



Milano, 15 giugno 2021
Prot. 43

AUDIZIONE III COMMISSIONE CONSIGLIO REGIONALE – dgr 4811/21 «Linee di sviluppo per la modifica della L.R. 23/15» – Osservazioni di CGIL CISL UIL Lombardia

Con la presente nota esponiamo in forma sintetica i nostri rilievi sulle determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla L.r. 11 agosto 2015, n. 23, approvate con DGR n. 4811/2021.

Per una più completa considerazione delle posizioni sindacali sulla modifica della L.r. 23/2015 si rimanda al documento allegato con le proposte di CGIL CISL UIL, unitamente alle rispettive Federazioni sindacali dei Pensionati e della Funzione Pubblica e Medici, del febbraio u.s..

Nel merito del documento sulle «linee di sviluppo» di cui alla precitata delibera, permangono a ns. giudizio questioni irrisolte e criticità che necessiterebbero di essere riconsiderate e diversamente declinate nella legge di modifica.

In particolare, oltre a temi che nel documento sono solo abbozzati e di cui non sono esplicitate le ricadute operative, ci preoccupano per diversi profili gli indirizzi di revisione riguardanti l'assetto di governance e il riordino dei servizi di prevenzione e di assistenza territoriale, la risposta alle problematiche di sanità pubblica e il rapporto pubblico/privato, le risorse professionali ed economiche che si ritengono necessarie ai fini dello sviluppo del sistema sociosanitario lombardo.

[Il Dipartimento di Prevenzione]. L'utilizzo di un approccio *one health* come principio guida del sistema salute ci trova ovviamente d'accordo, ma già a partire dall'indirizzo per il riassetto dei Dipartimenti di Prevenzione si prospetta una soluzione che riteniamo contraddittoria e sbagliata, separando programmazione, quindi governo, ed erogazione della prevenzione medica e prevenzione veterinaria, che invece dovrebbero operare in forte integrazione e assicurare, in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie, l'esercizio delle funzioni strategiche in materia di igiene e sanità pubblica, di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di salute animale, igiene urbana veterinaria e sicurezza alimentare.

[La governance]. D'altra parte, proprio sull'assetto di governance si ripropone organicamente una separazione tra ATS e ASST delle funzioni di programmazione, governo ed erogazione di cui anche la pandemia ha messo a nudo l'intrinseca debolezza e che ha fatto dire ad AGENAS, nonostante la soddisfazione che il suo Direttore ha ultimamente tributato agli indirizzi di modifica definiti con la DGR 4811, che proprio tale separazione è indicata tra le principali criticità del Sistema Sociosanitario lombardo perché *«porta a uno sfilacciamento della catena del comando e a una risposta non coordinata, da parte degli erogatori del sistema, ai bisogni di salute della popolazione»*.

In ogni caso sembra difficile giustificare la permanenza di ATS ulteriormente svuotate di funzioni, mentre sarebbe importante guardare all'esigenza di un effettivo rafforzamento organizzativo e di competenze dell'Assessorato e della sua DG, come anche abbiamo evidenziato nel precitato documento sindacale con le nostre proposte per la modifica della legge 23/15 del febbraio u.s..

[La Rete Territoriale e i Distretti]. Sulla Rete Territoriale è chiaramente da approfondire e precisare nel modello lombardo funzioni e organizzazione del Distretto sociosanitario come luogo di sintesi tra i bisogni di salute della popolazione di riferimento e offerta di servizi, attualizzandone i perimetri organizzativi, funzionali e decisionali, per farne – con un approccio di sanità pubblica – insieme al Dipartimento di Prevenzione e all'Ospedale, un punto di forza del nostro sistema salute. I Distretti nell'Azienda Territoriale devono prevedere il Direttore di Distretto ed essere dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria per una sanità di territorio capace di avvicinare il servizio sanitario al domicilio del paziente, in un dialogo costante con i setting specialistico-ospedalieri e la rete nel territorio di servizi e unità d'offerta sociali e socioassistenziali.

Guardiamo positivamente all'implementazione della Rete Territoriale svolta nel capitolo 4 del documento allegato alla precitata DGR, non foss'altro che per la sua garantita declinazione attuativa, dovendo rispettare i vincoli di finanziamento e di esecuzione del PNRR. In particolare sulle cure intermedie, afferenti nel documento agli Ospedali di Comunità, l'offerta prevista dovrà essere aggiuntiva alle già esistenti ma insufficienti unità d'offerta per questo setting assistenziale che furono censite in relazione all'accordo sulle Degenze di Comunità siglato con le scriventi OO.SS. e alla conseguente DGR 2019/19.

Nell'ambito territoriale distrettuale occorre recuperare la dimensione programmatica attraverso la definizione di *Piani Distrettuali Triennali* con la partecipazione dei Comuni. 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 distrettuale. Si dovrebbe altresì assicurare il coinvolgimento e il confronto attivo e la partecipazione delle OO.SS. maggiormente rappresentative, 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, in

coerenza con quegli stessi principi e con il modello di sussidiarietà che Regione Lombardia introdusse con la legge 3/2008 (art. 3).

[Sanità Pubblica e complementarità pubblico/privato]. Una ulteriore criticità da affrontare riguarda la regolazione del coinvolgimento del privato nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Il postulato della parità pubblico/privato resta un'asserzione astratta e imperfetta che svantaggia il pubblico, stante l'impossibile uguaglianza sul piano dell'autonomia giuridica, dell'acquisizione dei fattori produttivi, della programmazione del case-mix e della flessibilità organizzativa. Sul punto è necessario a nostro avviso un intervento correttivo nelle regole di ingaggio, nelle procedure e nel sistema di remunerazione, che valorizzi la funzione integrativa e non sostitutiva dell'offerta privata al sistema sanitario pubblico, con una revisione dei budget rispetto a una programmazione pubblica dell'offerta di cura, stante la centralità, in termini professionali, tecnologici, organizzativi e di servizio che sempre deve avere la sanità pubblica, quale che sia l'intensità della cooperazione e complementarità che si desidera realizzare con gli erogatori privati.

La stessa libertà di scelta dei cittadini di curarsi nel luogo e dal personale sanitario che preferisce è tanto più irrealizzabile, quanto maggiore è lo svantaggio del pubblico rispetto al privato in termini sia di valore e volume dell'offerta erogativa, sia di gestione dei tempi d'attesa.

[La residenzialità sociosanitaria]. La riorganizzazione del sistema salute in un'ottica di prossimità pone problemi che coinvolgono la residenzialità sociosanitaria, sui quali il documento delle linee di sviluppo tace, a partire dalla doverosa attenzione e valorizzazione di chi vive e chi lavora in queste strutture oltre che di chi partecipa alla spesa. È stringente l'esigenza di una migliore allocazione e distribuzione delle risorse del FSR rispetto al sistema sociosanitario che riconosca agli enti gestori l'effettivo carico assistenziale rispetto alla casistica trattata e al miglioramento degli esiti, con un corretto ed equo riparto degli oneri tra quota sanitaria e quota sociale.

La residenzialità sociosanitaria deve farsi parte integrante di una risposta complessiva al bisogno di continuità assistenziale, implementando nella rete d'offerta sociosanitaria – in una logica multiservizi da erogare sia in struttura che al domicilio – nuovi setting assistenziali, modalità di assistenza intensiva domiciliare e forme intermedie di abitare protetto, da affiancare a soluzioni di degenza extraospedaliera, per assicurare il più a lungo possibile la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita o in un contesto di residenzialità che favorisca il mantenimento della vita di relazione e un adeguato sostegno alla residua autonomia.

[Investimenti e organici del SSL]. Infine, il punto di snodo di tutto restano le risorse: non sarebbe sufficiente ai fini di un riassetto organizzativo del sistema contare solo sulle leve finanziarie della missione 6 del PNRR. Solo per citarne due di problemi, si rileva l'assenza di una specifica indicazione di risorse per una riorganizzazione della prevenzione in linea con l'approccio *one health*, che dopo

una pandemia è tutto dire. Ma ugualmente problematica e cruciale è l'assenza di un consistente investimento sul personale sia in termini numerici che di professionalità necessarie, avendo esplicitato un obiettivo di rafforzamento a partire da una determinazione dei fabbisogni. Se non si mette mano e con urgenza a un rafforzamento degli organici e non s'inverte l'attuale declino delle risorse professionali a livello tanto ospedaliero che territoriale su ambiti essenziali quali la prevenzione, le cure primarie e la continuità assistenziale, nessuna manutenzione o revisione della L.r. 23/15 avrà esiti importanti e concreti.