



Milano, 10 luglio 2020

## Idee e proposte per un nuovo **Patto sulla Sanità in Lombardia**

per riavvicinare il Servizio Sanitario al bisogno di salute con

**Più SANITÀ PUBBLICA**  
**Più MEDICINA DI TERRITORIO**

tutelando il lavoro nel sistema sanitario e sociosanitario

A cinque anni dall'approvazione della LR 23/2015 e in scadenza del termine di sperimentazione dell'articolazione in ATS e ASST del servizio sanitario e sociosanitario regionale, con il presente documento vogliamo proporre spunti, idee e linee d'azione per uno sviluppo del sistema sociosanitario lombardo che superi i limiti e le molte criticità che il sindacato confederale unitariamente ha evidenziato nel corso degli anni e che si sono prepotentemente palesate nel corso dell'emergenza sanitaria da COVID-19. Considerati i rischi di una possibile recidiva epidemica, ma non meno consapevoli che le difficoltà che abbiamo conosciuto in questa fase hanno radici anche in un assetto del sistema incompiuto e, per taluni aspetti essenziali, inadeguato, sollecitiamo un approfondito riesame della stessa legge regionale di riordino del 2015.

Idee e linee d'azione su cui attendiamo l'avvio di un confronto urgente, ampio, concreto e autorevole con Regione Lombardia, attivando, come da impegni presi nell'incontro dei segretari generali di CGIL CISL UIL con il Presidente Fontana del 24 giugno u.s., un Tavolo permanente, stante che proprio con le scriventi OO.SS. la Presidenza di Regione Lombardia sottoscrisse nel 2014 l'*Accordo sulla riforma del servizio sociosanitario*, riconoscendo sia la rilevante rappresentatività di CGIL CISL UIL tra i lavoratori e i pensionati che fruiscono dei servizi del sistema salute e la funzione di rappresentanza dei loro interessi generali svolta dalle stesse OO.SS., sia la maggiore rappresentatività del sindacato confederale tra gli operatori del SSL, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali.

L'attuale emergenza sanitaria impone di operare fattivamente un cambiamento dei modelli organizzativi in sanità che gli interventi normativi degli ultimi cinque anni hanno lasciato largamente inattuati o spesso contraddetti nelle prassi e nei risultati, pur avendone il disegno di riordino proposta l'urgenza e tracciati i profili, a partire dall'irrisolta debolezza della nostra sanità di territorio che molto ha influito nel determinare un impatto più grave dell'epidemia da COVID-19 in Lombardia.

Il rafforzamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessario per fronteggiare l'emergenza epidemiologica, con l'apporto aggiuntivo di risorse finanziarie al Fondo sanitario regionale per effetto del DL "Rilancio" e di ulteriori interventi di finanziamento per il SSN, anche con l'impegno di Regione Lombardia per sollecitare e sostenere in sede nazionale l'esigenza di ricorrere agli aiuti UE per la spesa sanitaria, deve essere non solo pienamente attuato, ma costituire anche un'opportunità per migliorare e stabilizzare servizi, politiche del personale e per l'ammmodernamento tecnologico con servizi di teleassistenza e telemedicina, sviluppando i livelli assistenziali di sanità pubblica e cure primarie. In quest'ottica si dovrà riformulare lo stesso Piano socio-sanitario 2020-2024 predisposto dalla Giunta prima dell'emergenza epidemica per implementare obiettivi e linee d'azione prioritari indicandone i percorsi e i tempi d'attuazione.

Nel quadro generale della prevenzione è particolarmente rilevante la sicurezza e la tutela della salute nei luoghi di lavoro. Il cambiamento del mondo del lavoro, la mutevolezza e precarietà dei rapporti di lavoro, la trasformazione di interi settori, le differenze di genere, l'inserimento e reinserimento di lavoratori con diverse abilità, le nuove tecnologie richiedono un approccio culturalmente integrato e di efficienza delle politiche di prevenzione e di tutela della salute nei luoghi di lavoro. È necessario adottare più efficaci e complessivi modelli di intervento che garantiscano la prevenzione dai danni acuti e cronici a favore di un più ampio benessere di lavoratrici e lavoratori. La competitività delle imprese si deve basare sulla tutela delle condizioni di lavoro e della salute nel concetto più generale.

Nell'immediato sollecitiamo la realizzazione delle seguenti linee d'azione:

1. **Garantire la sicurezza nella fase endemica e post-emergenziale** con adeguate e, nell'attuazione, controllate misure di gestione del rischio infettivo.
  - **Nel territorio:**
    - **intensificando la sorveglianza attiva e il tracciamento dei contatti.** In coerenza con gli indirizzi nazionali (DM 30 aprile 2020 del Ministero della Salute) è necessario rafforzare le dotazioni organiche dedicate alle attività di sorveglianza e indagine epidemiologica, indicando espressamente il personale impegnato e da impegnare in ogni territorio, per garantire l'individuazione e l'isolamento di eventuali possibili nuovi cluster epidemici e la gestione domiciliare degli asintomatici e di paucisintomatici tramite l'attivazione degli erogatori di ADI, in stretto coordinamento con MMG/PLS e USCA;
    - **preparando la campagna di vaccinazione anti-influenzale.** In attesa della disponibilità del vaccino specifico per il SARS-CoV-2 e in vista della prossima campagna di vaccinazione anti-influenzale occorre dotarsi di scorte sufficienti e individuare target specifici nelle coorti maggiormente a rischio. Bisogna procedere tempestivamente ad acquisti in misura superiore alle annualità precedenti, dialogando con le reti territoriali e la medicina di base per la piena disponibilità e dispensazione, e attivare una campagna di

informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti nell'attuazione delle strategie vaccinali, indicando organizzazione e obiettivi da raggiungere, estendendo la possibilità di vaccinarsi gratuitamente anche ai cittadini nella fascia d'età 60 - 64 anni e a tutte le categorie che hanno contatto con soggetti a rischio (operatori del sistema educativo e dell'istruzione, del sistema sanitario e sociosanitario, dei trasporto ambulanze e sociale, ecc.).

- **Nelle strutture del sistema sanitario, sociosanitario e sociale**, verificando e mantenendo vigilati nel tempo:
  - il **rispetto delle disposizioni per l'attuazione di percorsi differenziati** di accesso e gestione di positivi o potenziali tali, tramite strutture/nuclei o reparti dedicati di semplice attivazione/conversione nei presidi sanitari;
  - la **riapertura in sicurezza delle RSA** e delle altre unità d'offerta sociosanitarie autorizzate e contrattualizzate per l'ingresso degli ospiti e delle visite dei parenti, monitorandone gestione e andamento nell'ambito dell'Osservatorio regionale sulle RSA, che deve riunirsi con urgenza e periodicità, ed elaborando in tale ambito lo sviluppo di una strategia condivisa sulla non-autosufficienza.
- **Nei luoghi di lavoro**, monitorando il rispetto dell'applicazione dei protocolli di sicurezza:
  - per i **settori produttivi non sanitari**, nell'ambito della Cabina di regia del Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08, da convocare con periodicità almeno mensile, per valutare volume ed esiti dell'attività ispettiva e di controllo, e i dati di utilizzo della scheda di valutazione aziendale predisposta congiuntamente da Regione Lombardia e Organizzazioni Sindacali;
  - per i **presidi del sistema sanitario, sociosanitario e sociale**, costituendo un Comitato regionale (Protocollo Ministero della Salute-Sindacati del 24 marzo 2020) sull'applicazione dei protocolli di sicurezza del personale, dipendente e in somministrazione, operante nelle strutture, a cui partecipano le ATS e le OO.SS. di categoria.

## 2. Riprendere le attività ordinarie diagnostiche, ambulatoriali e chirurgiche

È urgente programmare, con obiettivi, risorse e modalità definite anche rispetto a volumi e tempi di attuazione, la ripresa delle attività diagnostiche, ambulatoriali e chirurgiche che l'emergenza COVID-19 ha sospeso o rallentato con ovvie e rilevanti conseguenze in termini di aggravamento delle liste d'attesa, di squilibrio tra l'offerta sanitaria e bisogno di salute, e di contrazione della produzione sanitaria, in particolare, degli erogatori pubblici:

- estendendo e finanziando ulteriormente la **sperimentazione "ambulatori aperti"**,
- **rivalutando i codici di priorità per le prestazioni** ambulatoriali e diagnostiche strumentali per una corretta ri-pianificazione delle agende in ragione delle maturate urgenze.
- armonizzando l'ALPI con l'esigenza di riduzione e normalizzazione delle liste d'attesa come peraltro indicato dalla normativa nazionale.

### 3. Intensificare l'attuazione dei piani di rafforzamento delle dotazioni organiche del sistema sanitario:

- ricorrendo all'utilizzo ed esaurimento delle graduatorie concorsuali in essere, anche attraverso la condivisione delle stesse tra le aziende;
- prevedendo la stabilizzazione del personale sanitario e sociosanitario assunto nella fase emergenziale;
- tutelando i lavoratori in somministrazione e dei servizi esternalizzati impegnati nelle unità d'offerta del sistema sanitario e sociosanitario, per garantire la continuità occupazionale, contrastare forme di discriminazione e disparità di trattamento economico e normativo, e per valorizzare nelle procedure concorsuali l'esperienza lavorativa dei professionisti/operatori con contratti atipici;
- promuovendo e incentivando l'inserimento lavorativo dei giovani per realizzare il necessario ricambio generazionale di medici ed altre professionalità sanitarie;
- intervenendo nelle opportune sedi per incrementare le borse di studio e definire programmi adeguati di formazione specialistica e professionale, anche con risorse autonome di Regione Lombardia per rapporto ai fabbisogni regionali
- sviluppando la formazione, anche in modalità a distanza, per supportare il personale nella gestione delle procedure e pratiche assistenziali e nella gestione dello stress
- prevedendo azioni di tutoraggio, per il personale di nuova assunzione, anche rispetto alla sfera amministrativa.

In termini più strutturali riteniamo prioritarie le seguenti linee d'azione:

#### **Un sistema integrato di sorveglianza epidemiologica**

La consapevolezza del rischio infettivo, per quanto appiattita sia oggi la curva epidemica, impone una riorganizzazione delle competenze epidemiologiche del sistema per una rafforzata sorveglianza sul territorio attiva e precoce, da attuare con definite e permanenti modalità di rilevazione campionaria di accessi al pronto soccorso, ricoveri, decessi, assenze dal lavoro e da scuola, con il coinvolgimento dei MMG/PLS, che disponga all'occorrenza di team di cure primarie, con la ricerca attiva dei casi e dei contatti, con l'aumento dell'assistenza domiciliare dei casi paucisintomatici e dei pazienti dimessi. A questo fine riteniamo necessario:

1. **svolgere un audit sul piano pandemico regionale** per individuare e risolvere inadempienze e disfunzioni, implementando tutti i protocolli per il controllo delle infezioni nel territorio e nelle strutture del sistema sociosanitario, per classificare tempestivamente il livello di rischio e di diffusione del contagio e la conseguente rimodulazione della risposta sanitaria;
2. **potenziare i servizi di medicina del lavoro**, per attuare uno stretto e indispensabile monitoraggio dell'applicazione dei protocolli di sicurezza aziendale. Bisogna incrementare il personale impegnato nei **Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**, individuando livelli essenziali di personale e risorse, anche in termini di differenti professionalità (medici del lavoro, tecnici della

prevenzione, fisici, chimici, ecc.), che possano garantire un livello di pianificazione strategica, anche attraverso i Piani Mirati di Prevenzione, e livelli necessari di verifiche ispettive sulla base delle realtà aziendali presenti nel territorio, a partire dagli impegni precedentemente assunti e in un'ottica evolutiva rispetto agli obiettivi della stessa dgr 2464 del 18.11.2019. Inoltre si devono implementare procedure di accertamento dell'infezione da COVID-19 celeri e senza compartecipazione nei casi riguardanti persone sintomatiche o con positività ai test in ambito lavorativo, nonché ai loro famigliari, favorendo, sostenendo e, all'occorrenza, anche organizzando nell'ambito dell'attività di sanità pubblica e sorveglianza epidemiologica piani di screening della popolazione occupata;

3. **programmare adeguati investimenti per assicurare scorte sufficienti di medicinali, reagenti, DPI**, modalità di approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione. È necessario verificare e garantire la disponibilità di DPI agli operatori in tutti i regimi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che, per motivi di servizio, sono esposti ad un rischio infettivo. Occorre inoltre assicurare materiale sufficiente anche per i lavoratori operanti nei settori socio-educativi e dell'istruzione.
4. **garantire la vigilanza sanitaria nelle scuole**, attraverso l'individuazione in ogni struttura di una figura di coordinamento, adeguatamente formata, che garantisca il rispetto delle misure di sicurezza e prevenzione, un'attività di formazione al personale (sia docente sia non docente) e promuova azioni di educazione alla salute e gestione del rischio infettivo. Tale figura dovrà essere in stretto coordinamento con i servizi sociali dei comuni.

## Sviluppare la medicina di territorio e la continuità assistenziale

1. **Ricostruiamo le fondamenta di sistema: prevenzione, profilassi e educazione alla salute. Ripartiamo dai Distretti**, oggi ridotti a una semplice istituzione formale, attualizzandone i perimetri organizzativi, funzionali e decisionali per rapporto alla popolazione servita, con un approccio di sanità pubblica per essere, insieme al Dipartimento di prevenzione e all'Ospedale, un punto di forza del nostro sistema salute. Distretti dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria:
  - con poteri di indirizzo, organizzativi e di coordinamento dei servizi territoriali sanitario-assistenziali,
  - per svolgere funzioni di programmazione, gestione e di erogazione,
  - con una forte tensione all'integrazione dei servizi sanitari territoriali tra loro e con quelli ospedalieri, oltreché all'integrazione con i servizi sociosanitari e sociali,
  - assumendo anche il ruolo di primo attore nei rapporti con gli enti locali per rispondere ai bisogni sanitari e sociali.

In questo modo il Distretto può presidiare e garantire i percorsi di cura e assistenza ai cittadini e rappresenta la migliore soluzione organizzativa per nuovi modelli di gestione in rete delle malattie croniche e non croniche.

Le prassi partecipative del tessuto sociale e istituzionale tramite i Distretti possono riacquistare dignità, con il coinvolgimento e il coordinamento di enti locali, associazionismo e terzo settore, per ricostruire, in estrema sintesi, la comunità territoriale per la salute dei cittadini.

L'assistenza territoriale ha bisogno di una cabina di regia e questo ruolo non può che essere affidato ai Distretti. Questo fondamentale ruolo del Distretto non poteva essere in alcun modo assolto o

surrogato dalla debole, per non dire evanescente, figura dei PreSST, introdotta dalla legge di riordino del 2015 che può configurarsi invece come uno dei presidi costitutivi della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali

2. **Una governance distinta per la sanità territoriale.** Una sanità di territorio capace di avvicinare il servizio sanitario al domicilio del paziente ha la necessità di una propria Direzione territoriale, che, in un dialogo costante con i setting specialistico-ospedalieri, abbia in ambito ASST autonomia di budget e potere di spesa.

Il ruolo delle ASST, ancorché non pienamente attuato e agito, ha dimostrato che una governance unitaria ospedale-territorio ha mantenuto uno squilibrio di poteri, di forze e risorse che, tanto più in presenza di una politica di riduzione di finanziamenti e di personale sia medico che infermieristico, non ha permesso di realizzare il bilanciamento delle attività e lo spostamento dell'asse di cura verso il territorio auspicato dalla legge di riordino. Recuperare oggi una coerenza di sistema, costruendo una filiera più fuori che dentro l'ospedale, è un obiettivo di assoluta necessità e urgenza, da raggiungere con una *road map* attuativa puntuale rispetto alle misure da implementare e ai tempi di esecuzione. Fondamentale è l'investimento sulla formazione per favorire la cultura e la centralità dei servizi territoriali dopo anni di politiche che hanno valorizzato in modo preponderante l'attività ospedaliera. Al riguardo è indispensabile l'individuazione di livelli di responsabilità infermieristici per l'attività di case manager e di coordinamento.

3. **Ridefiniamo il ruolo di MMG/PLS**, valorizzandone il ruolo di *gate keeper* di sistema, con nuove modalità organizzative e di affiancamento infermieristico, incentivando l'aggregazione dei medici di famiglia, in gruppo o in rete, per realizzare strutture ambulatoriali sul territorio con ampia disponibilità di accesso nella giornata e capaci di offrire un'ampia gamma di prestazioni (con la dotazione di dispositivi diagnostici per effettuare alcuni esami e, in connessione con l'ospedale, per trasmettere immagini, ECG, avere la refertazione e, all'occorrenza, un teleconsulto). C'è la necessità di mettere a disposizione dei medici di base, a partire dalle loro esigenze, piattaforme di servizi, facilmente accessibili e interoperabili che gli consentano di svolgere al meglio la propria professione, ma è altresì urgente programmare la presenza sul territorio in rapporto alla popolazione da assistere e alla sostituzione per quiescenza.

Non potendo agire direttamente sul contratto nazionale occorre utilizzare al meglio la leva della contrattazione integrativa regionale, valorizzando gli esiti di salute, qualitativi e quantitativi, anche attraverso standard di servizio e assicurare il necessario ricambio generazionale valorizzando il dinamismo dei giovani medici che hanno preso e stanno prendendo servizio, per promuovere una nuova consapevolezza del ruolo, sia in termini di modelli organizzativi, sia in termini di dialogo clinico.

4. **Nuove sfide impongono nuovi modelli. Potenziare la prossimità di cura e l'assistenza domiciliare e attivare l'infermiere di comunità.** Il sistema sanitario dovrà reggere il passo dei cambiamenti della longevità, della struttura familiare, della cronicità, confrontandosi con gli sviluppi dell'innovazione tecnologica e farmaceutica e della medicina personalizzata. Nel corso dell'emergenza epidemiologica si è avuta chiara la percezione di dover convertire repentinamente un sistema fortemente basato su punti di accesso concentrati e ad alta densità di frequenza in un modello con più punti diffusi e una localizzazione territoriale più capillare.

Il Piano Assistenziale Territoriale di prossima definizione, ai sensi del DL "Rilancio", dovrà:

- stabilire tempi rapidi di completamento delle USCA, mancandone, ad oggi, tre quarti di quelle previste dal precedente DL "Cura Italia" per rapporto al numero di abitanti, e prevedendone puntualmente le competenze in caso di ripresa epidemica o di transizioni endemiche non di tipo emergenziale in regime di attività ordinaria;
- incentivare la collaborazione MMG/PLS/specialisti ambulatoriali prevedendo, anche in un'ottica di recupero delle attività ordinarie e di riduzione delle liste d'attesa, modalità di consulto tra MMG e medico specialista tramite contatto telefonico o telematico preliminare al rilascio della richiesta di visita specialistica con urgenza non differibile. Tale modello di collaborazione potrebbe essere anche ampliato, prevedendo all'occorrenza il contatto telefonico da parte dei medici specialisti ai pazienti non urgenti e con appuntamento sospeso, in modo da verificare e monitorare le condizioni di salute per la branca interessata mettendo le basi per un progetto in prospettiva di monitoraggio digitale domiciliare dei pazienti anziani, fragili, cronici e disabili;
- sviluppare servizi territoriali di presa in carico della cronicità, servizi ambulatoriali e di telemedicina e tecnoassistenza, integrandoli con i servizi sociosanitari e sociali, ripensando il modello lombardo avviato nel 2017 e incompiuto, stanti i limiti che si sono evidenziati nella sua sperimentazione;
- implementare l'ADI, ridefinendo i contratti con gli enti erogatori, riallineando budget inadeguati e costantemente sforati, potenziando il servizio sia per numero di pazienti presi in carico e capillarità, sia in termini di presenza oraria e standard di servizio, per soddisfare crescenti e complessi bisogni di assistenza domiciliare che devono essere garantiti a totale carico del FSR. L'assistenza domiciliare deve avere procedure di attivazione rapide, chiare regole di ingaggio, presa in carico e "dimissione" e una tariffazione coerente con il carico assistenziale. Deve essere garantito l'accesso a servizi aggiuntivi di supporto in stretto coordinamento con la rete sociale degli enti locali e del terzo settore;
- attuare, per rapporto agli abitanti della regione, l'inserimento in Lombardia dei 1.600 infermieri di famiglia o di comunità e dei 100 assistenti sociali. La figura professionale dell'infermiere di comunità, nell'ambito del Distretto ed in stretto raccordo con gli studi medici, se stabilizzata, costituirà una risorsa importante nel governo dei bisogni territoriali di assistenza anche in periodo post-pandemico;
- incrementare la rete territoriale dei consultori pubblici (rispettando il rapporto numerico indicato dalla normativa nazionale) rafforzandone la dotazione organica utile a garantire tutte le funzioni assegnate dalla normativa nazionale e regionale recuperando il progressivo svuotamento di competenze attuato negli ultimi anni. La promozione e l'educazione ai comportamenti riproduttivi consapevoli e responsabili, alla tutela dei minori e alla cura delle relazioni familiari devono essere garantite così come la presa in carico della gravidanza fisiologica e le attività di screening che consentono il rafforzamento della rete materno infantile;
- realizzare il progressivo spostamento dell'asse di cura dalla residenzialità alla domiciliarità per la salute mentale e le dipendenze avviando iniziative che prevedano percorsi di autonomia, supporto assistito in regime domiciliare, in regime di residenzialità protetta e potenziando i CPS.

Serve procedere con la riorganizzazione delle REMS nel territorio regionale prevedendone la distribuzione nei territori

5. **Realizzare il riordino del sistema di degenza territoriale e di prossimità**, attuando in tempi rapidi e in coerenza con il protocollo d'intesa del 31 luglio 2019 e la successiva dgr 2019/19 i presidi ospedalieri e sociosanitari di comunità in ogni Distretto con sufficienti posti letto rispetto ai bisogni nel territorio.
6. **Telemedicina/Tecnoassistenza e servizi integrati domiciliari**. L'accelerazione data da COVID-19 ha dimostrato ulteriormente la possibilità di monitoraggio da remoto di alcuni stati patologici attraverso adeguati device interconnessi e interoperabili. La programmazione pubblica ha l'opportunità e la necessità di promuoverne e orientarne lo sviluppo in direzione di un modello di applicazione della telemedicina che:
  - non depersonalizzi il servizio ed il rapporto fiduciario con il paziente, bensì migliori il suo percorso diagnostico-terapeutico e in concreto faciliti la vita delle persone;
  - valorizzi il ruolo degli erogatori di attività di assistenza come incubatori di servizi sanitari territoriali e domiciliari;
  - assicuri l'integrabilità fra tutti i setting di cura e assistenza e con i sistemi pubblici.

## **Sviluppare i modelli organizzativi e di servizio in ambito sociosanitario**

È necessario intraprendere un percorso di riforma rispetto ai modelli di gestione della non-autosufficienza. In assenza di un atto legislativo a livello nazionale, si inizi a farlo a livello regionale. In quest'ottica si cominci ad affrontare il tema di una migliore allocazione e distribuzione delle risorse del FSR rispetto al sistema sociosanitario che riconosca agli enti gestori l'effettivo carico assistenziale rispetto alla casistica trattata e al miglioramento degli esiti, con un corretto ed equo riparto degli oneri tra quota sanitaria e quota sociale, modulando le compartecipazioni degli ospiti in base alle loro condizioni economiche, con tutta la gradualità del caso, ma con un chiaro disegno strategico di presa in carico che punti a prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di condizioni di non-autosufficienza e a ritardare il passaggio dal domicilio all'ingresso in struttura residenziale, evitando accessi inappropriati e non necessari. A questo fine chiediamo provvedimenti finalizzati a:

### **1. Maggiori investimenti per innovare e riorganizzare l'offerta sociosanitaria,**

- aumentando l'offerta di posti letto contrattualizzati ma prevedendo anche un criterio di governo della domanda su basi di appropriatezza, per stabilire, sulla base di una valutazione multidimensionale, chi debba avere priorità nell'accesso in RSA per un posto letto contrattualizzato, oppure debba invece essere accompagnato a servizi alternativi, semiresidenziali o domiciliari;
- introducendo una revisione del sistema degli accreditamenti delle strutture sociosanitarie, in particolare, per quanto attiene:



- i modelli organizzativi e di servizio per una maggiore appropriatezza e qualità dell’assistenza, rafforzando gli interventi di prossimità e domiciliarità (residenzialità “aperta” e “leggera”);
  - l’adeguamento dei minutaggi di assistenza alla reale complessità assistenziale degli ospiti
  - l’obbligo delle strutture accreditate alla trasparenza ed evidenza pubblica dei dati relativi al servizio, agli esiti e alle rette applicate
- assicurando l’integrazione tra i diversi servizi dentro e fuori le RSA per la cura degli ospiti che necessitano di ulteriori setting assistenziali;
  - aggiornando le tariffe a carico del Fondo sanitario che devono coprire il 50% del costo in RSA, mentre ancora oggi si resta sotto la quota prevista dalla legge a garanzia dei livelli essenziali di assistenza.
2. **Regolare la c.d. quota alberghiera a carico delle famiglie**, secondo criteri di sostenibilità e sopportabilità, garantendo uno standard adeguato di servizi e prevenendo rischi di trasferimento sulle famiglie dei maggiori oneri degli Enti gestori collegati all’emergenza COVID-19 tramite aumenti delle rette.
  3. **Tutelare i posti di lavoro e la sicurezza del personale**, potenziare gli organici per rapporto agli standard di servizio da garantire e sviluppare la formazione degli operatori.
  4. **Sviluppare i percorsi professionalizzanti degli operatori previsti dai CCNL sottoscritti dalle OOSS** maggiormente rappresentative in coerenza con i bisogni assistenziali e lo sviluppo dei modelli di servizio.

## Ripensare l’ospedale e la sua evoluzione nel sistema sanitario lombardo

L’epidemia ha imposto uno straordinario e rapido incremento delle attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in area di assistenza ad alta intensità di cure che nella fase post-emergenziale, con l’utilizzo delle risorse e l’attuazione degli indirizzi nazionali previsti dal DL “Rilancio”, è necessario stabilizzare e riorganizzare. Tuttavia, questo rafforzamento dell’offerta sanitaria, per mettere in sicurezza il sistema rispetto a una temuta ondata epidemica di ritorno, sollecita altresì un ripensamento più strutturale dei modelli organizzativi di gestione dei Pronto soccorso e delle degenze ospedaliere.

**Gestione dei Pronto Soccorso.** L’accesso al Pronto soccorso, dopo un pretriage di tracciamento di potenziali pazienti a rischio infettivo, assicurando in ogni struttura un ingresso distinto, non deve più essere inteso come centro di smistamento sui diversi reparti ospedalieri, ma come un vero e proprio reparto con posti letto dedicati di «osservazione breve intensiva» e in connessione operativa con posti letto per acuti e, tramite la centrale di continuità assistenziale, con i servizi territoriali (POT, PreSST, posti letti di degenze post-sub acute, ADI e strutture residenziali socio-sanitarie).

**Gestione delle degenze ospedaliere e potenziamento dei reparti di medicina interna.** Si evidenzia la necessità di potenziare la medicina interna, in coordinamento con le funzioni medico-specialistiche, nei setting ospedalieri tramite un aumento di posti letto e una riqualificazione professionale del

personale medico e delle professioni sanitarie, in modo tale da garantire, in caso di necessità, una rapida trasformazione in sub-intensiva di tali tipologie d'offerta. La gestione dei ricoveri medici, caratterizzati da forme pluripatologiche e croniche, si potrebbe sviluppare, in un'ottica evolutiva dell'organizzazione ospedaliera, tramite progetti di riorganizzazione delle degenze ordinate per intensità di cura, con un efficace coordinamento internistico-infermieristico.

**Gestione dei percorsi di cura ospedale-territorio.** È essenziale garantire la continuità assistenziale, per non scaricare sulle famiglie doveri e incombenze che sono del servizio sanitario, coordinando gli accessi e le dimissioni con i servizi di medicina territoriale. A questo riguardo riteniamo fondamentale riattivare in tempi rapidi l'applicazione della dgr 2019/19, realizzando la modalità organizzativa per la gestione dei pazienti da ricoverare o da re-inviare al territorio/domicilio con dimissione protetta e con il coinvolgimento dei MMG/PLS, determinando il fabbisogno di posti letto, le unità d'offerta di degenza di comunità da implementare in ogni territorio individuando POT, con i requisiti organizzativi, clinico-assistenziali e la disponibilità di posti letto per moduli di degenza, e PreSST in cui ricoverare/trasferire pazienti, soprattutto anziani, pluripatologici e cronici, per facilitare il percorso di reintegro domiciliare e favorire l'allontanamento da setting di cura a potenziale rischio di contagio. nel territorio di competenza di ogni ASST.

Infine risulta fondamentale che la revisione della rete ospedaliera risulti coerente con i fabbisogni espressi dal territorio e che siano rilanciati gli investimenti relativi ai progetti di ammodernamento e sviluppo dei presidi ospedalieri.

## **Riformare la riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo**

Un tagliando sul processo attuativo e le modifiche della legge regionale del 2015 che si ritengono opportune per l'evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo sono, oggi, non solo un atto previsto dalla norma ma anche un'urgenza imposta tanto dallo svolgimento della crisi epidemiologica e sanitaria degli ultimi mesi, quanto dai cambiamenti sociali e demografici che stanno sollecitando il nostro sistema sanitario.

Richiamando quanto esposto in premessa sulle ragioni che hanno determinato la scelta di sottoscrivere il precitato protocollo d'intesa nel 2014, come pure successivi accordi nel corso del processo di attuazione della legge, le scriventi OO.SS. chiedono di attivare un confronto sulla revisione della legge regionale 23/2015, in particolare, focalizzando la discussione su alcune modifiche che migliorino l'impianto normativo e prendano atto delle evidenze palesate in questi anni di sperimentazione.

- ridefinire responsabilità e ruolo delle ATS, eliminando commistioni di funzioni erogative con le funzioni di PAC (programmazione, acquisto e controllo), valorizzando le funzioni di igiene, prevenzione e sanità pubblica per ottimizzare nel territorio le competenze epidemiologiche e la promozione della salute, e dell'assistenza primaria;
- dedicare risorse allo sviluppo della rete territoriale con una distinta assegnazione all'interno dei budget delle ASST e una chiara responsabilità organizzativa in capo al direttore socio-sanitario di ASST;

- procedere ad un riassetto dei Distretti e ad una valorizzazione degli ambiti distrettuali per garantire una maggiore prossimità territoriale e capacità di indagine demo-socio-epidemiologica, assegnando titolarità, responsabilità e budget specifico ad una figura dirigenziale, in stretto coordinamento con la direzione socio-sanitaria di ASST e con i Comuni;
- articolare il percorso di sviluppo e di ammodernamento attraverso la definizione in capo alle ASST di piani pluriennali di intervento e di sviluppo tanto in ambito ospedaliero (di competenza della Direzione Sanitaria) quanto in ambito territoriale (di competenza della Direzione Socio-Sanitaria), includendo anche lo sviluppo e l'attivazione di POT e PreSST;
- organizzare la medicina di base (MMG/PLS e SAI), utilizzando la contrattazione integrativa, attraverso la definizione di percorsi di progressiva attuazione di medicina di gruppo e di rete, incentivandone la presenza all'interno dei PreSST e dei POT;
- riconsiderare il percorso di autorizzazione/accreditamento e contrattualizzazione degli erogatori privati sanitari e socio-sanitari rivedendo le regole di ingaggio, le procedure e il sistema di remunerazione, per favorire una maggiore integrazione e collaborazione con il sistema pubblico di cura e assistenza, anziché di sostituzione e competizione, e un governo pubblico che, all'occorrenza, sappia orientare le risorse e l'offerta sanitaria private;
- introdurre dinamiche valutative sugli esiti dei piani ospedalieri e territoriali, rafforzando le norme dirette ad assicurare l'evidenza pubblica dei dati e delle informazioni elaborate ai fini delle attività valutative stesse, con lo sviluppo di sistemi di informazione epidemiologica trasparenti e facilmente accessibili;
- favorire il riconoscimento, giuridico ed economico, dei caregiver familiari e sviluppare il percorso di emersione, gestione e formazione dei caregiver istituzionali/assistenti familiari.

Infine, **un punto di snodo centrale è la gestione delle risorse umane del sistema salute**. Occorre ripensare alla programmazione degli organici in base al bisogno di salute della popolazione. Il DL "Rilancio" ha fatto significative aperture da questo punto di vista stanziando complessivamente una somma importante per potenziare il personale e finanziare la formazione specialistica. Nessuna manutenzione o revisione della legge regionale del 2015 potrebbe avere esiti rilevanti se non si provvede a potenziare organici da troppo tempo trascurati, ringiovanendo un personale prossimo al pensionamento, inserendo nel sistema medici igienisti, medici del lavoro, medici internisti e medici di medicina generale e di specialità, così come le figure professionali sanitarie e tecniche del comparto. Bisogna procedere rapidamente sulla specializzazione delle figure infermieristiche e, nello specifico, all'attivazione dell'infermiere di famiglia/comunità, nonché all'attivazione di Operatori Socio-Sanitari territoriali. È necessario portare l'eccellenza sul territorio, integrando nei percorsi di carriera, la formazione professionale territoriale, valorizzando, altresì, all'interno delle iniziative formative e delle attività di ricerca, la componente di prossimità domiciliare, generando un nuovo interesse da parte dei migliori professionisti e una nuova vivacità di formazione, studio ed evoluzione di modelli organizzativi nell'assistenza di prossimità.