

- **La pandemia ha evidenziato le debolezze del nostro sistema salute, anzitutto, dal lato della sanità di territorio e dell'assistenza di prossimità.**

La transizione nella sanità lombarda dell'asse assistenziale verso il territorio non è stata realizzata. Il che non è dipeso solo da un difetto d'attuazione del mandato legislativo, ma dall'impianto stesso della legge di riordino del 2015, che perciò va modificato.

CGIL  
CISL  
UIL

## LA CURA

DELLA SANITÀ LOMBARDA

# COMINCIA DAL TERRITORIO

Intervento introduttivo

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

## È necessario intervenire sulla legge regionale:

- riordinando la **governance del SSL**
- riorganizzando la sanità territoriale con al centro il **Distretto** per costruire una sola, integrata ed efficace rete dei servizi sanitari e socio-sanitari
- sviluppando la **continuità di cura ospedale-territorio** e la presa in carico
- promuovendo **innovazione nei modelli organizzativi e di servizio** in ambito sociosanitario.

## Ma dovranno essere affrontati anche due altri temi:

- il **rapporto pubblico/privato** nel SSL
- il **potenziamento degli organici della rete territoriale.**

## Inoltre la modifica della l.r. 23/15 che auspichiamo deve:

- **essere rapidamente cantierabile e attuabile** ("sperimentare" per altri 5 anni modifiche dei soli perimetri e delle tassonomie aziendali del SSL non sarebbe sostenibile)
- **definire tempi e obiettivi** riorganizzativi e di potenziamento strutturale del sistema
- **avere determinate le risorse** destinabili ai percorsi riorganizzativi e di rafforzamento del SSL (a isorisorse non si fanno riforme)



## LA GOVERNANCE DEL SSL

- **Un solo Assessorato** per la gestione unitaria delle:
  - 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).

**La DG welfare** dovrà essere rafforzata con adeguate competenze e risorse organizzative e umane per sviluppare temi importanti: prevenzione, igiene e salute pubblica, innovazione e valutazione delle tecnologie in sanità, monitoraggio delle politiche e della qualità delle cure (concentrandosi anche sugli esiti clinici e non più solo sulle singole prestazioni erogate)



## LA GOVERNANCE DEL SSL

Ci siamo riferiti alle nomenclature esistenti pur non sentendoci ad esse vincolati, stante che una rivisitazione anche dei perimetri su basi di maggiore adeguatezza rispetto a funzioni e popolazione di riferimento è necessaria.

- **ATS**, con funzioni di PAC;
- **ASST** con articolazione in due poli:
  - **specialistico-ospedaliero**
  - **ambulatoriale-territoriale**

che svolgono l'attività erogativa con una allocazione distinta di budget e responsabilità, e il conseguente potenziamento di autonomia e ruolo di DS e DSS.



## LA GOVERNANCE DEL SSL

- **ASST/Distretti erogativi.** Costituzione di un nodo organizzativo territoriale all'interno della DSS delle ASST che abbia la dimensione degli ambiti distrettuali e sia articolato su due livelli erogativi:
  - **Punti salute;**
  - **Punti salute avanzati**
 in numero congruo, considerando, oltre alla densità della popolazione, anche una localizzazione funzionale e accessibile dal punto di vista della viabilità e dell'integrazione dei servizi di TPL
- **AOU/IRCCS** autonomi e disancorati dalla gestione della rete territoriale.



## LA SANITÀ TERRITORIALE

- Il **Distretto** è lo snodo indispensabile per collegare epidemiologia e prevenzione, cure appropriate nei luoghi e tempi giusti per specificità, intensità e competenza, ridefinendo l'intera filiera dei servizi, per rispondere adeguatamente alla multimorbilità, superare i tradizionali confini ospedale/territorio e integrare gli ambiti di intervento sanitari, sociosanitari e sociali.
- Bisogna, perciò, riaffermare il **ruolo del Distretto socio-sanitario** come ente di:
  - programmazione e **governo della domanda di salute**, in particolare quella relativa a condizioni croniche, pluripatologiche, degenerative e rare
  - di **governo della rete d'offerta** territoriale di prossimità.



## LA SANITÀ TERRITORIALE

Senza una riorganizzazione dei Distretti non potrà esserci una sanità territoriale adeguata alle problematiche della fragilità, dell'integrazione sociosanitaria e della continuità di cura.

- Al Distretto compete la progettazione, definizione e attuazione di un **Piano Distrettuale triennale** con la partecipazione dei Comuni, delle organizzazioni sindacali e delle altre rappresentanze sociali e del terzo settore (es.: modello art. 3, legge regionale 3/2008 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario»)



LA SANITÀ TERRITORIALE

## ● I Punti salute/Punti salute avanzati

Il coordinamento delle funzioni distrettuali con le attività erogative previste in capo alla rete territoriale delle ASST, necessita di **un nodo organizzativo, fisicamente individuato, di presidio e coordinamento della rete dei servizi territoriali di prossimità:**

- con due livelli di servizio ad intensità crescente, «**Punti Salute**» e «**Punti Salute Avanzati**»
- utilizzando l'attuale profilo organizzativo dei PreSST o creandone uno innovativo comunque denominato



## CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO

- Sviluppo di «**Centrali Operative Territoriali**» all'interno dei Punti Salute Avanzati, con le seguenti caratteristiche:
  - accessibilità ai servizi tramite **punti unici d'accesso**
  - **integrazione dei percorsi** di cura (domicilio/rete dei servizi di territorio/gestione in ammissione-dimissione alla rete specialistico-ospedaliera)
  - **gestione dei sistemi di tecnoassistenza e telemonitoraggio**
  - **coordinamento multiprofessionale**
  - **integrazione delle agende pubblico/privato** e delle disponibilità di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.



#### CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO

- Valorizzare la **medicina di territorio**. I livelli di governo delle funzioni erogative territoriali dovranno essere caratterizzati da:
  - **capacità di regia e operatività** nella costruzione della rete erogativa territoriale attuando i livelli organizzativi previsti
  - **coordinamento organizzativo e formazione dei professionisti della sanità territoriale** con sviluppate competenze di epidemiologia e igiene pubblica e aggiornata conoscenza degli attori del sistema territoriale, riorganizzando le cure primarie a partire dal coinvolgimento dei MMG/PLS e inserimento degli infermieri di famiglia e di comunità, sviluppando le aggregazioni organizzative della medicina di base
  - **partecipazione e dialogo** con gli enti locali, i corpi intermedi, l'associazionismo e le rappresentanze sociali
  - **integrazione della rete degli erogatori e presa in carico** del bisogno di salute della persona
  - **responsabilità e budget** per lo sviluppo di interventi di ambito



#### MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SERVIZIO IN AMBITO SOCIO SANITARIO

- È necessaria un'azione regolatoria e di sostegno per l'**innovazione e riorganizzazione dell'offerta sociosanitaria**, rafforzando setting di prossimità e domiciliarità assistita e modelli di residenzialità, con:
  - lo sviluppo dei servizi di **residenzialità "aperta" e "leggera"**
  - **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 per preservare e sostenere i livelli di autonomia e promuovere benessere psico-fisico e relazionale



#### MODELLI ORGANIZZATIVI E DI SERVIZIO IN AMBITO SOCIO SANITARIO

- **la revisione del sistema degli accreditamenti** per promuovere appropriatezza e qualità dell'assistenza, fissare l'obbligo delle strutture accreditate alla trasparenza ed evidenza pubblica dei dati relativi al servizio, agli esiti e alle rette
- **la copertura del 50% del costo con il FSR come previsto dai LEA** nel riparto degli oneri tra quota sanitaria e quota sociale
- la **regolazione della quota di compartecipazione** secondo criteri di sopportabilità e qualità dei servizi
- il **rafforzamento degli organici e lo sviluppo di percorsi professionalizzanti** degli operatori, previsti dai CCNL sottoscritti dalle OOSS maggiormente rappresentative.



#### RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO

- Il **rapporto pubblico/privato accreditato va modificato** nelle regole di ingaggio, nelle procedure e nel sistema di remunerazione, per:
  - valorizzare **la funzione integrativa e non sostitutiva** del sistema sanitario pubblico
  - rivedere **il sistema di remunerazione del privato accreditato e contrattualizzato** con una revisione dei budget rispetto alla programmazione pubblica e declinando parte di esso a specifiche esigenze e branche specialistiche, evitando prassi di autoselezione dei profili paziente
  - sviluppare una più ampia e **facilitata mobilità tra setting e regimi assistenziali**: residenziale, semiresidenziale e domiciliare
  - attivare efficaci sistemi di **monitoraggio e controllo** dell'appropriatezza delle prestazioni di tutti gli erogatori del sistema.



## L'ORGANICO DELLA RETE TERRITORIALE

- Il **potenziamento dell'organico della rete territoriale** - medici e infermieri di famiglia e di comunità , ma non solo -, con standard parametrati alla popolazione di riferimento e alla infrastruttura della rete dei servizi, è condizione indispensabile per una piena attuazione ed evoluzione della sanità territoriale con:
  - un **"piano straordinario" di rafforzamento e infrastrutturazione della rete territoriale** che deve trovare rispondenza negli obiettivi delle Direzioni del SSL. 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
  - l'attivazione di **percorsi di formazione specialistica e sviluppo delle professionalità della rete territoriale**, con il coinvolgimento delle università lombarde.



## IL DIALOGO, L'ASCOLTO E IL CONFRONTO

- **La modifica del modello di sanità** in Lombardia è un passaggio che la **Politica regionale** sta preparando, ma in questo percorso serve anche **un più intenso dialogo e confronto con il territorio e il sindacato**, perché:
  - i cambiamenti che servono a governare nel territorio l'evoluzione del sistema socio-sanitario hanno bisogno anche di competenze non solo tecnico-disciplinari e gestionali-amministrative
  - un'adeguatezza dell'organizzazione dei servizi e delle prassi medico-assistenziali alla domanda di salute, se costruita con percorsi partecipativi, può essere un punto di forza del processo d'attuazione di una riforma e, perfino, una condizione indispensabile al buon funzionamento di un servizio complesso e vitale come il sistema salute.

Grazie