

LA PROPOSTA DI RIFORMA DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. (Art. 32, comma 1 della Costituzione)

1. IL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO

Lo Stato Sociale (Welfare State) è fra le più grandi conquiste del XX secolo. È la più importante infrastruttura del nostro paese e durante i mesi di pandemia si è mostrata la necessità di adeguarla e implementarla. Nuove povertà, aumento delle disuguaglianze, povertà educativa, occupazione giovanile e femminile sono tutti temi che richiedono un profondo ripensamento non solo degli strumenti, ma anche di visione complessiva dei nostri sistemi di welfare e che chiamano in causa anche le competenze per i diversi livelli di governo. Occorre iniziare a pensare a un modello di Stato Sociale moderno ben radicato con il territorio, in quanto la carenza di prossimità si è rivelato il problema più grave per la sanità lombarda.

Quello che Covid-19 ci lascia nella sua drammaticità come pensiero di futuro è sicuramente una ipotesi di territorio che recupera responsabilità e regia, prossimità e proposta e cura per l'altro.

Ogni azione di aggiornamento e riscrittura delle normative che regolano il funzionamento del sistema sociosanitario per migliorarne la qualità e l'efficienza, non può che partire dall'obiettivo originario: costruire e garantire benessere, coesione, equità e, quindi, giustizia sociale.

L'emergenza sanitaria legata al nuovo Coronavirus ha drammaticamente rivelato le criticità già presenti nel servizio sanitario lombardo, tradizionalmente forte in ambito ospedaliero, ma inadeguato sul fronte territoriale. Da anni infatti, prima con la riforma di Formigoni e successivamente con quella voluta da Maroni, i servizi territoriali hanno subito un'involuzione ed è bene ricordare che proprio la legge 23/2015 con la costituzione delle due strutture, ATS (Agenzia di tutela della salute) ed ASST (Azienda socio sanitaria territoriale), con un'incerta attribuzione di competenze per i servizi sanitari territoriali sui temi della prevenzione, ha solo peggiorato la situazione. Il depauperamento dell'assistenza territoriale e la logica concorrenziale fra ospedali privati e pubblici sono fra i più gravi errori commessi dalle Giunte regionali lombarde che hanno governato, ininterrottamente, dal 1995 ad oggi. Il fallimento del sistema lombardo si è concretizzato anche attraverso delibere di Giunta sbagliate e in contraddizione rispetto allo stesso articolato della riforma Maroni. Inoltre, un sistema complesso ha bisogno di risorse umane capaci per essere implementato; nelle scelte delle persone, dove ancora oggi le donne sono una esigua minoranza, messe a capo delle Aziende/Agenzie sanitarie troppo spesso non si sono viste le competenze e le qualità adatte della sfida. Il tentativo di riproporre logiche concorrenziali sul territorio, come nel caso della presa in carico della cronicità, mettendo in contrapposizione pubblico e privato, cure primarie e ospedaliere ha alimentato la frattura tra medicina di base e servizio sanitario regionale. La mancata costruzione di un sistema di assistenza territoriale capillare e, in particolare, la mancanza di un rapporto tra prevenzione e territorio ha influito negativamente nella gestione della pandemia.

Si impone una radicale e tempestiva riorganizzazione del servizio sanitario: un modello costruito sull'organizzazione della risposta ai bisogni delle persone, non sull'organizzazione dell'offerta sanitaria basata su criteri esclusivamente economici. Un servizio che, nel bilanciare i bisogni dei singoli insieme a quelle della comunità, sia attrezzato a governare situazioni di emergenza, come quelle connesse a epidemie e pandemie, ma anche alla presa in carico di persone con malattie croniche, con comorbidità, fragili o con disabilità, in un'ottica di cooperazione tra differenti comparti del SSN e di coordinamento tra i diversi livelli di governo e il personale.

Grazie ai fondi stanziati dal Recovery Fund sarà possibile, anche in Regione Lombardia, finanziare investimenti in ambito sanitario articolati in due componenti: *"Assistenza di prossimità e telemedicina"*, per cui sono stati stanziati 4,8 miliardi, e *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria"*, a cui sono dedicati 4,2 miliardi. La prima componente ha come obiettivo il potenziamento e l'orientamento del sistema sanitario verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria. La prossimità è intesa come vicinanza ai bisogni dei cittadini con la creazione di servizi integrati e incentrati sul bisogno della persona e della comunità. Il tutto attraverso percorsi di prevenzione e cura che coinvolgano attori pubblici e privati, per offrire una rete di assistenza resiliente ed efficace a tutti i cittadini, a prescindere dal contesto geografico e socio-economico al fine di superare le debolezze dell'assistenza territoriale socio-sanitaria emerse e rivelatesi critiche nella gestione dell'emergenza da Covid-19, nonché l'ormai storica e strutturale disomogeneità della distribuzione territoriale di servizi sociali, sanitari e ospedalieri, spesso a svantaggio delle aree rurali e marginali. La seconda area d'azione della missione Salute, denominata *"Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria"*, si concretizza in tre linee di intervento. La prima riguarda l'ammodernamento tecnologico e digitale del sistema sanitario, con particolare attenzione al parco tecnologico, al rafforzamento del sistema emergenza-urgenza, agli interventi di integrazione ospedale-territorio e alla realizzazione di interventi regionali per l'evoluzione, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico. La seconda ha a che fare con il potenziamento delle attività di ricerca e trasferimento tecnologico. Infine, la terza è volta al rafforzamento della formazione del personale sanitario con interventi mirati all'ampliamento dell'accesso ai percorsi di specializzazione dei neo-laureati in medicina e chirurgia e al potenziamento della formazione dei professionisti sanitari.

L'ATTUALE MODELLO SANITARIO E SOCIO SANITARIO LOMBARDO

La legge regionale 23/2015 ha riformato il sistema costruito durante gli anni di governo formigoniano, confermandone i limiti e accentuandone i tanti nodi irrisolti:

- rapporto ospedale territorio: aver ricondotto tutti gli interventi, compresa l'assistenza territoriale in capo ai presidi ospedalieri anziché migliorare la medicina del territorio ha danneggiato questi ultimi;
- smantellamento dei distretti che, per dimensione e organizzazione, non rispondono più alla logica della prossimità e del riferimento territoriale come previsto nella legge 502/92;
- comunità locale, Comuni e Sindaci, esclusi da ogni rapporto di sinergia con le ASST, ridotta a pura forma quella con le ATS;
- marginalizzazione degli MMG, ricondotti in un ruolo ambiguo: clinico, erogatore, co-gestore o gestore in concorrenza con altre realtà. Questa scelta li ha marginalizzati ed è responsabile anche del fallimento del modello di presa in carico della cronicità;
- frammentazione e confusione nella distribuzione delle competenze fra ATS e ASST;

- squilibrio nel rapporto pubblico-privato, dove un sistema di presunta concorrenza, tramite anche il fantomatico "quasi mercato" sta consegnando al privato, smaccatamente sempre più profit e più "leggero" nel muoversi, un ruolo in crescita;
- POT (Presidio ospedaliero territoriale) e PRESST (Presidio sociosanitario territoriale) di fatto archiviati, mai attivati e mai adeguatamente finanziati: previsti nella programmazione come strumenti di valorizzazione del territorio, sono superati dal proliferare di centri servizi privati. Nella l.r. 23/2015 troviamo inoltre:
 - mancata integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli del sociale
 - l'inefficacia di un sistema di *governance* e di attribuzione di responsabilità chiare e lo sfilacciamento della catena di comando: il successo di una legge è fortemente determinato dalle scelte organizzative;
 - un sottodimensionamento delle attività socioassistenziali e dell'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, responsabile della lacunosa gestione della non autosufficienza che non ha trovato neanche un adeguato finanziamento;
 - una riforma non può essere fatta senza un vero piano di investimento, che è mancato fino dal principio;
 - la mancanza di visione e di capacità di vedere nel loro insieme tutti i fattori della salute (es. ambiente); un sistema sanitario moderno deve essere capace di includere tutti gli ambiti che hanno impatto sulla salute dei cittadini;
 - mancanza di un adeguato supporto finanziario alla ricerca medica e collaborazione con le Università del territorio.

2. LA PROPOSTA DI SSSR

Con questa proposta si vuole dar risposta ai cambiamenti radicali in corso nella nostra società: l'allungamento della vita – con la tendenziale cronicizzazione delle malattie - ma anche le innovazioni tecniche e tecnologiche, oltre ad un'aumentata percezione e richiesta del diritto alla salute. La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche.

Dopo due leggi regionali sperimentali occorre un riordino del Servizio Sociosanitario Regionale che si riallinei alla normativa nazionale in materia, nello specifico con il D.lgs. 502/92, riequilibri la rete sanitaria e sociale territoriale rispetto alla rete ospedaliera ed al rapporto pubblico/privato e recuperi i principi ispiratori della legge 833/78.

Il richiamo di questi principi ispiratori richiede un impegno culturale e motivazionale per recuperare ruolo e funzioni della medicina territoriale dopo un lungo periodo di marginalizzazione.

I PRINCIPI

Riprendiamo i principi che hanno caratterizzato la Legge 833/1978 'Istituzione del servizio sanitario nazionale':

DIGNITÀ: un impegno preciso delle istituzioni verso tutti per evitare ogni forma di emarginazione, discriminazione e ingiustizia, nella prevenzione di ogni malattia e disagio, nella tutela della salute.

SALVAGUARDIA: fa riferimento al principio di prevenzione e educazione, ma anche a quello più ambientalista, ma non per questo meno importante per la salute, della precauzione nel pensare sempre più ad uno sviluppo sostenibile.

UNIVERSALITÀ: la salute deve essere garantita a tutti; l'accesso ai servizi deve essere per tutti.

BISOGNO: la capacità della corretta individuazione dei bisogni è il punto di partenza per un corretto accesso alla salute.

SOLIDARIETÀ: l'impegno a ridurre le disuguaglianze, dando priorità ai bisogni dei più deboli e fragili; nessuno deve essere lasciato solo nella malattia e nessuno deve rinunciare alle cure per ragioni di carattere economico.

EFFICACIA e APPROPRIATEZZA: indirizzare gli sforzi verso le attività che sono scientificamente riconosciute e verso chi ne ha bisogno. Implica un'etica professionale degli operatori e un rapporto di chiarezza e rispetto tra politica e comunità scientifica.

EFFICIENZA: una corretta gestione delle risorse è la strada che permette di perseguire tutti gli altri principi. Utilizzare al meglio le risorse, indirizzandole verso interventi che, a parità di risultato, costano meno, nel rispetto di qualsiasi parametro di qualità e del lavoro delle persone, è indispensabile per la tenuta del sistema.

EQUITÀ: l'abbattimento di ogni ostacolo che può pregiudicare pari diritti per tutti; barriere *territoriali*, legate alla distribuzione dei servizi, *economiche*, legate alla condizione reddituale delle persone, *culturali*, legate alla capacità di comprendere, *informative*, lacune nel conoscere cosa sia prevenzione, attenzione ai sintomi, cura di sé stessi.

3. NUOVO ASSETTO SERVIZIO SOCIOSANITARIO

Il nuovo assetto organizzativo del Servizio Socio-Sanitario Regionale prevede:

- ✓ **prossimità** degli interventi e dei luoghi di presa in carico che devono essere all'interno della comunità, riconoscibili e facilmente raggiungibili dal cittadino
- ✓ **continuità dei percorsi di cura** dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio
- ✓ **integrazione servizi sanitari e sociosanitari**
- ✓ **centralità delle cure territoriali** al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita e la possibilità di accedere a prestazioni specialistiche e diagnostiche al di fuori dell'ambito ospedaliero
- ✓ **presa in carico** vera dei pazienti cronici, pluripatologici, fragili e delle persone portatrici di disabilità al fine di costruire le risposte ai bisogni espressi e evitarne e ritardarne le condizioni di non autosufficienza: diagnosi e attivazione dei percorsi di cura in tempi certi
- ✓ **centralità della persona** intesa come personalizzazione dei percorsi di cura, corresponsabilità nei piani di cura, rispetto della dignità di ciascuno e libertà di scelta
- ✓ **cure primarie:** snodo centrale del sistema per la loro funzione di promozione della salute, diagnosi precoce, cura delle acuzie e assistenza al paziente cronico
- ✓ **rafforzare la tempestività di risposta** del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie
- ✓ ruolo della **comunità locali**, delle **associazioni** dei pazienti e del **terzo settore**
- ✓ superamento della prevalenza del paradigma concorrenziale (pubblico/privato, ospedale/territorio) a favore di una **logica collaborativa** e di programmazione regionale
- ✓ dare impulso alla **sanità digitale** per essere in grado di integrare progetti di cura e assistenza
- ✓ centralità, potenziamento e rilancio della **prevenzione**

POTENZIAMENTO E RILANCIO DELLA PREVENZIONE

Le attività di prevenzione in Italia ed in Regione Lombardia fanno riferimento ai LEA di cui all'art. 1 comma 7 del Decreto Legislativo 502/92, approvati con il DPCM del 12 gennaio 2017 suddivisi in tre livelli:

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

In particolare, le attività di prevenzione fanno riferimento al primo livello: aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica quali attività relative alla sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, tutela della salute negli ambienti, tutela della salute dei lavoratori,

tutela della salute dei consumatori, sorveglianza delle malattie croniche inclusi la promozione di corretti stili di vita nonché la medicina legale. A questi si aggiungono varie attività proprie del livello della assistenza distrettuale.

In Lombardia con la riforma Maroni si è spaccata l'unitarietà degli interventi della prevenzione separando e distribuendo fra ATS e ASST le attività per la popolazione da quelle per la singola persona. Sul fronte dell'educazione sanitaria e delle malattie infettive, in particolare, questo è stato deleterio. L'aver separato chi si occupa di malattie infettive e vaccinazioni da chi vaccina ha provocato, in parte, il disastro gestionale e organizzativo cui stiamo assistendo in Lombardia.

Si prevede una nuova centralità e potenziamento dei **Dipartimenti di Prevenzione** (come da normativa nazionale) essenziali, sia nello sviluppo di strategie di contrasto alle pandemie per l'organizzazione dei piani vaccinali e del tracciamento, ma anche per tutte le attività di prevenzione, in collaborazione con il Dipartimento Veterinario, i distretti, i Medici di Medicina generale e i Pediatri di libera scelta.

Importante la loro collocazione nelle ASL, il reintegro del personale dal quale sono stati svuotati, la dotazione di strumenti digitalizzati e la realizzazione di almeno **un Laboratorio di sanità pubblica per provincia**;

Osservatorio Epidemiologico regionale

Alla luce dell'esperienza vissuta durante la pandemia Covid, risulta urgente l'istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per consentire la realizzazione di un efficace controllo della pandemia e di una efficace e tempestiva vaccinazione anti COVID-19 (interesse prioritario per una popolazione di 10 milioni di abitanti) utilizzando le numerose strutture sanitarie che già possiedono i requisiti previsti dalla DGR 1587/2005.

SANITÀ TERRITORIALE E ASSISTENZA PRIMARIA

Pur essendo un presidio fondamentale e irrinunciabile, l'ospedale è "una" delle componenti, non più "la" componente delle politiche e degli investimenti sanitari lombardi. L'ospedale deve cambiare la sua funzione, deve divenire più flessibile, più disponibile all'urgenza e, nello stesso tempo, deve poter accogliere in sicurezza tutti i malati che richiedono terapie specifiche.

Al tempo stesso occorre rapidamente procedere allo sviluppo di un sistema capillare di Medicina del Territorio che riporti a unità i servizi territoriali, al fine di

- ricomporre la continuità fra "prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione"
- garantire cure e servizi vicini alla persona e alla sua comunità
- coordinare le risposte a tutti i bisogni

Il rafforzamento e l'innovazione della rete sanitaria territoriale rappresenta anche una opportunità per la rete ospedaliera che ha sofferto e soffre, nella pandemia, sia a livello di pazienti che di operatori, per la marginalizzazione delle attività di prevenzione e di assistenza primaria.

Nel superamento dell'attuale modello la medicina di territorio va riorganizzata secondo una logica di rete basata su centri di aggregazione multidisciplinare e una diffusa articolazione territoriale. L'organizzazione dei servizi di medicina territoriale deve essere improntata a costruire un approccio di processo, che risponda ai bisogni sempre più complessi dei cittadini, attraverso un sistema di presa in carico che pianifichi l'accesso alle diverse prestazioni e servizi necessari ad ogni tipologia di caso. La medicina territoriale deve essere rafforzata come identità, organizzazione e finanziamenti nell'ambito della istituenda ASL.

L' integrazione si costruisce attraverso strumenti comuni di lavoro ad esempio attraverso l'utilizzo di un unico strumento di valutazione multidimensionale sia in ospedale che sul territorio (INTER-RAI strumento per la gestione dei percorsi di cure domiciliari).

Il rilancio dell'azione sul territorio deve seguire due linee:

- Ridefinizione del ruolo e del modo di operare del MMG
- Ridefinizione dell'organizzazione, dei compiti e dell'articolazione dei Distretti

La medicina territoriale dev'essere ricostruita, nonostante le difficoltà incontrate fino ad ora, con poliambulatori, consultori, coordinamento dei MMG

A tale scopo Regione Lombardia deve prevedere un significativo aumento del finanziamento finalizzato a sostenere annualmente e in via ordinaria la medicina del territorio.

LA GOVERNANCE

La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento, controllo e supporto nei confronti dell'Agenzia regionale per il governo della sanità, delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), delle Aziende Ospedaliere (AO), degli IRCCS e degli altri soggetti accreditati, pubblici e privati, che svolgono attività sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Il servizio sociosanitario si articola nei due assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali. L'Assessorato alla Salute garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione e promuove, in collaborazione con l'Assessorato alle Politiche Sociali, la piena integrazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali. All'assessorato alla Salute sono assegnate tutte le risorse finanziarie, strumentali e di personale del SSR.

La Direzione Generale dell'Assessorato alla Salute coordina le due Agenzie: l'Agenzia regionale per il governo della sanità e l'Agenzia della Ricerca e dell'Innovazione. Il Consiglio Regionale approva, su proposta della Giunta, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR), strumento della programmazione sanitaria e sociale. La Direzione Generale alla Salute e l'Agenzia regionale per il governo della sanità provvedono alla sua applicazione.

LE AZIENDE SANITARIE LOCALI (ASL)

Nella nostra proposta le Aziende Sanitarie Locali (ASL) esercitano funzioni di prevenzione, incluse quelle relative alla sicurezza alimentare e alla sanità animale (medicina veterinaria), assicurano ai propri cittadini l'erogazione delle cure primarie e delle prestazioni specialistiche, comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, contemplate dai LEA, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati, erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. Le ASL hanno personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; autonomia che si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione. Gli ambiti territoriali delle ASL coincidono, di norma con i confini provinciali, fatte salve situazioni particolari. Per la Città Metropolitana, invece, è opportuno pensare ad un modello diverso date le sue forti peculiarità demografiche, sociali e per presenza di offerta sociosanitaria.

Le ASL hanno come strumento fondamentale di programmazione il Piano SocioSanitario Territoriale (PSST) che deve essere sottoposto all'approvazione della Giunta Regionale. Inoltre, è vincolante il parere della Conferenza dei Sindaci, chiamati anche alla valutazione dei risultati. Le ASL, nel gestire e coordinare la sanità pubblica e le cure primarie, sono articolate in Distretti sul territorio e organizzate nei seguenti Dipartimenti: Dipartimento di prevenzione medica; Dipartimento di prevenzione veterinaria; Dipartimento assistenza primaria (servizi sanitari di base con il coinvolgimento dei MMG e PLS); Dipartimento per le attività sociosanitarie; Dipartimento di salute mentale; Dipartimento per le dipendenze. Il

Dipartimento di Prevenzione recupera la sua centralità e autonomia economica e organizzativa, assicurando una prevenzione intesa anche come educazione sanitaria della persona e di riflesso all'intera comunità, affinché acquisisca una maggiore consapevolezza sui temi della salute e sui comportamenti utili al miglioramento del proprio benessere psico-fisico. Il Dipartimento di Prevenzione medica è articolato nei seguenti servizi: igiene e sanità pubblica; prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; igiene degli alimenti e della nutrizione; medicina preventiva nella scuola e nelle comunità; epidemiologia. Occorre spostare almeno il 5% del bilancio sanitario dall'erogazione di servizi alla prevenzione. Le ASL e ARPA concordano annualmente un programma d'attività che, nelle rispettive sfere di competenza, abbia come obiettivo il contrasto ai fattori ambientali di rischio e alle loro conseguenze sulla salute della popolazione.

La responsabilità complessiva della gestione delle ASL spetta al direttore generale, nominato dalla Giunta, coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario, dal direttore sociosanitario e dal direttore sociale. Le ASL sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi. Hanno sede presso le ASL le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), i Medici di continuità assistenziale e l'Assistenza Domiciliare Integrata. Afferiscono alle ASL i Presidi di comunità e le Case della Comunità.

LE AGENZIE REGIONALI

La previsione di uno/due Assessorati (uno alla Salute e uno al Sociale) in grado di esercitare un forte ruolo di Indirizzo di governo del SSR e l'abrogazione delle ATS richiede un riordino delle funzioni esercitate dalle stesse per l'attuazione e l'implementazione degli indirizzi forniti dall'Istituzione.

Da qui l'istituzione di due nuove agenzie regionali in aggiunta all'esistente Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo:

- 1) un'Agenzia per l'implementazione degli indirizzi strategici, l'accreditamento e l'acquisto in qualità di ente strumentale ed esecutivo, in staff all'Assessorato, con articolazioni territoriali
- 2) un'Agenzia regionale della Ricerca e dell'Innovazione

L'Agenzia regionale per il governo della sanità, ente strumentale controllato dalla Regione, è istituita allo scopo di razionalizzare e ottimizzare i livelli di efficacia ed efficienza del servizio sanitario regionale. Sono funzioni dell'Agenzia l'implementazione e l'attuazione degli indirizzi degli assessorati in materia di accreditamento e negoziazione, l'acquisto delle prestazioni e dei beni e servizi per le ASL e le Aziende Ospedaliere.

Sarebbe, inoltre, auspicabile che a livello regionale fosse costituito un organismo di consulenza e supporto alle decisioni della Giunta regionale e dell'Assessorato alla Salute, costituito da esperti indipendenti provenienti da diversi ruoli professionali (es. sanitari, bioetica, economia, terzo settore).

Gli ambiti territoriali dovrebbero soprattutto facilitare, in sinergia con le ASL, i percorsi per gli accreditamenti delle strutture sociosanitarie di piccole e medie dimensioni.

Infine, l'Agenzia di controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, per una reale verifica delle attività sanitarie erogate deve avere una propria autonomia e indipendenza dalla governance regionale: va quindi veramente sostenuta e potenziata. È un Organismo tecnico scientifico, terzo e indipendente, istituito con la legge 23/2015, che non è mai stato messo nelle

condizioni di poter operare in maniera efficace. È indispensabile dotare questa struttura delle risorse tecniche ed economiche necessarie per poter operare al meglio.

Valorizzazione ruolo e funzione dei Medici di Medicina Generale

È anacronistico che i MMG come le altre figure dell'assistenza primaria continuino ad operare come professionisti "solitari". L'evoluzione rapida delle conoscenze e della tecnologia, così come la sempre più complessa ed articolata organizzazione delle attività implica che le competenze del singolo professionista, al di fuori di un contesto di confronto e crescita continua, siano destinate ad essere rapidamente superate. Il carico di lavoro e la necessità di dare risposte tempestive ed appropriate rendono necessario l'affiancamento al professionista medico di numerose altre competenze che operino in modo integrato, così come è necessaria la disponibilità di supporti digitali tecnologici e strumentali (dai POCT, Point of Care Testing, alla telemedicina) e un supporto amministrativo che liberi il professionista dalle tante incombenze burocratiche.

La proposta di Recovery Plan ha indicato assistenza di prossimità e telemedicina come un progetto prioritario e l'Accordo 17 dicembre 2020 della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome ha definito le "indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Si ritiene che le forme di associazionismo/aggregazione di MMG siano le più adeguate affinché dei liberi professionisti possano organizzarsi, per dotarsi di supporti logistici ed organizzativi, strumentali, gestionali, di risorse umane ed economiche necessarie per la quotidiana attività.

Occorre che i medici di medicina generale garantiscano ai pazienti:

- l'offerta vaccinale obbligatoria nei propri studi o in altri spazi individuati sul territorio;
- il potenziamento dell'assistenza domiciliare (attualmente ADI e ADP sono a discrezione del curante) con l'obiettivo di arrivare gradualmente al 10% di copertura degli over 65 con risorse già previste nel decreto rilancio del maggio 2020 (2 mld a livello nazionale) e nel recovery plan;
- l'erogazione dei servizi di prescrizione protesica- domande d'invalidità- certificati INAIL- presidi per diabetici-pannoloni;
- una diagnostica di primo livello (ECG -SPIROMETRIA- ECOGRAFIA previa adeguata e prolungata formazione o in telemedicina) e complessa (risorse a copertura per Casa Digitale e Casa della Comunità nel decreto rilancio e nella proposta governativa del progetto Next Generation Eu);
- la presenza di una rete fattiva tra ospedale e territorio.

I Distretti Sociosanitari

Oggi ridotti a una semplice istituzione formale, nella nostra proposta i Distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale delle ASL, sono dotati di autonomia organizzativa e a loro sono affidate le funzioni di:

- governo della domanda e costruzione dei percorsi di presa in carico;
- costruzione, organizzazione e coordinamento dei servizi territoriali sanitario-assistenziali;
- programmazione, gestione e erogazione, con una forte tensione all'integrazione dei servizi sanitari territoriali tra loro e con quelli ospedalieri, oltre all'integrazione con i servizi sociosanitari e sociali.

È necessario, quindi, reintrodurre i distretti con funzioni vere di governo ed erogazione delle prestazioni necessarie a cittadini e pazienti non acuti. Per tale motivo si ritiene indispensabile

prevedere una specifica figura di responsabile con autonomi compiti gestionali identificata come Direttore di distretto, la cui selezione passa da un confronto con i Sindaci.

L'analisi del bisogno di salute attribuita al Distretto seguirà un approccio multidimensionale e multiprofessionale, capace di determinare il piano di cura e assistenziale appropriato alle necessità del singolo individuo per una sua reale presa in carico. L'attuazione ed erogazione delle prestazioni, progettate e programmate, si realizzerà tramite i presidi e le strutture di prossimità (Presidi di Comunità/Case della Comunità), in integrazione con gli altri attori del contesto sociosanitario e sociale. È questa la dimensione per la presa in carico del cittadino. Nel Distretto si realizza la vera integrazione fra professionisti e istituzioni, fra sociale e sanità. Inoltre, è il luogo dove si costruiscono percorsi di vita per persone disabili e non autosufficienti. I Distretti sociosanitari sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, hanno un bacino d'utenza di norma di almeno 60 mila abitanti (come da DL 229/99), ad eccezione delle aree a scarsa densità abitativa; a loro compete anche il ruolo di primo attore nei rapporti con gli Enti Locali.

I distretti devono erogare le seguenti prestazioni:

- certificative: scelta e revoca del medico, medicina legale, rimborsi, astensioni anticipate gravidanza;
- di prevenzione: centro vaccinale, educazione agli stili di vita per promuovere la salute, prevenzione delle malattie infettive;
- di supporto alla fragilità/disabilità: protesica, punto fragilità, punto cronicità;
- diagnostiche: centro prelievi, radiologia;
- di monitoraggio: telemedicina;
- di assistenza diretta a domicilio: infermieri di famiglia, ADI, riabilitazione domiciliare, CP domiciliari;
- alla salute mentale: CPS, NPI, dipendenze;
- specialistiche: ambulatorio specialistico di medio bassa complessità, Cure palliative ambulatoriali, terapia del dolore, riabilitazione;
- per la famiglia: consultori area sanitaria, consultori area psico sociale;
- di medicina territoriale: MMG, PLS.

Alcune prestazioni saranno centralizzate nella sede del distretto altre suddivise tra le UCCP.

Altro fronte da considerare come strategico per la integrazione sociosanitaria e sociale e per il lavoro dei distretti è sicuramente quella delle cure domiciliari, della ADI e della domiciliarità gestita dai Comuni, e non ultima la questione del coordinamento degli orari dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali sul territorio.

L'articolazione territoriale del distretto deve essere capillare sul territorio, identificabile con una sede fisica facilmente accessibile, operante di 7 gg su 7 , da 12 a 24 ore (secondo un modello flessibile che tenga conto delle specificità anche orografiche del territorio oltre che della presenza di altri presidi sanitari).

MEDICINA TERRITORIALE

Case della Comunità

Le Case della Comunità sono un modello assistenziale- organizzativo che accolgono tutta l'assistenza al paziente cronico, le cure primarie e la medicina territoriale. Esse rappresentano il presidio in cui i servizi territoriali trovano concentrazione fisica intorno ai MMG, organizzati secondo forme associative.

Le Case della Comunità hanno natura multidisciplinare e multiprofessionale, sono costituite da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, medici di continuità assistenziale, infermieri, collaboratori di studio, assistenti sociali. Tale modello permette di offrire agli assistiti una maggiore accessibilità, prevedendo la presenza della medicina

generale nella sede di riferimento h12 e un'integrazione con la continuità assistenziale per garantire un'efficace copertura h24. Per un'appropriata medicina di prossimità è indispensabile il potenziamento delle figure sanitarie dell'infermiere di famiglia e comunità, dello psicologo di territorio e dell'ostetrica di famiglia. Le case della comunità hanno un unico obiettivo: rispondere con efficacia ai bisogni assistenziali del territorio, migliorare la salute comune per comune, quartiere per quartiere (Case della Comunità) e persino casa per casa (Case digitali).

Presidi di Comunità

Si tratta di strutture a bassa intensità di cura, diffuse capillarmente su tutto il territorio regionale, loro funzione è garantire la continuità assistenziale con le cure erogate dalle altre strutture del sistema ospedaliero, assicurano il coordinamento fra servizi territoriali e presidi della rete. Erogano prestazioni sia in regime di ricovero (posti letto per subacuti e post acuti), sia in regime ambulatoriale e in Day Hospital. Sono un nodo funzionale della rete di servizi per la presa in carico e la cura di pazienti cronici e con pluripatologie; possono trovare collocazione al loro interno le forme associative della medicina di base, nonché gli ambulatori specialistici, di riabilitazione e gli infermieri di famiglia o di comunità, eventualmente associati.

AFT E UCCP

Al fine di una fattiva medicina territoriale appare necessario istituire UCCP e AFT come da normativa nazionale. Le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali "monoprofessionali", denominate in Regione Lombardia CRT) possono rappresentare l'iniziale modello di "capillarizzazione" territoriale degli studi dei MMG che, se da una parte facilitano l'accesso dei cittadini soprattutto anziani e fragili, devono però trovare una loro collocazione funzionale ed operativa nelle articolazioni operative dei distretti in modo da condividere progettualità comuni coordinate (prevenzione, monitoraggio dei cronici, campagne vaccinali). Le UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) sono il luogo di erogazione di prestazioni sanitarie multiprofessionali e sociosanitarie coordinate con le Case della comunità.

In aggiunta alle attività tipiche le UCCP, in sinergia con le Case della comunità dovrebbero, inoltre, farsi carico della gestione autonoma dell'Attività Domiciliare Integrata (ADI), comprese le fasi di cure palliative oncologiche e non oncologiche, grazie alla presenza di infermieri di famiglia che dovrebbero essere destinati ad operare in tali strutture.

Una nuova assistenza al domicilio

Tassello fondamentale dell'assistenza territoriale sono le cure domiciliari. La nostra proposta prevede la revisione e il potenziamento dell'attuale rete di interventi domiciliari, allineando l'insieme dei supporti offerti ai bisogni delle diverse fragilità, superando la standardizzazione e la durata limitata delle prestazioni per arrivare ad offrire interventi personalizzati, in grado di dare risposte a bisogni sanitari, infermieristici, riabilitativi e, al tempo stesso, differenziati in relazione al soggetto preso in cura (persone con disabilità o anziani non autosufficienti) e all'intero nucleo familiare (caregiver familiari, spesso fragili a loro volta), ribaltando l'attuale logica della domanda che si adatta all'offerta disponibile. Strategica risulta essere l'integrazione con i servizi domiciliari dei Comuni (SAD), unificando accessi, percorsi di valutazione del bisogno e piani di assistenza, attivando, in una prospettiva di sistema, un impianto condiviso di governo, con il coinvolgimento del Terzo Settore. In questa costruzione di un nuovo modello di cure domiciliari il Terzo Settore trova un nuovo spazio: non solo erogatore di servizi, ma anche ruolo attivo nella co-progettazione. Le ADI sono integrate nelle ASL.

Telemedicina

Le nuove esigenze di cura e assistenziali sollecitano la digitalizzazione della sanità, ormai un obbligo sia per il risparmio che può portare all'intero sistema sia per i vantaggi per i pazienti e per la professione medica. L'erogazione dei servizi a distanza e la relativa possibilità di fruire delle prestazioni al proprio domicilio rappresentano un'innovativa opportunità nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, della prescrizione delle terapie e del monitoraggio dei valori per i pazienti, ma, al tempo stesso, a beneficiarne è anche lo scambio di informazioni tra i professionisti. La progressiva estensione delle prestazioni di telemedicina e la sua applicazione a tutti gli ambiti assistenziali in cui può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza, deve essere l'obiettivo del nostro SSSR.

IL RUOLO DEI SINDACI E DEI COMUNI

Con la scelta politica attuata con la l.r. 23/2015 si è consumata in Regione Lombardia la frattura tra la programmazione/gestione del comparto sociale (che prevede un diretto protagonismo dei Sindaci attraverso il Piano di zona) con quell'area di servizi normati dalla legge stessa.

Da una parte si è verificata una spinta forte alla aziendalizzazione e alla costituzione di ATS con ambiti e confini troppo generali e ampi per qualunque politica di integrazione con il territorio, dall'altra la nuova normativa ha ridotto i poteri dei sindaci (riuniti in Conferenze dei sindaci di territori vastissimi e articolati in assemblea di distretto e ambito distrettuale e rappresentati nel confronto con le ATS in Consigli di rappresentanza e in Cabine di regia).

La marginalizzazione del ruolo dei Sindaci nella programmazione sanitaria e sociosanitaria determinata ha impedito una pianificazione unitaria, contribuendo ad alimentare la frammentazione e la disomogeneità della rete d'offerta. I Comuni, non essendo prevista alcuna possibilità di confronto con le ASST, sono stati di fatto esclusi anche dalla interlocuzione sui loro servizi. Inoltre, non sono stati attuati, se non in pochissime aree, quei presidi come i PreSST fondamentali per il presidio dei territori e il dialogo con la programmazione sociale, che dovevano favorire il processo di integrazione e si è pertanto evidenziata una distanza maggiore fra i Comuni e gli enti sanitari.

È fondamentale coinvolgere i Sindaci, primi interlocutori dei cittadini, per la loro conoscenza profonda del territorio e per il fondamentale ruolo che possono rivestire nella costituzione della continuità assistenziale e nella valutazione dei vari percorsi di salute. Nella nostra proposta di legge alle Assemblee dei Sindaci, viene attribuito un nuovo ruolo cogente di Programmazione sociosanitaria e di Valutazione dell'operato dei Direttori generali delle ASL esercitando un ruolo attivo nelle decisioni che riguardano l'assistenza sociosanitaria del territorio che amministrano.

Viene istituito un Comitato di Indirizzo regionale, composto dai Sindaci delle città capoluogo di provincia e da Sindaci scelti dall'Assemblea ANCI, per l'interlocuzione e la formulazione di proposte verso le Agenzie regionali. Il Comitato di indirizzo esprime inoltre parere vincolante sul PSSR.

Le Conferenze dei Sindaci esprimono parere vincolante per l'approvazione dei piani strategici aziendali (PSA) delle AO e sui piani socio-sanitari territoriali (PSST) delle ASL. Il ruolo più pregnante su programmazione e scelte strategiche si declina nella formulazione del parere vincolante del Consiglio delle Autonomie Locali in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera, definita dalla Giunta regionale. Inoltre, la stessa nomina dei Direttori Generali di ASL e Aziende Ospedaliere prevede l'intesa con le Conferenze dei Sindaci. I Sindaci sono altresì coinvolti nella valutazione dei risultati delle AO e ASL. I Comuni, come già detto, hanno un ruolo attivo nei Distretti, anche nella costruzione dei percorsi di presa in carico.

LA RETE OSPEDALIERA

La rete delle strutture ospedaliere pubbliche e private è organizzata per intensità di cura e prevede:

- ◆ **Centri ad elevata intensità e complessità di cura** pubblici e privati, uniformemente diffusi su tutto il territorio regionale dotati di un Dipartimento di Emergenza ad Alta Specialità (EAS); vi sono concentrate le maggiori tecnologie e le equipe specializzate per gli interventi a più elevata intensità e complessità. A questi Centri si unisce la rete degli **Istituti di Ricerca a Carattere e Cura Scientifica** pubblici e privati generalisti o monospécialistici, il cui status è attribuito dal Ministero della Salute.
- ◆ **Ospedali di Riferimento:** strutture con funzioni di hub dotate di DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione) e di tutti i servizi sanitari ad alta intensità che garantiscano assistenza e prestazioni specialistiche.
- ◆ **Ospedali di Territorio,** ove non inseriti per esigenze territoriali nelle ASL, sono strutture con funzione spoke a media intensità di cura, dotate di Pronto Soccorso e dei servizi essenziali, oltre che di letti per subacuti.

Relativamente alle attività di cura acuta, gli ospedali saranno in rete all'interno di una compiuta logica, sia di collaborazione orizzontale, sia di suddivisione delle vocazioni, capace di garantire a ogni unità operativa le competenze, la concentrazione delle tecnologie, l'incremento della sicurezza e della qualità delle cure. La pianificazione per le attività di cura subacuta e riabilitativa garantirà: appropriata continuità assistenziale con le cure acute; l'organizzazione della riabilitazione per complessità e intensità di cura, integrandola con le cure primarie nell'ambito distrettuale; complementarità e coerenza programmatoria tra cure intermedie, riabilitazione e strutture sociosanitarie. Lo strumento di pianificazione delle Aziende Ospedaliere è il Piano Strategico Aziendale (PSA). La responsabilità complessiva della gestione delle AO spetta al direttore generale, nominato dalla Giunta, coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le AO sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alle prestazioni erogate, alla loro appropriatezza e ai risultati di salute, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e all'accessibilità ai servizi. Vanno inoltre costruiti sistemi di maggior trasparenza e facilità di lettura nei bilanci delle AO.

COINVOLGIMENTO DELLE UNIVERSITA'

La formazione universitaria rappresenta uno dei principali motori di competitività e di crescita di un Paese, contribuisce allo sviluppo del capitale umano, alla promozione ed alla diffusione di nuove conoscenze e favorisce il contrasto alle disuguaglianze sociali.

Appare necessario ridare vita a una reale collaborazione tra gli istituti universitari e il SSN. Il D.Lgs. 517/1999 norma i rapporti tra SSN e università, riunificando in un unico modello, l'Azienda ospedaliero-Universitaria (AOU), le funzioni di assistenza, ricerca e didattica.

Le Linee guida nazionali ribadiscono la partecipazione attiva degli atenei alla programmazione sanitaria regionale. Le università devono poter avere un ruolo fondamentale attraverso la partecipazione al processo formativo dei piani sanitari regionali, e concorrere, ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. del 24 maggio 2001, all'elaborazione dei medesimi relativamente alle esigenze didattiche e di ricerca biomedica, anche estese alla formazione specialistica, infermieristica, tecnica, riabilitativa e prevenzionale.

Inoltre, prima dell'adozione o dell'adeguamento del piano sanitario regionale, le regioni, che sono tenute ad acquisire formalmente il parere delle università sedi della facoltà di medicina e chirurgia ubicate nel territorio della regione di riferimento, dovrebbero sottoporre i predetti pareri anche alle commissioni consiliari di riferimento. I rapporti normativi tra Regione Lombardia ed Università lombarde con Facoltà di Medicina sono attualmente disciplinati dalla Legge del Consiglio Regionale N.170 del 28 novembre 2017, che modifica il Titolo terzo della Legge Regionale 33/2009, negli articoli che vanno dal 28 al 35. Si tratta di un corposo articolato che in diversi punti di particolare importanza risulta totalmente inapplicato. È fondamentale che venga stipulato il fondamentale "Protocollo d'Intesa tra la Regione e le Università", che disciplina lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca.

La ricerca universitaria in ambito medico deve essere un punto fondamentale per lo sviluppo regionale in collaborazione non solo con l'Agenzia regionale per l'Innovazione precedentemente descritta, ma anche con l'Agenzia Nazionale per la ricerca, istituita con la legge di bilancio 2020, dotata di autonomia statutaria, organizzativa, tecnico-operativa e gestionale. La collaborazione con la ANR diviene indispensabile per lo sviluppo della ricerca alla luce del fatto che la nuova Agenzia ha l'obiettivo di promuovere il coordinamento delle attività di ricerca di università, enti e istituti di ricerca pubblici, incrementando la sinergia e la cooperazione tra di essi e con il sistema economico-produttivo, pubblico e privato e promuove e finanzia progetti di ricerca da realizzare in Italia ad opera di soggetti pubblici e privati, anche esteri, altamente strategici per lo sviluppo sostenibile e l'inclusione sociale.

SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL SSSR

Un sistema complesso è influenzato dalle modalità di finanziamento. Regione Lombardia ha sempre privilegiato il finanziamento delle attività svolte piuttosto che i risultati raggiunti. Questo anche perché è più semplice identificare il processo che valutarne i risultati. Abbiamo invece bisogno di costruire un percorso che ci avvicini progressivamente ad un nuovo approccio al finanziamento delle strutture di offerta sanitarie e sociosanitarie. Un meccanismo che riesca a valorizzare gli outcome e i risultati di salute e non solo le attività svolte, anche immaginando percorsi di valutazione che vanno oltre le singole unità di offerta. Questo cambiamento è indispensabile per evitare che l'unico parametro di riferimento sia l'efficienza dei sistemi e non la loro efficacia. L'exasperata attenzione all'efficienza porta come conseguenza una smisurata attenzione al taglio dei costi e ad una sottovalutazione degli obiettivi di qualità raggiunti.

LE NOMINE

Il fallimento della l.r. 23/2015 si deve anche all'inadeguatezza di alcune delle figure che l'hanno applicata. Oggi il sistema sanitario lombardo prevede che la nomina dei Direttori Generali avvenga a seguito di una selezione preceduta da avviso pubblico, destinato esclusivamente a coloro che risultano iscritti nell'elenco nazionale degli idonei, diretta alla formazione di una rosa di candidati (*short list*) da proporre poi al Presidente della Regione. La valutazione dei candidati è effettuata per "titoli e colloquio" dalla commissione regionale, nominata dallo stesso Presidente. Il colloquio non è tuttavia garanzia di trasparenza delle scelte; è necessario che le nomine siano guidate da principi di trasparenza e merito. La short list deve essere una graduatoria per competenze.

IL PRIVATO ACCREDITATO

La pandemia ha portato drammaticamente allo scoperto una serie di limiti e criticità e una di queste riguarda la peculiarità di un modello che vede la concorrenza tra ASST ed erogatori

privati accreditati. Una concorrenza che ha generato problemi nell'assegnazione dei budget, nel controllo delle prestazioni erogate, nel garantire la programmazione regionale, l'omogeneità dei servizi e la loro universalità. La progressiva terziarizzazione dei percorsi di cura e assistenza non ha riguardato solo la rete ospedaliera ma anche l'area di offerta extraospedaliera (si veda l'area della E/U territoriale gestita da AREU) e l'area sociosanitaria (si pensi al rapporto fra erogatori pubblici e privati nel settore ad es. delle RSA/RSD).

Negli anni l'equiparazione fra pubblico e privato, la carenza di controlli, regolata da meccanismi di mercato, ha finito per favorire la parte più allenata alla concorrenza e al raggiungimento di obiettivi aziendali attraverso l'erogazione di prestazioni più remunerative che, pur se di alto livello di innovazione e complessità, hanno relegato al pubblico le prestazioni che producono salute, ma offrono una minore redditività.

Esiste una grande varietà di privati accreditati. Il privato accreditato e contrattualizzato con il SSR, svolge la propria attività nell'ambito della programmazione regionale e risponde agli obiettivi di salute pubblica definiti dalla Regione.

In merito alla necessità di indurre nel sistema, programmazione, regole e controlli efficaci a riportare i soggetti privati accreditati nell'alveo della programmazione regionale, della soddisfazione dei bisogni di salute e dell'appropriatezza degli interventi occorre:

- ricondurre alla Regione non solo le funzioni di programmazione e indirizzo, ma anche quelle di accreditamento come strumento di governo dell'offerta;
- rivedere il percorso di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione e le regole di ingaggio in una logica di collaborazione e complementarità fra pubblico e privato e non di concorrenza e sostituzione;
- riconsiderare il sistema di remunerazione al fine di finalizzare i budget anche ai risultati di salute e alla valutazione delle performance;
- prevedere, in capo alla struttura pubblica, un sistema efficace di controlli sul rispetto degli accordi contrattuali e sulla efficacia e appropriatezza delle prestazioni (delle strutture pubbliche e private accreditate) in regime di ricovero e ambulatoriali, provvedendo anche all'istituzione di un sistema di informazione che ne dia evidenza in modo accessibile e trasparente.

LA SALUTE MENTALE

La pandemia Covid-19 e le conseguenti misure di distanziamento sociale hanno fatto emergere tutte le debolezze e le difficoltà di tenuta psicologica delle persone; un fenomeno questo che ha coinvolto davvero molti cittadini e sta interessando non solo figure fragili e già in carico ai servizi, ma fasce sempre più ampie di popolazione. Il tema della salute mentale e della cura, sottovalutata per risorse, posti letto, formazione, servizi erogati e, in sostanza, praticamente dimenticata dalla riforma Maroni, deve tornare ad essere una delle priorità nell'agenda politica.

Il primo rischio è considerare gli specialisti come erogatori di molecole, cioè di pensare che la salute mentale si affronti in dimensione prettamente farmacologica; il secondo è che si ritorni all'istituzionalizzazione e alla sanitarizzazione del problema, cioè si torni a prima della legge Basaglia (1978). Per questo bisogna andare verso interventi di socialità mirati e specifici sulle diverse patologie, non separare il sociale dal sanitario, seguire le persone con frequenza, arginare le tentazioni di controllo sociale e di insinuazione di paura fra gli operatori, coinvolgere le famiglie, riconoscere la figura del supporto fra pari come nuova modalità di mutuo aiuto.

In particolare, la situazione dei servizi di neuropsichiatria infantile è oggi, a dir poco, tragica. In un sistema di eccellenza non può accadere che per una prima visita le famiglie debbano aspettare 12 / 18 mesi. I servizi devono essere dotati di specialisti in grado di rispondere in

tempi certi e celeri, devono essere collegati con enti e strutture territoriali autorizzate che garantiscano interventi coordinati e continuativi successivi alla diagnosi, in stretta correlazione con gli organismi sanitari e con le realtà sociali di inclusione dei minori.

Un caso specifico, urgente e preoccupante è rappresentato dalla situazione degli adolescenti con patologie psichiatriche. La carenza di posti letto dedicati negli ospedali, l'esiguo numero delle strutture di medio ricovero, la mancanza di interventi domiciliari o di prossimità fanno ricadere spesso il peso totale della gestione sulle famiglie, con evidenti e gravi conseguenze di burnout di genitori e fratelli.

Infine, si deve modificare, per non dire costruire, un servizio di accompagnamento dalla neuropsichiatria infantile ai servizi psichici per adulti. Significativa è la situazione in cui si vengono a trovare giovani disabili psichici al compimento del diciottesimo anno, poiché si trovano di fronte alla fine del supporto pubblico e spesso resta solo il settore privato e le scarse risorse dei servizi territoriali per la salute mentale.

Consultori familiari

Bisogna incentivare e sostenere la presenza e il potenziamento dei consultori Consultori familiari in quanto presidi socio- sanitari territoriali. L'attività consultoriale si configura come un servizio rivolto al singolo, alla coppia, alla famiglia nei suoi vari componenti, alle comunità, alle organizzazioni sociali ed è organizzato in modo da essere parte integrante delle prestazioni fornite dal gruppo di lavoro socio-sanitario del territorio. I consultori familiari, non adeguatamente finanziati e sostenuti da Regione Lombardia, devono riprendere il ruolo di punti di riferimento per gli utenti non solo per l'ambito sanitario (contraccezione e consulenza preconcezionale, diagnosi precoce dei tumori femminili, gravidanza e nascita, allattamento, interruzione volontaria di gravidanza, menopausa, promozione della salute), ma anche per l'ambito psicologico (mediazione familiare, sostegno psicologico o sociale individuale, di coppia e familiare, sessualità, sostegno alla genitorialità, spazio giovani, incontri di gruppo). Inoltre, il servizio consultoriale deve acquisire, anche al fine di una corretta e proficua programmazione regionale dei servizi, tutti i dati epidemiologici individuali e generali raccolti nell'esercizio delle sue funzioni.

Farmacia di servizi

I patti per la Salute fra Stato e regioni negli ultimi anni hanno messo in evidenza la funzione della farmacia dei servizi come parte del Servizio sanitario nazionale e di quelli regionali: sarebbe interessante affidare alla rete delle farmacie la somministrazione dei test antivirali, HIV, Covid, papilloma virus etc., e mantenere un rapporto fra Case della comunità e rete delle farmacie anche per il monitoraggio sull'aderenza alle terapie e sul consumo dei farmaci da banco, soprattutto da parte degli anziani. Nelle farmacie bisognerebbe aumentare il numero dei servizi disponibili e le funzioni previste dalla normativa, ma ancora inesprese.

Il contributo della farmacia dei servizi alla sostenibilità del SSN consiste nella possibilità di ridurre sprechi e inefficienze, migliorare il sottoutilizzo di prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, in particolare favorendo l'aderenza terapeutica nei pazienti cronici e gli interventi di prevenzione, contribuendo a ridurre le complessità amministrative e al miglioramento del coordinamento dell'assistenza tra vari setting assistenziali, in particolare tra ospedale e cure primarie.

Consulta Terzo settore

All'interno delle ASL vengono istituite le Consulte del terzo settore che coinvolgono le associazioni dei pazienti e dei volontari. La valutazione e l'adesione ai tavoli è gestita dalla conferenza dei Sindaci delle ASL. La Consulta, oltre a fungere da organismo di

coordinamento tra le associazioni che ne fanno parte, è chiamata ad esprimere un parere non vincolante sul PSST. Le Consulte nascono col fine di reinterpretare la sussidiarietà orizzontale rendendo più semplice la collaborazione tra Terzo Settore, Pubblica Amministrazione e rappresentanze sociali (soprattutto attraverso progetti di coprogettazione su temi delle prospettive economiche, sociali, territoriali e di comunità).

Associazioni di pazienti

Le Associazioni di pazienti sono i soggetti portatori dei bisogni e delle attese dei malati nei confronti delle strutture sanitarie e dei decisori politici; la loro presenza attiva consente di avviare politiche mirate, ricerche e interventi di assistenza a beneficio di tutto il servizio sanitario e socioassistenziale. Il bagaglio di esperienze e conoscenze, di cui sono portatrici, complementare a quello del medico, è fondamentale per affrontare correttamente la malattia. Si tratta di un grande patrimonio che può offrire un importante contributo nella definizione delle politiche sanitarie e nella loro attuazione. Occorre prevedere una partecipazione sistematica delle Associazioni dei pazienti e di volontariato ai processi decisionali su percorsi diagnostico-terapeutici, processi assistenziali e di cura, accesso ai farmaci, politiche sociali di sostegno e promozione della qualità di vita.

Medicina d'iniziativa e medicina di genere

Per migliorare la qualità dell'assistenza sociosanitaria il sistema regionale delle cure primarie prevede il coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure e la proattività degli interventi. I competenti servizi delle ASL promuovono nelle persone e nelle loro reti familiari e sociali (anche tramite gli MMG), lo sviluppo di consapevolezza, competenze, capacità di auto-cura e mutuo aiuto reciproco. Senza dimenticare che per garantire appropriatezza e personalizzazione delle cure è indispensabile un approccio che tenga conto delle numerose differenze osservate tra donne e uomini.

È necessario applicare i contenuti dell'articolo di legge "Applicazione e diffusione della medicina di genere nel servizio sanitario nazionale" e dei decreti attuativi conseguenti, con attenzione ad evidenziare i rischi per donne e uomini e persone di altra identità sessuale o di genere, organizzando ovunque un sistema sanitario territoriale ed integrato con gli altri servizi essenziali. In particolare potenziare la prevenzione a misura di donna che riguarda le patologie a più alto impatto sulla salute della popolazione femminile e controllo dei fattori di rischio specifici tra cui la violenza contro le donne ed il burnout da doppi carichi di lavoro. Vanno per questo rilanciate, attraverso i Consultori, attività rivolte alle donne in tutti i servizi ospedalieri e territoriali. Devono essere resi più sicuri e certi i percorsi per l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza e rispettosi delle scelte delle donne, in tal senso è da garantire la possibilità di fruire del regime ambulatoriale per l'aborto farmacologico.

Disabilità e non autosufficienza

L'interruzione, più o meno marcata, delle prestazioni di cura sociale ha prodotto diverse difficoltà soprattutto per le fragilità più gravi: disabilità e non autosufficienza. È importante supportare i comuni e le organizzazioni sociali che si occupano di questi servizi e investire su nuovi protocolli per la cura attraverso un ramificato sistema territoriale di presa in carico ed equipe di prossimità. In merito all'area anziani è necessario rafforzare i servizi domiciliari in modo da contenere i rischi.

Per la cura della disabilità è necessario sviluppare un progetto di vita individuale. Serve una valutazione accurata di ogni singolo per consentire una realizzazione "sartoriale" dei servizi,

cuciti addosso alle singole necessità, senza sprechi, ma con azioni efficaci e soprattutto appropriate. Passare da una visione di prestazioni singole ad una sorta di possibilità di rendere componibile il progetto che agisce per obiettivi e per processi congrui. Sempre su questo tema occorre associare una politica seria, strutturata e continuativa legata all'abbattimento delle barriere architettoniche e mentali.

Per la cura sia della disabilità che della non autosufficienza si deve investire maggiormente nei territori, con modelli di Equipe sociosanitarie ed educative che coinvolgano varie figure professionali (Assistente Sociale, Infermiere, Educatore esperto di nuove tecnologie etc.) con l'obiettivo di monitorare, verificare ed accompagnare ove necessario costantemente le situazioni dei singoli cittadini, famiglie e contesti. Questo permetterebbe anche una gestione più efficace della vulnerabilità strutturale o occasionale, della cronicità, dell'autosufficienza fuori dagli ospedali o dalle grandi strutture residenziali. Questa attività di cura sociale può essere garantita solo se vengono coinvolti i comuni, gli enti territoriali e le comunità. Inoltre, devono essere previsti servizi speciali per disabili per problemi di odontoiatria e oculistica, oltre che per ricovero ospedaliero.

Attraverso le dimissioni protette devono essere garantiti interventi domiciliari a supporto dei caregivers, anche tramite il servizio degli infermieri di quartiere/ comunità, oltre che con la presenza di educatori domiciliari.

UNITA' DI OFFERTE SOCIO SANITARIE

La recente pandemia ha dimostrato che in tutto l'Occidente un elevato numero di decessi si è concentrato nelle RSA. Al netto del colpevole atteggiamento di alcuni dirigenti di RSA lombarde che hanno amplificato il problema, impedendo l'uso dei DPI al personale di assistenza, comunque l'infezione ha trovato terreno fertile per espandersi. La disposizione regionale di trasferirvi persone anziane affette da COVID19 provenienti dagli ospedali, prima di avere la certezza che non fossero più infettanti, ha amplificato la tragedia. Tuttavia, anche in altre nazioni le residenze per anziani sono state luoghi di diffusione della pandemia per persone molto anziane e con numerose patologie, che non possono essere gestite all'interno di strutture che non sono in grado di garantire la salute dei loro ospiti. Il distanziamento sociale nell'attuale e prevalente modello architettonico di RSA è irraggiungibile tanto che anche nei periodi di influenza stagionale gli anziani si infettano con elevata frequenza e muoiono.

Bisogna distinguere in prima istanza gli anziani non autosufficienti e quelli parzialmente autosufficienti da quelli ancora autosufficienti e pensare a politiche integrate con i sistemi di welfare locale e con politiche dell'abitare innovative. Per le persone autosufficienti con necessità di assistenza minima e intermedia serve un sistema organizzato di Unità Territoriali Infermieristiche, che abbiano come riferimento il Medico di Medicina Generale (MMG) per la gestione clinica, che si rechino a casa per monitoraggio condizioni cliniche e per esami e che collaborino con assistenti sociali territoriali per ricevere servizio a domicilio di cui necessitano. Per le persone ancora autosufficienti con necessità di assistenza elevata è necessaria l'elaborazione di politiche abitative dedicate, ad esempio pensando di prevedere ai piani terra degli edifici di nuova costruzione una quota da destinare per alloggi protetti per gli anziani del quartiere, con anche la previsione di un servizio di "badante" in comune coordinato dagli assistenti sociali territoriali. Per l'assistenza di queste persone le unità territoriali infermieristiche (UTI) devono avere come riferimento il Medico di Medicina Generale (MMG) della persona che assistono per modificare la gestione clinica in base al cambiamento delle condizioni sanitarie. Per le persone non autosufficienti occorre ripensare le attuali RSA troppo affollate, prevedendo forme di gestione che consentano standard abitativi e di vita di maggiore qualità. Per ognuno serve un servizio di assistenza adeguato,

sulla base delle condizioni cliniche e cognitive, per ricevere la fisioterapia necessaria, e stimoli adeguati a evitare un rapido deterioramento cognitivo, deve essere sempre garantita la sua dignità. Ogni comune, sulla base del numero di residenti anziani non autosufficienti, dovrebbe recuperare spazi per le sue RSA e edifici dismessi di sua proprietà o acquisiti tramite donazioni, che siano preferibilmente collegate con il sistema di trasporto pubblico.

È necessario, inoltre, incentivare una filiera che integri i sistemi della presa in carico della cronicità e della fragilità; questo ruolo potrebbe essere rappresentato dalla figura di un case manager che possa dare garanzie di professionalità, competenza e vicinanza. Questa figura avrebbe il compito di seguire il percorso dell'anziano passo dopo passo calibrando gli interventi sulla base delle autonomie della persona in stretta connessione con il sistema ospedaliero e mettendo in rete tutti i servizi. Prendersi cura delle persone fragili significa prendersi in carico anche tutto il suo sistema familiare; le famiglie, sempre più disorientate, non vanno più lasciate sole ma vanno rese partecipi e responsabili di questo processo. La figura del case manager potrebbe essere di aiuto anche in questo senso; potrebbe garantire quella vicinanza di cui le famiglie hanno profondamente bisogno e fortemente diritto. Per realizzare questa proposta di sistema, che renda dinamici e innovativi i servizi esistenti, serve una guida regionale che investa nuovi fondi. In quest'ottica le RSA potranno trasformarsi, opportunamente adattate, in una sorta di Centri di Servizio in grado di garantire, oltre che una residenzialità importante, una serie di proposte di "welfare leggero" rispondenti ai bisogni di assistenza quotidiana, di vicinanza, di relazione sociale. Le RSA, quindi, riassumerebbero un ruolo sociale all'interno delle comunità territoriali. Questa trasformazione valorizzerebbe, inoltre, ciò che la pandemia ha sviluppato in termini di digitalizzazione e utilizzo delle tecnologie, non solo per la comunicazione con l'esterno ma anche e soprattutto per la telemedicina.

Con gli stessi criteri andrebbero riorganizzate le RSD (Residenze Sanitarie per Disabili).

I CSE - Centri Socio Educativi offrono, invece, servizi diurni in strutture semiresidenziali, finalizzati all'autonomia personale attraverso interventi socio-educativi e socio-animativi svolti da personale altamente qualificato. È necessario fare in modo che nei CSE in cui sono accolte persone con disabilità totale o parziale, la cui fragilità non è compresa tra quelle riconducibili alle caratteristiche previste dai servizi a prevalenza socio-sanitario, vi sia la concreta possibilità di avere, ove necessario, assistenza sanitaria in armonia con la riforma della medicina territoriale.

La stessa assistenza deve essere incentivata per i Centri Diurno Disabili (CDD), strutture che accolgono, in regime diurno, persone disabili gravi di età superiore ai 18 anni. I CDD sono un'unità di offerta semi-residenziale per persone con disabilità, che devono assicurare l'erogazione delle prestazioni sulla base di Progetti Individualizzati messi a punto con il coinvolgimento delle famiglie. Proprio in coerenza con la classe di fragilità, devono essere garantite le attività socio-sanitarie ad elevato grado di integrazione, attività educative e riabilitative.

Formazione Educazione Continua in Medicina (ECM)

È fondamentale rivedere e razionalizzare la formazione continua del personale sanitario attraverso gli ECM (per quanto di competenza regionale), settore fondamentale che deve essere completamente ripensato e riprogrammato in ambito formativo. Questa tipologia di formazione che coinvolge ogni anno decine di migliaia di operatori in ambito sanitario e sociosanitario è di fatto diventato un obbligo per tutti i professionisti del Welfare.

Attraverso un'attenta attività di analisi della programmazione formativa centrale e periferica e di rivalutazione degli accreditamenti delle Agenzie formative, soprattutto private, dovranno essere risolte le sovrapposizioni e le frammentazioni attualmente in atto tra la

Programmazione Regionale (gestita attraverso l'Ente di Formazione Regionale-Accademia Polis) e quella organizzata a livello periferico (gestite dagli Uffici per la formazione permanente a livello di ciascuna ATS e ASST). Sulla base di recenti esperienze positive (ad es. nel settore delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore) ciò consentirà non solo di garantire una maggiore omogeneità nei progetti formativi regionali, soprattutto in quelli pluriennali e relativi a settori strategici, ma anche importanti economie di scala, garantendo, allo stesso tempo, una crescita culturale costante da parte di tutto il personale.

Particolare attenzione dovrà essere posta in alcuni ambiti formativi che portano alla certificazione del personale sanitario (in particolare gli infermieri e i medici) abilitato ad operare in reti strategiche regionali, ad esempio quello della E/U.

MEDICINA DI MONTAGNA

Da tempo si riconosce la necessità di una medicina specifica per i territori di montagna, fondata sul presupposto che il territorio montano abbia caratteristiche (ad es. particolare morfologia del territorio e distribuzione della popolazione) tali che rendano l'assistenza sociosanitaria più difficoltosa rispetto ad altre zone. La prima problematica rilevante è quella della mancanza di personale sanitario, che dovrebbe essere incoraggiato a lavorare nella sanità provinciale grazie ad incentivi di carriera e alla formazione in loco. Appare opportuno favorire l'impiego in loco di personale medico specializzando o già specializzato attraverso incentivi economici quali borse di studio aggiuntive e/o fondi economici mirati.

Bisogna necessariamente uscire da una visione "ospedalocentrica" per riprogettare tutta la sanità provinciale, pensando al territorio non come ostacolo, ma come a una risorsa da utilizzare appieno, anche attraverso strutture intermedie e il potenziamento e la distribuzione sul territorio dei distretti sociosanitari, che devono diventare il punto di riferimento della popolazione. La marginalità di alcune zone obbliga a ripensare alla rete delle unità d'offerta sociosanitaria, alle modalità di accesso e a prevedere un incremento dei posti a contratto. Anche lo stesso sistema tariffario deve tener conto della specificità montana, per esempio nell'ambito dell'assistenza domiciliare o nell'accesso ai centri diurni.

Qualunque progetto di Sanità di Montagna deve necessariamente coinvolgere il territorio e i suoi rappresentanti. Vanno previsti aiuti ad hoc ai Comuni tali da permettere ai medici di base e ai pediatri di usufruire di ambulatori comunali opportunamente attrezzati, diffusi e dotati di linee informatiche adeguate e funzionanti. È necessario puntare su un modello di sanità maggiormente remunerata, perché è utile ricordare che anche la sanità, come tutti i servizi, in montagna costa di più. A tal proposito, i finanziamenti che contribuiscono alla determinazione della spesa sanitaria per il territorio montano devono tener necessariamente conto degli indici di premialità, che oltre a prevedere le classi d'età, il numero di abitanti, la spesa storica devono essere parametrati sulla base delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, delle condizioni di svantaggio strutturale derivanti dalla bassa densità di popolazione, oltre che dall'indice di dispersione territoriale e anche dagli altri fattori concorrenti di disagio socio-demografico.

La telemedicina, già evidenziata nei precedenti paragrafi, e più in generale dell'uso degli strumenti digitali per assistere le persone a domicilio, deve entrare nell'agenda politica regionale soprattutto nell'ambito della "Sanità di Montagna".

Infine, una caratteristica propria dei territori montani è l'utilizzo dell'elisoccorso, caposaldo fondamentale del primo soccorso complesso. Per migliorare l'efficienza di questa particolare modalità di intervento bisognerà abilitare al volo notturno il maggior numero di piazzole già attualmente disponibili sul territorio e migliorare - razionalizzare - le postazioni delle auto mediche sia per quanto riguarda la localizzazione che per la composizione degli equipaggi, tenendo ovviamente presente le risorse economiche disponibili. Per il soccorso prettamente

alpino andranno incentivate le collaborazioni con gli altri enti preposti e dotati di mezzi simili, come la Guardia di Finanza.

CITTA' METROPOLITANA

ATS ha dimostrato ulteriori limiti e debolezze per la Città di Milano e l'Area Metropolitana per la dimensione, la densità abitativa, la complessità e numerosità delle unità di offerta presenti e con particolari ripercussioni per i dipartimenti di prevenzione e di cure primarie e per i distretti.

ATS Milano città metropolitana più ATS Lodi è sovradimensionata poiché conta circa 3.500.000 abitanti (quasi come la Toscana) con personale inferiore a quello delle 4 ASL di origine e hanno dovuto gestire (in modo chiaramente insufficiente) il contact tracing con l'obiettivo di condurre un'indagine epidemiologica che coprisse almeno il 95% dei casi. La Lombardia, la più colpita in marzo e aprile/2015, non è mai riuscita a raggiungere questo obiettivo, neppure nei mesi di giugno luglio e agosto, allorquando il numero dei casi di infezione era crollato.

È necessario che la città di Milano abbia un'unica Azienda sanitaria con all'interno i suoi dipartimenti e suddivisa in distretti riconducibili, in linea di massima, ai 9 municipi.

L'assetto istituzionale non esclude la costruzione di una rete infrastrutturale per presidi e servizi nell'area milanese e metropolitana per garantire un utilizzo omogeneo delle funzioni (es. la presa in carico del paziente cronico, con comorbidità, fragilità e disabilità).

Circa la dimensione dei distretti oltre a quanto previsto dalla normativa (numero abitanti x distretto) occorrerà tenere presente due peculiarità: la Città metropolitana e nello specifico la Città di Milano (immaginiamo distretti che, come estensione territoriale massima, non possano superare quella dei singoli 9 Municipi) e le aggregazioni dei comuni, delle Aziende sociali e dei Piani di zona presenti nel resto del territorio provinciale milanese. Una ridefinizione dei confini attuali degli ambiti dei Piani di zona potrà avvenire solo di concerto tra politiche sanitarie e sociali territoriali, come già chiesto con documenti formali da Anci.