

## OSSERVAZIONI E PROPOSTE DI ANCI LOMBARDIA IN MERITO ALLA LR 23/2015

DOCUMENTO NOVEMBRE 2020

### PREMESSA

In merito alla valutazione che conclude il quinquennio della sperimentazione della L.R. n. 23/2015 “Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo”, ANCI Lombardia ha prodotto a Regione Lombardia nel mese di settembre un proprio documento concernente le prime valutazioni e le conseguenti proposte di modifica alla norma in oggetto, in base alle prime evidenze raccolte, anche a seguito di quanto avvenuto nei territori durante la prima ondata pandemica della primavera scorsa.

In questi mesi è proseguito il confronto interno ad ANCI Lombardia, rispetto alla necessità di condividere il più possibile con i propri associati i temi contenuti nell’iniziale documento già formalizzato; la riflessione interna ha permesso non solo di confermare i primi orientamenti, ma anche di aggiungere elementi e proposte significative al quadro inizialmente delineato.

Anche nell’attuale quadro dominato dal riacutizzarsi della diffusione del virus, i Comuni, quale istituzione più prossima al cittadino e più in grado di conoscerne e rappresentarne i bisogni e le necessità, hanno saputo reagire cercando di produrre il massimo dello sforzo possibile, ottimizzando le risorse dei bilanci, riorganizzando servizi e interventi, riattivando prassi già collaudate nella scorsa primavera e rivitalizzando le collaborazioni con le reti di prossimità, grazie alla preziosa collaborazione degli enti di terzo settore. Inoltre i comuni stanno dimostrando di essere sempre pronti a mettere a disposizione proprie risorse per concorrere alla migliore risoluzione di problemi, d’intesa con gli altri enti e organismi territoriali.

A ragion veduta dunque i Comuni si pongono quali interlocutori qualificati nei confronti della regione su temi sui quali sono costantemente sollecitati dalle proprie comunità.

Non intendiamo riprendere in questo documento le problematiche emerse durante la prima ondata pandemica e legate alle regole di governance e funzionamento dei sistemi sanitari e sociosanitari previste dalla LR 23, già presentate nel nostro precedente documento, pur richiamandole integralmente; intendiamo focalizzarci in particolare sulle proposte di modifica che riteniamo risolutive rispetto ai disfunzionamenti rilevati.

### I LEA E IL PATTO PER LA SALUTE

Integrazione Sociosanitaria, continuità “ospedale – territorio”, potenziamento dei servizi territoriali, riordino della medicina territoriale: sono tra i temi che intendiamo riproporre come cruciali all’interno della riflessione sviluppata intorno alla LR 23 e che trovano alcuni dei loro principali riferimenti nella disciplina dei LEA e nel Patto per la salute 2019/2021, quale accordo programmatico tra il Governo e le Regioni, e ai quali ci pare opportuno un breve richiamo.

E' utile ricordare che tra i **livelli essenziali** da garantire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del SSN, vi sono i percorsi assistenziali integrati da attuarsi attraverso l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni; si tratta di compiti che sono affidati alle regioni, le quali devono organizzare tali attività garantendone l'uniformità sul proprio territorio.

Una ulteriore specificazione che qui rileva è la necessità di assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio, la quale, a norma dell'art 22 del DPCM 12/01/2017 di definizione e aggiornamento dei LEA, deve essere assicurata dalle aziende sanitarie locali. Inoltre, le cure domiciliari devono integrarsi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Ricordiamo inoltre che la definizione nei LEA delle diverse attività afferenti all'assistenza socio-sanitaria descritte al capo IV del DPCM, prevedono l'integrazione con gli interventi sociali, da individuarsi in base a quanto emerge dagli esiti della valutazione multidimensionale.

In linea con quanto disposto nei LEA, il **Patto per la Salute 2019/2021** sottolinea la necessità di sviluppare i servizi territoriali di prevenzione e di tutela della salute, nonché lo sviluppo delle reti territoriali e il riordino della medicina generale: di particolare rilevanza il richiamo alla necessità di promuovere "un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza socio-sanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti"<sup>1</sup> attraverso modelli organizzativi integrati tra l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria con i servizi socio-assistenziali.

Altra indicazione è la necessità di completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

Anche in ambito preventivo si sottolinea l'importanza dell'integrazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie con quelle socio-assistenziali (scheda 10).

Da ultimo, anche nelle schede del "patto" si sottolinea un aspetto che ANCI Lombardia ha già fatto presente più volte: l'importanza dei flussi informativi, dell'analisi del dato e della valutazione degli impatti di interventi e servizi, a supporto dell'attività programmatica anche attraverso la costruzione di modelli previsionali (scheda 10 e 12).

## I TEMI E LE PROPOSTE DI ANCI LOMBARDIA

### 1. RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DEL SISTEMA TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO, DELLA MEDICINA TERRITORIALE, DELLE CURE INTERMEDIE (CONTINUITÀ OSPEDALE E TERRITORIO)

---

<sup>1</sup> Patto per la Salute 2019 / 2021 - Scheda 8 Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

Dalle valutazioni recenti, anche legate alle difficoltà derivanti dalla diffusione del COVID-19, sia in termini di prevenzione e trattamento precoce del virus sui territori, sia in ordine alle difficoltà dovute alla grande pressione sulle strutture ospedaliere, è emersa la necessità di creare un continuum assistenziale tra la realtà ospedaliera, nella quale trova la sua collocazione la trattazione dell'acuzie, e il territorio che deve prendersi cura delle fasi successive all'ospedalizzazione specialistica. Per far questo, occorre un investimento sulla dimensione territoriale in termini di migliore pianificazione, progettazione, organizzazione, nonché potenziamento delle risorse finanziarie, umane e strumentali dedicate.

Su questo versante è possibile avanzare alcune proposte:

- Incentivare la **Medicina di Gruppo**, per permettere un presidio costante, dei medici sul territorio i quali devono poter disporre di adeguati sostegni anche amministrativi, a supporto delle necessità dei cittadini; inoltre il MMG/PLS deve essere inserito e relazionarsi in modo proattivo in una rete della quale fanno parte tutti i servizi sia sociali che sociosanitari territoriali (ivi compresi quelli domiciliari), gli specialisti, i referenti dei presidi ospedalieri. In questa prospettiva ben si colloca la figura dell'**infermiere di famiglia/di comunità**, previsto in maniera massiccia dalla recente normativa. Tale figura professionale deve inserirsi in modo funzionale nel potenziamento del sistema delle cure primarie, nel rapporto con i MMG e i PLS ma anche connettendosi alla rete dei servizi e dei professionisti, ai cittadini, alla comunità.
- Per quanto riguarda in special modo il tema della continuità ospedale-territorio, **occorre dare attuazione della DGR n. XI/2019/2019** relativa al riordino e alla riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità con una particolare attenzione a potenziare gli interventi per le cure intermedie/post acuzie e gli interventi territoriali in genere di natura sociosanitaria.
- Al comma 4 dell'art 7 della LR 23, si specifica che le ASST si devono articolare "in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale". Crediamo fondamentale che **si proceda ad una effettiva strutturazione della rete territoriale, prevedendo gli opportuni raccordi tra polo ospedaliero e rete del territorio.**
- Il DL n. 34 ha disposto all'art. 1 co. 5, l'introduzione **dell'infermiere di famiglia**, a supporto della presa in carico territoriale, delle USCA e dei cittadini nel contrasto alla pandemia; la Conferenza delle Regioni ne ha successivamente definito i contorni approvando linee di indirizzo di riferimento. Ripensando i servizi nel territorio in nuove forme organizzative, intorno agli infermieri di comunità possono essere sviluppate strutture atte a integrare i servizi al cittadino, che riuniscano l'ambito sanitario, quello sociosanitario e il sociale. Si tratterebbe di definire delle strutture presso le quali riunire i servizi di assistenza continuativa, di medicina generale (MMG e PLS), servizi di prevenzione, i servizi socio-assistenziali. Ciò permetterebbe lo sviluppo di iniziative tese ad una maggiore integrazione nel territorio. Il riferimento va a strutture simili alle **Case della Salute** del ministro Livia Turco e le Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP del

ministro Renato Balduzzi. La creazione di luoghi per l'assistenza socio-sanitaria integrata seguirebbe il criterio dimensionale indicato dal d.l. 34/2020 e dalle Linee guida della Conferenza delle Regioni. A tale scopo risulta fondamentale il contributo dei Comuni, sia in quanto titolari della programmazione delle politiche sociali, sia per co-progettare e organizzare il servizio nelle comunità.

## 2. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Sul tema cruciale relativo alla necessità di una piena realizzazione dell'integrazione abbiamo già avuto modo di circostanziare sufficientemente. Articoliamo dunque alcune proposte a più livelli.

### Le proposte per il livello regionale:

- Piena attuazione dell'art 27 ter LR 23 prevedendo **un unico assessorato alla salute e politiche sociali** (Welfare) sarebbe sicuramente condizione facilitante rispetto all'attuale necessità di ricomporre ed integrare le politiche regionali.
- Istituzione - con il coinvolgimento dei territori tramite ANCI e degli enti di terzo settore - **di gruppi di lavoro regionali integrati** per appartenenze istituzionali e per competenze e ruoli, finalizzati alla ricomposizione della programmazione sociale e sociosanitaria, all'aggiornamento/revisione di normative e all'analisi dell'evoluzione dei bisogni.
- Occorre **riallineare le indicazioni e le norme di riferimento** rispetto alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria armonizzando le LLRR n. 23/2015 e n.3/2008.
- **Allineamento delle scadenze programmatiche poste in capo ai Comuni e agli Ambiti** per ricondurre ad un filone unitario, le diverse politiche, prevedendo una forma di regia condivisa fra Distretti/Ambiti e ASST che governi questo processo.

### Le proposte per il livello locale:

- **Assumere la prospettiva distrettuale quale area geografica omogenea di riferimento per strutturare dei coordinamenti sovra Ambito territoriale**, anche al fine di facilitare una maggiore razionalità e omogeneità nei percorsi di integrazione tra le politiche sociosanitarie e le politiche sociali: la suddivisione in Distretti, può infatti rappresentare un riferimento utile e importante per realizzare una integrazione efficace e ricompositiva. Si tratta di un percorso che va intrapreso coinvolgendo direttamente sia ANCI che gli stessi Ambiti e i Comuni.
- Per Realizzare l'integrazione organizzativa e professionale è utile **prevedere che ASST e Distretti/Ambiti, possano co-programmare modelli operativi interaziendali misti e integrati** per garantire servizi condivisi e co-progettati che diventino punti di riferimento efficaci per il cittadino nelle diverse fasi della vita e in relazione ai diversi bisogni.

- A presidio dei processi di integrazione diventa importante la **costituzione di Tavoli Istituzionali per l'integrazione Socio-sanitaria a livello di Ambito/di Distretto**. Si ravvede infatti l'utilità di **un presidio istituzionale stabile dei processi di integrazione sociosanitaria a livello locale** che coinvolga la Direzione dell'ATS e dell'ASST, la Presidenza dei Distretti e degli Ambiti di riferimento e, per temi, gli enti di principale riferimento del Terzo Settore. Questa modalità di lavoro permetterebbe un confronto precoce sull'integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni programmatiche e autonomie, delle linee organizzative e di intervento a tutto vantaggio di un intervento al cittadino caratterizzato da un approccio integrato.

### 3. LA RAPPRESENTANZA DEI COMUNI NELLE ATS E ASST: LE RELAZIONI ISTITUZIONALI

I Comuni, con l'avvento della LR 23 hanno visto rarefarsi il peso della loro partecipazione e rappresentanza all'interno degli organismi per la programmazione e gestione locale di politiche e interventi sanitari e sociosanitari. L'eccessiva dimensione delle ATS ha reso Conferenze dei Sindaci e Cabine di Regia più simili a luoghi di mero adempimento formale e di presa d'atto, più che luoghi di reale confronto e scambio partecipativo.

Nelle ASST, invece, non essendo prevista alcuna possibilità di confronto (se non in base alla apprezzabile disponibilità di singoli Direttori) i Comuni sono stati di fatto esclusi dalla interlocuzione sui servizi da esse gestiti.

Per colmare questo vuoto, avanziamo le seguenti proposte e considerazioni:

- Dare reale attuazione all'art 20 della LR 23, rispetto alle **funzioni delle Conferenze dei Sindaci**, il quale dispone già ora che le Conferenze formulino pareri rispetto alla programmazione territoriale delle ATS, con particolare riferimento alle attività sociosanitarie e socioassistenziali e all'integrazione sociosanitaria e sociale, si esprimano sulla distribuzione territoriale delle risorse, promuovano l'integrazione delle prestazioni.
- Si suggerisce che l'acquisizione di tali pareri da parte delle ATS sia obbligatoria **sul modello della proceduralizzazione qualificata**. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo sarebbe opportuno prevedere da parte dei CDR dei sindaci, l'espressione di parere obbligatorio sui POAS (piani di organizzazione aziendale strategica) delle ATS.
- **Funzioni analoghe a quelle già riconosciute alle Conferenze dei Sindaci vanno previste anche a livello distrettuale, nella definizione di una relazione tra ASST e Assemblea di distretto**, anche in questo caso, con espressione di pareri vincolanti.

### 4. ATS e ASST: IL RAPPORTO TRA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE.

Abbiamo già detto dell'eccessiva dimensione delle ATS e della difficoltà a definire funzioni in capo alle ATS o alle ASST. Riteniamo che questo tema sia uno degli aspetti cruciali su cui riflettere per apportare gli opportuni correttivi all'attuale modello organizzativo.

Premesso che le funzioni gestionali dovrebbero essere interamente poste in capo alle ASST, sarebbe possibile **prevedere che la funzione relativa alla definizione delle linee programmatiche territoriali possa essere posta in capo ad un'unica agenzia regionale** cui affidare questa funzione per tutto il territorio lombardo con il vantaggio di una maggiore omogeneità. Pensiamo che tale disegno possa risolvere i conflitti di competenza dovuti al fatto che attualmente alle ATS sono attribuiti anche compiti di gestione ed erogazione, e farebbe in modo che sui territori si abbia un unico interlocutore, costituito dalle ASST, risolvendo il disorientamento attuale.

Nel caso invece di conferma di questa doppia referenza, si suggeriscono le seguenti azioni:

- Ridefinizione della dimensione territoriale delle ATS (ora troppo vaste) riportandole ad una **dimensione ottimale** per lo svolgimento delle funzioni che le sono attribuite.
- Chiara ridefinizione e riorganizzazione delle competenze tra ASST e ATS; di seguito alcune proposte concrete di modifica:
  - a. necessità che il **Dipartimento Di Cure Primarie** che assicura il governo dell'assistenza medica primaria e del relativo convenzionamento con i MMG, i medici di continuità assistenziale e i PLS, ora incardinato nell'ATS, venga riposizionato e previsto in ogni ASST, e garantisca un legame più forte e un coordinamento più funzionale/operativo con i MMG e con gli altri attori del sistema territoriale.
  - b. Analoga riflessione va condotta per il **dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria**.

#### **5. PROCEDIMENTALIZZAZIONE QUALIFICATA**

Desideriamo riproporre una riflessione attinente alla necessità di dare consistenza alla leale cooperazione tra Regione e Comuni sui sistemi dell'integrazione sociosanitaria territoriale; la Regione dovrebbe far proprio, nei confronti dei Comuni, il modello relazionale già vigente nel Rapporto Stato-Regioni, come interpretato dalla Conferenza Stato-Regioni.

Nel senso che, in calzante analogia con quanto ha statuito la Corte costituzionale nelle materie di competenza concorrente, **alcune deliberazioni programmatiche di ampio respiro dovrebbero essere adottate dalla Regione dopo aver sentito il parere delle rappresentanze dei Comuni, attraverso il confronto con il Consiglio delle Autonomie Locali (CAL)**, quale organo di consultazione permanente tra la Regione e il Sistema delle autonomie locali lombarde. **Il parere, su tali oggetti specifici dovrebbe essere ovviamente obbligatorio**, potendo essere disatteso soltanto in seguito a formale delibera della Giunta Regionale, adeguatamente e specificamente motivata.

Altri oggetti potrebbero, invece, essere coperti da una **Intesa Debole**, meno garantista nei confronti delle competenze comunali, perché meno decisivi nella relazione tra sociosanitario e sociale.

A mero titolo d'esempio, le materie della integrazione sociosanitaria territoriale, potrebbero essere garantite da **un'Intesa Forte**

- le politiche per la famiglia;
- le politiche abitative
- le politiche di contrasto alla povertà
- le politiche di sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza;
- le politiche di presidio della salute sul territorio;
- il dimensionamento territoriale degli ambiti di gestione delle politiche sociali;
- le Linee guida della riorganizzazione territoriale della medicina di base, dell'infermieristica familiare e di ulteriori presidi ponte per le cure post-ospedaliere..

**Analogo modello di relazioni istituzionali dovrebbe essere proposto territorialmente nella relazione tra le ATS, le ASST e i comuni**, definendo quindi le materie da sottoporre ad intesa forte e quali ad intesa debole, come già accennato al punto 4.

## CONCLUSIONI

Forti di una approfondita attività di consultazione interna all'associazione, abbiamo voluto riproporre all'attenzione della Regione i temi che riteniamo centrali nell'attività di rivisitazione della LR 23, rispetto ai quali, a nostro giudizio, non è possibile derogare.

Alcune delle proposte qui contenute Vi sono già state formulate, mentre altre trovano nel presente testo una prima elaborazione, in previsione della necessità di un maggiore coinvolgimento dei Comuni nei sistemi sanitari e sociosanitari, di un potenziamento della medicina territoriale, di una reale integrazione tra le politiche e gli interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Confidiamo che quanto Vi proponiamo possa essere oggetto delle Vs valutazioni e possa trovare posto nelle ipotesi di modifica delle regole di governo e funzionamento del sistema sociosanitario nel suo complesso.

**ANCI Lombardia rimane disponibile, come ha già più volte ribadito, a partecipare attivamente al confronto relativo alla revisione della L.R. 23/2015.**

BOZZA

LA CASA DEI COMUNI