



## **LA SALUTE SI FA PROSSIMA**

**Territorio e comunità, integrazione e continuità, motivazione e confronto,  
competenze e innovazione nel nuovo Servizio Socio-Sanitario Regionale**

01 febbraio 2021

Per contatti:

**Piera Mercedes Landoni**

(Responsabile Dipartimento Salute e Welfare PD Milano Metropolitana)

Cell. 3405554580

[pieramercedeslandoni@gmail.com](mailto:pieramercedeslandoni@gmail.com)

# LA SALUTE SI FA PROSSIMA

**Territorio e comunità, integrazione e continuità, motivazione e confronto, competenze e innovazione nel nuovo Servizio Socio-Sanitario Regionale**

## **Indice**

Premessa

Mappa della nuova Sanità in Lombardia

1. Il rilancio della Prevenzione per una Comunità protetta e in salute
2. Il Territorio che cura: prossimità, motivazione e confronto
3. Il Distretto: integrazione sociosanitaria e nuovo ruolo dei Sindaci
4. Gli Ospedali: una rete di competenze fra ospedale e territorio
5. Formazione, Università e Ricerca: energie vive e inesauribili
6. Il Governo della Salute al servizio della Persona
7. La Rete Metropolitana: forte, connessa, sempre accessibile
8. La Regione per Scelte efficaci e responsabili
9. Pubblico e Privato: una virtuosa comunione di intenti
10. Dai Dati all'Informazione: la lezione della pandemia
11. Schede allegate: Dipartimento Salute Mentale Dipendenze, Infermieri, Cure palliative, Emergenza / Urgenza, Vaccinazioni

Legenda

## Premessa

La pandemia rappresenta contemporaneamente un grande rischio per la salute e per la tenuta socioeconomica ed una grande opportunità per dare nuovo cuore e nuova forza al Servizio socio-sanitario regionale nel rispetto dei LEA.

La prevenzione, l'assistenza primaria, l'integrazione con il sociale sono il driver per dare nuovo cuore e nuova forza ad un Servizio sul quale due leggi regionali sperimentali hanno consolidato un modello con criticità rappresentate da mission e governance ospedalocentrica, concorrenza pubblico/privato, marginalizzazione della medicina territoriale.

La pandemia ha accelerato ed aggravato le criticità di questo sistema: la debolezza della rete sanitaria territoriale e il disallineamento rispetto al Dlgs 502/92 con tematiche trattate in particolare dal recente rapporto AGENAS.

Gli errori nella gestione e trasmissione dei dati di controllo della pandemia, l'avvio carente della campagna vaccinale anti COVID-19, cui si associano le criticità della campagna di vaccinazione antinfluenzale, hanno evidenziato **la debolezza della governance e della organizzazione della rete sanitaria territoriale e, quindi, la necessità di rapidi interventi di rafforzamento della governance stessa, e l'urgente 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.**

Prioritaria è inoltre la presa in carico della cronicità attraverso

- 1) il recupero delle attività di screening, diagnosi e cura delle patologie cronico degenerative (es. oncologiche e cardiovascolari) che hanno subito riduzioni e rallentamenti a causa dell'assistenza ai pazienti COVID-19
- 2) la rivalutazione dell'attuale strategia che ha finora gestito un numero di pazienti cronici con polipatologie inferiore alle aspettative considerato quanto l'infezione da COVID-19 ha interessato questi pazienti per gravità e mortalità; in questa direzione è necessario costruire le **Case della Comunità** (vedesi la proposta di Recovery Plan) ove potenziare l'organizzazione degli MMG in forma associata, realizzare l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche in un perimetro di reti unitarie delle malattie croniche ed il coordinamento con i servizi sociali; la presa in carico dei pazienti cronici e fragili deve prevedere anche il recupero delle autonomie nella vita quotidiana con l'obiettivo di mantenere, il più possibile, il paziente al domicilio e nella comunità con una buona qualità di vita.

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.

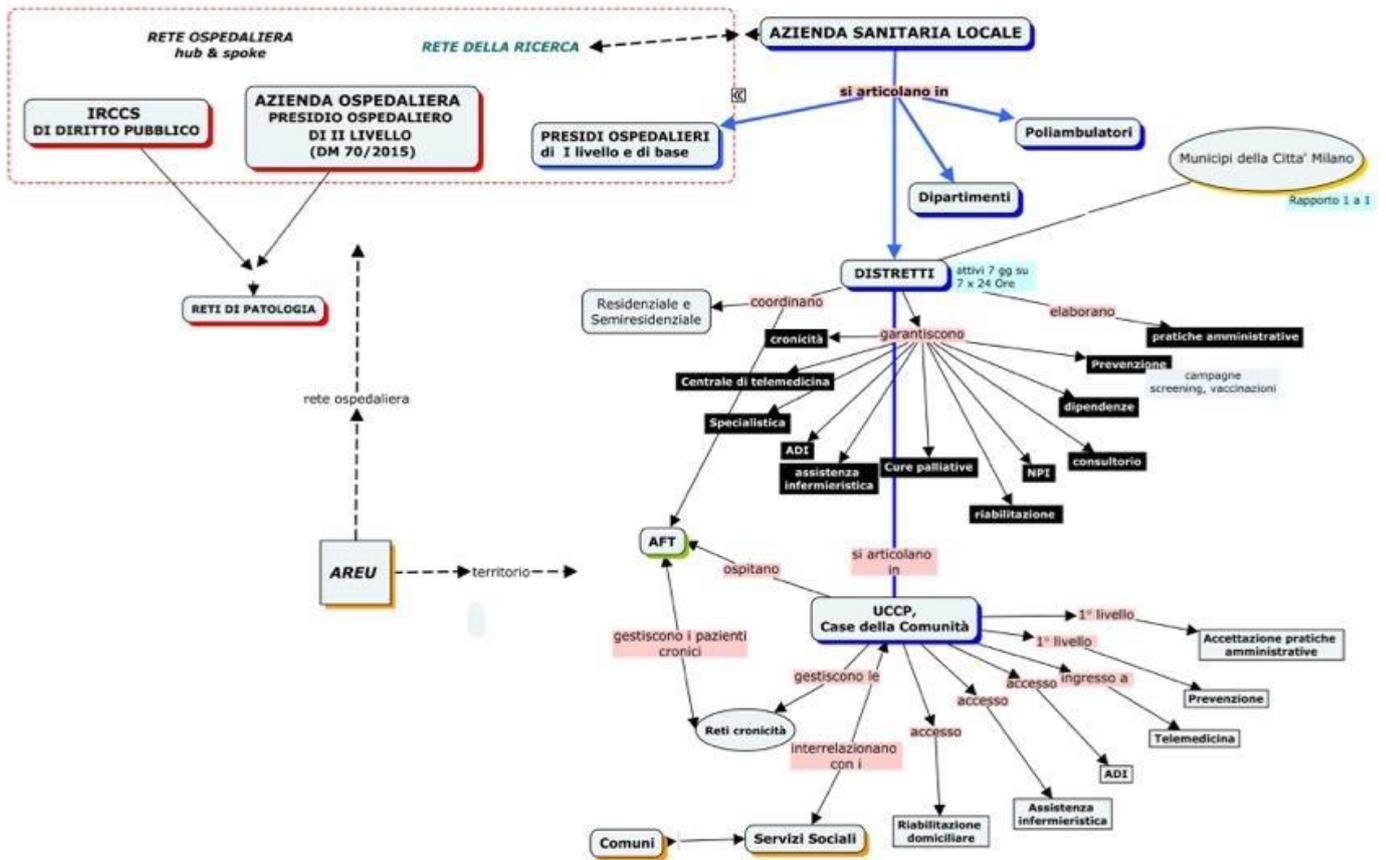
Dopo due leggi regionali sperimentali occorre un riordino del Servizio Socio-sanitario Regionale che si riallinei alla normativa nazionale in materia, nello specifico con Dlgs 502/92, riequilibri la rete sanitaria e sociale territoriale rispetto alla rete ospedaliera ed al rapporto pubblico/privato e recuperi i principi ispiratori della legge 833/78, il Servizio Sanitario Nazionale inteso "come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi".

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

La pandemia Covid-19 e le conseguenti misure di distanziamento sociale hanno anche 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 deve tornare ad essere una delle priorità nell'agenda politica

# Mappa della nuova Sanità in Lombardia

## ARTICOLAZIONE DELLA SANITA' TERRITORIALE IN LOMBARDIA - IPOTESI



\*compresi IRCS e ospedali privati accreditati

## 1.

### **Il rilancio della Prevenzione per una Comunità protetta e in salute**

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 con tre livelli:

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

In particolare, le attività di prevenzione fanno riferimento al livello a) prevenzione collettiva e sanità pubblica: aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica quali le 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. (allegato 1 del DPCM).

A questi si aggiungono varie attività proprie del livello della assistenza distrettuale.

Ora, appare ovvio come le attività di prevenzione permeino tutti i principali pilastri del Servizio Sanitario, dai dipartimenti ai distretti, agli ospedali.

Il richiamo ai LEA è doveroso perché gli stessi sono, in quanto essenziali, dei diritti costituzionalmente protetti (art.32 della Costituzione) dei cittadini e lo Stato, nelle sue articolazioni centrali (governo) e regionali, è tenuto a garantirli.

Le attività sono molteplici e richiedono interventi sul territorio caratterizzati da multidisciplinarietà e una forte conoscenza della realtà del territorio di riferimento.

La normativa nazionale ha da tempo (D.lgs. 502/92 e successive modifiche) individuato nel dipartimento di prevenzione ed i suoi servizi, uno dei cardini attraverso il quale tali attività siano gestite in collaborazione con gli altri presidi distrettuali ed ospedalieri.

In tutte le Regioni e Province Autonome è il dipartimento di prevenzione ad essere responsabile della gestione delle principali attività di prevenzione, in collaborazione con i distretti e i Medici di Medicina Generale.

In Lombardia con la Legge Regionale 23 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 della 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.

ATS sovradimensionate (ATS Milano città metropolitana + Lodi, ad esempio, conta circa 3.500.000 abitanti, quasi come la Toscana) con personale inferiore a quello delle 4 ASL di origine hanno dovuto gestire (in modo chiaramente insufficiente) il contact tracing come dimostrano i report ministeriali sull'epidemia con l'obiettivo di condurre una 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. In quei mesi passava dal 92% al 79% mentre altre regioni, tranne 4, a luglio, raggiungevano il 100%. La situazione è precipitata a settembre e ottobre dove si è riusciti a controllare poco più del 52% (o comunque meno del 75%) fino a dicembre dove si ritornava a superare il 90%. Anche altre regioni hanno avuto un calo significativo nei controlli nella seconda ondata, ma in genere un calo minore e con un miglior recupero.

Rimane il fatto che Regione Lombardia ha dichiarato, fino a settembre (7 mesi dall'inizio della pandemia) di avere 0,4 addetti al contact tracing ogni 10.000 abitanti, contro uno standard di 1 ogni 10000 indicato dal Ministero della Salute. Tale standard viene finalmente raggiunto nel solo mese di novembre.

Fatti i dovuti calcoli, poiché ATS Milano Metropolitana contava circa 140 addetti contro i 350 da prevedere, non si riesce a capire come sono stati integrati i restanti 210 addetti e quale profilo gli stessi presentino.

Le vaccinazioni sono poi state eseguite dalle ASST con minimo ruolo dei servizi del dipartimento di igiene e sanità pubblica. La campagna vaccinale antinfluenzale è stata disastrosa, non solo relativamente alla fase d'acquisto del vaccino (mai completamente arrivate) ma anche per la fase di gestione che ha evidenziato il mancato coordinamento tra MMG, ASST e ATS. L'assenza di una catena di responsabilità nella programmazione, gestione ed effettuazione della campagna ha condotto ad un risultato che rimarrà tra i più vergognosi della sanità lombarda.

Quanto sopra si sta reiterando nell'appena avviata campagna anti COVID-19. In questa prima fase, legata alla somministrazione del vaccino negli ospedali e nelle RSA e rivolta agli operatori sanitari e agli ospiti delle RSA, la nostra regione si è attestata agli ultimi posti nella percentuale dei vaccini somministrati. Anche qui a causa dello scarso coordinamento fra le attività di ATS, ASST e RSA. In tutte le altre regioni l'organizzazione è stata affidata ai dipartimenti di prevenzione con una collaudata catena di comando unitaria.

Finché le operazioni rimangono confinate nell'ambito della somministrazione agli addetti ai lavori la cosa non incide sul risultato, ma quando si tratterà di partire con la vaccinazione di massa, la mancanza di coordinamento si farà sentire e non sarà priva di conseguenze, ben sapendo l'importanza, ai fini dell'esito, di una rapida vaccinazione di almeno il 60% della popolazione lombarda (circa 6 milioni di persone). È la campagna vaccinale più estesa e più importante nella storia dell'umanità.

È quindi urgente che si corregga da subito la frattura tra chi deve programmare e gestire le vaccinazioni e chi le effettua riportando il tutto ad unità gestionale, sotto l'egida del dipartimento di prevenzione. Che senso ha nominare un commissario regionale alla vaccinazione quando esistono operatori formati e formalmente competenti in Regione e nei dipartimenti?

Fin dall'inizio della pandemia è apparso chiaro sia per la gestione dei casi e dei contatti uno scollamento fra il personale dei dipartimenti di igiene e sanità pubblica ed i Medici di Medicina Generale. Non sono state date chiare ed univoche indicazioni operative nelle comunicazioni, preziose nella prima fase ma anche dopo, e non è stato possibile gestire correttamente in isolamento i casi a domicilio come invece è avvenuto in altre regioni. Si rammenta che nei primi giorni dell'epidemia la risposta Lombarda, contrariamente ad altre Regioni, è stata prevalentemente ospedaliera con le conseguenze da tutti viste.

Anche l'attività di effettuazione dei tamponi molecolari è stata lasciata agli ospedali o alle strutture pubbliche senza utilizzare i laboratori di sanità pubblica (ben cinque in Lombardia) che non sono stati coinvolti.

L'attuale impianto di Prevenzione non ha retto quindi alla separazione fra collettiva e individuale, così come ha sofferto di azionamenti incongrui (con una ATS di 3.500.000 abitanti) e del mancato reintegro del personale andato in pensione negli ultimi 10 anni.

Peraltro, appare evidente l'impossibilità, pena la definitiva disgregazione, di porre i dipartimenti (non solo quello di prevenzione che dovrebbe riprendere il suo nome e le sue funzioni) nelle attuali ASST, troppo numerose e organizzate sulle vecchie aziende ospedaliere.

**È necessario che la città di Milano abbia una unica Azienda sanitaria con all'interno i suoi dipartimenti e suddivisa in distretti riconducibili, in linea di massima, ai 9 municipi. Per quanto riguarda il resto della regione si potrebbe percorrere l'opzione di un'Azienda su base provinciale, con i dovuti correttivi, come per il resto della Città Metropolitana e alcune zone montane.**

**Nel dipartimento di prevenzione devono essere previsti i competenti servizi previsti dal Dlgs.502/92 ed almeno un laboratorio di sanità pubblica per provincia che svolga le necessarie funzioni analitiche per i compiti d'istituto.**

## 2.

### **Il Territorio che cura: prossimità, motivazione e confronto**

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, non tanto ad accrescere il panorama dell'offerta, quanto 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 e 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)

I modelli legislativi da cui partire sono, per i distretti e le articolazioni territoriali, quanto riportato nella normativa a partire dall'art.10 della Legge n. 833 del 1978 e successivamente nei D.lgs. n 502 del 30.12.1992 e sue modifiche, n. 229 del 19.06.1999 per finire con la Legge 8.11.2012 n. 189.

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

- **Ridefinizione del ruolo e del modo di operare del MMG**
- **Ridefinizione dell'organizzazione e dei compiti e dell'articolazione dei Distretti (si veda punto 3)**

E' 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 fa sì che le competenze del singolo professionista, al di fuori di un contesto di confronto e crescita continua, siano destinate ad essere rapidamente superate. D'altro canto 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 alla telemedicina) non ultima necessità è quella di avere un supporto amministrativo che liberi il professionista dalle tante incombenze burocratiche che sottraggono energie e tempo all'intervento clinico assistenziale.**

**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".** Queste indicazioni sottolineano come occorra un grande impegno innovativo e organizzativo, disponibilità di strutture e sostenibilità della rete per lo sviluppo della telemedicina, da intendersi come strumento, avvalorato anche dall'emergenza COVID-19, non solo fra MMG ma anche fra MMG e medici specialisti dei presidi ospedalieri ed ambulatoriali e professionisti sanitari necessari (es. infermiere, fisioterapista, logopedista) ed operatori sociali. Risulta determinante il pieno consenso e la compliance del paziente, con anche il coinvolgimento del caregiver, nello sviluppo della telemedicina.

Per questo si ritiene che le forme di associazionismo debbano essere fortemente suggerite ai MMG come, d'altra parte, previsto sia dalla Legge 189/2012 e dagli ACN per la medicina generale mai applicati. Poiché i MMG sono liberi professionisti, questi possano organizzarsi, per dotarsi di supporti logistici ed organizzativi, di una Coop di Servizio di Medici di Medicina Generale in grado

(in quanto dotata di forma giuridica, capacità di impresa, assenza di conflitti di interessi non erogando prestazioni sanitarie) di procurare loro tutti i fattori di produzione (strumentali, organizzativi, gestionali) e le risorse (strutturali, economiche, umane) necessarie per la quotidiana attività.

Tutto questo, oltre che essere previsto dal vigente ACN (Art.54), ha dimostrato di essere organizzativamente funzionale alla gestione sperimentale dei CreG prima e della Presa in Carico (PIC) poi. E, nonostante richieda ulteriori importanti aggiustamenti, ha rappresentato un buon modello gestionale della cronicità da parte della Medicina Generale.

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 particolare, la Casa della Comunità dovrebbe costituire un modello di integrazione strutturata tra Medici (di famiglia e specialisti ambulatoriali), altre professionalità convenzionate con il SSN (personale infermieristico, ostetrico, tecnici della riabilitazione, psicologi), altre professionalità della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria come già riportava la legge 189/2012, ai quali si associano il personale amministrativo e i mediatori culturali.

In aggiunta alle attività tipiche le UCCP, in sinergia con la Casa della comunità dovrebbero inoltre farsi carico anche della gestione autonoma dell’Attività Domiciliare Integrata (ADI), comprese le fasi di cure palliative oncologiche e non oncologiche (spesso "trascurate" nell'emergenza COVID-19), grazie alla presenza di infermieri di famiglia che dovrebbero essere destinati ad operare in tali strutture.

**La Casa della comunità dovrebbe realizzare, inoltre, il vero connubio sociosanitario attraverso il contatto diretto tra medico di famiglia e assistente sociale, per poter gestire insieme la fragilità insita, non solo in particolari condizione di salute, ma anche in quei determinanti socioeconomici che la pandemia COVID-19 ha reso ancor più evidenti e drammatiche.**

Aiuterebbe inoltre la riorganizzazione da subito della medicina generale, oltre a quanto già scritto più sopra occorre che i medici di medicina generale garantiscano ai pazienti:

- offerta vaccinale obbligatoria nei propri studi o in altri spazi individuati sul territorio. Non può essere discrezionale come ora.
- 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. (a patto che i portali su cui fare queste prescrizioni non siano macchinosi e farraginosi e spesso non funzionanti come quelli attualmente in uso.
- va incentivata, come si è scritto, la medicina di gruppo con servizio di segreteria e infermieristico. Il lavoro in gruppo assicura un aggiornamento continuo difficile allo svolgimento della professione in solitaria.
- 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 facendo in modo che questa pratica del contatto diretto coinvolga i MMG ad assumere una funzione cruciale di prevenzione diagnosi, presa in carico, coprogettazione di rete con tutti i servizi territoriali, consultori, promozione salute nelle scuole, cure palliative, salute mentale (**servizi di prossimità per la sperimentazione dei quali sono state appostate risorse non ancora utilizzate, ma attualmente previste come trasferimenti dallo Stato anche nella dgr n. 4232 del 29 gennaio 2021**)

È indispensabile tornare ai distretti, come li abbiamo conosciuti prima del 2015, ai quali va deputata la funzione di controllo, sia sui medici di medicina generale e pediatri di libera scelta sia sui vari erogatori di servizi, i cosiddetti pattanti per i quali è indispensabile garantire un più efficace controllo e verifica.

Una riforma quella della medicina territoriale ineludibile, dal momento che ci troviamo oggi di fronte ad una barca senza timone e alla deriva, forse lasciata in questa condizione per poi, alla fine eliminarla.

In merito alla riorganizzazione degli attuali servizi dei MMG possiamo sicuramente affermare che la **medicina territoriale**, che rappresenta una parte fondamentale del SSSR, si deve fare carico di **prevenzione e cronicità** (le aree più critiche) va governata attentamente, deve essere **vicina ai cittadini, anche a domicilio**, per essere **tempestiva nei tempi e accessibile** (24 ore/7 giorni). Deve essere **integrata** per coordinare le risposte a tutti i bisogni (anche sociali, psicologici, per le dipendenze, ecc.).

La visione che intendiamo proporre qui, oltre a quanto scritto più sopra in merito alla associazione dei MMG è migliorare la salute e la cura *quartiere per quartiere* (nelle città) e comune per comune attraverso strutture ambulatoriali di prossimità (di quartiere o territoriali e riferite alle **Casa della Comunità**) e la domiciliarità (**Casa Digitale**).

Una squadra composta da professionisti che conoscono, gestiscono e curano le priorità locali. Questi ambulatori di prossimità, coordinati dal distretto hanno in carico prevenzione e cura (vaccinazioni, visite specialistiche, diagnostica di base, assistenza domiciliare medica e sociale; ma anche medicina proattiva, personalizzata e degli stili di vita) incrociando bisogni e professionalità in “Unità complessa di Cure primarie ” che includano, come si è detto, anche i MMG e Pediatri di libera scelta senza obbligarli a lasciare i propri studi ma, viceversa, alleggerendone il lavoro affinché privilegino quanto di unico nel loro ruolo: il rapporto di fiducia coi pazienti.

Una squadra che dà spazio a innovazione e sperimentazione, con le start-up, attraverso partnership pubblico-privato, con non profit e terzo settore, sperimentando opportunità per migliorare l’esperienza di pazienti e operatori e promuovendo lo sviluppo scientifico e tecnologico.

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.

### 3.

#### **Il Distretto: integrazione sociosanitaria e nuovo ruolo dei Sindaci**

Tra le criticità più evidenti determinate dalla Legge regionale 23/2015, emersa anche nell'analisi di AGENAS, si riconosce la destrutturazione dei distretti. Si è persa la capacità del sistema di rilevare i bisogni di salute partendo dagli operatori sanitari e sociali che si interfacciano strettamente coi cittadini, di tradurre gli indirizzi in servizi efficaci, quindi di analizzare e valutare gli esiti delle azioni per le future programmazioni dei servizi.

La persistente assenza di linee di indirizzo regionali chiare sul modello di medicina territoriale e sul ruolo che devono assumere, nei Piani organizzativi aziendali, i servizi erogativi territoriali, transitati da ATS, ha comportato una inaccettabile disomogeneità di offerta dei servizi, il disinvestimento su molti di essi con riduzione dell'offerta (quantitativamente e qualitativamente), l'impossibilità a realizzare percorsi di integrazione con la rete ospedaliera.

**È quindi necessario 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.**

**I distretti devono essere articolazioni delle Aziende che erogano servizi (nel nostro modello ASL), possono corrispondere a uno o più comuni o ad aree di un solo comune con un bacino di utenza fra 50 e 80.000 abitanti (si veda più avanti la questione dei distretti nella città di Milano), devono promuovere l'integrazione coi comuni sia in fase di rilevazione dei bisogni/programmazione dei servizi che in fase erogativa, dotati di autonomia operativa.**

L'articolazione territoriale del distretto deve essere capillare sul territorio ed è rappresentata anche dalle UCCP, identificabile con una sede fisica facilmente accessibile, operano di 7 gg su 7 per h12 vs h24 (secondo un modello flessibile che tenga conto delle specificità anche orografiche del territorio oltre che della presenza di altri presidi sanitari) e accolgono attività certificative / socioassistenziali / sanitarie quindi sono a carattere multiprofessionale.

I distretti devono erogare le seguenti prestazioni:

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

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

Ma come si articola concretamente sul territorio il governo integrato tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali?

Da più parti (anche nel documento Anci del 3 settembre 2020 e poi nella versione ampliata e aggiornata del 3 dicembre 2020 si segnalano elementi di estrema debolezza riferiti al **ruolo dei**

**sindaci** nell'attuale sistema sanitario e sociosanitario lombardo. Se partiamo dalla citazione del ruolo del Sindaco previsto all'art 32 della legge 833 (autorità sanitaria locale) occorre giungere al D.lgs. 267/2000 (art 117) prima di ritrovare, oltre alle competenze specifiche dei comuni nel sociale, un riferimento in materia di sanità ai poteri per emanare ordinanze contingibili e urgenti con efficacia estesa al territorio comunale in caso di emergenze sanitarie e di igiene pubblica.

Nello specifico queste competenze sono normate dagli articoli 33, comma 3 della L. 833/78 e dall'art. 50 del Testo unico degli enti locali (Tuel) l'emanazione di ordinanze di trattamento e accertamento sanitario obbligatorio (TSO) così come individuati dalla L.180/78.

Tutto qui per l'intervento dei comuni in materia sanitaria e sociosanitaria?

La normativa regionale, ai sensi della L. 328/00, affida i compiti di gestione delle politiche sociali ai comuni secondo quanto disposto dall'articolo 13 LR. 3/2008.

La LR 23/2015 ha abrogato ai sensi art.2 comma 8 lettera j ogni riferimento nella LR 3/2008 al comparto sociosanitario e sanitario, proponendo rispetto al passato una diversa articolazione di organi collegiali e catena di comando riferita al chi fa che cosa nell'integrazione sociale/sociosanitaria e sanitaria. Con la scelta politica attuata con la LR 23/2015 si è consumata in 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 LR 23/2015. Esattamente quello iato tra sociale e sociosanitario-sanitario che ha prodotto i danni che abbiamo dolorosamente osservato negli ultimi cinque anni.

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 normativa della LR 23/2015 art. 20 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).

I comuni sostanzialmente sono chiamati a "prendere atto" delle decisioni delle ATS/ASST. I compiti dei Sindaci devono passare da: "formulare proposte, partecipare a decisioni prese da altri enti, promuovere o (al massimo esprimere) pareri" (art.20 della LR 23/2015) a quelli decisionali in materia di rete dei presidi sanitari sul territorio, ma soprattutto in materia di Piano annuale attuativo delle politiche sanitarie e sociosanitarie integrate proposte da AO e da ASL. Come si può, dopo quello che è successo nel 2020, non coinvolgere adeguatamente i comuni sui temi delle vaccinazioni, della continuità assistenziale, sulla sede dei servizi sociosanitari?

**Si torni quindi anche in Lombardia a dare piena attuazione alla normativa nazionale e quindi al D.lgs. 299/99 che, integrando il Dlgs. 502/92, cita le funzioni dei Sindaci e delle Conferenze dei sindaci: di programmazione (ad es. partecipazione alle attività di Piano attuativo locale, piuttosto che nella approvazione dei PAO ,dei PSA e dei Piani sociosanitari ) e verifica dell'operato direttori ASL e si faccia coincidere davvero programmazione sociale con quella sociosanitaria e sanitaria in ambiti territoriali riferiti ai Piani di zona (ex art. 19 L.328/00 nonché secondo quanto specificato al' art.18 comma 6 della LR 3/2008) o alla loro dimensione distrettuale.**

Circa la dimensione dei distretti oltre a quanto previsto dalla normativa citata (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.

Ma l'esperienza della pandemia e il fallimento delle politiche sanitarie e sociosanitarie regionali nel campo della prevenzione, delle azioni di aiuto alle persone in difficoltà e per ultimo delle vaccinazioni, ci spingono a dire che in Lombardia serve anche altro: serve tornare, per irrobustirlo e trasformarlo, ad un sistema di servizi integrati tra comparto sociale e sociosanitario e sanitario. Un timido esempio di ciò di cui stiamo parlando è contenuto (almeno per quanto riguarda i soggetti potenzialmente partecipanti e gli aspetti operativi e gli stakeholder potenzialmente da coinvolgere) dalla disposizione regionale (DGR XI 3525/20 che istituisce il coordinamento per la rete territoriale (CRT) in attuazione dell'art. 1 del DL 34/20 poi convertito con modificazioni nella L. 77/2020 in tema di pandemia. In questi ambiti di coordinamento a livello distrettuale potrebbero trovare compimento, ad esempio, oltre agli aspetti operativi anti-pandemia esempi concreti di attuazione congiunta di programmazione sociosanitaria e sanitaria a livello di distretto quali ad esempio il confronto tra il servizio sanitario e la programmazione Piano di zona, gli adempimenti del Piano sociale nazionale, gli interventi del Piano nazionale di contrasto alla povertà.

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. Si veda anche la possibilità di sperimentare anche in Lombardia le Case di Comunità; sperimentazione prevista da art. 1 comma 4 bis della L.77/2020.

Insomma, si metta al centro della integrazione tra servizi territoriali il nuovo distretto così come lo abbiamo prefigurato.

Quello che ci immaginiamo è un insieme di servizi che oggi sono invece di fatto separati a cui si potrebbe aggiungere il lavoro già presente al domicilio realizzato dai servizi per le cure palliative (si veda scheda 11.3)

**Le assemblee dei Sindaci di distretto devono diventare organi di orientamento e indirizzo delle politiche integrate tra sociale e sociosanitario e sanitario.**

**Le unità di offerta sociosanitarie e in particolare quelle rivolte alla popolazione residente attraverso Consultori, Cps, Sert, ecc. devono integrare le loro azioni e gli assetti organizzativi specifici nelle fasi di raccolta del fabbisogno, programmazione ed erogazione con le attività dei comuni e le decisioni delle conferenze dei Sindaci.** Sarà infine da trattare come tema a parte (con ulteriori schede tecniche) la riforma delle Udo regionali e comunali in materia di residenzialità/diurnato: RSA, RSD, CDD, CSE (rivolte a diversi target: anziani, persone disabili, non autosufficienti, minori).

#### 4.

### **Gli Ospedali: una rete di competenze fra ospedale e territorio**

**La rete ospedaliera viene solitamente divisa in ospedali Hub e Spoke. I primi, ad alta intensità di cura, hanno alcune caratteristiche tra cui un Dipartimento d’Emergenza (DEA) di 2° livello. I secondi si caratterizzano per una minore capacità di affrontare la malattia acuta, ma da una struttura e dei servizi più idonei a fornire assistenza e supporto alle persone con patologie croniche (alta intensità assistenziale).**

Questi principi erano già presenti nel Dlgs. 502 /1992 e sue modifiche. L’evoluzione successiva della medicina e la recente pandemia Covid 19 richiedono una revisione in senso più radicale di questa divisione. I grandi ospedali ad alta intensità di cura, infatti, oggi richiedono apparecchiature mediche per immagini (per esempio TC in pronto soccorso, risonanza magnetica di nuova generazione ecc.), un laboratorio biomedico avanzato e diverse competenze specialistiche per poter affrontare la fase acuta di malattia o il trauma. Queste strutture hanno costi di personale e di macchinari elevati, pertanto, devono essere in numero congruo con le esigenze di un territorio ampio. Inoltre, queste strutture devono sempre di più rispondere a criteri di flessibilità. Le lunghe attese in Pronto Soccorso e la recente pandemia hanno evidenziato la necessità di recuperare delle aree di ricovero per malattie acute (ex medicina generale o medicina interna) rapidamente modulabili in base alle richieste, in cui possano convergere anche le competenze specialistiche. Questa necessità dovrà caratterizzare anche le scelte costruttive dei nuovi ospedali o gli adeguamenti e gli accorpamenti di quelli già esistenti. Gli ospedali per degenze più prolungate o per riabilitazione hanno invece la necessità di prossimità alla rete di diagnosi e cura del singolo paziente, in particolare fragile e con comorbidità, (ASL, dipartimenti di cure primarie, MMG, AFT, assistenza sociale) per massimizzare la possibilità di reinserimento nel tessuto sociale e familiare. Per ulteriori e più dettagliate specifiche sulla rete ospedaliera milanese si vedano anche quanto scritto ai punti 6 e 7 oltre che lo schema allegato.

**Una revisione della realtà ospedaliera deve tenere conto di sviluppare ulteriormente la rete per l’assistenza delle patologie tempo dipendenti, con il modello organizzativo Hub/Spoke, nel quale i centri Hub sono in grado di garantire (per dotazione di personale, presenza di competenza specialistiche e risorse tecnologiche) una tempestiva presa in carico del paziente e adeguati Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)**

Queste reti già presenti in Lombardia da diversi anni (la prima è stata quella per l’angioplastica primaria per infarto miocardico acuto) dovranno essere ulteriormente sviluppate e migliorate nei prossimi anni. L’organizzazione a rete Hub/Spoke prevede anche l’identificazione dei centri Hub, secondo criteri clinico-organizzativi definiti (indicativamente DEA 2 livello).

**Questi centri possono essere riconosciuti come Aziende Ospedaliere (A.O.), mentre gli altri Presidi Ospedalieri afferiscono alle strutture territoriali di riferimento (ASL).**

Il funzionamento delle reti è garantito dall’integrazione funzionale dei centri Hub e delle strutture Spoke, con un adeguato flusso bidirezionale dei pazienti, in relazione all’intensità di assistenza necessario.

Per la Città metropolitana di Milano è necessario uno specifico programma per identificare le strutture Hub e l’organizzazione delle reti di patologia.

Ruolo centrale per la gestione delle patologie tempo dipendenti è **il sistema AREU**, da quest’anno strutturato in Agenzia regionale E-U. Attualmente AREU gestisce sul territorio regionale il soccorso primario (e secondario) con 4 SOREU (centrali operative NUE/112) e 12 Articolazioni aziendali territoriali AAT (su base provinciale), con sede ospedaliera.

Compiti di AREU sono garantire i LEA per la parte di competenza (gestione urgenza-emergenza pre-ospedaliera e soccorso primario), la formazione del personale, la ricerca specifica. Nell'ambito di una più complessiva revisione della gestione dell'urgenza-emergenza pre-ospedaliera sarà anche da riconsiderare il tipo di contratto del personale AREU che oggi opera in convenzione.

Anche in relazione alla presenza di un forte settore privato in Lombardia, la rete ospedaliera deve essere caratterizzata da una forte azione di programmazione (indirizzo) e governo regionale, per evitare superflue ridondanze (verso le attività più remunerative) e da una più puntuale verifica dei criteri di accreditamento.

Deve essere prevista **un'effettiva integrazione del flusso dei pazienti dai centri Hub ai presidi ospedalieri Spoke (riabilitazioni, lungodegenze ecc.), che dovrebbero essere gestiti, tramite i distretti, dalle ASL.** In questo contesto andrà rivisto il funzionamento dei trasporti in ambulanza tra ospedale e ospedale (trasporti secondari) che oggi presentano delle evidenti carenze nella qualità del servizio (si veda scheda AREU).

Per il finanziamento dei ricoveri potrebbe essere mantenuto il sistema DRG (Diagnostic Related Groups), eventualmente riesaminato, riconsiderando il budget nell'ambito della programmazione annuale, delle funzioni non tariffabili ed anche delle valutazioni delle performance.

Le A.O. potrebbero essere considerate come "Ospedali d'insegnamento" all'interno della revisione degli accordi con le Università (si veda la recente proposta "Norme di riordino della formazione universitaria in medicina e chirurgia nonché per la specializzazione universitaria delle altre professioni sanitarie" presentata dal gruppo parlamentare PD)

Occorre la necessità di adeguare il personale di assistenza con particolare riguardo alle dotazioni di infermieri.

Esiste senza dubbio l'esigenza di potenziare le aree critiche ospedaliere., soprattutto quelle subintensive, garantendo la flessibilità logistico-organizzativa necessaria per le fasi di emergenza, che tuttavia non possono essere prese come rigido standard di riferimento progettuale.

## 5.

### **Formazione, Università e Ricerca: energie vive e inesauribili**

**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**

Ricerca e didattica sono i principali cardini sui quali si regge l'Università; Università che è opportuno ricordare riconosce nel nostro Paese uno dei più bassi livelli di finanziamento se confrontato con gli altri Paesi dell'Unione Europea. L'Italia, infatti, investe nella formazione universitaria lo 0.80% del Prodotto interno lordo, mentre la percentuale di spesa media nei Paesi dell'EU è di 1.1%, con Danimarca, Svezia, Austria, Finlandia ed Olanda che superano l'1.5% (*Health at a Glance: Europe 2020*). A ricerca e didattica si associa, per il mondo sanitario, l'attività assistenziale ed il contatto con i pazienti. L'attività assistenziale necessita una forte, importante ed irrinunciabile collaborazione tra l'Università ed il Servizio Sanitario Nazionale, in particolare, stante l'art.117 della "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" del 2001, con il Servizio Sanitario Regionale.

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, peraltro, in diversi punti di particolare importanza risulta, tuttora, totalmente inapplicato.

In particolar modo non è stato stipulato ad oggi e, quindi, dopo più di tre anni dall'approvazione della 170, il fondamentale "Protocollo d'Intesa tra la Regione e le Università" previsto all'art.29 che disciplina lo svolgimento di attività assistenziali, didattiche, formative e di ricerca. Questo protocollo, ad oggi disatteso, norma, tra gli altri: i parametri per l'individuazione e la valutazione delle attività assistenziali integrate con le funzioni di didattica e di ricerca, l'organizzazione delle reti d'insegnamento, i requisiti per l'individuazione delle unità operative che possono essere dirette da personale universitario, le modalità di partecipazione del personale ospedaliera alla formazione di base e specialistica le modalità di rilevazione e rendicontazione dei costi a carico delle Università e della Regione. Manca, quindi ancora oggi, il "core" applicativo nei rapporti Regione-Università con Facoltà di Medicina, ed è necessario che questo *vulnus* venga al più presto corretto.

Le Università lombarde hanno risposto con prontezza alle drammatiche problematiche associate alla pandemia di COVID-19, in particolar modo gestendo le attività didattiche d'aula con modalità di didattica a distanza (DaD), con i MOOCs (*Massive Online Open Courses*) e più in generale con ampio ricorso alle tecnologie digitali. Il giudizio sia dei docenti che degli studenti universitari sulla didattica a distanza, premesso che la didattica in presenza viene in assoluto considerata come quella maggiormente efficace e preferibile, consentendo una interazione ed un coinvolgimento diretto docente-studente ed una socializzazione essenziale nei rapporti della classe, è stato positivo. Appare, tuttavia, evidente che si renda necessario un intervento formativo per i docenti relativamente all'uso delle piattaforme informatiche, delle varie applicazioni e più in generale sulla digitalizzazione in senso lato. Una recente indagine (*Ramella F. e Rostan M. UNIVERSI-DaD Gli accademici italiani e la didattica a distanza durante l'emergenza Covid-19*) ha mostrato che su 15.000 docenti universitari italiani che avessero durante la pandemia utilizzato modalità di formazione a distanza solo il 9% possedeva una pregressa esperienza e confidenza con le relative tecnologie informatiche. La formazione del personale docente in questo settore, che sicuramente vedrà nei prossimi anni un forte incremento, sarà un tema su cui necessariamente operare con energia anche attraverso una collaborazione Regione-Università.

Se sulla didattica d'aula gli Atenei hanno potuto contenere i danni con la DaD, per le attività cliniche abbiamo assistito ad un vero e proprio *tsunami*: pur con qualche differenza tra Ateneo ed Ateneo, solo gli specializzandi e, per alcuni periodi, gli studenti dell'ultimo anno di medicina e chirurgia hanno continuato ad operare. I giovani iscritti ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, in Odontoiatria e Protesi dentaria ed a quelli delle Professioni Sanitarie hanno perso molti mesi di tirocinio e far loro recuperare l'acquisizione delle competenze cliniche e di interazione con i pazienti perse in questo periodo sarà necessario ma estremamente complesso e necessiterà di una generosa collaborazione Regione-Università. A fianco della consapevolezza del ruolo della DaD nel mondo della formazione vanno considerate la notevole possibilità che la telemedicina, disciplina che gode ormai di una esperienza quarantennale e che riconosce un impiego sempre più vasto, ci offre. Le attività cliniche perse dai nostri giovani non si limitano solo a quanto da loro normalmente svolto nei vari reparti ospedalieri ma comprendono anche la frequenza negli ambulatori dei MMG ove potrebbero più facilmente venir esposti ad interventi preventivi, ad una medicina centrata sul paziente ed a una visione pluriprofessionale del malato.

Una visione, se vogliamo, maggiormente olistica e di salute pubblica e che andrebbe perseguita nei rapporti Università-Regione, promuovendo una maggiore comunicazione e collaborazione tra le diverse figure professionali che operino nell'area sanitaria (medici, infermieri, odontoiatri, operatori delle professioni sanitarie) con l'obiettivo di perseguire una medicina che passi dal *curare* al *prendersi cura* e che non viene considerata nei rapporti Università-Regione ed una maggiore comunicazione che potrebbe venir favorita dallo sviluppo di efficienti tecnologie digitali. Queste forme di collaborazione in Regione Lombardia appaiono deficitarie e l'interlocuzione tra un'assistenza territoriale marginalizzata ed il mondo dell'assistenza ospedaliera appare estremamente difficoltosa. **L'assistenza territoriale, così come l'area della prevenzione, andrebbe profondamente riesaminata e ricostruita; il personale non accademico coinvolto nei percorsi formativi andrebbe retribuito e la formazione dei Medici di Medicina Generale dovrebbe prevedere la nascita di una Scuola di Specializzazione ad essa dedicata. Occorre inoltre valutare se le Università lombarde saranno in grado di garantire le aumentate richieste di personale sanitario laureato.**

Si discute spesso di questione infermieristica e di formazione degli infermieri. A tale proposito riteniamo che la nostra Regione debba porla anche nella logica della ricerca e dell'innovazione e nei rapporti con l'Università. Questa pandemia ha ancora una volta dimostrato che non si può avere una sanità di alta qualità senza un adeguato numero d'infermieri, che l'OCSE rileva essere in media di 9 per 1000 abitanti, mentre in Italia è di 5.5. **Oggi gli infermieri sono in numero scarso nella rete ospedaliera e totalmente insufficiente nella rete territoriale.** La nostra Regione ha 63.890 iscritti agli Ordini delle Professioni Infermieristiche (OPI), che indica che il rapporto è a 6.3. Tuttavia, vedere il rapporto in termini regionali, può essere fuorviante per l'ampia mobilità regionale dei malati che vengono a curarsi in Lombardia, in parte compensata dagli iscritti a OPI di altre Regioni che vengono a lavorare nella nostra. La carenza d'infermieri è comunque verificata quotidianamente sia dai cittadini che dagli amministratori, ed è un problema che si trascina da diversi decenni senza trovare una via d'uscita. I fattori che la determinano sono molteplici e sono legati anche al non sufficiente appeal della professione in Italia, che sconta, oltre la difficoltà che le professioni di cura hanno ovunque nel mondo moderno, anche la scarsa remunerazione economica che non compensa i sacrifici richiesti e le scarse possibilità di carriera che non valorizzano le professionalità acquisite. A questo si aggiunge uno scarso riconoscimento sociale, che nonostante i plausi vari nei tempi di pandemia, difficilmente si traduce in disponibilità a intraprendere il percorso di studi che -ancora una volta la pandemia stessa ha dimostrato- espone poi a un lavoro duro e anche rischioso. A titolo di esempio, in Italia negli ultimi anni accademici ci sono state 1.5 domande per ogni posto messo a bando dalle Università per il Corso di Laurea in Infermieristica, 12.2 per quello in Fisioterapia e 7.2 per quello in Ostetricia. A parità di contratto e conseguente remunerazione di queste figure, questo fa comprendere

la diversa attrazione suscitata nei giovani dalla professione infermieristica, rispetto ad altre professioni dell'area sanitaria. Di certo il problema non può essere risolto al solo livello regionale, in quanto i contratti di lavoro hanno nella componente nazionale la maggiore parte economica, ma almeno nella parte integrativa regionale e aziendale, la componente economica dovrebbe avere un maggiore riconoscimento alla professione infermieristica, rispetto a quello che c'è stato negli ultimi anni.

**La Regione deve prendere iniziative per arrivare nel medio-lungo periodo a 7 infermieri per mille abitanti, che vuole dire un aumento totale di circa 6.800 professionisti. Per cercare di raggiungere questo obiettivo, le Università Lombarde dovrebbero aumentare la loro offerta formativa, che nei fatti non ha avuto una particolare evoluzione. I posti messi a disposizione nell'anno accademico in corso dalle Università Lombarde sono stati di 1.898, che è un numero quasi costante negli ultimi anni. Il cambiamento da immaginare vede uno sforzo che non dovrebbe essere inferiore a un aumento del 30% dei posti messi a disposizione, da aumentare nei prossimi anni di 570 unità (340 solo per le Università Milanesi, che hanno tuttavia sedi anche nelle provincie di MB, BG, LC, SO, LO), facendo arrivare l'offerta regionale a circa 2.470 posti per ogni anno accademico.** Per fare questo, è necessario modificare la dotazione organica dedicata alla formazione infermieristica (Docenti, Direttori Didattici e Tutor) sia dell'Università che delle strutture sanitarie convenzionate come sede di formazione, che ai sensi del Dlgs. 502/92, concorrono con il loro personale del SSR alla formazione degli infermieri, ricevendo dalle Università incarichi di Professori a contratto. In sostanza, le Università dovrebbero essere finanziate per aumentare i loro organici, specie quello del Settore Scientifico Disciplinare delle Scienze Infermieristiche (MED 45), che è clamorosamente carente anche nelle Università Lombarde, essendo di soli 41 docenti a livello nazionale. Le sedi di formazione convenzionate, che conseguentemente offrono la maggior parte dei docenti d'infermieristica e non solo, in qualità di Professori a contratto, e quasi tutti i Direttori Didattici e Tutor, che secondo le convenzioni sono prevalentemente personale del SSR, dovrebbero essere adeguatamente finanziate dalla regione per adeguare i loro organici dedicati, prevedendo anche concorsi per Dirigenti Infermieristici per la Direzione Didattica dei Corsi e consentire l'impegno aggiuntivo richiesto. (sugli infermieri si veda anche la scheda 10.2)

Un secondo settore fondamentale che deve essere completamente ripensato e riprogrammato in ambito formativo è quello della **Formazione Continua ECM**. 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 (si veda la Scheda 10.4)

## 6.

### Il Governo della Salute al servizio della Persona

L'organizzazione di ATS ed ASST, disallineata dal Dlgs 502/92 e sue modifiche, ha dimostrato i suoi limiti come anche sottolineato dal rapporto AGENAS e resi ancora più evidenti dalla pandemia.

Si indicano in particolare cinque criticità:

- 1) Le deleghe di attività erogative (es. le vaccinazioni) dal dipartimento di prevenzione di ATS all'ASST con spaccatura della catena di comando e con marginalizzazione ed ulteriore indebolimento della rete territoriale di prevenzione;
- 2) Le deleghe per attività di cure primarie da ATS all'ASST (es. ora PreSST vs MMG) con il paradosso che ATS definisce l'applicazione degli accordi contrattuali, che hanno effetti sulle cure primarie, con MMG e PLS;
- 3) La frantumazione di funzioni fra ATS e ASST per l'area della salute mentale (es. ATS mantiene funzioni di prevenzione e gestione di progetti di area con effetti negativi sull'operatività decentrata dell'ASST);
- 4) L'ASST ha mantenuto una mission ed una leadership ospedaliera e non è stata in grado di gestire compiutamente e sviluppare le attività territoriali assegnate e trasferite dalle ex ASL con la legge regionale 23/2015;
- 5) La distrettualizzazione virtuale con ambiti territoriali troppo ampi e risorse esigue per assolvere pienamente alle funzioni previste dall'art.3 quinquies del Dlgs.502/92 e sue modifiche in particolare il coordinamento fra assistenza primaria e strutture ospedaliere e lo sviluppo delle prestazioni di prossimità.

Occorre:

- 1) **ricomporre, tramite una nuova legge di riordino del SSSR, l'organizzazione e le attività nella ASL come previsto dall'art. 3 del Dlgs 502/92 e sue modifiche con una articolazione territoriale di norma provinciale**
- 2) **Istituire Aziende ospedaliere in coerenza con l'art 4 del Dlgs 502/92 e sue modifiche ed i criteri di classificazione del DM 70/2015 “ i presidi ospedalieri di II° livello, con bacino di utenza compreso fra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alla Aziende universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda Sanitaria Locale (ASL)”**
- 3) **Assegnare, sulla base dei criteri di classificazione del DM 70/2015, i presidi ospedalieri di base all'ASL e di I° livello di norma all'ASL.**

Il riallineamento dei presidi ospedalieri al Dlgs 502/92 e s.m.i. deve mantenere il coordinamento della rete ospedaliera, informata al criterio HUB Spoke, anche sulla base delle recenti esperienze maturate nella gestione dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (es. equipe itineranti fra Presidi HUB e Presidi Spoke).

Il riordino del Servizio SocioSanitario Regionale (SSSR), come anche indicato dal rapporto AGENAS, richiede una preliminare rendicontazione delle risorse odierne disponibili nei Presidi, Dipartimenti e Servizi e la conseguente pianificazione e finanziamento dell'acquisizione di nuove ed ulteriori risorse per consentire il riordino, il rafforzamento e l'innovazione del SSSR.

Infine, il forte turnover di personale sanitario richiede particolare attenzione alla formazione ed affiancamento delle new entry per garantire il trasferimento di saperi ed esperienze soprattutto nell'attuale fase di emergenza epidemiologica.

## 7.

### **La Rete Metropolitana: forte, connessa, sempre accessibile**

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.

Si ritiene fondamentale acquisire dalla Banca dati assistiti (BDA) i flussi pazienti residenti per prestazioni eseguite presso le unità di offerta e relativa accessibilità e direttrici di comunicazione (in area metropolitana e cittadina è prevalente la verticalità rispetto alla circolarità).

Sulla base di questi dati e dei criteri del precedente capitolo, si potrebbe formulare questa prima proposta:

- 1) ASL Città di Milano in considerazione della dimensione, unità di offerta e specificità metropolitana
- 2) ASL Provincia di Lodi per l'oggettiva autonomia rispetto all'area metropolitana
- 3) 3/4 ASL per l'area metropolitana.

Posta la già riconosciuta autonomia dei 3 IRCCS di diritto pubblico, si potrebbero individuare almeno nell'Ambito cittadino almeno **3 Aziende ospedaliere e nell'Ambito metropolitano almeno un'Azienda ospedaliera sulla base dei criteri definiti nel capitolo 4 ed inoltre della presenza dell'Università.**

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).

La rete può ricomprendere edifici, impianti, apparecchiature e piattaforme digitali.

Inoltre, l'assetto istituzionale non esclude il coordinamento tecnico:

- 1) Della rete ospedaliera, pubblica e privata, informata al criterio HUB Spoke
- 2) Delle ASP e delle RSA/RSD (Unità di offerta da rinnovare per mission e criteri di accreditamento)
- 3) Della rete della ricerca e dell'innovazione, seppure molto significativa nell'area milanese e metropolitana e con perimetri regionale/nazionale/internazionale con una possibile Agenzia regionale.

Sul tema distretti vs piani di zona in riferimento al capitolo 3 va detto che è comunque paradossale avere attualmente in tutta l'area metropolitana 4 distretti per oltre 3 milioni di abitanti.

## 8.

### La Regione per Scelte efficaci e responsabili

Il rapporto AGENAS ha indicato l'eventualità dell'istituzione di un'Agenzia per la programmazione e il controllo escludendo a priori la creazione di un'Azienda sanitaria regionale allo stesso scopo e si concorda pienamente poiché l'Azienda ha autonomia imprenditoriale, come ben definito dal Dlgs 502/92 e sue modifiche, con immediato rischio di duplicazione/conflittualità rispetto alla Direzione generale del SSSR ed all'Assessorato.

L'opportunità di due Assessorati "Salute" "Sociale" può essere suggestiva a condizione che:

- 1) L'Assessorato "Sociale" riunisca anche l'Assessorato "Famiglia" (o altre recenti definizioni ed analoghe competenze)
- 2) Sia ben delineato il perimetro di entrambi gli assessorati per prevenire duplicazioni, già avvenute, di funzioni (es. cure subacute e cure intermedie); questa è una condizione necessaria per garantire l'integrazione "socio-sanitaria" a partire da funzioni e professionalità specifiche.

L'abrogazione di ATS richiede un riordino delle funzioni di programmazione, acquisto, accreditamento e controllo.

**Posto che gli indirizzi di governo dovrebbero essere in capo all'Assessorato competente, un'Agenzia regionale per la programmazione, acquisto, accreditamento e controllo, articolata in ambiti territoriali coincidenti di norma con le ASL, potrebbe essere considerata con funzioni di scopo e con solo ruolo di "staff" dell'Assessorato e della Direzione generale e con la preliminare valutazione circa il funzionamento dell'attuale Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo ( al fine di evitare inutili duplicazioni) che di fatto si è limitata ad esercitare funzioni di indirizzo per evitare a sua volta duplicazioni/conflittualità con ATS.**

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

In particolare, l'Agenzia può disimpegnare il ruolo di parte terza per i controlli in materia di:

- 1) coerenza con gli indirizzi regionali da parte del privato accreditato
- 2) congruenza ed appropriatezza delle prestazioni erogate da parte delle strutture accreditate.

Infine, qualora si seguisse questa strada sarebbe auspicabile che a livello regionale fosse costituito, come si è detto, 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).

## 9.

### **Pubblico e privato: una virtuosa comunione di intenti**

Come dicevamo la pandemia ha portato drammaticamente allo scoperto una serie di limiti e criticità che il Sistema sanitario lombardo aveva già manifestato in precedenza. Uno di questi riguarda, come per altro sottolineato da Agenas nella relazione contenente l'analisi restitutiva dei 5 anni di sperimentazione della l.r. 23/2015, 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 esempio 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.

A titolo esemplificativo tutte le attività di prevenzione, educazione sanitaria, salute ambientale e del lavoro, pronto soccorso, presa in carico delle cronicità e, per parlare di argomenti di estrema attualità, in tempi di pandemia, il tracciamento, le vaccinazioni, l'assistenza domiciliare, gli interventi a bassa intensità tecnologica, ma che richiedono un alto impegno di risorse umane.

Anche alla luce delle raccomandazioni di Agenas 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 (si vedano le note riferite alla Agenzia Regionale)

## **10.**

### **Dal dato all'informazione, la lezione della pandemia**

Se vogliamo che l'emergenza possa essere un'occasione, non solo per comprendere un fenomeno, ma anche per migliorare sistemi, fare previsioni e avere la collaborazione delle persone, è necessario che a cittadini, professionisti, istituzioni vengano resi disponibili dati pubblici, affidabili e facilmente accessibili.

E questa è una prerogativa delle democrazie che si vorrebbero avanzate, ma è anche imprescindibile che il passaggio dal dato all'informazione non dia adito a confusioni e sia scevro da reticenze e manipolazioni.

Le informazioni non devono necessariamente rassicurare o, peggio coinvolgere i cittadini in una bagarre politica, quanto piuttosto promuovere nelle persone comportamenti informati, consapevoli e volti alla soluzione dei problemi.

Indicatori e soglie critiche devono essere trasparenti e comprensibili. Vanno stabiliti a priori e devono avviare automatismi tali da non consentire ritardi, veti o tentativi di modifica da parte di territori, regioni, portatori di interessi.

Sviluppare sistemi di informazione epidemiologica omogenei su tutto il territorio, trasparenti e facilmente accessibili consentono di

- conoscere meglio il fenomeno
- fare previsioni sull'andamento del fenomeno
- adottare le misure più idonee per affrontare il fenomeno
- creare una relazione duratura e bidirezionale fra i cittadini, le istituzioni e la scienza tale per cui le persone non avvertano le regole come impositive, anzi adottino i giusti comportamenti in uno spirito di collaborazione volto alla soluzione dei problemi

## **11.Schede allegate: Dipartimento salute mentale e dipendenze, Infermieri, Cure palliative, Emergenza/Urgenza**

### **11.1 *Dipartimento salute mentale e delle dipendenze***

I temi trattati dai dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze – DSMD nelle 27 ASST sono stati interessati dopo la LR 23 da una separazione sul chi fa che cosa: le tematiche di tipo gestionale sono rimaste nelle ASST mentre la programmazione generale, vigilanza e controllo è stata posizionata nelle 8 ATS.

Si sono quindi verificati: duplicazioni di competenze, opacità della governance, carenze di personale. Nelle ATS sono state mantenute funzioni di prevenzione universale nonché di gestione di progetti dell'area con gravi ripercussioni sulla possibilità di operatività decentrata delle ASST nonché favorendo anche uno storno di personale. L'ATS ha mantenuto anche pezzi erogativi, diciamo i più remunerati.

Ma ancora più grave, essendo attualmente l'ATS che governa i distretti e i tavoli con i comuni e le scuole e le strutture riabilitative, regna il caos totale sugli ambiti di risocializzazione, reinserimento lavorativo e piani speciali di settore con gravi ripercussioni sugli assistiti a cui talvolta non giungono neppure le risorse e servizi previsti da leggi specifiche. Si propone pertanto in materia di dipartimento di salute mentale che la programmazione locale debba essere unitaria e territoriale e riportata nelle ASL che si avvarranno dei distretti per gli interventi territoriali. Occorre interrompere la catena di comando che ha portato ad esempio nella salute mentale a fare dipendere di fatto tutti i servizi dagli ospedali.

Un altro punto importante è il rapporto pubblico – privato. Nel DSMD vi sono settori in cui il privato è nettamente prevalente e spesso quasi esclusivo (strutture residenziali e centri diurni della psichiatria, delle dipendenze, della neuropsichiatria infantile, della disabilità) e questi rapporti sia economici sia programmatori compresi gli investimenti sono decisi e gestiti attualmente da ATS senza che vi sia possibilità reale di intervento di ASST cioè di chi cura e invia i pazienti!! Prima non era così: si studiavano i bisogni (osservatori ed epidemiologia) e gli investimenti. Questo è un vulnus clamoroso da risolvere poiché altrimenti si determina solo lo sviluppo del privato a scapito del pubblico (forse vero obiettivo perseguito dalla LR 23) oltre che a poca trasparenza.

In una area con carenza di personale medico (psichiatri, tossicologi, neuropsichiatri infantili) in situazioni di difficoltà si privilegia oggi la parte ospedaliera (SPDC) a scapito di CPS e SERD e NPIA ad esempio. Clamorose, inoltre, le liste di attesa, qui si segnala ad esempio la NPIA che ha due anni di attesa per una prima visita ambulatoriale dei bambini. Con questa nota si intende ribadire la centralità del territorio extraospedaliero e la necessità che i DSMD nelle ASL tornino a fare prevenzione territoriale.

Le unità di offerta sociosanitarie e in particolare i Consultori familiari, i CPS, i SERD, gli ambulatori di NPIA, devono tornare a integrare le loro azioni e gli assetti organizzativi specifici nelle fasi di raccolta del fabbisogno, programmazione ed erogazione con le attività dei comuni.

Anche per quanto riguarda la psichiatria sono stati sminuiti i servizi che erano di pertinenza della sanità territoriale riferentesi alla cura, ma soprattutto alla prevenzione nell'area del disagio e della sofferenza psichica, aumentando gli episodi di acuzie e ospedalieri, nella forma di ricovero inclusi i TSO.

La neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza si ritrova a fronteggiare casi gravissimi, senza sufficienti mezzi a disposizione (neuropsichiatri, psicologi logopedisti fisioterapisti) e senza articolazione sufficiente con gli invianti territoriali, a loro volta decurtati di risorse.

I Consultori familiari, i SERD, i CPS, le NPIA devono poter far fronte al numero crescente di domanda e di bisogno di interventi che si prolungano nel tempo, da sottoporre a verifica in base ai risultati conseguiti, e alla capacità di continuità e stabilità degli operatori.

Importante è riattivare quindi la rete che porta al controllo del malessere dei bambini e dei preadolescenti durante il percorso scolastico, con possibilità di monitorare le situazioni difficili già a partire dalla scuola materna, come accadeva un tempo. I servizi del territorio devono poter collaborare con le scuole per fornire adeguati piani didattici ed evitare il rischio della disaffezione scolastica, con conseguente dispersione e potenziale devianza.

Le famiglie degli immigrati vanno sostenute e aiutate nel processo di integrazione.

I SERD devono poter aumentare con investimenti idonei e continuativi la capacità di intervento precoce, sui vecchi e nuovi fenomeni di abuso e dipendenza, specie in adolescenza.

Le problematiche che si presentano in adolescenza o all'affacciarsi di essa (come i disturbi alimentari), devono essere trattate prima che diventino francamente patologici e richiedano interventi complessi anche residenziali.

Ospedale, territorio e comuni devono essere in sinergia per garantire i servizi per infanzia e adolescenza, in un monitoraggio costante. Anche il Tribunale dei Minori deve poter usufruire di connessione rapida con i servizi sociali e con il personale che si occuperà del minore e del suo reinserimento psicosociale (quindi psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, figure psicopedagogiche e neuropsichiatriche).

I servizi per la disabilità sia fisica che psichica sono stati del tutto sottovalutati; devono essere in grado di entrare in una rete operativa, con impostazione multidisciplinare e adeguati percorsi riabilitativi.

L'attuale organizzazione del DSMD - dipartimento salute mentale e dipendenze, che raccoglie i servizi di psichiatria, neuropsichiatria infantile, dipendenze, psicologia e disabilità deve essere inserita in una rete territoriale complessiva e governata.

### **11.2 Infermieri e proposta di dipartimento**

La medicina territoriale che qui stiamo ipotizzando prevede che vi siano punti di accesso per i cittadini/utenti/persone 24/7 fisico o a distanza che non sia necessariamente il MMG e PS.

Occorre garantire che i cittadini lombardi possano usufruire del servizio di infermieri di famiglia e dell'infermiere di comunità (IFeC) che assicuri:

- a livello individuale o familiare: interventi diretti e indiretti che hanno come destinatari la persona, la sua famiglia e le sue persone di riferimento, favorendo la promozione e il mantenimento della salute attraverso il rafforzamento della sua autonomia decisionale, grazie ad un'offerta assistenziale capace non solo di garantire prestazioni che può comunque erogare specie se complesse, ma anche di anticipare la lettura dei bisogni ancora inespressi, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie

- a livello comunitario attraverso azioni rivolte alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato.

L'IFeC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di

comunità L'IFeC non è solo un erogatore di cure, ma attivatore di potenziali di cure, che insistono in modo latente nella comunità e che portati alla luce sprigionano una serie di beni cognitivi, affettivi, emotivi e di legami solidaristici che diventano parte stessa della presa in carico (. L'IFeC svolge attività trasversali di implementazione dell'integrazione con l'obiettivo di favorire l'attivazione e l'integrazione tra i vari operatori sanitari e sociali e le possibili risorse formali e informali presenti sul territorio utili a risolvere problematiche inerenti ai bisogni di salute.

Il dipartimento delle professioni sanitarie che qui si ipotizza è una struttura funzionale trasversale, dotata, nel rispetto del Piano organizzativo aziendale, di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario, tecnico della prevenzione e sociale.

L'organizzazione aziendale, al fine di sostenere e integrare l'apporto delle professioni sanitarie di cui alla legge n. 251/2000, per un appropriato, efficace ed efficiente andamento dei processi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi e rendere sinergico e ottimale l'andamento dei processi assistenziali, prevede nelle sue articolazioni che la linea clinica e la linea assistenziale agiscano in maniera integrata nel rispetto delle relative peculiarità scientifiche, professionali ed organizzative.

Tutti i professionisti delle professioni sanitarie di cui alla Legge 251/2000 afferiscono al dipartimento delle professioni sanitarie. Alla Direzione aziendale delle professioni sanitarie afferiscono la Direzione del sistema ospedale, la Direzione della rete integrata assistenziale-clinica e la Direzione del sistema territorio. La Direzione professioni sanitarie esercita le sue funzioni sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione aziendale e contribuisce all'attuazione dei progetti strategici e al raggiungimento degli obiettivi aziendali, assicurando il governo dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico sanitaria, riabilitativa e di supporto.

La Direzione che immaginiamo:

- presiede alla funzione di governo dell'assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico sanitaria, riabilitativa e di supporto, assicura la direzione e la gestione delle risorse professionali di competenza, in modo funzionale agli obiettivi, nell'ambito della realizzazione delle politiche aziendali per quanto attiene ai processi e programmi di competenza, secondo le linee di indirizzo dettate dalla Direzione aziendale e i principi dell'autonomia professionale, della responsabilità e della integrazione multi-professionale.

- definisce il fabbisogno di risorse, la tipologia di professionalità (profilo), ne cura l'accoglienza e l'inserimento all'interno dell'azienda, l'allocazione e la gestione nell'ottica dello sviluppo professionale e della valorizzazione delle professionalità.

- partecipa, in sinergia con la Direzione sanitaria aziendale e con le Direzioni di dipartimento e di presidi, al perseguimento delle strategie aziendali e al raggiungimento degli obiettivi, alla definizione della programmazione delle attività assistenziali, nella ricerca degli assetti organizzativi più congrui e all'individuazione di modelli organizzativi innovativi ad elevata autonomia gestionale volti a rispondere all'evoluzione dei bisogni dei cittadini e alla promozione della formazione e della ricerca.

- interviene nella promozione e adozione di processi integrati di assistenza ospedale-territorio / territorio –ospedale orientati al miglioramento della qualità dei servizi, all'appropriatezza clinico organizzativa, all'efficientamento e alla partecipazione attiva alla progettazione e implementazione dei percorsi clinico-assistenziali, alle politiche di monitoraggio e controllo dei costi e di gestione ottimale delle risorse, anche con tecnologie innovative in teleconsulto e teleassistenza.

Ai fini del conferimento dell'incarico di struttura, sia essa semplice che complessa, al personale della dirigenza delle professioni sanitarie si applicano le disposizioni previste dalla Legge 251/2000 e dai vigenti CC.CC.NN.LL. della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa SPTA. (su tale ultimo aspetto si farà preventivamente un approfondimento e un confronto con le OO.SS.)

### **11.3 Cure Palliative**

La Rete Regionale per le Cure Palliative (RR-CP) (per i malati nella fase finale della vita a causa di una malattia inguaribile ed evolutiva non più guaribile né controllabile) e la Rete Regionale per la

Terapia del Dolore (RR-TD) (per i malati affetti da forme dolorose croniche non necessariamente nella fase finale della vita), sono state implementate negli ultimi 10 anni in applicazione di importanti normative nazionali (Legge 38/2010; Standard Ospedalieri 2016, nuovi LEA/2017, Legge 219/2017). La Pandemia SARS-COV-2 ha dimostrato che la RR-CP può essere rimodulata in situazioni di emergenza sanitaria in quanto è la seconda Rete Regionale attiva 24 su 24, 365 gg l'anno (la prima è gestita da AREU). La RRCP ha una sua naturale connotazione di decentramento erogativo in quanto le equipe attive nei due pilastri funzionali delle Rete, gli Hospice e le Unità di CP Domiciliari (UCP-Dom), devono necessariamente operare in un ambito territoriale (il malato e la famiglia devono ricevere assistenza continuativa nel proprio territorio di vita). La RR TD è maggiormente orientata ad una integrazione “centralizzabile” verso Centri ospedalieri di 1° Livello (Spoke Algologici) e di 2° Livello (Hub algologici). Le Giunte Regionali succedutesi dal 1998) e gli Assessorati (Famiglia e Sanità e dal 2015 Welfare) hanno puntato molto sullo sviluppo della RR-CP, prevedendo costanti incrementi di finanziamento, non sempre bilanciati fra erogatori pubblici e privato, a sfavore dei primi.

Ecco qualche dato circa l'utenza potenziale. Ogni anno dovrebbero essere assistiti dalla RR-CP circa 80.000 nuovi malati (a causa di malattie ormai irreversibili, non solo oncologiche, ma croniche respiratorie, cardiologiche, neurologiche, nefrologiche, metaboliche, infettive). La Pandemia da SARS COV-2 ha dimostrato la necessità di interventi specialistici di CP sia presso sia presso le RSA/RSD, sia al domicilio, sia presso le strutture ospedaliere. I malati sofferenti a causa di forme dolorose croniche gravi, che necessitano costantemente di una forte integrazione fra i MMG e Centri specialistici ospedalieri sono ca 120.000 (dato di prevalenza annuo). L'utenza potenziale classificabile all'interno delle fasce di età caratteristiche dei cd “Minori”, a seconda delle classificazioni utilizzate, oscilla tra i 900 ed i 1.800 (dato di prevalenza annuo). In applicazione delle normative regionali, il sottosistema per i minori dovrebbe essere unico: di CP e di TD. Attualmente si valuta che solo il 40% dell'utenza potenziale sia preso in carico dalle RR-CP e il 30% dalla RR- TD. La % non è nota ma è molto più bassa per i minori, soprattutto a livello domiciliare ed in presenza di una sola struttura dedicata.

Lo sviluppo della RR-CP è stato caratterizzato normativamente da una governance pubblica. Nel corso degli anni, però, si è assistito all'accreditamento erogativo di una forte componente privata (soprattutto del terzo settore), con aspetti di competizione con gli erogatori pubblici: pur con forti differenze territoriali. La RL-CP è attualmente suddivisa al 50% fra pubblico e privato. Caratteristica della RL-CP regionale è, da sempre, la forte componente di volontariato, riconosciuta nel 2016 quale requisito di accreditamento per gli Enti erogatori (DGR X/5918/2016), indicazione ampiamente disattesa. L'offerta specialistica dei Centri di terapia del dolore è invece prevalentemente pubblica. Attualmente la RR-CP, si avvale di Organismo di Coordinamento c/o DG Welfare ed è articolata in Reti Locali di CP (RLCP) presso ciascuna ATS, operando tramite dipartimenti interaziendali di CP. Anche se i dati ufficiali non sono noti la RR-CP sono accreditate 73 Strutture Hospice e di 13 UCP-DOM (CP domiciliari), alcune per entrambi i setting. La RR-TD è costituita da 4 Centri di secondo livello (Hub) e a 25 Centri di 1° livello (Spoke). Esistono però almeno altri dieci Centri, in attesa di accreditamento da anni. Un solo Centro (gestito da un ente del terzo settore) è accreditato per CP e di TD in ambito pediatrico, a Milano.

Azioni di miglioramento e di riforma: Si tratta di azioni di grande impatto sulla popolazione malata e sulle famiglie, ma più in generale sui cittadini lombardi, in considerazione degli aspetti quantitativi (elevata utenza potenziale) e qualitativi.

1. Progressivo incremento numerico dei pazienti che hanno accesso alle 2 Reti, superando le differenze intraregionali.
2. Creazione di un “cruscotto” regionale di monitoraggio dello sviluppo e di funzionamenti delle 2 RR di CP e di TD.
3. Rafforzamento del ruolo e delle funzioni degli Organismi di Coordinamento di CP e di TD c/o DG Welfare.

4. Accreditalmento delle Reti Regionali di CP e di TD (in applicazione dell'Accordo in Conf. Stato Regioni del luglio 2020)
5. Potenziamento della governance pubblica e bilanciamento tra componente erogativa pubblica e privata.
6. Regolamentazione e sviluppo di attività consulenziali "in presenza" o in "teleconsulto" favorenti la integrazione dell'attività delle 2 reti con la medicina di territorio e con la rete della cronicità (ridefinendo all'interno delle 2 reti i ruoli del MMG, del PLS, dell'infermiere di territorio, delle equipe di Cont. Assistenziale e USCA) e a supporto delle équipes operanti presso le Strutture territoriali (RSA, RSD, PreSST e POT), di quelle ospedaliere e della Rete E/U 118.
7. Riadeguamenti degli standard di posti letto e del numero degli Hospice, in considerazione dell'incremento del numero di malati affetti da malattie non oncologiche e delle modifiche demografiche e sociologiche (ad es. famiglia).
8. Potenziamento delle attività di CP domiciliari, incentivando forme di cooperazione strutturata a livello locale fra i differenti Enti erogatori accreditati per le CP domiciliari, favorendo economie di scala all'interno di ogni RL-CP.
9. Implementazione dell'offerta di CP e la TD per i minori, integrandola con le Reti Locali per l'adulto.
10. Sostegno al volontariato, con maggior copertura territoriale, nuove modalità (televolontariato) e formazione.
11. Prosecuzione delle azioni intraprese per la formazione continua sia degli operatori della RR\_CP e della RR-TD e per i professionisti non specificamente dedicati a CP e TD di cui al punto 6.
12. Sviluppo di programmi di informazione ai cittadini e ai professionisti sanitari e sociosanitari sui diritti all'accesso alla RL-CP e alla RL-TD, sul loro funzionamento e sui principi della Legge 219/2017 (Consenso Informato e DAT)

#### **11.4 Rete di Emergenza Urgenza**

Premessa. La Rete regionale della E/U costituisce dal 1992 un fiore all'occhiello della Sanità lombarda sulla quale le Giunte Regionali hanno da sempre molto investito per potenziare e coordinare soprattutto la prima delle sue 2 classiche componenti, quella extraospedaliera (gestita in modo sempre più indipendentemente dal Sistema generale Socio-Sanitario dall'Agenzia Regionale della E/U e quella intraospedaliera. Come la recente pandemia da SARS-COV-2 ha messo in evidenza anche in questo settore sono emerse criticità sia di ordine qualitativo che quantitativo. In particolare, la discontinuità fra i 2 sottosistemi. La carente integrazione con la Rete territoriale delle RSA/RSD e delle Cure Palliative (in particolare al domicilio dei malati e Rete Territoriale E/U), è risultata evidente in lunghe e drammatiche fasi durante le quali non si è data risposta agli interventi richiesti per malati in pericolo di vita (codice rosso) da parte degli operatori delle strutture socio sanitarie (RSA e RSD) (con standard strutturali, tecnologici e organizzativi inferiori alle strutture sanitarie) qualificati per gli interventi terapeutici di E/U

Offerta regionale di E/U e sua organizzazione: la Rete dell'E/U extraospedaliera è gestita, come si è già detto, a livello territoriale dalle articolazioni di AREU coordinate dalla Sede Centrale situata in Milano (articolazioni funzionali AAT e SOREU). Si tratta di una rete dotata di sistemi di ICT molto avanzati che permettono il collegamento costante con le equipe in servizio sui mezzi della flotta di intervento (Elisoccorso, Mezzi di Soccorso Avanzato con medico e/o infermiere a bordo; Mezzi di Soccorso di base con i soccorritori a bordo). Le sole automediche e le auto infermieristiche sono di proprietà di AREU e operano con personale professionista medico ed infermieristico inquadrato presso le ASST ma con garanzia di copertura dei turni 24 ore su 24, 365 giorni l'anno (di norma si tratta di medici specialisti un A/R e infermieri formati con specifici corsi da AREU). Tutto il restante servizio è esternalizzato a circa 150 enti/organizzazioni/associazioni del terzo settore (accreditati da AREU e riuniti in una "Consulta") per le attività di 5 punti di Elisoccorso e delle centinaia di Mezzi di Soccorso di Base. Il personale a bordo, tranne che l'Elisoccorso nel quale operano di norma professionisti, è costituito da soli soccorritori certificati da AREU al termine un

corso di 120 ore e operanti all'interno degli E/O/A aderenti alla Consulta. AREU certifica ed abilita i formatori dei soccorritori, operanti solo presso alcuni Centri di Formazione (anch'essi accreditati da AREU), pare unico esempio di autonomia in ambito formativo a livello del SSR. Una elevata componente di soccorritori svolge la propria attività in regime di volontariato (ovviamente gratuito); si tratta di un aspetto molto delicato e controverso. AREU gestisce anche le attività di trasporto di organi a fine di trapianto e rilascia le autorizzazioni per i Piani sanitari in occasione di tutti gli eventi sportivi e non sportivi che prevedano afflusso di persone in luoghi chiusi od aperti (ad es. in stadi, palazzetti, aree urbane ed extraurbane) a volte gestendo direttamente il Servizio per gli eventi maggiori (ad es. Expo). Opera in stretta connessione con la Prefettura e la Protezione Civile in caso di maxi-emergenza e/o di eventi catastrofici. Ad oggi AREU non gestisce i cd trasporti secondari, quelli da una struttura sanitaria all'altra né nelle situazioni di E/U ad es. da un PS ad una struttura chirurgia o intensiva né per l'esecuzione di interventi diagnostici non disponibili nella struttura ospedaliera di degenza del paziente. La Rete della E/U intraospedaliera, di fatto, non è strutturata in misura eguale a quella extraospedaliera. In altri termini non esiste un soggetto unico che gestisca l'interfaccia dell'offerta intraospedaliera con AREU (in primis l'offerta e la disponibilità in PS-OBI). Come già detto le 2 Reti di E/U pare non collochino neppure informaticamente fra loro ed il percorso del paziente soffrirebbe di una soluzione di continuità una volta accettato al PS\_OBI ospedaliero (aspetti meritevoli di ulteriori approfondimenti specialistici)

Azioni di miglioramento:

1 Potenziare azioni di ICT, organizzative e comunicative volte alla sempre maggior integrazione fra Rete dell'E/U extraospedaliera e quella Intraospedaliera e le altre Reti (Rete delle RSA, RSD, PreSST, POT; Rete CP; MMG/PLS,

Continuità Assistenziale, USCA), controbilanciando le tendenze ormai evidenti alla autonomizzazione e alla autoreferenzialità di sistema da parte di AREU (formalmente trasformata da Azienda ad Agenzia)

2. Prevedere l'inserimento sui Mezzi di Soccorso di Base di una quota di infermieri del SSN, operanti in aree critiche (ad es. PS-OBI, Terapie Intensive, Sale Operatorie) opportunamente formati e certificati (con approfondimento su quale certificazione necessaria), privilegiando magari forme di incentivazione (previo accordo sindacale), come già avviene in alcune regioni.

3. Equilibrare e monitorare costantemente la quota di Mezzi di Soccorso di Base di proprietà da parte del SS Regionale, garantendo comunque e innanzitutto il governo pubblico dell'intero sistema

4. Riprogrammare il rapporto numerico fra Elisoccorso, Mezzi Soccorso Avanzato e Mezzi di Soccorsi di Base (secondo esempi che potremo integrare)

5. Riorganizzare il sistema formativo, rendendolo verificabile da Enti terzi, sia per i Formatori sia del personale soccorritore, migliorando gli aspetti programmatici, in riferimento alle necessità di cui al punto 2.

6. Ridefinire il sistema dei rimborsi e di appalti delle postazioni della Flotta.

### ***11.5 Vaccinazioni***

Il goal standard della campagna vaccinale in Lombardia è rappresentato dall'adesione e tempestiva vaccinazione di almeno l'80% della popolazione generale stimata in 6,6 milioni di cittadini con l'obiettivo di garantire l'immunità di gregge.

Questo impegnativo intervento deve essere preceduto dalla tempestiva vaccinazione di almeno il 90% di 1,7 milioni di cittadini, stimati ad alto rischio, di cui 700.000 over 80 ed 1 milione pluripatologici (di cui circa 570.000 over 65) con l'obiettivo anche di diminuirne la mortalità.

Proprio su queste popolazioni, considerate a rischio, sono necessari interventi di vaccinazione che tengano conto della:

- 1) **diversa tempistica “non cronometrabile”**, rispetto ad un operatore sanitario da vaccinare, nell'acquisire anamnesi e consenso informato ad esempio da parte di un cittadino anziano e fragile

- 2) **della prossimità, anche domiciliare**, in presenza di cittadini fragili e con ridotta o assente autonomia.

**Per il buon risultato del piano vaccinale, i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria devono essere, nell'ATS, i responsabili dell'organizzazione territoriale della campagna vaccinale e del suo monitoraggio e controllo.**

Occorre garantire che:

- 1) i Medici di Medicina Generale siano i principali attori della vaccinazione anti COVID-19 per la popolazione a rischio individuando sedi appropriate per prossimità, laddove lo studio medico non sia idoneo, ed infermieri di famiglia a sostegno; in tal modo la vaccinazione anti COVID-19 potrebbe essere anche l'occasione per accelerare e sviluppare una reale associazionismo fra i Medici di Medicina Generale;
- 2) Siano previsti interventi di prossimità, d'intesa con i Comuni (es. in relazione ad aree a bassa densità abitativa) anche per la popolazione generale,
- 3) sia previsto un piano di recupero per le mancate adesioni (ad esempio è stato stimato il 26% per gli operatori sanitari);
- 4) siano pianificati controlli su campioni, per tipologia (es. over 80), di vaccinati per la determinazione della efficacia della vaccinazione;
- 5) sia prevista una appropriata e controllata comunicazione sugli effetti collaterali.

Si ritiene inoltre importante un pieno coinvolgimento delle Organizzazioni del volontariato per eseguire la vaccinazione anti COVID-19 presso comunità fragili e marginalizzate e gli homeless.

**Una considerazione finale e fondamentale: il successo della campagna vaccinale si fonda su:**

- **certezza delle scorte di vaccini, per quantità e frequenze di consegna**
- **numero di operatori disponibili**
- **sedi idonee e fisicamente disponibili.**

## **Legenda**

ACN: Accordo collettivo nazionale

ADI: Assistenza domiciliare integrata

AFT: Aggregazione funzionale territoriale

AGENAS: Agenzia nazionale per i servizi sanitari

AO: Azienda Ospedaliera

AREU: Azienda regionale emergenza urgenza

ASP: Azienda di servizi alla persona

ASST: Azienda socio sanitaria territoriale

ATS: Agenzia di tutela della salute

BDA: Banca dati assistiti

CDD: Centro diurno disabili

CP: Cure palliative

CRoG: Chronic related group

CRT: Coordinamento rete territoriale

CSE: Centro socio educativo

CTR: Centro di terapia riabilitativa

DEA: Dipartimento di Emergenza urgenza accettazione

DP: Dipartimento prevenzione

DSMD: Dipartimento Salute mentale e dipendenze

HUB/SPOKE: prende spunto dalla “ruota di bicicletta” secondo il DM 70/2015 Ospedale sede di DEA 2° livello “HUB” Ospedale sede di DEA di 1° livello “Spoke”

IFeC: Infermiere di famiglia e infermiere di comunità

Inter-RAI: rete di ricercatori impegnati a migliorare l'assistenza socio sanitaria

IRCCS: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

LEA: Livelli essenziali di assistenza

MMG: Medico di medicina generale

NPIA: Neuro psichiatria infanzia e adolescenza

OPI: Ordine professioni infermieristiche

PIC: Presa in carico

PLS: Pediatra di libera scelta

POA: Piano di organizzazione aziendale

POCT: Point of care testing

POT: Presidio ospedaliero territoriale

PRoSST: Presidio socio sanitario territoriale

PSA: Piani strategici aziendali

PS-OBI Pronto soccorso-Osservazione breve intensiva

RSA: Residenza sanitaria assistenziale

RSD: Residenza sanitaria per disabili

RR-CP: Rete regionale cure palliative (o RL ...rete locale)

RR-TD: Rete regionale terapie del dolore (o RL ...rete locale)

SERD: Servizio per le dipendenze

SPDC: Servizio psichiatrico diagnosi e cura

SSSR: Servizio sociosanitario regionale

TSO: Trattamento sanitario obbligatorio

UCCP: Unita Complessa di cure primarie

UdO: Unità di Offerta

USCA: Unita speciali di continuità assistenziale

## **RINGRAZIAMENTI**

### **per il contributo di idee e il supporto alla discussione sulla proposta di riforma del SSR**

**Silvia Roggiani** (segretaria PD Milano Metropolitana)

**Carlo Borghetti** (Vicepresidente Consiglio regionale – Commissione Sanità)

**Carmela Rozza** (Consigliere regionale – Commissione Sanità)

### **per la redazione, coordinamento ed elaborazione testi**

**Piera Mercedes Landoni** (responsabile Dipartimento Welfare e Salute PD Metropolitan)

**Claudio Minoia** (ex Direttore generale Settore Sociale Comune di Milano)

**Claudio Garbelli** (Specialista Igiene e Medicina preventiva, ex direttore generale AO Melegnano)

**Alberto Aronica** (Medico Medicina Generale – Direttore PRESST Via Farini)

**Giuseppina Borrini** (Medico Medicina Generale)

**Antonio Carrassi** (prof. Odontostomatologia Univ. Mi, Dir. Odontostomatologia ASST SANTI)

**Francesco Fanari** (Direttore didattico Corso di Laurea infermieristica, presidio Fatebenefratelli)

**Paola Ferri** (Psicoterapeuta NPI San Gerardo Monza)

**Paola Gobbi** (Coordinatrice infermieristica ATS BRIANZA - Università degli Studi Milano)

**Stefano Guzzetti** (Cardiologo Ospedale Sacco di Milano)

**Alfio Lucchini** (Psichiatra, già direttore DSMD ASST Melegnano Martesana)

**Carmelo Marazia** (Esperto PA Studio associato Politema)

**Giovanni Mutillo** (Direttore professioni Sanitarie ASL Teramo – CTU Tribunale Milano)

**Roberto Porta** (Coordinamento Accademia Qualitologia)

**Sonia Ribera** (Direttore S.C. Area Territoriale ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda)

**Federico Robbiati** (Procurement Manager – cofondatore Gruppo Case Mediche)

**Edgardo Valerio** (Medico preventivista, già dirigente dip prevenzione ATS Metropolitan)

**Sergio Vesconi** (ex direttore generale Emergenza Urgenza – Fondazione Trapianti)

**Furio Zucco** (pres “Presenza Amica”- Anestesista, Rianimatore, cure palliative e terapia dolore)

### **per la partecipazione al Tavolo e il contributo alla discussione**

**Davide D’acquino** (Anestesista rianimazione Niguarda)

**Luciana Dambra** (responsabile Dipartimenti Segreteria PD Milano Metropolitana)

**Emilio Didone** (Segretario Regionale CISL PENSIONATI)

**Mirco Fagioli** (coord integraz. Sociosan ATS Metropolitan, già coordinatore Distretti Sociosan)

**Alberto Fedeli** (Avvocato amministrativista – Consulta Terzo settore)

**Anna Gallo** (Funzionario Arpa Lombardia)

**Giuseppe Imbalzano** (medico, specialista in Igiene e Medicina preventiva)

**Carlo La Vecchia** (Epidemiologo – Professore ordinario Scienze Cliniche Università Studi Milano)

**Giulio Mariani** (già Primario Medicina int. ASST Santi e Direttore Diabetologia ASST Nord MI)

**Guglielmo Ragusa** (ginecologo PMA San Paolo Milano)

**Alberto Ronchi** (Medico Chirurgo, Ospedale San Raffaele Milano – Sindacalista Medici)

