

Riflessioni e proposte in riferimento alla DGR X/3021 del 16 gennaio 2015 “Proposta di progetto di legge - Evoluzione del Sistema socio-sanitario lombardo”.

Il Consiglio Direttivo della Sezione Lombardia della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica nella seduta del 10 febbraio 2015, alla luce dell'ampio dibattito e delle considerazioni emerse nel corso del Consiglio Direttivo aperto al contributo dei soci svoltosi in data 16 gennaio 2015, ha definito il proprio punto di vista e individuato i contenuti irrinunciabili di un processo di riforma dell'attuale assetto del Servizio Socio-Sanitario in Regione Lombardia (SSSRL). Il Consiglio Direttivo si riserva di formulare una valutazione più articolata a fronte della disponibilità del testo definitivo del Progetto di Legge.

Tali aspetti saranno sviluppati per punti.

a) Attribuzione delle competenze in tema di Welfare ad un unico Assessorato

Il dualismo che caratterizza il sistema lombardo (Salute e Famiglia) se ha prodotto positivi risultati nelle politiche a favore di categorie fragili, ha però anche determinato discontinuità e sovrapposizioni nell'erogazione di prestazioni.

Con la duplice afferenza alle Direzioni Salute e Famiglia la riabilitazione, la residenzialità dei malati terminali in *hospice*, le cure intermedie sono oggetto di duplicazioni che producono diseconomie e disorientamento degli utilizzatori.

L'assistenza domiciliare integrata, elemento rilevante del livello di cure primarie appare spesso lontana da una adeguata integrazione con il MMG ed PLS.

L'area delle tossico e alcol dipendenze richiederebbe un rapporto funzionale adeguato con i Dipartimenti di Salute Mentale.

I consultori familiari, che pur costituiscono un luogo di integrazione di competenze sanitarie e sociali, dovrebbero essere maggiormente orientati alle attività di prevenzione sanitaria.

E' quindi necessario prevedere un complessivo riordino delle reti sanitaria e socio-sanitaria rideterminando l'afferenza delle diverse unità di offerta secondo criteri di omogeneità dei livelli di assistenza, con particolare attenzione all'area metropolitana milanese sulla base delle competenze in materia socio-sanitaria e della significativa concentrazione di strutture del sistema socio-sanitario con rilievo e ruolo nazionale ed internazionale.

Occorre poi considerare la necessità che l'assetto complessivo del sistema socio-sanitario sia fondato sul principio della promozione della equità in sanità caratterizzandosi, pertanto, in azioni tese a prevenire e ridurre le diseguaglianze sanitarie, come fattore di coesione sociale e benessere collettivo.

b) Governance e linea di comando del Servizio Socio Sanitario e ruolo delle Agenzie

Una linea di comando semplice, con rapporti gerarchici ben definiti, è condizione fondamentale per garantire il governo del sistema socio-sanitario.

L'intervento normativo di riassetto del SSSRL deve essere attento alla definizione chiara

- dei rapporti tra livello centrale regionale e livelli intermedi (Aziende Sanitarie e Aziende Erogatrici di Servizi Ospedalieri e Territoriali);
- delle competenze, ruoli e responsabilità delle figure preposte alla gestione e ai requisiti necessari alla assunzione di tali responsabilità, peraltro non in contrasto con quanto previsto dalle normative nazionali;
- del numero, ruolo, funzione delle Agenzie ove previste.

Dal punto di vista della *Governance* è inoltre fondamentale assicurare la non sussistenza di duplicazioni.

c) Livelli di Assistenza: Prevenzione

Dati ISTAT 2009 indicano che la prevalenza delle malattie croniche nella popolazione della Lombardia è pari al 39,5% con almeno una malattia cronica ed al 18% con più di una malattia cronica. Tali percentuali di popolazione cronica assorbe il 70% delle risorse.

La gestione della cronicità richiede non solo la maggiore presa in carico assistenziale, a partire dal MMG, ma anche la riduzione del suo peso e frequenza tramite i programmi di prevenzione organizzati, gestiti e valutati dai Dipartimenti di Prevenzione.

Questa strategia è anche necessaria per contenere e riorientare la spesa sanitaria, anche attraverso una rimodulazione del finanziamento dedicato alla prevenzione, con garanzia di budget.

I principali obiettivi sono:

- promozione di stili di vita sani con particolare attenzione all'alimentazione e nutrizione, al fumo, all'esercizio fisico, allo stress, alle dipendenze; deve essere sostenuta la partecipazione anche attraverso modalità incentivanti;

- incremento di programmi strutturati di prevenzione e controllo rivolti alle patologie croniche con particolare attenzione alla partecipazione dei professionisti e della popolazione;

- attenzione al ruolo fondamentale al rapporto prioritario tra salute, alimenti e nutrizione che non può essere ritenuto appannaggio esclusivo dell'ambito veterinario. Una decisione in tal senso non solo non sarebbe condivisibile sul piano scientifico e logico, ma verrebbe inevitabilmente letta come dettata da spinte corporative e non dall'obiettivo per tutelare la salute dei cittadini;

- rilancio del binomio ambiente-salute per il rilievo che inquinamenti ambientali hanno come fattore di rischio per le patologie tumorali, cardiovascolari e respiratorie; si rende quindi necessaria una maggiore integrazione fra Sistema sanitario e ARPA per ricomporre il sistema della prevenzione

- sostegno ai programmi di prevenzione, sicurezza e benessere organizzativo nei luoghi di lavoro con il pieno coinvolgimento delle parti sociali ed imprenditoriali. E' necessario accertare e controllare che i proventi delle sanzioni comminate alle aziende inadempienti, siano reinvestite in prevenzione;

- organizzazione dei programmi di vaccinazione sulla base delle evidenze scientifiche e del rapporto costo efficacia, garantendo adeguati livelli di copertura.

Appare opportuno, infine, il richiamo al comma 582 della legge di stabilità, che prevede il rafforzamento dell'unitario Dipartimento di Prevenzione delle ASL, e relativi servizi obbligatori di cui al Decreto legislativo 502/92 con la garanzia dei servizi di laboratorio. Pertanto si ritiene che tali materie debbano essere oggetto di uno specifico capo che affronti le tematiche della prevenzione collettiva e della forma organizzativa – dipartimento di prevenzione – che presiede a queste attività, con particolare attenzione ai processi di valorizzazione e responsabilizzazione delle professioni sanitarie.

d) Livelli di assistenza: Cure primarie

Alla luce anche dell'analisi e delle valutazioni espresse da commissioni di esperti in recenti documenti di organismi internazionali (WHO, Commissione Europea, OECD), le cure primarie rappresentano il livello di cura in grado di garantire ai cittadini equità nell'accesso ai servizi, prossimità e continuità nella presa in carico dei problemi di salute, coinvolgimento dell'assistito e del contesto sociale, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate, sostenibilità economica.

E' importante che la legge di riordino della sanità lombarda assicuri chiare indicazioni sull'organizzazione delle cure primarie al fine di assicurare:

- il governo dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei cittadini lombardi;
- il governo della rete di offerta delle cure primarie e delle relative interfacce con gli altri livelli di assistenza.

Il medico di famiglia (medico di medicina generale e pediatria di famiglia) rappresenta il riferimento per assicurare il governo dei percorsi di presa in carico dei problemi di

salute degli assistiti a cui concorrono, in una logica di continuità e di integrazione, i diversi professionisti e servizi presenti nella rete di offerta territoriale.

L'approccio della medicina di famiglia, che privilegia il focus sulla persona rispetto a quello sulla malattia, è il più adatto alla gestione delle malattie croniche, caratterizzate da condizioni multiproblematiche e talora da concomitanti condizioni di vulnerabilità sociale, familiare e economica. Il rapporto di fiducia, fondato sulla libera scelta, favorisce la partecipazione attiva dell'assistito nel promuovere la propria salute e nel processo di cura, coinvolgendo anche le sue relazioni familiari e la comunità di riferimento.

In ambito pediatrico tale approccio, oltre ad assicurare il monitoraggio della salute complessiva del minore, favorisce l'assunzione di stili di vita e di buone pratiche di conservazione della salute che, coinvolgendo positivamente i componenti del nucleo familiare, incidono sulla diminuzione della morbilità cronica delle future generazioni.

I medici di famiglia, attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), devono essere messi nelle condizioni organizzative per affrontare la complessità dei bisogni di salute dei cittadini, impostando i percorsi di diagnosi e cura e assicurando ai propri assistiti la continuità della presa in carico, erogando prestazioni sanitarie e socio sanitarie a bassa complessità, in collaborazione con i servizi specialistici territoriali e con i servizi socio assistenziali.

Integrazione con figure amministrative e infermieristiche, coinvolgimento dei medici di continuità assistenziale, percorsi condivisi con gli specialisti di riferimento, erogazione diretta di una diagnostica di primo livello, medicina di iniziativa nei confronti delle principali patologie, partecipazione alle attività di prevenzione, coinvolgimento nella valutazione multidimensionale del bisogno e procedure di collaborazione con i servizi socio sanitari e assistenziali, sono le componenti di una medicina di famiglia in grado di assicurare nell'ambito delle cure primarie l'accesso alle cure, l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, la continuità della presa in carico nel tempo e tra i diversi professionisti e livelli di cura.

L'organizzazione e l'attività delle previste Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), forme organizzative multi professionali che erogano prestazioni sanitarie, socio sanitarie e assistenziali, deve valorizzare il ruolo delle AFT e l'attività del medico di famiglia quale riferimento per il governo dei percorsi di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione dei propri assistiti.

In un sistema sanitario e sociale complesso, valorizzare il ruolo del medico di famiglia e delle cure primarie significa definire con chiarezza **il ruolo e i reciproci rapporti tra i diversi livelli di prevenzione, cura e assistenza**, in particolare:

- gli interventi di **prevenzione e diagnosi precoce** individuali possono essere ricondotti al medico di famiglia in un rapporto di collaborazione e di programmazione condivisa con i servizi di prevenzione;
- **gli interventi di diagnosi e cura territoriali** riconoscono la responsabilità clinica in capo al medico di famiglia con una funzione di collaborazione e consulenza da parte delle cure specialistiche, a cui compete anche la presa in carico dei casi a maggiore complessità;
- **gli interventi assistenziali** per le persone con patologie croniche in condizioni di fragilità, richiedono il coinvolgimento dell'assistenza socio sanitaria e sociale. In tale ambito le cure domiciliari sono una componente dell'assistenza primaria e al medico di famiglia compete la responsabilità clinica e il ruolo di regia dei diversi professionisti, che integrano la propria attività nell'ambito di piani assistenziali condivisi con l'assistito e i suoi familiari.

Il governo della rete di offerta delle cure primarie e il collegamento con la rete dei servizi di prevenzione, dei servizi specialistici e dei servizi sociali, sottende un lavoro di governance di tutti gli attori coinvolti.

Condividere e contestualizzare i percorsi di prevenzione diagnosi cura e riabilitazione delle principali patologie, monitorarne e valutarne l'adozione, costruire sistemi di relazione tra i professionisti delle cure primarie e quelli delle cure specialistiche e tra assistenza territoriale e ricovero ospedaliero, assicurare il coinvolgimento delle cure primarie nelle attività di prevenzione e la collaborazione con i servizi competenti, favorire l'integrazione e la continuità con il sistema dei servizi socio sanitari e sociali, richiedono **un livello di direzione delle cure primarie che assicuri un chiaro riferimento organizzativo nei diversi contesti territoriali.**

e) Livelli di cura: Livello ospedaliero e specialistico

La complessità del livello ospedaliero è tale da non consentire il semplice richiamo al rispetto degli standard ospedalieri definiti nell'ambito della normativa nazionale in considerazione della necessità di articolare il complesso e qualificato sistema ospedaliero lombardo per intensità e complessità di cura, per bacini di utenza e per volumi di attività.

Inoltre è necessario prevedere le modalità di integrazione e di continuità assistenziale fra ospedali e domicilio.

La contrazione dei posti letto e la riduzione dei livelli di ospedalizzazione perseguiti in questi anni a livello nazionale e regionale ha fatto sì che il nostro Paese si collochi al di sotto delle rispettive medie nelle statistiche OECD. Questa offerta contratta è utilizzata con sempre maggiore frequenza da soggetti anziani, pluripatologici, fragili, determinando problemi di potenziale non appropriatezza del ricovero e mettendo in seria difficoltà l'esigenza di garantire continuità di assistenza. Si evidenziano due temi: (1) se debba essere rivista e ripensata l'organizzazione della rete ospedaliera, concentrando gli standard tecnologici più elevati in ospedali di riferimento cui si raccordino strutture specialistiche meno complesse, strutture per assistenza sub-acuta e riabilitativa; (2) attraverso quali processi l'ospedale debba integrarsi nella rete dei servizi con riferimento sia alle sue porte di accesso (ricovero ordinario e di urgenza), sia alle modalità di uscita, aspetti che passano inevitabilmente attraverso una ridefinizione dell'assistenza territoriale (si pensi al ruolo della Medicina di Continuità Assistenziale e al Sistema dell'Urgenza Emergenza nonché alla rete delle attività e professioni mediche e non mediche che operano in tale contesto).

I modelli organizzativi sperimentati e attuati in questi decenni tentano di raggiungere gli obiettivi di ricondurre ad unità un percorso anche interno all'ospedale altrimenti frammentato e di evitare che il paziente venga trasferito per proseguire le cure all'interno dello stesso nosocomio. Dopo decenni di faticosa gestazione il modello dipartimentale sembra affermato e consolidato almeno (o solamente?) sul piano formale, gli ospedali di recente costruzione si organizzano per intensità di cura e tuttavia l'esigenza che i pazienti ricevano servizi personalizzati e che per loro sia attuato uno specifico piano di assistenza appare ancora lontana dall'essere soddisfatta. È carente una valutazione delle soluzioni adottate in termini di risultati di efficacia rispetto a quanto ci si era proposti, mentre il tema della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità dell'assistenza stenta ad affermarsi anche sul piano della formazione benché i professionisti si formino prevalentemente nel contesto ospedaliero.

L'ospedale è già in relazione critica con il territorio come appare evidente dalle funzioni vicariate attraverso i servizi di pronto soccorso spesso sovraffollati e l'attività ambulatoriale caratterizzata sovente da lunghe liste di attesa. L'ospedale contribuisce significativamente in termini di risorse al LEA dell'assistenza distrettuale proprio attraverso le prestazioni specialistiche offerte ai cittadini e in particolare proprio ai cronici che più frequentemente si posizionano nell'interfaccia tra i due livelli. Ma mettere in rete l'ospedale vuol dire integrare tutte le sue attività tenendo conto anche dei contesti territoriali, perché i modelli possono essere molto differenti tra area metropolitana e ambito extra urbano. Alcune proposte riguardano le modalità di collegamento che sfruttano le tecnologie informatiche migliorando la comunicazione tra i diversi livelli di assistenza mentre si affacciano ipotesi di creazione di figure di raccordo tra le corsie ospedaliere e il contesto extra ospedaliero ("hospitalist" della letteratura anglosassone). Il tema di fondo è la continuità dell'assistenza fornita ad un paziente che è portatore di bisogni complessi ma che ha anche necessità di individuare punti di riferimento certi in una rete articolata ma difettosa nei punti di giunzione. In un contesto economico caratterizzato da scarse risorse e da crescente difficoltà di relazione con il personale di assistenza sempre più caricato di responsabilità e anche vittima di un contenzioso non sempre giustificato, la creazione di percorsi "fluidi" tra ambito ospedaliero ed extra ospedaliero offre il vantaggio di individuare soluzioni appropriate e condivise che, se opportunamente gestite, garantiscano la effettiva presa in carico del paziente cronico a rischio di ospedalizzazione. L'adozione di soluzioni organizzative che permettano la periodica rivalutazione della situazione

clinica quali i modelli di assistenza ambulatoriale coordinata, se attuate in collegamento con la medicina generale, possono rappresentare una buona modalità di integrazione nel pieno rispetto dei reciproci ruoli.

f) Quadro di riferimento normativo e coerenza con l'assetto del SSN

E' opportuno esercitare una forte coerenza con il Patto della Salute, già siglato, soprattutto in riferimento al tema dell'organizzazione ospedaliera, delle cure primarie, dell'HTA e della vigilanza e controllo del farmaco.

Coerenza con la normativa di riferimento va anche esercitata in merito ai criteri di nomina e alle responsabilità cui sono chiamate figure professionali che esercitano un ruolo molto delicato quale il direttore sanitario per i cui criteri di nomina vale quanto previsto dal d.lgs 502/92; è, infatti, il direttore generale che nomina il direttore sanitario per salvaguardare l'autonomia tecnico gestionale del direttore generale e ridurre l'invasività del potere politico.

Diventa indispensabile tracciare ruolo, funzioni e competenze del direttore sanitario.

Chi viene chiamato a svolgere compiti di coordinamento, di organizzazione e di impulso delle azioni da svolgere in un dato sistema sanitario deve avere acquisito una solida base di competenze, comprese quelle nel campo della comunicazione. Un complesso di saperi e di saper fare da sempre acquisiti nell'ambito della specializzazione di Igiene e medicina preventiva. Specializzazione già richiesta, a suo tempo, per l'accesso alla posizione di Direttore sanitario con il D.P.R. 128/69; richiesta confermata anche nelle successive normative in tema di riordino della disciplina in materia sanitaria. Una specializzazione che deve anche riconsiderare, in parte, la necessità di preparare dei responsabili di sanità pubblica che possano esprimere la loro professionalità, non solo in ambito prevalentemente ospedaliero.

Vero è che con il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 il titolo è passato ad indicare il medico "chiamato" dal direttore generale, nel contesto della direzione aziendale o strategica, a dirigere i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari, con il requisito di aver svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie.

Al medico chiamato a svolgere tali funzioni non si pone l'obbligo di aver conseguito la specializzazione nella disciplina. Il legislatore, però, nella consapevolezza che il requisito richiesto non assicura la necessaria competenza a svolgere nella pratica le funzioni derivanti dalla posizione che si va ad occupare e della possibile carenza nella formazione specifica prevede, analogamente a quanto prescritto per il Direttore generale (D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3 bis comma 4) che la regione possa richiedere, per il conferimento dell'incarico, che il candidato debba produrre certificato di frequenza del corso di formazione programmato (D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, art. 1). Laddove i contenuti verteranno su sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria.

Temi questi che, appunto, fanno parte integrante della formazione dello specializzato in Igiene e medicina preventiva. Titolo che si consegue in cinque anni di studio e tirocinio pratico, mentre i predetti corsi regionali sono di durata "non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi".

Alla persona "chiamata" dal Direttore generale, di nomina politica, con il titolo di Direttore sanitario di azienda, nella gran parte dei casi viene richiesto essenzialmente la responsabilità della produzione e di collaborare alla definizione delle strategie. Produttività e collaborazione ancora confermati nel D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (art. 3, comma 1-quinquies) "il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale."

Per i compiti più strettamente connessi -e qualificanti- con la direzione sanitaria si fa riferimento, nel concreto, al Dirigente medico di presidio, assunto in ruolo mediante concorso, "non chiamato", e con l'obbligo di aver conseguito la specifica specializzazione.

La sostanziale differenza fra quello che potremmo considerare da una parte un ruolo politico e dall'altra un ruolo tecnico trova, inoltre, un franco riconoscimento e viene evidenziata, in regione Lombardia, nella D.g.r. 20 febbraio 2009 – n.8/9014 (Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento) dove all'art. 8, comma 2 si recita che una struttura di ricovero e cura con posti letto di degenza ordinaria "... deve disporre del Direttore sanitario in analogia a quanto previsto dal D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni; il

Direttore sanitario può svolgere anche le funzioni del Direttore medico di presidio se in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;...” Avendo già avuto modo di sottolineare (art. 8 comma 1) che tale struttura di ricovero e cura “...deve disporre di un Direttore medico di presidio, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente; ...”

Una chiara denuncia della incoerenza del legislatore che ha assegnato al Direttore sanitario d'azienda dei compiti, “dirigere i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari”, per l'assolvimento dei quali non possiede palesemente le competenze necessarie, a meno che non abbia di suo la specifica specializzazione, peraltro non richiesta.

Una attenta sorveglianza, quindi, dovrà essere esercitata quando si passerà all'attuazione della Legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) dove all'art. 15 comma 13, dopo la lettera f), e' inserita la seguente: «f-bis) all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dopo il penultimo periodo e' inserito il seguente: “Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge; ...”»

Laddove i requisiti di legge sono bene indicati nel D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), all'Art. 24, infatti, si recita che

“1. I requisiti specifici di ammissione al concorso sono i seguenti:

- a) laurea in medicina e chirurgia;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- c) iscrizione all'albo dell'ordine dei medici chirurghi, ...”

Da parte degli organi di governo si accetterà di rinunciare alla nomina per “chiamata” di un “Direttore sanitario politico”? Oppure con il solito esercizio di fantasia verrà inventata una norma per conservare lo “status quo”? Durante la fase di transizione non si cercherà di recuperare, comunque, i precedenti Direttori sanitari, “chiamati” ma privi dei requisiti di legge, riconoscendo loro, l'attività formalmente svolta in precedenza e promuovendoli specializzati sul campo?

La possibilità potrebbe essere coltivata invocando l'Art. 5 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale): “1. L'accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, ... , è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

... b) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina;”.

Alla luce di quanto evidenziato appare chiara la necessità di un'ampia e approfondita riflessione sull'attuale sistema sanitario per procedere a un suo riordino che tenga conto delle realtà di oggi. In tale ottica bisognerà rivedere funzioni e ruolo del direttore sanitario che dovrà anche presiedere sul territorio al coordinamento di una serie di attività assistenziali di impellenti necessità, ma non ancora istituite. La figura del direttore sanitario sia in ospedale, sia sul territorio dovrà essere chiarita anch'essa perché non sia “politica”, con dei requisiti richiesti che non rispettano affatto le competenze necessarie per lo svolgimento dei compiti attesi.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA SITI SEZIONE LOMBARDIA

Milano, 18 febbraio 2015