

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Newsletter

Atdal Over 40 Centro-Nord / ALP Over40 Piemonte

Anno XV – Speciale Sanità in Regione Lombardia - 15 ottobre 2017

Comitato redazionale: Enrico Bergonzi, Armando Rinaldi, Antonio Succi. I Soci che volessero collaborare con articoli o segnalare notizie possono scrivere una mail a armiatdal@gmail.com oppure enrico.bergonzi@fastwebnet.it

COMUNICAZIONE IMPORTANTE ATDAL

Chiediamo ai nostri Soci e Contatti di inviare le comunicazioni via mail all'indirizzo ufficiale dell'Associazione: atdalover40@atdal.eu

* * * *

NUMERO DEDICATO AI PROVVEDIMENTI VARATI DALLA REGIONE LOMBARDIA PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MALATI CRONICI

Affrontiamo in questo numero dedicato della nostra News Letter i provvedimenti varati dalla Regione Lombardia in tema di trattamento sanitario delle patologie croniche e delle ricadute di questi provvedimenti.

Premessa

Occorre intanto dire che il provvedimento in questione si inquadra in una strategia che ha una lunga storia alle spalle e che, in sostanza, punta a favorire lo sviluppo della sanità privata ai danni del servizio pubblico, strategia che si articola attraverso molti provvedimenti che, in questi anni, hanno visto l'aumento dei ticket sanitari, la riduzione del range delle prestazioni e dei farmaci inclusi nel paniere del SSN, il progressivo ridimensionamento del ruolo del medico di base, il peggioramento dei servizi ospedalieri pubblici con particolare riferimento all'esplosione delle liste di attesa.

Tutto questo mentre enormi quantità di denaro che avrebbe potuto essere impiegato per sostenere il servizio sanitario pubblico è confluito nelle casse dei privati o si è disperso nei mille rivoli di quel sottobosco di cui abbiamo notizia dalle frequenti indagini giudiziarie.

Il provvedimento regionale

L'iniziativa della Giunta Regionale Lombarda prende avvio con la delibera nr. **6164 del 3 gennaio 2017** (link: <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/attuazione-della-riforma-sociosanitaria-lombarda/avvio-presenza-carico-pazienti-cronici-fragili/dgr2017-6164-avvio-presenza-carico-pazienti-cronici-fragili>) dal titolo "Attivazione della presa in carico di pazienti cronici e fragili: azioni per il governo della domanda" e che nella premessa afferma: "Prende l'avvio la realizzazione di un nuovo modello di presa in carico dei 3 milioni di assistiti lombardi affetti da patologie croniche e/o da disabilità e fragilità utile ad eliminare la frammentazione del percorso di diagnosi e di cura e gli oneri burocratici a carico dei pazienti".

Alla prima delibera fa seguito la nr. **6551 del 4 maggio 2017** (link: <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/attuazione-della-riforma-sociosanitaria-lombarda/riordino-rete-offerta/dgr2017-6551-riordino-rete-offerta1>)

dal titolo "Attivazione della presa in carico di pazienti cronici e fragili: riordino della rete d'offerta" e che nella premessa afferma: "Con la dgr X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale N. 33/2009", vengono poste le basi per attivare, con progressiva messa a regime, le modalità innovative di presa in carico dei pazienti basate sul sistema di classificazione delle malattie croniche già definito con la precedente dgr X/6164 del 30 gennaio 2017 e scaturito dall'analisi dei dati sulla domanda di prestazioni rilevati in serie storica. Cuore del provvedimento è la definizione delle modalità di attivazione del nuovo percorso di presa in carico con individuazione degli attori protagonisti del processo, delle loro funzioni e del nuovo ruolo".

Entrambe le delibere sono state assunte dalla Giunta Regionale senza alcuna discussione in sede di Consiglio Regionale.

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

A chi si rivolge l'iniziativa della Giunta Regionale ?

Si rivolge ai circa 3,5 milioni di cittadini lombardi affetti da patologie croniche che necessitano di assistenza continuativa fatta di visite, esami periodici e terapie ma anche ai loro medici di base in quanto il processo attivato dalla Regione, allo stato dei fatti, richiede una adesione su base volontaria sia da parte dei cittadini interessati che dei medici di base.

Le motivazioni

Il provvedimento in oggetto è motivato dalla necessità di ridurre i costi dell'assistenza sanitaria per quella parte della popolazione affetta da patologie croniche i cui costi assistenziali sono particolarmente rilevanti. Ma, nei confronti dei cittadini, l'iniziativa verrà illustrata e "venduta" agli utenti come una misura capace di aumentare l'efficienza del servizio e, in particolare, di ridurre le famigerate liste di attesa con le quali ci scontriamo quando necessitiamo di una visita o di un esame specialistico.

Che l'aspetto economico abbia comunque un consistente rilievo è dimostrato dal fatto che il team che ha sviluppato il progetto è costituito sostanzialmente da economisti (quella categoria di famigerati "esperti", ai quali dobbiamo le proposte di massacro del sistema previdenziale nonché le varie controriforme del lavoro e dei diritti dei lavoratori) e ingegneri, in totale assenza di medici o specialisti del settore sanitario.

In che cosa consiste il provvedimento ?

Aspetto fondamentale alla base del provvedimento è la creazione della figura del "gestore", pubblico o privato (diciamo, meglio se privato). Al paziente cronico, per ora su base volontaria, si chiede di scegliere il proprio "gestore" in base ad una lista fornita dalla Regione oppure su indicazione del proprio medico di base. Operata la scelta, **non più revocabile dal paziente per almeno un anno**, il "gestore" prende in carico il paziente per tutto ciò che concerne il trattamento della sua patologia **fornendo direttamente le necessarie prestazioni oppure avvalendosi di un "erogatore" dei servizi con il quale avrà stipulato un contratto di fornitura (lo potremmo paragonare ad un subappalto).**

In presenza di pazienti con più patologie croniche prevale la patologia prevalente.

Il paziente verrà "gestito" in base al PAI (Piano di Assistenza Individualizzato) ed al protocollo predefinito per la sua particolare patologia. Questo è un aspetto particolarmente rilevante: nella gestione del paziente il punto di riferimento prioritario non è più il paziente stesso con la sua storia e le sue peculiarità, condivise fino ad oggi con il medico di base, ma la patologia comune a tanti altri pazienti e trattata secondo un protocollo standard predefinito. Occorre inoltre precisare che un "gestore" non è obbligato ad accettare un paziente che lo ha scelto e può quindi rifiutare di prenderlo in carico magari per il fatto che lo stesso è in una condizione di particolare criticità.

Le patologie croniche

Il team che ha partorito lo studio all'origine del provvedimento ha individuato 65 patologie croniche a fronte di ciascuna delle quali è stato effettuato uno studio statistico analizzando tutti i dati delle prestazioni erogate ai pazienti, per ogni singola categoria patologica, nel corso del 2016.

Esemplifichiamo: si sono esaminati i dati di tutti i pazienti affetti da ipertensione catalogando tutti gli esami o le visite alle quali hanno fatto ricorso durante l'anno. Qualora uno stesso intervento sanitario sia stato erogato ad una percentuale di pazienti con ipertensione ($\geq 5\%$) tale intervento si troverà inserito nel protocollo esecutivo di cui si farà carico il "gestore".

In altre parole il "gestore" avrà a disposizione, per ogni patologia, una lista dettagliata di interventi sanitari da effettuarsi nel corso dell'anno sui pazienti affetti dalla stessa patologia che, con la loro scelta volontaria, gli hanno affidato la gestione del proprio trattamento sanitario. Il "gestore" verrà retribuito dalla Regione, per gli interventi erogati presenti nel protocollo specifico di ogni singola patologia. Se un esame diagnostico o una visita specialistica non compare all'interno del protocollo il "gestore" non potrà erogarlo al paziente (anche perché non verrà retribuito dalla Regione). Al paziente viene comunque preclusa la possibilità di ricorrere al proprio medico di base, in quanto lo stesso, una volta che si è affidato ad un "gestore", non è più autorizzato a richiedere nessun tipo di prestazione connessa alla sua patologia cronica.

Contraddizioni ed errori marchiani nella definizione dei protocolli di trattamento

L'incompetenza di chi si è cimentato in quest'opera si evidenzia analizzando i protocolli associati alle diverse patologie laddove, a titolo esemplificativo, si scopre che un iperteso può avere diritto ad una radiografia del torace, esame che nulla ha a che vedere con la sua patologia, ma non ad un holter pressorio.

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Perché questo avviene ? Perché nello studio dei dati statistici del 2016 può essere emerso che un numero consistente di pazienti ipertesi abbiano effettuato anche delle RX del torace per accertamenti non correlati alla loro patologia.

Al contrario, se un certo numero di ipertesi, a causa dei tempi di attesa delle strutture pubbliche, è ricorso all'holter pressorio presso una struttura privata, poiché quell'esame non compare nell'archivio del sistema sanitario regionale, non è stato inserito nel protocollo del quale è responsabile il "gestore".

Ma il discorso vale anche a fronte di un esame pur previsto all'interno del protocollo patologico ma che, per uno specifico paziente, si renda necessario ripetere più volte. Sempre a titolo di esempio, se il nostro iperteso ha un protocollo che gli consente di effettuare un ECG all'anno, allorché dovesse avere l'esigenza di effettuare più volte lo stesso esame non potrà richiederlo al suo "gestore", che non può esulare da quanto previsto dal protocollo. Ma non potrà richiederlo neppure al medico di base non più autorizzato a prescrivere esami connessi alla sua patologia di cui ormai è responsabile il "gestore". Al paziente non resterà che scegliere di rivolgersi al privato a pagamento oppure accedere ad un pronto soccorso andando ad aggravare le già difficili condizioni di questi presidi sanitari.

Le invalidità civili

Attualmente, in base alla legge nazionale, le domande per il riconoscimento delle invalidità civili competono esclusivamente alla responsabilità del medico di base. Che succede qualora un paziente cronico che si è affidato ad un "gestore" necessita di avanzare domanda di invalidità per ragioni collegate alla sua patologia ? Di certo il "gestore" non può assumersi questa responsabilità perché in contrasto con la normativa nazionale ma il medico di base potrebbe anch'egli chiamarsi fuori avendo passato di mano la gestione del paziente per quanto riguarda la sua patologia cronica. Come si intenda risolvere quest'altro pasticcio, al momento, non è dato sapere.

La remunerazione del "gestore"

Il "gestore" viene pagato dalla Regione in base alla patologia sulla base degli esami o degli interventi erogati secondo il protocollo rigidamente definito per quella specifica patologia. **Come dicevamo in precedenza l'elemento prioritario non è più il paziente che nel rapporto con il proprio medico di base viene assistito non solo per la sua specifica patologia ma anche per la conoscenza che il medico ha del soggetto in base alla sua storia complessiva. L'elemento prioritario diventa la patologia in se ed ogni paziente che ha operato la scelta di un gestore viene trattato secondo un protocollo standard che varia in funzione della classificazione di gravità della patologia (3 livelli cui il livello 1 è quello più grave) ma esclude qualsiasi altra considerazione delle soggettività del paziente.**

Per tutto il 2018 i "gestori" continueranno a ricevere i rimborsi a fronte delle singole prestazioni erogate. Dal 2019 invece verranno retribuiti per protocolli patologici gestiti.

Gli aspetti economici

L'operazione avviata dalle delibere regionali ha già raccolto l'entusiastica approvazione degli operatori della sanità privata in considerazione delle prevedibili opportunità di business che si vanno ad aprire. Perché rispetto alle strutture pubbliche (anch'esse possono operare come "gestori") sono certamente gli operatori privati quelli più pronti ad organizzarsi per entrare a piedi uniti in questo business: Si veda di seguito nella NL l'articolo del 10 ottobre pubblicato dalla Provincia Pavese dove la lotta al coltello per accaparrarsi il business è già in corso. E' ipotizzabile che, accanto a strutture private già esistenti altre ne nasceranno così come è ipotizzabile che parta una caccia al malato cronico da "fidelizzare" spingendolo a scegliere questo o quel "gestore". Magari avremo nuovi call center che affiancheranno quelli degli operatori telefonici tempestando l'esistenza di soggetti ammalati cronici con le loro chiamate. L'acquisizione di un numero consistente di pazienti da gestire consiglierà ai "gestori" di maggiori dimensioni di organizzarsi con una rete di "erogatori" sui quali riversare i pazienti. Il tutto in un bailamme di trattative tra i vari soggetti economicamente coinvolti ciascuno dei quali perseguirà l'obiettivo di ottenere il massimo profitto dai rimborsi regionali anche attraverso il contenimento dei costi.

Uno scenario nel quale il rapporto fiduciario medico-paziente va a farsi benedire e dove prevale unicamente l'elemento burocratico: a te paziente cronico spettano ogni anno questi esami e queste visite che ti verranno erogate. In quale struttura e da quali medici lo deciderà il tuo "gestore".

Inutile dire che il volume del business previsto è tale da attrarre molti appetiti e, con molte probabilità, da rendere possibile altre truffe all'italiana.

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Proviamo ancora una volta a ragionare per esempi. Molti di noi apprezzano l'operato del proprio medico di base e il suo impegno pur nelle condizioni di difficoltà che in questi anni gli sono state create sia dal Governo che dalle Regioni. Ma come in ogni categoria umana anche tra i medici di base al fianco di tante persone per bene possono esservi degli approfittatori. Considerando, come dicevamo, il volume di business in gioco, dato che molti pazienti si rivolgeranno al proprio medico di base per avere un consiglio su quale "gestore" scegliere, è più che ipotizzabile "i gestori" eserciteranno tutte le pressioni possibili al fine di convincere un medico di base affinché indirizzi la scelta del paziente. Come sappiamo bene quelle che abbiamo chiamato "pressioni" in realtà si concretizzano spesso in riconoscimenti economici.

Per ogni paziente che convinci a scegliermi come gestore ti riconosco una sorta di provvigione ... con buona pace del conflitto di interesse, dell'etica e del rispetto della propria professionalità. In una Regione dove abbiamo avuto medici che si inventavano operazioni inutili volete che qualche caso del genere non si presenti ?

Le scadenze

Nei prossimi mesi di dicembre – gennaio 2018 tutti i pazienti lombardi affetti da patologie croniche riceveranno una lettera dalla Regione nella quale li si inviterà, su base volontaria, a scegliere un "gestore" tra una lista di nominativi fornita dalla Regione oppure a rivolgersi al proprio medico di base per essere consigliato nella scelta.

I medici di base, dai quali ci si aspetta analogo adesione al progetto, sono già stati consultati. Allo stato dei fatti, a livello regionale solo una minoranza dei medici di base a espresso la sua adesione mentre sindacati e associazioni dei medici si sono schierate con forza contro il progetto della Regione.

Le aspettative politiche della Giunta Regionale

La Regione punta a raccogliere il maggior numero di adesioni possibili da parte dei medici di base e dei pazienti. Come dicevamo, al momento i medici di base che hanno aderito sono una minoranza.

E' chiaro che in presenza di un numero molto consistente di adesioni, sia da parte dei medici che dei pazienti, magari per scarsa informazione o comprensione del meccanismo, la Regione potrà dare fiato alle trombe del successo ottenuto tra i cittadini e, forte di questo successo, trasformare quella che oggi è una scelta volontaria in scelta obbligatoria estendibile anche a coloro che non sono disposti ad affidarsi ad un "gestore".

Ma il senso politico di questo ennesimo attacco alla sanità pubblica va al di là della realtà lombarda. Il Veneto si sta già muovendo in una direzione simile a quella della Lombardia ed è ipotizzabile che, passato indenne nella nostra Regione, dovremo aspettarci rapidamente analoghe scelte quanto meno nelle Regioni del Nord senza escludere una possibile estensione a livello nazionale.

Ricorso al TAR

Associazioni di categoria e sindacati dei Medici hanno presentato un primo ricorso al TAR chiedendo la **sospensiva cautelare della delibera regionale**. Il TAR ha recentemente respinto tale richiesta dando modo alla Giunta Maroni di esultare sostenendo che la delibera è stata autorizzata e in qualche modo legittimata anche dal TAR.

NULLA DI PIU' FALSO: Il Tar ha bocciato il ricorso in quanto una richiesta di sospensione cautelare deve essere decisa in tempi rapidi. La posizione espressa dal TAR è che la materia oggetto del ricorso è troppo complessa per poter decidere in tempi brevi una sospensiva. E' quindi necessario avanzare un ricorso sui contenuti specifici della delibera cosa che necessita di tempi di valutazione più estesi e di opportuni approfondimenti. In questo senso le organizzazioni dei medici si stanno muovendo con un nuovo ricorso.

Il provvedimento rispetta la Costituzione ?

Vi sono fondati pareri che le delibere della Regione siano in contrasto con la Costituzione in quanto negano il diritto del cittadino a scegliere come, dove e a chi affidare la cura della propria salute. I ricorsi in fase di preparazione dovrebbero introdurre anche questo elemento da valutarsi in sede giudiziale.

COME COMPORTARSI ?

Abbiamo detto che l'invito che riceveremo dalla Regione Lombardia sarà supportato dal consiglio ad operare la scelta di un "gestore" perché facendo questo non avremo più il problema delle interminabili liste di attesa.

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Poiché tutti noi ci siamo spesso arrabbiati di fronte a liste di attesa di mesi e qualche volta di anni la motivazione data dalla Regione può risultare molto allettante e spingersi a seguire quanto ci viene suggerito.

Noi riteniamo che non sia opportuno e consigliabile aderire da parte del paziente evitando quindi di affidarsi ad un "gestore" per tutto quanto concerne la propria patologia. Che cosa succede se un paziente ha deciso di non scegliere un "gestore" mentre il suo medico di base, al contrario, ha aderito alla richiesta della Regione? Non succede nulla, quel paziente continuerà ad essere assistito come prima dal proprio medico di base anche per tutto quanto riguarda la sua patologia cronica.

Ciascuno di noi è libero di scegliere come meglio crede ma il nostro suggerimento è quello di informarsi, di documentarsi, di parlarne anche con il proprio medico di base. Insomma cercare di arrivare ad una decisione solo dopo avere pienamente capito e valutato i pro e i contro di una scelta.

Nel seguito di questa NL trovate una serie di indirizzi riguardanti documenti, articoli, prese di posizione di specialisti del settore sanitario che possono aiutare a formarsi una opinione e a decidere.

LA CORSA AL BUSINESS

Articolo di Anna Ghezzi, La Provincia Pavese, 10 ottobre 2017

Malati cronici, Ats promuove 20 gestori

Entro il 30 ottobre gli enti accreditati dovranno stipulare le convenzioni con chi eroga visite, esami e assistenza domiciliare.

PAVIA. Riforma sanitaria lombarda, in provincia di Pavia sono 20 i soggetti che hanno ricevuto l'idoneità dall'Ats come "gestori" e che potranno prendere in carico i 197mila malati cronici della provincia di Pavia.

Quanti sono i cronici (e quanto valgono). Sono il 35% della popolazione e assorbono l'80% delle risorse del sistema sanitario: 11mila pazienti del livello uno, i più gravi con più patologie, 75mila del livello due con almeno due patologie e 114mila del livello tre, con una sola patologia cronica. Visite ed esami sono già finanziate nei budget sanitari, le uniche risorse in più previste nella riforma sono quelle per la gestione dei pazienti: chiamarli, fissare i controlli, inviare i referti. Ogni gestore riceverà per ogni malato che lo sceglierà una cifra che va da 35 a 45 euro a seconda del livello della patologia: un "tesoretto" che per la provincia di Pavia, a spanne, potrebbe ammontare a quasi 7 milioni e mezzo di euro.

Cosa cambia. Ad occuparsi dei malati cronici, se questi lo vorranno, non sarà più il medico di famiglia ma uno dei "gestori" che dovrà programmare tutti i controlli e le visite necessarie per ciascuno dei suoi assistiti e offrire i servizi sanitari sulla base della patologia prevalente e delle linee guida regionali che stabiliscono di cosa ha bisogno ciascun cronico in termini di esami e controlli. Entro il 30 ottobre i gestori dovranno stipulare convenzioni con gli erogatori per costruire la filiera della presa in carico. Nel caso di minori e adulti disabili il gestore dovrà fornire riabilitazione ambulatoriale, servizi semi residenziali, diurni e residenziali, assistenza domiciliare. Per gli anziani fragili, ambulatori, domiciliari, Rsa, nuclei Alzheimer, rsa aperta, cure intermedie. Entro fine anno i 197mila cronici pavesi riceveranno una lettera dell'Ats che chiederà di scegliere a chi affidare, con un Patto di cura la gestione della propria salute. «Ai cittadini che non scelgono la nuova modalità operativa - spiega Salvatore Santacroce dello Snami, sindacato promotore di un ricorso contro la legge -, deve essere assicurata la priorità di visita o accertamenti indicata sull'impegnativa del proprio medico che non ha aderito alla nuova modalità».

I gestori "promossi". Hanno ricevuto l'ok dell'Ats la cooperativa Milano Centro che aggrega 90 medici di base della provincia, l'Azienda socio sanitaria territoriale (ex Azienda ospedaliera) con tutti i suoi ospedali, il San Matteo, la Maugeri di Pavia e Montescano, il Mondino, tre strutture sanitarie accreditate a contratto, 9 strutture sociosanitarie accreditate e la Genos, società consortile sulla quale, tuttavia l'Ats non ha ancora sciolto la riserva. Si tratta infatti di un consorzio di enti giudicati idonei singolarmente ma, si legge nella delibera, «si ritiene che la rete d'offerta, nel territorio indicato, sia sufficientemente ampia e adeguatamente supportata». Per gestire i malati della provincia si sono candidati anche 12 soggetti esterni, valutati dalle Ats di provenienza: da Alliance medical diagnostic Srl all'ente pediatri riuniti di Brescia (sul quale l'Ats ha voluto sottolineare nella delibera che «non ha ad oggi, tra i propri aderenti, alcun pediatra operante sul territorio»), passando per i giganti milanesi (Humanitas, IEO, Monzino, Galeazzi, Policlinico San Donato, San Raffaele) e i privati (Mosaico home care, Omnia due polidiagnostico, Ve.di srl).

Gli erogatori sono 111 (47 in provincia). Per le prestazioni sanitarie comprese nei pacchetti destinati a ciascun malato l'Ats di Pavia ha promosso Asst Pavia, Asp, Villa Esperia, Cnao, Mondino, San Matteo, Città di Pavia e Beato Matteo, Maugeri di Pavia e Montescano, Fisiokinesiterapico, Cittadella sociale, Lam San Giorgio, Laboratorio esami chimico clinici, Lam Sant' Ambrogio, Lam Voghera e Mad Analisi.

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Per le prestazioni sociosanitarie, attualmente non comprese nei set, Ats ha promosso 31 soggetti tra cui Anffas Pavia e Broni Stradella, l'Oftal e l'Asp di Pavia, oltre a cooperative sociali e case di riposo. Altre 64 candidature "esterne" sono state invece valutate dalle Ats di riferimento.

PER INFORMARSI E DOCUMENTARSI

Il sito di **Medicina Democratica** ospita una intera sezione dedicata ai provvedimenti Regionali per la gestione dei malati cronici (http://www.medicinademocratica.org/wp/?page_id=49169)

Lombardia, i medici bocciano la riforma dei cronici. Privati già ringraziano: 37 strutture candidate alle cure e 9 ospedali (da il Fatto Quotidiano)

Link: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/10/05/lombardia-i-medici-bocciano-la-riforma-dei-cronici-privati-gia-ringraziano-37-strutture-candidate-alle-cure-e-9-ospedali/3896335/>

Malati cronici, il flop è confermato: I medici di base danno forfait (da Il Corriere della Sera – Milano)

Link: http://milano.corriere.it/notizie/cronaca/17_ottobre_05/malati-cronici-flop-confermato-medici-base-danno-forfait-fac24f28-a9a1-11e7-8f16-73b15a84ed49.shtml

Sanità, "Iperteso ? Ti aspetta la mammografia". In Lombardia è scontro su esami e prestazioni per malati cronici (da Il Fatto Quotidiano)

Link: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2017/10/01/sanita-iperteso-ti-spetta-la-mammografia-in-lombardia-e-scontro-su-esami-e-prestazioni-per-malati-cronici/3887333/>

Aggiornamento Lettera ai Medici di Medicina Generale e Incontro Pubblico il 30 settembre a Milano

Link: <http://www.medicinademocratica.org/wp/?p=5096>

Articolo su Quotidiano Sanità: "Riforma sanitaria Lombardia. Medicina Democratica su ordinanza Tar: "Il problema rimane tutto" Link: http://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=53731

Comunicato Stampa: TAR di Milano, NO alla sospensiva.

Link: <http://www.medicinademocratica.org/wp/?p=5053>

Regione Lombardia. Delibera 6551/2017 sui malati cronici: prima sconfitta e battuta d'arresto.

Link: <http://www.medicinademocratica.org/wp/?p=4977>

Lettera ai Medici di Medicina Generale. Link: <http://www.medicinademocratica.org/wp/?p=4920>

Ricorso al TAR di MEDICINA DEMOCRATICA contro le delibere regionali sulla cronicità.

Link: <http://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/07/170710-ricorso-MD-cronicità-1.pdf>

Articolo di Vittorio Agnoletto (Blog de Il Fatto Quotidiano): Regione Lombardia: sei malato? Non chiamare il medico, ora c'è il gestore.

Link: <http://www.ilfattoquotidiano.it/2017/05/15/regione-lombardia-sei-malato-non-chiamare-il-medico-ora-ce-il-gestore/3586471/>

Podcast trasmissione 37 e 2 di Radiopopolare. Link: <http://www.radiopopolare.it/trasmissione/37-e-2/>

Articolo di Gavino Maciocco (saluteinternazionale.info): Il Piano Nazionale della Cronicità e l'anomalia lombarda.

Link: <http://www.saluteinternazionale.info/2017/05/il-piano-nazionale-della-cronicita-e-lanomalia-lombarda/>

Articolo di Aldo Gazzetti (saluteinternazionale.info): Sanità lombarda e cronicità. Riforma confusa, con metodo.

Link: <http://www.saluteinternazionale.info/2017/05/sanita-lombarda-e-cronicita-riforma-confusa-con-metodo/>

Articolo di A. Gazzetti e G. Trianni (saluteinternazionale.info): Lombardia. I malati cronici al miglior offerente. Link:

<http://www.saluteinternazionale.info/2017/04/lombardia-i-malati-cronici-al-miglior-offerente/>

Articolo di Fulvio Lonati (saluteinternazionale.info): La nuova sanità lombarda.

Link: <http://www.saluteinternazionale.info/2017/02/la-nuova-sanita-lombarda/>

Articolo di Ivan Cavicchi (quotidianosanita.it): La riforma lombarda per la cronicità. Una cura di Stato "mutualistica".

Link: http://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=52709

Troppo giovani per la pensione, troppo vecchi per lavorare.

Società Italiana Ipertensione Arteriosa: Osservazioni sulle direttive per la gestione del paziente cronico in Lombardia.
Link: <http://img.musvc3.net/static/52600/documenti/1/21.SIIA%20e%20DGR%20Lombardia-par%208.7.2017.pdf>

SNAMI MILANO: Delibera sui cronici: presentato ricorso
Link: <http://www.snamimilano.org/dgr-cronici-presentato-ricorso/>



SE DESIDERATE DIVENTARE SOCI DI ATDAL OVER 40

L'adesione all'associazione comporta la compilazione di un Modulo di Adesione, di un Questionario ed il versamento di una quota annua di 25 €. Il **Modulo di adesione** (con tutte le istruzioni necessarie) e il **Questionario** sono reperibili al link: <http://www.atdal.eu/come-aderire/>

RINNOVO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA (ATTENZIONE SONO CAMBIATE LE NOSTRE COORDINATE BANCARIE)

La quota di rinnovo annuale si effettua con le seguenti modalità:

Bonifico intestato Associazione Atdal Over40 c/o B.ca Prossima – Ag. 5000 Milano IBAN IT65 F033 5901 6001 0000 0150 967

ATDAL OVER40 è anche su Facebook alla pagina: <https://www.facebook.com/Atdal.Over40>

ISTRUZIONI PER ADERIRE A ALP OVER40 PIEMONTE

L'adesione all'Associazione comporta il versamento di una quota annua di 20 €

COME FARE :

- Tramite **BONIFICO** Bancario intestato a : **Associazione ALP OVER40**
Banca: BCC "Casalgrasso e Sant'albano Stura" Filiale di Torino Uno Corso Vittorio Emanuele II, 189 Torino
IBAN : **IT41B0883301000000130112184**
- Tramite il **Modulo d'iscrizione** che trovate sul nostro Sito : www.overquarantapiemonte.it
- Recandosi presso i **nostri Sportelli d'Ascolto** presenti sul territorio.

RINNOVO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

Si effettua con le stesse modalità indicate per l'adesione. **NON** è necessario ricompilare il modulo di adesione.

CON LA PROSSIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI SOSTIENICI CON IL 5X1000 DELL'IRPEF ALL'ASSOCIAZIONE ALP OVER40

COME FARE : Nel modello Allegato alla Dichiarazione dei Redditi o al CUD basta apporre la firma nell'apposito riquadro con la dicitura "Sostegno al Volontariato" indicando il Codice Fiscale dell'Associazione : **97739380018**

CONTATTI E RIFERIMENTI: info@overquarantapiemonte.it

PRESIDENTE: Calogero Suriano Cellulare 349.13.37.379 392.68.98.753

