



Le Proposte di CGIL CISL UIL per la modifica della legge regionale 23/2015

La pandemia ha evidenziato le debolezze del nostro sistema socio-sanitario, rendendoci più consapevoli dell'importanza di un servizio sanitario universalistico e pubblico e del fatto che la spesa sanitaria, dopo anni di razionamenti e di defianziamento, debba considerarsi un investimento per il benessere di tutti e di ciascuno. La riqualificazione del nostro sistema sanitario è possibile grazie anche alle risorse che nel corso dell'attuale emergenza pandemica si stanno attivando con strumenti di indebitamento il cui onere graverà sulle generazioni future. Proprio per questo le risorse disponibili non vanno sprecate e si giustificano solo se dal loro corretto e pieno utilizzo conseguirà uno sviluppo del SSR, per metterlo in condizione di rispondere in modo appropriato ad una domanda di salute che dovrà misurarsi, anche dopo la COVID-19, con i problemi della transizione demografica, del conseguente aumento delle patologie cronico-degenerative e con la possibilità del manifestarsi di nuove emergenze epidemiologiche e sanitarie.

L'evoluzione del servizio socio-sanitario, di cui la Lombardia ha più bisogno e che la legge 23/2015 non ha realizzato, riguarda, anzitutto, un cambiamento centrato su:

1. **la prevenzione** come fulcro del sistema sanitario e la prevenzione primaria alla base di tutte le attività preventive. Senza un miglioramento e rafforzamento organizzativo e funzionale nel SSL dei Dipartimenti di prevenzione, in coerenza con l'art.7 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., non può esserci un'efficace attività di promozione e tutela della salute delle comunità e degli individui negli ambienti di vita e di lavoro;
2. **il governo della domanda e della rete d'offerta erogativa di prossimità** in un unico punto di presidio fisico, chiaramente identificabile dal cittadino, che interagisca con la popolazione in multimodalità. Vale a dire, un'**organizzazione strutturata nel Distretto socio-sanitario**, capace di realizzare un'effettiva integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale, sanità e socio-sanitario. Senza una riorganizzazione dei Distretti non potrà esserci una sanità territoriale adeguata alle problematiche della fragilità, dell'integrazione socio-sanitaria e della continuità di cura. Due sono gli assi fondamentali sui quali intervenire:
 - **Governo della domanda** e costruzione dei percorsi di presa in carico. I Distretti/ambiti distrettuali devono riappropriarsi della funzione di governo della domanda e di valutazione multidimensionale del bisogno di salute;
 - **Governo della rete di offerta erogativa di prossimità**. Costituzione di nodi organizzativi per l'assistenza territoriale, indentificati fisicamente e strutturalmente nei PreSST/Punto Salute, come sub-articolazione della rete territoriale delle ASST e sede unica dei servizi e degli operatori, incluso il MMG/PLS e l'infermiere di famiglia e di comunità come dipendente del SSN.

La nostra proposta si concentra su alcune problematiche di riorganizzazione del sistema di cura e assistenza, considerando anche le conclusioni del documento di AGENAS, recepito dal Ministero alla Salute, recante la proposta riorganizzativa di riallineamento del SSL alle disposizioni di principio del D.Lgs. 502/92 s.m.i., e lasciando in secondo piano altri aspetti di struttura, riprendendo per facilità di lettura nomenclature esistenti, a cui non ci riteniamo affatto vincolati. D'altra parte, la modifica dei soli perimetri e delle tassonomie aziendali non sarebbe di per sé sufficiente a trasformare in meglio le prassi di servizio delle aziende riformate, come non lo è stato nel percorso attuativo della l.r. 23/2015.

Il vulnus alla transizione dell'asse assistenziale verso il territorio della sanità lombarda e dell'assistenza di prossimità si trova all'interno della legge di riordino (L.R. 23/2015). Dovendo salvare l'impianto del sistema nella sua articolazione, come definito dalle norme sovraordinate, e volendo garantire la separazione delle funzioni di Programmazione, Acquisto e Controllo, da un lato, ed erogativa, dall'altro, la norma regionale ha generato un ibrido organizzativo, per cui alcune funzioni erogative non derogabili sono rimaste in carico ai Distretti (art. 6 c. 3), mentre altre funzioni sono state trasferite alle ASST.

I problemi del nuovo assetto del sistema lombardo, quindi, non sono solo l'effetto di una insufficiente attuazione del mandato legislativo bensì sono strettamente conseguenti e correlati all'impianto legislativo medesimo.

La norma, infatti, attribuisce alle ATS, e strumentalmente ai Distretti, il *“governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale”* e il *“governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie”* (art. 6 c. 3, lett. b e c).

Secondo i principi ispiratori della legge di riordino del 2015, i Distretti si configurano come enti strumentali territoriali, presidi di salute pubblica delle ATS, e pertanto attuatori del mandato affidato alle medesime ATS.

In tale quadro, i Distretti (art. 7 bis), che *“hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività”* (art. 7 bis, c. 5), dovrebbero svolgere una funzione non meglio specificata di governo, non chiarendo in concreto dove termina la funzione di coordinamento e dove comincia la funzione prestazionale/erogativa degli stessi. Il ruolo dei Distretti pertanto non è definito, così come non sono evidenti le dinamiche e i processi di coordinamento con la rete erogativa di prossimità in capo alle ASST, ed in particolare alla direzione sociosanitaria.

1. La Governance del SSL

Il governo del sistema deve recuperare integrità, coordinamento e autorevolezza. La forma e le modalità organizzative possono assumere tassonomie differenti, ma la sostanza del cambiamento da realizzare deve essere una forte integrazione tra l'anima sanitaria e quelle socio-sanitaria e sociale-assistenziale.

Inoltre, l'evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo non può prescindere dal confronto sistematico, ampio, concreto e autorevole con le scriventi OO.SS., stante che proprio con CGIL CISL UIL Regionali la Presidenza di Regione Lombardia sottoscrisse nell'anno 2014 l'Accordo sulla riforma del servizio sociosanitario, riconoscendo sia la rilevante rappresentatività del sindacato confederale tra i lavoratori e i pensionati che fruiscono dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali e la funzione di rappresentanza dei

loro interessi generali svolta dalle stesse OO.SS., sia la maggior rappresentatività del sindacato confederale tra gli operatori del Servizio Sociosanitario Regionale, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali.

Per tali ragioni si propongono di seguito alcuni interventi di assetto del sistema:

- A. **Accorpamento delle funzioni assessorili.** È importante che la rete sanitaria e socio-sanitaria così come le politiche sociali a carattere prevalentemente sanitario siano ricomprese in un unico Assessorato, che abbia la gestione delle risorse economiche. In concreto occorre far confluire all'interno dell'Assessorato al Welfare il coordinamento delle seguenti gestioni:
- Politiche sanitarie;
 - Politiche socio-sanitarie territoriali (a carattere residenziale, semiresidenziale e domiciliare);
 - Politiche sociali a prevalente impatto sanitario e socio-sanitario (comprendendo le politiche per la disabilità).
- B. **Potenziamento delle funzioni della DG Welfare.** Si devono potenziare, con adeguate competenze e risorse economiche ed umane, le funzioni all'interno della DG Welfare legate alle seguenti materie:
- Prevenzione, igiene e salute pubblica. Promozione e educazione alla salute;
 - Programmazione e sviluppo medicina territoriale e integrazione sociosanitaria;
 - Programmazione e sviluppo rete infrastrutture ospedaliere;
 - Innovazione e Health Technology Assessment;
 - Monitoraggio delle politiche e Value Based Health Care, concentrandosi anche sugli esiti clinici e non più solo sulle singole prestazioni erogate
- C. **Rafforzamento dei Dipartimenti di Prevenzione** ricomponendo le funzioni di governo e di erogazione delle prestazioni preventive e delle attività di promozione e tutela della salute, strutturato in servizi dotati di autonomia tecnico-funzionale e unità operative territoriali, la cui competenza territoriale coincide con il Distretto e in forte collegamento e in interazione con esso e, come per il Distretto ed il Presidio Ospedaliero, deve essere previsto a livello regionale ed aziendale un finanziamento certo e vincolato.
- D. **Sviluppo e riorganizzazione della rete territoriale.** In tale quadro si riscontra l'evidenza di agire secondo le due precitate direttrici del cambiamento:
- 1.1 **Governo della domanda** – *Riaffermare il ruolo di regia del Distretto sociosanitario nel governo della domanda di salute della popolazione*

È necessario il potenziamento del ruolo del Distretto sociosanitario come ente di programmazione e di governo. Al Distretto vanno (ri)affidati i processi di generazione della domanda di salute, in particolare quella relativa a condizioni croniche, pluripatologiche, degenerative e rare. In quest'ottica, al Distretto competono l'analisi dei bisogni e il supporto socio-sanitario e sociale, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale che determini il piano di cura e assistenziale più appropriato. Tale attività di costruzione di un percorso di reale presa in carico della persona dovrà poi vedere il momento attuativo/erogativo delle prestazioni nel setting assistenziale in capo alla ASST, tramite le proprie articolazioni territoriali di prossimità, in integrazione con gli altri attori del contesto socio-sanitario e sociale.

Sempre nell'ambito territoriale distrettuale occorre recuperare la dimensione programmatoria attraverso la definizione di **Piani di Salute Distrettuali triennali** con la partecipazione dei Comuni afferenti al territorio di competenza. Il ruolo dei Comuni e della Conferenza dei Sindaci di Distretto non può avere solo valore consultivo, ma deve essere determinante ai fini dell'approvazione ed attuazione del Piano.

1.2 **Governo della rete di offerta territoriale di prossimità** – *Rendere il PreSST/Punto Salute il reale nodo organizzativo, fisicamente individuato, di presidio e coordinamento della rete dei servizi territoriali*

Ridiamo responsabilità ai territori e affiniamo il modello organizzativo per una sanità più vicina al bisogno e agli ambiti di vita delle persone e della comunità.

Il Distretto deve implementare modalità e procedure di effettiva partecipazione degli enti locali e degli erogatori, e di coinvolgimento e confronto con le Organizzazioni Sindacali e gli altri corpi intermedi, per valorizzare la medicina di territorio e migliorare il coordinamento dell'assistenza di prossimità. Occorre che tale livello/nodo organizzativo sia definito nel testo normativo e declinato operativamente nei documenti di programmazione organizzativa (POAS) all'interno del perimetro della ASST, con capacità di governo di un ambito territoriale con dimensioni adeguate.

Il coordinamento delle funzioni distrettuali con le attività erogative previste in capo alla rete territoriale delle ASST, e affidate alle responsabilità del direttore socio-sanitario (art. 7 c. 4-5), necessita di un nodo organizzativo, non previsto dalla norma nella sua definizione territoriale essendo i POT e i PreSST slegati da specifici riferimenti territoriali.

Occorre pertanto modificare la determinazione secondo la quale *“i PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento”* (art. 7 c. 16) e attribuire ai medesimi, o ad altre forme organizzative-punti salute comunque denominati, il presidio fisico-strutturale e funzionale-strumentale dell'erogazione delle cure di ambito distrettuale, trasferendo al medesimo l'autonomia organizzativa e di budget prevista per il governo delle attività territoriali a carattere sanitario, sociosanitario e sociale.

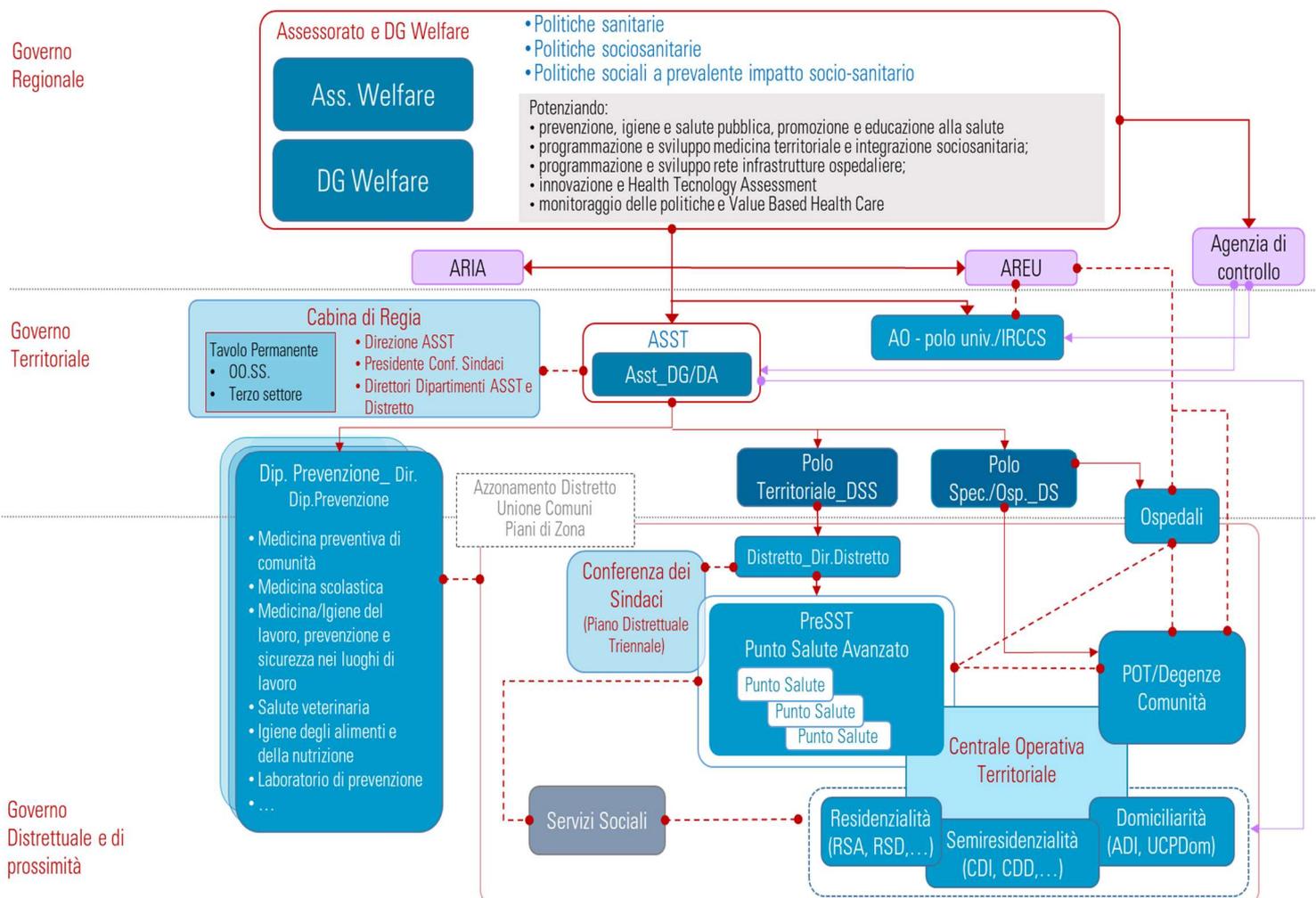
In sintesi pertanto si configura la seguente struttura organizzativa:

- a) **Un solo Assessorato** per la gestione unitaria delle Politiche sanitarie, le Politiche socio-sanitarie territoriali (a carattere residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e le Politiche sociali a prevalente impatto sanitario e socio-sanitario (comprendendo le politiche per la disabilità);
- b) **Agenzia di controllo regionale** con funzioni di: 1) vigilanza e controllo degli erogatori accreditati e contrattualizzati di valenza regionale/extraregionale, 2) di indirizzo e supporto alle ASST per l'esercizio delle funzioni di controllo ad esse spettanti sugli erogatori accreditati e contrattualizzati con valenza territoriale;
- c) **Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU)**;
- d) **Azienda regionale per l'innovazione e gli acquisti (ARIA)**, efficientando le procedure, migliorando la trasparenza e riqualificando le competenze;
- e) **ASST** articolata nei due poli specialistico-ospedaliero e territoriale, che svolge funzioni di governo e pianificazione nel territorio di competenza in attuazione degli indirizzi di programmazione regionale e di organizzazione dei servizi e dell'attività erogativa, assicurando i LEA ed eventuali livelli di assistenza aggiuntivi definiti dalla Regione tramite risorse proprie,

con una allocazione distinta di budget rispetto ai due rami d'azienda e un maggiore riconoscimento di ruolo e autonomia del DS e del DSS, dei Direttori di Distretto e del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Cure Primarie, del Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze, del Dipartimento di Medicina penitenziaria. Prevedere l'istituzione di una Cabina di Regia che, tramite incontri sistematici e periodici, assicuri il coinvolgimento e il confronto attivo e la partecipazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative, del Presidente della Conferenza dei Sindaci di Distretto, dei corpi intermedi e del mondo dell'associazionismo territoriale alla programmazione e progettazione e verifica attuativa della rete delle unità di offerta sanitaria, sociosanitarie e sociale, secondo gli indirizzi definiti dalla Regione, in coerenza con i principi e il modello di sussidiarietà previsti anche dall'art. 3 della legge regionale 3/2008 "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario";

- f) **Distretti sociosanitari** in numero ottimale in ogni ASST rispetto alla popolazione di riferimento, in coerenza e puntuale applicazione del D.Lgs. 502/92 s.m.i., e costituzione del nodo organizzativo territoriale all'interno della DSS delle ASST articolato su due livelli erogativi: *Punto Salute* e *Punto Salute Avanzato*, aventi le caratteristiche meglio specificate di seguito;
- g) **IRCCS di diritto pubblico e Aziende Ospedaliere** individuate sulla base dei criteri di carattere tecnico ed organizzativo indicati dall'Art.4 del D.Lgs. 502/92 s.m.i. autonomi e disancorati dalla gestione della rete territoriale.

1.3 Struttura di governance del SSL



2. Prevenzione e promozione della salute

Il cambiamento necessario rispetto al Dipartimento di Prevenzione deve realizzare un rafforzamento organizzativo e funzionale che valorizzi le funzioni di igiene, prevenzione e sanità pubblica, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ricomponendo anche le competenze di prevenzione veterinaria e della nutrizione, nonché della sicurezza alimentare, per ottimizzare nel territorio le competenze epidemiologiche e la promozione della salute, la prevenzione primaria, promuovendo azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, professionale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti, con i dipartimenti dell'ASST e con il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Occorre a questo fine incrementare le risorse dedicate alla prevenzione in sanità e definire dotazioni standard per i servizi di prevenzione, potenziando gli attuali organici per rapporto alla popolazione di riferimento e alle caratteristiche territoriali, con tutte le professionalità necessarie (medici e veterinari, laureati in scienze ambientali, biologia, ingegneria ambientale e biotecnologie, tecnici della prevenzione, assistenti sanitari e amministrativi) per le attività preventive del Dipartimento, tornando ad investire su ambiti di primaria importanza quali l'epidemiologia applicata, la medicina scolastica, la medicina sui luoghi di lavoro. Sviluppare le iniziative di prevenzione ed educazione alla salute degli ambiti di vita ed aggregazione sociale, siano essi scolastici o lavorativi, risulta essere una delle primarie forme di tutela della salute pubblica. Intervenire, inoltre, sulle fasi di vita, garantendo iniziative di invecchiamento attivo per la popolazione anziana, così come la prevenzione dei principali fattori di rischio per la popolazione adolescente ed adulta, agendo sui principali fattori di rischio (fumo, alcool, dieta e attività fisico-motoria e inquinamento), impone un ripensamento ed un investimento complessivo, abbandonando un'ottica meramente di spesa per concentrarsi su impatti di medio-lungo periodo.

Per mettere in atto un cambiamento reale nelle prassi e nella qualità dei servizi è necessario agire sulle leve della formazione del personale, sull'educazione sanitaria nella scuola, nei luoghi di lavoro e nella comunità, sull'integrazione tra livelli di cura, in ottica di riduzione del danno e delle patologie non trasmissibili, generando significative economie di sistema, come suggerito dall'Agenda ONU 2030 – Obiettivo 3. Tutti i soggetti coinvolti, nel processo di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro, inclusi i medici competenti essendo essi titolari della sorveglianza sanitaria, devono essere parte attiva del sistema regionale di prevenzione, come previsto dal D. Lgs 81/08 e RLS/RLST realizzando luoghi e forme di interazione con i servizi territoriali.

3. Sanità Territoriale

Operativamente occorre creare presidi erogativi del Distretto, - utilizzando l'attuale profilo organizzativo dei PreSST o creandone uno innovativo comunque denominato facilmente comprensibile e individuabile dai cittadini - ossia dei "Punti Salute" articolati su due livelli di servizio ad intensità crescente: "*Punti Salute*" e "*Punti Salute Avanzati*".

In termini di distribuzione territoriale occorrerà prevedere.

A. Il "Punto Salute"

Il Punto Salute sarà caratterizzato a titolo esemplificativo dalle seguenti funzioni, che possono variare in base alle caratteristiche territoriali, logistiche e della domanda della comunità:

- agisce su ambiti territoriali corrispondenti all’articolazione dei Distretti e/o loro sub-articolazioni;
- è governato da una chiara responsabilità organizzativa (referente, preferibilmente medico-sanitario con specializzazione in igiene, medicina interna, medicina generale);
- ha un budget annuale definito per la gestione corrente e partecipa alla definizione di un piano di investimenti territoriali;
- svolge le seguenti attività amministrative:
 - Attività amministrative proprie (scelta e revoca, attivazione FSE, attivazione/rinnovo esenzioni, ecc.)
 - Uffici protesi ed ausili;
 - Centro prenotazioni;
 - Gestione delle necessità informative della popolazione, tramite un Punto/Sportello informativo;
- svolge tutte o parte delle seguenti attività sanitarie:
 - Ambulatori MMG/PLS di gruppo e/o di rete, con ampia disponibilità di accesso nella giornata (copertura oraria 8-20) e capaci di offrire un’ampia gamma di prestazioni, con dotazione di dispositivi diagnostici per effettuare alcuni esami e, in connessione con l’ospedale, per trasmettere immagini, ECG, refertazione e teleconsulto;
 - Infermiere di famiglie e di comunità;
 - Centro prelievi;
 - Continuità Assistenziale;
- svolge tutte o parte delle seguenti attività sociosanitarie e sociali:
 - Servizio sociale territoriale e sportello unico welfare
 - Servizio di psicologia;
 - Consultorio di base (ostetricia, ginecologia, consulenza sociale e psicosociale, ecc.).

B. Il “Punto Salute Avanzato”

Il “Punto Salute Avanzato” integrerà le funzioni previste per il livello di base in tutto o in parte con le attività a titolo esemplificativo sottoelencate:

- attività amministrative:
 - Commissione medica legale – invalidità civile - patenti;
 - Coordinamento e gestione operativa di campagne di screening e prevenzione primaria, secondaria e terziaria (in stretto coordinamento con scuole e luoghi di lavoro);
 - Gestione dei percorsi di ammissione/dimissione protetta dalla rete d’offerta residenziale e semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria territoriale (Centrale Operativa Territoriale);
 - Gestione dell’attivazione della rete domiciliare (ADI e UCPDom, in primis);
- attività sanitarie:
 - Medicina preventiva primaria, secondaria e terziaria e centro vaccinale;
 - Unità Valutazione Multidimensionale;
 - Centri Psico Sociali (CPS) e NeuroPsichiatria Infantile e dell’Adolescenza (NPIA);
 - Servizi per le dipendenze (Ser.T; NOA; gioco d’azzardo patologico)
 - Medicina scolastica;
 - Salute e sicurezza negli ambienti di lavoro;
 - Diagnostica di primo livello e/o Point Of Care;

- Ambulatori specialistici (con riferimento in particolare a cardiologia, pneumologia, ginecologia/urologia, geriatria, dermatologia e allergologia, ecc.);
- Continuità assistenziale, ricoveri sub-acuti e/o degenze di comunità;
- Centrale operativa per la telemedicina/tecnoassistenza (dispositivi per il monitoraggio cardiologico, saturimetria, pressione arteriosa, diagnostica POC, ecc.);
- attività sociosanitarie e sociali:
 - Psicologia clinica e psicoterapia;
 - Gestione BES/DSA e psicomotricità;
 - Supporto alla fertilità, alla maternità e genitorialità, adozioni, affidi, problematiche di coppia, adolescenti.

Approfondendo alcune tematiche risulta necessario focalizzare negli atti di programmazione sanitaria:

- a) Rete ospedaliera – Unitamente con gli interventi che il Legislatore regionale dovrà operare sulla rete territoriale, occorre assicurare lo sviluppo della rete ospedaliera, con i necessari adeguamenti energetici ed edilizi, considerando elementi quali la dislocazione territoriale e le distanze urbane, il numero di strutture e le loro specialità, compiti loro attribuiti in funzione di un effettivo collegamento con il territorio, migliorandone la gestione e il coordinamento delle varie realtà che operano nel contesto sanitario territoriale (presidi, MMG, enti locali, terzo settore, ecc.);
- b) MMG/PLS/SAI – Sviluppare l'ipotesi di un rapporto convenzionale regionale integrativo per le categorie mediche indicate che sia finalizzato in particolare all'incentivazione di forme di associazionismo tra MMG e PLS;
- c) Prestazioni ambulatoriali specialistiche di prossimità – Garantire la presenza di ambulatori specialistici territoriali delle principali branche in orari predeterminati e settimanalmente calendarizzati attraverso la localizzazione di turni di personale medico ospedaliero all'interno dei PreSST/Punti Salute Avanzati. A titolo esemplificativo si potrebbe prevedere che un turno a settimana dei medici specialisti ospedalieri venga svolto a livello territoriale;
- d) Modello di presa in carico della cronicità – La più parte dei cronici oggi fuori dal modello organizzativo vigente devono essere al più presto messi in condizione di essere ingaggiati, nei nuovi Distretti, dai MMG o nelle altre strutture accreditate per la predisposizione dei PDTA necessari e la gestione con tempistiche appropriate dei follow up. La disarticolazione organizzativa della PIC si è completata con la figura giuridica del gestore (32 enti pubblici - ASST e IRCCS pubblici -, 73 enti privati, 93 RSA, 70 altri soggetti, 25 cooperative di MMG e PLS) con esiti che, stante quanto fin ad oggi attuato del modello, con la presa in carico di una frazione minoritaria della popolazione dei soggetti cronici, non si possono dire adeguati rispetto agli obiettivi che ne hanno motivato l'introduzione. Si rende perciò necessario rivedere il modello, l'organizzazione e le regole d'ingaggio, con una programmazione dell'offerta in rapporto alla domanda rilevata e con un ruolo centrale nel modello di PIC del MMG e della medicina di gruppo tramite una più sviluppata presenza nel territorio dell'associazionismo tra i MMG;
- e) Continuità Assistenziale – Migliorare la gestione dei presidi di continuità assistenziale, integrandoli nei Punti Salute territoriali, finalizzandoli anche alla gestione dei codici minori (bianchi e verdi) di urgenza con la finalità di decongestionare i PS dei presidi ospedalieri;
- f) ADI e Cure Palliative Domiciliari – Potenziare tali modalità di servizio e assistenza con un incremento di budget, utilizzando un criterio che lo rapporti al reale bisogno di assistenza al domicilio e trovi punti di convergenza con il SAD, e una contrattazione anticipata delle attività e del budget di gestione dei profili di cura;

- g) Centrale operativa telefonica per il teleconsulto – Attivazione di un nucleo operativo, in seno ai presidi ospedalieri, che gestisca le richieste di teleconsulto con provengano dalla medicina di base e/o territoriale e calendarizzi le attività conseguenti;
- h) Farmacie dei Servizi – Valorizzazione della Farmacie dei Servizi in un’ottica di potenziamento della funzione dei presidi attuali delle farmacie tramite l’integrazione di servizi, in particolare nell’area della prevenzione, del monitoraggio degli stati di salute e di controllo ed educazione alla salute, al benessere e ai corretti stili di vita;
- i) Unità mobili di medicina preventiva, igiene e sanità pubblica – Attivazione di unità mobili di medicina preventiva che siano in grado di gestire eventi sanitari imprevisti e di intervenire su particolari e specifici bisogni di salute territoriali. In tale prima fase potrebbero essere utilizzate per l’effettuazione dei tamponi in multimodalità.

4. Continuità di cura ospedale-territorio e presa in carico

4.1 Dinamiche di funzionamento dei sistemi integrati di presa in carico del bisogno – *Centrale operativa territoriale, Coordinamento multiprofessionale*

La parte strutturale del sistema di governo delle reti territoriali, articolata nelle due dimensioni descritte, deve essere accompagnata da dinamiche di processo che permettano ai vari operatori della rete di interagire in maniera efficace, agile e con procedure amministrative semplificate.

In particolare occorrerà procedere allo sviluppo di “*Centrali Operative Territoriali*”, all’interno dei Punti Salute Avanzati, con le seguenti caratteristiche:

- a) **Accessibilità ai servizi tramite punti unici d’accesso** – Garantire il coordinamento della rete di offerta avendo piena visibilità dell’accessibilità ai servizi sia in termini di posti disponibili degli erogatori delle reti di offerta territoriali (RSA/RSD, cure intermedie/di transizione, in primis) e di possibilità di presa in carico all’interno della rete assistenziale domiciliare, sia relativamente alla gestione delle agende di attività poliambulatoriale specialistica;
- b) **Integrazione dei percorsi** – Garantire l’integrazione e la transizione tra i percorsi di cura dal domicilio alla rete dei servizi di territorio sino alla gestione in ammissione/dimissione alla rete specialistico/ospedaliera;
- c) **Integrazione delle informazioni** – Garantire la gestione integrata dei professionisti tramite la possibilità di interagire su una unica base dati informativa sullo stato di salute/bisogno del cittadino integrando il bisogno sanitario e i bisogni di carattere sociale. Tale fascicolo informativo evoluto, in un’ottica di *cartella clinica elettronica*, dovrà essere accessibile, con le modalità autorizzative consentite dalla legge, da tutti i professionisti sanitari e non che prestano attività di cura e assistenza con vari profili di scalabilità, sia in modalità lettura sia in modalità scrittura;
- d) **Gestione remota dei sistemi di tecnoassistenza e telemonitoraggio** – Garantire la gestione remota di sistema di telemonitoraggio/teleassistenza in ottica di telemedicina/tecnoassistenza per il monitoraggio di parametri funzionali alla gestione di alcuni stati di bisogno prevalentemente cronici tra cui a titolo esemplificativo non esaustivo condizioni cardiologiche, pneumologiche, diabetiche, neurologico degenerative tramite il monitoraggio di alcuni alert specifici (glicemia,

fibrillazioni atriali, pressione arteriosa, temperatura corporea, saturazione, cadute, diagnostica POC, ecc.);

- e) **Coordinamento multiprofessionale** – Garantire il coordinamento multiprofessionale tramite l'attivazione di un sistema di monitoraggio che permetta valutazioni multiprofessionali simultanee o differite su specifici casi, con la gestione delle agende specialistiche territoriali, e/o il teleconsulto specialistico, in stretto coordinamento con i Dipartimenti/UOC/UOS dei presidi specialistico/ospedalieri;
- f) **Integrazione pubblico/privato** – Realizzare l'integrazione delle agende e delle disponibilità di prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie integrando i data base degli operatori pubblici e privati del sistema di rete territoriale.

4.2 **Valorizziamo la medicina di territorio – Creiamo cultura organizzativa, formiamo il personale, con responsabilità chiare e budget dedicati**

I livelli di governo delle funzioni erogative territoriali dovranno essere caratterizzati da:

- a) **Coordinamento organizzativo e formazione** - I nodi organizzativi territoriali individuati dovranno vedere il coordinamento di professionisti formati, considerando in primis la possibilità di coinvolgere in tale funzione MMG/PLS, che abbiano competenza di epidemiologia e igiene pubblica e che abbiano una capillare conoscenza degli attori del sistema territoriale (sia sanitari, sia socio-sanitari) e dei livelli istituzionali di interlocuzione sulle specifiche materie (in primis enti locali territoriali). A questi profili dovrà essere dedicato un percorso formativo specifico che garantisca l'individuazione di priorità di sistema rispetto al bisogno di salute territoriale;
- b) **Partecipazione** – Avvicinando il livello organizzativo al territorio saranno facilitate e valorizzate le funzioni modalità di coinvolgimento e partecipazione e dialogo con degli enti locali, dei corpi intermedi, dell'associazionismo e delle rappresentanze sociali nelle attività di promozione della salute, valutazione dei bisogni, organizzazione dei servizi e semplificazione dell'accesso alle reti assistenziali;
- c) **Costruzione della rete erogativa territoriale** – Definire la rete dei servizi territoriali, governando e progettando le attività degli erogatori presenti sul territorio, attuando i livelli organizzativi previsti: Punti Salute, unità d'offerta extraospedaliera di comunità (post-acuti e cure intermedie) e gestire le relazioni organizzative con i livelli di presidio ospedaliero (POT, in primis, e rete ospedaliera);
- d) **Integrazione della rete degli erogatori e presa in carico del bisogno** – Il nodo organizzativo dovrà occuparsi di svolgere la funzione di pivot del bisogno di salute della persona, costruendo percorsi di salute intorno al paziente, coordinando gli erogatori e individuando la soluzione migliore per rispondere al problema di salute e di contesto sociale del paziente, tramite il coordinamento della rete degli erogatori e un livello informativo chiaro e omogeneo;
- e) **Responsabilità e budget** – Le funzioni individuate dovranno avere una chiara responsabilità organizzativa e dovranno essere dotate di budget specifici per lo sviluppo di interventi di ambito (declinando quanto già previsto dalla L.R. 23/2015 art. 7 c. 5). Il dialogo con le istituzioni locali e i corpi intermedi territoriali dovrà essere la modalità ordinaria per i Distretti e gli Ambiti distrettuali di costruzione di un sistema erogativo integrato.

5. **Sviluppare i modelli organizzativi e di servizio in ambito sociosanitario**

È necessaria un'azione regolatoria e di sostegno per l'innovazione e riorganizzazione dell'offerta sociosanitaria, e per realizzare una presa in carico da parte dei sistemi di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale che punti, anzitutto, a prevenire l'insorgere o l'aggravarsi di condizioni di non-autosufficienza o ritardare il passaggio delle persona anziana o vulnerabile dal domicilio all'ingresso in struttura residenziale, evitando accessi inappropriati e non necessari, in presenza di servizi alternativi, semiresidenziali o domiciliari.

A questo fine si dovranno rafforzare setting di prossimità e domiciliarità assistita e modelli di residenzialità, con:

- a) lo sviluppo dei servizi di residenzialità "aperta" e "leggera" per assicurare la permanenza della persona in un contesto che favorisca il mantenimento della vita di relazione e un adeguato sostegno alle residue autonomie,
- b) la riqualificazione e riorganizzazione delle unità d'offerta integrando in modo diffuso nella rete socio-sanitaria e socio-assistenziale strutture destinate ad accogliere persone anziane e vulnerabili, cui offrire nuove modalità assistenziali e una residenzialità pensata anche per la tutela dei livelli di autonomia e la promozione del benessere psico-fisico, organizzata in modo da favorire il mantenimento degli interessi personali e la socializzazione, compatibilmente con le condizioni cliniche e le limitazioni funzionali delle persone assistite, e con il supporto medico, infermieristico e riabilitativo;
- c) la revisione del sistema degli accreditamenti delle strutture sociosanitarie, in particolare, per quanto attiene:
 - o i modelli organizzativi, di servizio e residenzialità per una maggiore appropriatezza e qualità dell'assistenza
 - o l'adeguamento dei minutaggi di assistenza alla reale complessità assistenziale degli ospiti
 - o l'obbligo delle strutture accreditate alla trasparenza ed evidenza pubblica dei dati relativi al servizio, agli esiti e alle rette applicate;
- d) 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, aggiornando le tariffe a carico del FSR, garantendo la copertura del 50% del costo come previsto dai LEA;
- e) la regolazione della quota di compartecipazione tramite la retta a carico delle famiglie secondo criteri di sostenibilità e sopportabilità, e uno standard adeguato di servizi;
- f) il rafforzamento degli organici e lo sviluppo di percorsi professionalizzanti degli operatori previsti dai CCNL sottoscritti dalle OOS maggiormente rappresentative in coerenza con i bisogni assistenziali e lo sviluppo dei modelli di servizio.

6. **Rapporto pubblico/privato**

Il rapporto pubblico/privato dovrà essere rivisto in direzione di un riequilibrio a favore delle strutture pubbliche che sono nel sistema lombardo in evidente posizione di svantaggio, stante un'equiparazione

affermata in linea di principio ma di fatto impraticabile per il pubblico, sia sul piano dell'acquisizione dei fattori produttivi che della flessibilità organizzativa.

Riconsiderare il percorso di autorizzazione/accreditamento e contrattualizzazione degli erogatori privati sanitari e sociosanitari, rivedendo le regole di ingaggio, le procedure ed il sistema di remunerazione, **finalizzandolo al raggiungimento di obiettivi di cura**, per favorire una maggiore integrazione e collaborazione con il sistema pubblico di cura e assistenza, anziché di sostituzione e competizione, ed un governo pubblico che, **sulla base di una programmazione regionale e territoriale, fondata sull'analisi dei bisogni assistenziali**, sappia orientare le risorse e l'offerta sanitaria privata.

È necessario, pertanto, rivedere il rapporto con il privato accreditato e contrattualizzato di Regione Lombardia affinché assuma un assetto che valorizzi:

- a) **Funzioni integrative e non sostitutive.** Il privato, accreditato e contrattualizzato con il SSR, deve svolgere una funzione integrativa del sistema sanitario pubblico, a fronte di un percorso programmatico pubblico e di governo;
- b) **Revisione del sistema di remunerazione.** Occorre rivedere il sistema di payment del privato accreditato e contrattualizzato attraverso una revisione dei budget, in linea con i principi della programmazione e declinando parte di esso a specifiche esigenze e branche specialistiche, evitando dinamiche di autoselezione dei profili del paziente, anche attraverso un percorso di revisione del case-mix e dinamiche tariffarie “a pacchetto” e/o “a performance/outcome clinico-assistenziali”;
- c) **Socio-sanitario territoriale e domiciliare.** Sviluppare un sistema maggiormente flessibile e dinamico di transizione da setting e regimi assistenziali permettendo una più ampia e facilitata mobilità tra regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Rispetto a tali unità di offerta potrebbe essere interessante valutare il potenziamento delle attività di ADI e di Assistenza Domiciliare Cure Palliative (UCPDom) attraverso significativi incrementi di budget;
- d) **Monitoraggio e controllo.** Attivare efficaci sistemi di monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni, con la possibilità di introdurre dinamiche periodiche di coordinamento e flessibilità della offerta di servizi per meglio rispondere agli obiettivi di programmazione sanitaria e alle esigenze della domanda.

7. Potenziamento organico

Il necessario potenziamento dell'organico della rete territoriale, attraverso la definizione di standard parametrati alla popolazione e alla infrastruttura della rete dei servizi, così come l'attivazione di percorsi di formazione specialistica, anche grazie al coinvolgimento delle università lombarde, l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità alle dipendenze del SSR nel contesto di un rinnovato ruolo dei MMG e PLS, la formazione degli operatori socio sanitari finalizzata ad un più adeguato utilizzo di questa professione sia nell'ambito sanitario che sociosanitario, prevedendo l'avvio diffuso di scuole collegate al sistema sanitario; sono tutti aspetti fondamentali per la piena attuazione ed evoluzione della sanità territoriale, superando forme di precariato oggi ancora presenti nel SSR avviando adeguati percorsi di stabilizzazione.

A questo riguardo è indispensabile anche uno stretto coordinamento fra il governo Regionale e Nazionale al fine di superare i vincoli assunzionali e di spesa vigenti e per adeguare gli organici alla riorganizzazione del SSR.

L'attivazione di un "Piano straordinario" di rafforzamento e infrastrutturazione della rete territoriale deve trovare adeguata rispondenza negli obiettivi delle Direzioni del SSL, così come in quelli dei dirigenti della struttura regionale. Le funzioni di controllo e valutazione devono essere monitorate sulla base dell'attuazione e degli esiti e non su indicatori di processo e/o definizione di piani di sviluppo.

I processi di mobilità del personale in servizio derivanti dalle trasformazioni e riorganizzazioni aziendali, a seguito della riattribuzione delle competenze, devono essere oggetto di verifica e confronto preventivi a livello regionale con le OO.SS. maggiormente rappresentative al fine di garantire la piena funzionalità dei servizi nonché il mantenimento della retribuzione accessoria in essere al personale in servizio.

Le semplici idee proposte vogliono rappresentare un contributo concreto, attuabile e velocemente "cantierabile" in direzione di un cambio di paradigma che generi uno sviluppo sostenibile della sanità e che punti sulla logica di investimento, che sviluppi alleanze e network finalizzati a produrre risultati in termini di igiene e salute pubblica prevenzione e medicina del lavoro e nella comunità, di promozione ed educazione della salute in ottica di riduzione del danno e del rischio per la gestione delle patologie demografiche, croniche e sociali che impattano già oggi, e sempre più nel prossimo futuro, sulla vita delle persone.

Perciò riteniamo imprescindibile che contestualmente alla modifica della legge regionale 23/15 si determinino le risorse destinabili ai percorsi riorganizzativi e di rafforzamento del SSL, all'ammodernamento delle strutture, all'acquisto di strumentazioni biomedicali di nuova generazione per soddisfare le nuove esigenze della popolazione.

Milano, 9 febbraio 2021