tempi d'attesa previsti dai LEA.

14. *Rivedere la gestione della Residenze Sanitarie Assistenziali, attualmente per la maggior parte private, nelle quali sono ricoverate persone malate croniche non autosufficienti i cui costi per il 60% risultano a carico della persona o del comune di residenza. Esse devono essere ricondotte all'interno del servizio sanitario regionale, che deve sostenerne tutti i costi.*

