



AGENDA SANITÀ 2018

LE PROPOSTE DEL SINDACATO SUL SERVIZIO
SOCIOSANITARIO REGIONALE

- 1.** Rispondere alla domanda di salute delle persone fragili con la rete delle cure intermedie
- 2.** Ridurre i tempi d'attesa per l'Emergenza Urgenza, gli esami diagnostici, le visite specialistiche, gli interventi chirurgici programmati
- 3.** Rivedere la compartecipazione alla spesa sanitaria: *ticket, esenzioni, rette RSA e bisogno sanitario*
- 4.** Ruolo professionale e sviluppo delle competenze
- 5.** Agire sulle problematiche della presa in carico della cronicità e fragilità
- 6.** Salute mentale
- 7.** Semplificare, educare, prevenire per combattere le disuguaglianze di salute e promuovere la medicina personalizzata
- 8.** Fondo mutualistico integrativo regionale per la Long Term Care
- 9.** Trasparenza e controllo nella gestione di appalti e affidamento di servizi

ALLEGATO: Proposte per la rete delle cure intermedie

Premessa

Il riordino della Sanità lombarda mostra, per alcuni aspetti importanti, non poche difficoltà, sia nell'accessibilità alla rete d'offerta da parte dell'utenza, sia nella giusta valorizzazione delle professioni sanitarie e sociosanitarie, con ricadute negative in termini di efficacia del servizio rispetto ai bisogni di cura e disorientamento professionale degli operatori del sistema salute.

La mancata attuazione di parti rilevanti dell'accordo Regione/OO.SS. del settembre 2014 sull'evoluzione del SSR, in particolare rispetto ai percorsi d'integrazione ospedale-territorio, alla strutturazione della rete d'offerta, alla chiara identificazione delle unità d'offerta, allo sviluppo di figure professionali, alla definizione di punti unici di informazione ed ascolto per ogni cittadino, sia esso una persona fragile o cronica, aderente o meno al nuovo modello di cura, o sia un altro utente del SSR, è la condizione a partire dalla quale giudichiamo insufficiente l'attuale assetto di sistema, dopo l'entrata in vigore della Legge regionale 23/2015 e i provvedimenti collegati.

Inoltre la riorganizzazione della rete territoriale conseguente al passaggio di competenze dalle ex ASL alle ASST, anziché realizzare l'auspicato rafforzamento della prossimità, si è ripetutamente accompagnata a un ridisegno dei presidi territoriali dei servizi e a un notevole ampliamento degli ambiti di competenza, mettendo alla prova la capacità di risposta ai bisogni espressi dai cittadini. Anche per questa ragione, riteniamo sia necessario che in ogni realtà territoriale, considerando le differenze esistenti nell'offerta, nella complessità e nell'organizzazione dei servizi, sia garantito il giusto riconoscimento dell'importanza e della continuità del confronto fra le ATS, ASST e le OO.SS.

Oltre ad una piena realizzazione della rete territoriale, di cui ancora non si comprende lo stato di attuazione e non si vedono gli esiti d'impatto, c'è l'urgenza di procedere a un aggiornamento della programmazione della rete specialistico-ospedaliera per mantenerla ad adeguati livelli di qualità ed efficacia. Le razionalizzazioni effettuate negli ultimi anni così come i nuovi assetti organizzativi e le nuove configurazioni del sistema pubblico (ATS e ASST) non hanno avuto gli effetti sperati dal punto di vista di operatori e cittadini. Per intervenire efficacemente in tal senso una prima significativa azione potrebbe consistere nel ripensamento e nella ridefinizione degli ambiti territoriali di competenza di alcune ATS (ad esempio, l'ATS Montagna e i territori limitrofi, come l'Alto Lago e la Valcamonica).

Dobbiamo altresì ricordare che la Legge regionale 23/2015 è stata ammessa dal Ministero della Salute con la formula della sperimentazione. Su questa base e per trasparenza rispetto agli esiti della sperimentazione stessa, chiediamo siano rese pubbliche le valutazioni in corso tra Regione Lombardia e Ministero, a quasi tre anni dal varo della norma e dopo alcuni atti di implementazione rilevanti, primi fra i quali il ridisegno della *governance* fra programmazione, controllo e produzione.

Nel testo che segue indichiamo le priorità per una urgente ripresa del confronto con l'Assessorato e la Direzione Generale al Welfare. Non si tratta certo di ripartire da zero bensì di focalizzare, per noi in modo più efficace di quanto non sia stato possibile fare fino ad ora, alcuni dei problemi e temi più rilevanti nel rapporto fra cittadini e Servizio Sanitario Regionale.

Fra questi c'è il tema delle cure intermedie. Il DM 70/2015 offre indicazioni importanti, definendo un modello di assistenza a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio, accanto a programmi quali le dimissioni protette/programmate o l'assistenza domiciliare, sollecitando lo sviluppo di unità di degenza post acuta, territoriali a prevalente carattere ospedaliero in grado di supportare sia la deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni a domicilio con l'attività multidisciplinare e il coinvolgimento della medicina generale e degli specialisti territoriali. In questo senso in Lombardia è stata prevista una rete di posti letto sub/post-acuti di cui però, ad oggi, non si ha chiara evidenza. Non di meno la proposta di accordo in Conferenza Stato-Regioni avente a tema l'«*Ospedale di Comunità*» focalizza temi significativi relativamente ai requisiti minimi ed alla dotazione di posti letto, ai target di utenza e alle modalità di accesso e possono integrare l'azione di riordino prevista con i POT e i PreSST in Regione Lombardia.

Per queste ragioni abbiamo dedicato al tema delle cure intermedie un allegato specifico.

Preso atto che l'Accordo preliminare Stato-Regione sul regionalismo differenziato individua in materia di politiche per la salute alcuni ambiti di relativa autonomia è nostra intenzione confrontarci, nel corso della Legislatura, sui conseguenti sviluppi rispetto alle materie trasferite.

1. Rispondere alla domanda di salute delle persone fragili con la rete delle cure intermedie

C'è un crescente e diffuso bisogno sanitario oggi non soddisfatto la cui risposta è riferibile, nell'ambito del percorso e del processo d'integrazione e di transizione tra ospedale-territorio, alla programmazione pubblica dell'offerta di cure intermedie, cioè di posti letto sub-acuti, ad alta intensità di cure infermieristiche, e post-acuti, a garanzia di continuità della cura. Riconfermiamo, pertanto, la necessità di una programmazione ed equilibrata distribuzione nel territorio delle strutture definite POT e PreSST.

Le unità d'offerta destinate alle cure intermedie di cui si rileva ad oggi una insufficienza strutturale, dovrebbero intercettare i seguenti bisogni:

- sub acuti – «*Pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. È quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche*» (DGR 1479/2011);
- post acuti – «*Persone in condizioni di stabilità clinica che hanno concluso il loro percorso clinico acuto e sub acuto, ma che necessitano di migliorare il più possibile lo stato di "salute" e che hanno bisogno di un periodo ulteriore di assistenza residenziale, a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per un "accompagnamento" verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari.*» (DGR 3239/2012).

Queste unità di offerta devono essere distinte dalla lungodegenza riabilitativa, perché aggiuntive, integrative e complementari rispetto all'articolazione del sistema delle cure riabilitative.

Nell'**Allegato** al documento esponiamo una lettura del bisogno, delle criticità e le proposte per una migliore valorizzazione della rete d'offerta di posti letto sub/post-acuti (cure intermedie), a totale carico del Fondo Sanitario Regionale, a netta prevalenza pubblica e in una logica di sanità di iniziativa.

2. Ridurre i tempi d'attesa per l'emergenza urgenza, gli esami diagnostici, le visite specialistiche e gli interventi chirurgici programmati

Il tema dei tempi di attesa è fra quelli più sentiti dai cittadini che accedono al SSR e il cui incremento, più di altri, determina il ricorso da parte di chi può a prestazioni in regime di solvenza, producendo un incremento della spesa privata out of pocket.

Chiediamo di poter effettuare un monitoraggio congiunto dei tempi di attesa per le prestazioni maggiormente richieste, siano esse accessi all'Emergenza Urgenza, esami diagnostici, visite specialistiche o interventi chirurgici programmati, individuando, per tutte le strutture pubbliche e private, i tempi di attesa in regime di SSN e in regime di ALPI, stante che per la produzione di prestazioni istituzionali e ALPI si utilizza lo stesso

fattore produttivo. In particolare si chiede l'attuazione delle misure previste dalla DGR 7766/2018 e dalle norme di richiamo (legge n.120 del 3 agosto 2007 e s.m.i., legge n.189/2012 e art. 54 del CCNL 8 giugno 2000) relative alla Libera Professione Intramuraria, nonché una valutazione dei risultati in sede congiunta (Cabina di regia, ex accordo 21.11.2017), con l'obiettivo di:

- incrementare l'attività istituzionale nel caso in cui le attività erogate in regime libero professionale raggiungano un rapporto paritario con l'attività istituzionale medesima;
- istituire sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione;
- finalizzare alla riduzione delle liste d'attesa l'utilizzo della quota del 5% derivante dall'applicazione dell'articolo 2 del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

Punto Unico di Accesso per le prenotazioni e integrazione delle agende –

Realizzazione di un Punto Unico di Accesso per le prenotazioni con la visibilità sul territorio regionale delle disponibilità, e integrazione delle agende tra strutture pubbliche e strutture private accreditate, estendendo il servizio di call center a tutti gli erogatori accreditati e a contratto. In questo modo, si garantirebbe all'utenza la massima accessibilità, consentendo al call center unico per le prenotazioni di visionare le agende di tutti gli erogatori regionali, evitando ai cittadini di doversi recare personalmente o telefonare direttamente alle strutture.

Si deve garantire una piena possibilità di scelta, per le prenotazioni on-line e con dispositivi mobili, tramite un sistema di filtri progressivi, che permetta all'utenza di visualizzare e selezionare le disponibilità della propria ATS di riferimento o di altre specifiche articolazioni territoriali (ATS, ASST e strutture private accreditate), in relazione al codice di urgenza della prestazione. Qualora, in relazione al codice di priorità, non vi siano disponibilità con la programmazione ordinaria nell'ambito della competenza territoriale delle singole ATS, si deve fornire la disponibilità "fuori agenda" in intramoenia, al costo del solo ticket.

Semplificare il processo amministrativo – Promuovere e sviluppare i percorsi di prenotazione e refertazione basati sulle nuove tecnologie (vedi in particolare sito CRS e le App *Salutile Prenotazioni* e *Salutile Referti*), facilitandone l'accesso, tramite strumenti abilitanti, affinché chi lo desidera possa semplificare il suo rapporto con il Servizio Sanitario Regionale.

Si possono altresì facilitare le procedure in fase di accettazione e comprimere i tempi amministrativi, anche tramite nuove modalità di pagamento della compartecipazione.

Riduzione dei tempi d'attesa – Procedere rapidamente all'implementazione ed al monitoraggio della DGR 7766/2018 sui tempi e le liste di attesa, con particolare riferimento alle sei prestazioni previste dall'allegato 2 della medesima delibera, e al verbale sottoscritto con le OO.SS. in materia di linee guida sull'ALPI del 6 febbraio 2018.

All'interno del budget annuale attribuito alle strutture erogative pubbliche e private, attraverso l'azione di programmazione e controllo delle ATS, prevedere la destinazione vincolata di risorse da destinarsi esclusivamente ad aumentare i servizi istituzionali per prestazioni legate a patologie di particolare gravità e con eccessivi tempi e liste di attesa.

Sviluppare forme e modalità di gestione dei codici minori bianchi e verdi, in POT e PreSST territoriali e tramite corsie dedicate all'interno dei Pronto Soccorso ospedalieri.

Nell'ambito dei Pronto Soccorso ospedalieri, in analogia con alcune sperimentazioni in corso anche in strutture lombarde, introdurre procedure di presa in carico a valle del triage con priorità di accesso a parità di codice per alcuni soggetti fragili (per es. anziani), da parte dei reparti di geriatria/medicina generale.

Organizzare l'ALPI secondo fasce orarie che non coincidano con quelle di maggiore afflusso dei pazienti nelle strutture, compatibilmente con il vincolo della effettuazione fuori dall'orario di lavoro dei professionisti. Consentire l'utilizzo di strutture ed équipe per la chirurgia in regime di libera professione solo a condizione di un rigoroso rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale.

Nel sistema di valutazione delle performance del management delle strutture del SSR attribuire all'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa pesi e valori effettivamente incentivanti, anche con riferimento ai tempi di conseguimento del risultato.

3. Rivedere la compartecipazione alla spesa sanitaria: ticket, esenzioni e bisogno sanitario

Sul tema della compartecipazione alla spesa sanitaria il nostro obiettivo resta l'eliminazione del superticket. Nel 2018 chiediamo di dare seguito in maniera strutturata ai provvedimenti relativi al taglio del superticket, agli intendimenti già condivisi in merito alla gestione del contenzioso esenzioni e al voucher in riduzione delle rette in RSA per i casi di particolare complessità assistenziale, considerando anche una modalità di sostegno per tutti gli ospiti delle strutture a valere sul Fondo sociale e in rapporto alla condizione economica. Su questo asse tematico proponiamo i seguenti interventi:

Ampliamento esenzioni e revisione del sistema dei ticket – Ampliare la fascia delle esenzioni relativamente ad alcuni target di popolazione, con riferimento all'estensione per la fascia dei minori con più di 14 anni, compresi i minori stranieri figli di genitori irregolari, cui va in ogni caso garantita, superando l'attuale regime sperimentale in proroga, l'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani indipendentemente dalla condizione giuridica dei genitori. L'esenzione totale dal ticket sanitario va altresì riconosciuta ai minori con più di 14 anni richiedenti asilo e alle cittadine comunitarie in Codice CSCS per i controlli previsti nel periodo di gravidanza.

Gestione del contenzioso esenzioni – Prevedere un nuovo termine temporale per le ulteriori annualità, come precedentemente stabilito dalla L.R. 17/17, per i ravvedimenti operosi in presenza di contestazione con notifica del verbale di accertamento, e soluzioni al contenzioso con il pagamento delle somme corrispondenti al ticket indebitamente omesso, senza aggravio di sanzioni, interessi e spese, nei casi in cui non sia ancora intervenuta la contestazione.

Attuare la revisione del sistema per la verifica dei dati dei contribuenti, per consentire la riduzione automatica dell'invio dei verbali di accertamento.

Garantire un servizio organizzativo presso le ATS per facilitare l'attribuzione appropriata delle esenzioni, il supporto all'autocertificazione da parte del cittadino e la gestione del contenzioso, con riferimento anche agli esimenti per possesso di altri requisiti esentativi.

Risolvere con urgenza il contrasto interpretativo in tema di completa equiparazione dello stato dei lavoratori discontinui e inoccupati a quello di disoccupato, intervenendo sul Governo per un vaglio giuridico definitivo da parte ministeriale, eventualmente interpellando il Consiglio di Stato, sezione consultiva.

Abolire la compartecipazione a carico dei minori disabili gravi – Modificare la DGR 7769/2018 escludendo la facoltà del gestore di chiedere alla famiglia del minore assistito un'integrazione economica non superiore al 30% dell'importo giornaliero calcolato sul profilo ad alta intensità (200€/die) e corrispondente ad un massimo di 60€/die, a titolo di compartecipazione. Il servizio, peraltro assai limitato nei numeri, è da considerarsi sotto ogni profilo cura e deve essere a totale carico del fondo sanitario.

Bisogno sanitario e rette RSA – Nell'Ambito dell'Osservatorio RSA ricostruire un quadro aggiornato del valore e della composizione delle rette (quota sanitaria e quota alberghiera nel rispetto dei LEA, anche con riferimento alla consolidata giurisprudenza in materia) per ciascuna ATS.

Procedere ad una nuova analisi condivisa delle schede struttura raccolte all'interno delle unità di offerta residenziali per determinare sia le modalità più corrette per una riclassificazione dei SOSIA sia i fattori di composizione del costo pieno.

Definire, condividendo forme e modalità attuative, un sostegno al bisogno sanitario crescente nelle unità di offerta residenziali e nelle modalità di cura e assistenza domiciliari. La sperimentazione dello scorso anno del "Voucher 1000€" per le forme maggiormente "sanitarizzate" degli ospiti in RSA va messa a regime con una misura strutturale che abbia un impatto (anche oltre il perimetro SOSIA 1-2 e Alzheimer) significativo sulla retta che grava sull'ospite stesso o sui familiari e conseguente al peso della componente sanitaria che deve mantenersi a carico del FSR.

4. Ruolo professionale e sviluppo delle competenze

La realizzazione dei percorsi previsti dalla LR 23/2015 è fortemente pregiudicata da una diffusa ed evidente carenza di organici, che si manifesta sia nei servizi territoriali che nelle strutture dedicate alle acuzie.

Sul processo di riordino del SSR, inoltre, grava il problema irrisolto della mancata stabilizzazione dei lavoratori precari, sia nel comparto che nella dirigenza medica e non. Come già avviene in altri contesti regionali, dove sono stati siglati importanti accordi in materia, il superamento della precarietà occupazionale deve essere una priorità d'intervento nell'agenda politica di Regione Lombardia, in coerenza con le esigenze di tutela dei lavoratori, con l'evidente fabbisogno e con le esigenze organizzative e funzionali del sistema.

Un ulteriore ambito di intervento diretto, nella piena competenza e autonomia di Regione Lombardia, riguarda il potenziamento delle risorse da destinare all'ampliamento dell'offerta formativa e dei posti relativamente alle Scuole di Specialità delle Università lombarde così come relativamente al Corso triennale di formazione specifica in medicina generale.

Il potenziamento delle risorse integrative, rispetto a quelle nazionali, per il finanziamento delle scuole di specialità e del corso per MMG, in una lettura associata alla programmazione degli organici, risulta essere prioritario per garantire oggi e nel tempo la qualità e i livelli di servizio del SSR.

Sempre negli ambiti diretti di autonomia regionale si trovano inoltre necessari interventi volti al potenziamento della formazione continua, alla contrattazione ed alla negoziazione decentrata regionale ed aziendale su specifici obiettivi strategici regionali di salute pubblica e di sistema, così come il necessario sviluppo e potenziamento di forme associative della medicina di base.

Ulteriori temi che si evidenziano al dibattito sono poi relativi ad azioni per le quali si chiede coerenza a Regione Lombardia nel dialogo con il livello nazionale. Il persistente sottodimensionamento del turnover, in ragione di logiche di contenimento della spesa, imposte a livello nazionale, che minano non solo la qualità del servizio pubblico ma anche l'erogabilità e la relativa fruizione in tempi ragionevoli, sta producendo l'effetto di "stressare" i ritmi ed i tempi di lavoro degli operatori che oggi prestano la propria opera all'interno del SSR, con evidenti ripercussioni e rischi sui livelli di servizio e sull'utenza. Il rispetto dei tempi di lavoro, come più volte richiamato dalla Comunità Europea, è uno standard inderogabile con impatti significativi sulla programmazione, occorre ora agire sull'integrazione degli organici dopo anni di limitazioni e contingentamenti. A questo scopo occorre aggiungere una necessaria riqualificazione dei ruoli professionali e delle competenze tramite percorsi formativi ad hoc che accompagnino il processo di riforma tracciato dalla L.R. 23/2015.

In tale quadro, si focalizzano le seguenti linee di azione e di proposta:

Stabilizzazione del precariato – Sono oltre 4.000 i lavoratori precari del sistema sanitario pubblico con contratto a tempo determinato, non calcolando anche tutti i lavoratori con contratto atipico di varia natura presenti nel sistema; di questi circa la metà in possesso dei requisiti previsti dal D.lgs. 75/2017 e circolari applicative per la stabilizzazione.

Occorre quindi siglare un accordo regionale per strutturare percorsi di stabilizzazione del precariato, nel quadro della Circolare n. 3/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, tramite modalità attuative negoziate, mirate e specifiche nei contesti lavorativi, con una tempistica certa e una priorità progressiva nel percorso di stabilizzazione dei lavoratori.

Offerta formativa specialistica – Integrare, sulla base di una valutazione dei fabbisogni ed in accordo con il sistema universitario, l'offerta formativa e la disponibilità di posti in accesso ai percorsi di formazione per i Medici di Medicina Generale ed alle scuole di specialità. Regione Lombardia negli anni passati ha già proceduto ad attivare con risorse proprie borse di studio e forme di sostegno integrative. Occorre potenziare tale forma di sostegno rispetto alle risorse messe in campo a livello nazionale, coordinando sempre più l'azione con l'analisi dei fabbisogni organici delle strutture del sistema sanitario pubblico.

Formazione continua – Per lo sviluppo del ruolo professionale e delle competenze del personale operante nel complesso del SSR, occorre potenziare i percorsi formativi integrati sviluppati dalla DG Welfare per le strutture del sistema sanitario e sociosanitario regionale per facilitare il potenziamento delle competenze orientandole, all'implementazione degli obiettivi della L.R. 23/2015.

In questo senso occorre recuperare e potenziare l'esperienza del coordinamento regionale della formazione in sanità aumentandone anche i relativi budget e costituendo un Gruppo di Lavoro per la Formazione con i responsabili formazione delle varie strutture del sistema sanitario.

In relazione alla formazione E.C.M. (Educazione Continua in Medicina), progettata ed erogata dagli enti del sistema sanitario pubblico e privato accreditato, e nel rispetto degli spazi di autonomia, è necessario che Regione Lombardia potenzi la funzione di coordinamento, supervisione e controllo con lo scopo di favorire la partecipazione e la fruibilità degli eventi formativi, così come l'indirizzo tematico in ottica di allineamento sulle priorità di sistema.

È necessario, inoltre, rivedere la quantificazione del riconoscimento dei crediti per gli eventi formativi con accreditamento regionale per fare in modo di allinearla, tramite un processo di benchmarking, con gli altri territori regionali.

Valorizzazione delle professioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali – Occorre sviluppare un'attività di valorizzazione ed un pieno coinvolgimento di tutte le professioni coinvolte nell'evoluzione del sistema, contrastare le forme di dumping contrattuale anche intervenendo sulle regole di accreditamento, potenziare i percorsi di formazione e di partecipazione alla definizione dei livelli di servizio, degli strumenti e dei livelli assistenziali.

Incentivazione – Contrattare sistemi incentivanti che valorizzino i ruoli e le funzioni degli operatori del sistema sanitario regionale in ragione di obiettivi di salute e di sistema, con particolare riferimento all'applicazione della L.R. 23/2015 relativa all'evoluzione del SSR agli accordi sindacali sottoscritti in materia e ai nuovi CCNL che attribuiscono maggiore peso alla contrattazione di secondo livello.

Sblocco del turnover – Procedere ad aumentare i coefficienti di turnover, sulla base di una adeguata programmazione dei fabbisogni, sino ad una completa sostituibilità, rimuovendo i vincoli di

spesa imposti a livello nazionale. In tal senso la determinazione dei fabbisogni occorre che sia parametrata non solo al numero degli operatori complessivamente intesi, ma sia considerata anche l'effettiva capacità oraria lavorativa degli stessi, legata a regimi di orario di lavoro ridotto (part-time, benefici delle L. 104/92, ecc.) o alla residua capacità lavorativa in base alle limitazioni riconosciute.

Occorre che la programmazione del sistema regionale individui gli ambiti in cui, nella definizione di medio-lungo periodo dei fabbisogni territoriali, si possano attuare forme di integrazione, sostituzione, riqualificazione e riconversione professionale che siano rispettose dei ruoli e delle persone.

Responsabilità professionale, prevenzione del disagio e della violenza –

Procedere, applicando pienamente la normativa nazionale sulla responsabilità professionale, ad una maggior tutela dei professionisti della salute e ad una tutela del ruolo professionale. Una particolare attenzione va posta nell'individuazione delle coperture assicurative, vigilando sull'operato delle aziende sanitarie.

Per prevenire fenomeni di disagio e di violenza, occorre procedere ad analisi del rischio e mettere in atto azioni per prevenirlo e ridurlo. In tal senso si chiede di dare seguito ad un potenziamento delle risorse umane e delle strumentazioni, specie sul territorio, a maggior tutela degli operatori.

Migliorare la comunicazione non solo tra gli operatori sanitari ma anche verso i cittadini, coinvolgendo i mass-media e ricercando la collaborazione degli ordini professionali delle categorie sanitarie, rimane un obiettivo prioritario per prevenire forme possibili disagi e soprusi.

Associazionismo della medicina di base –

Utilizzare la forma del Accordo Integrativo Regionale della medicina di base per incentivare, anche tramite integrazioni economiche, forme associative che promuovano l'estensione degli orari di servizio, servizi integrativi presso gli studi medici e favoriscano il coinvolgimento del MMG/PLS e della équipe interprofessionale nella presa in carico del paziente cronico e fragile.

5. Agire sulle problematiche della presa in carico della cronicità e fragilità

Il nuovo modello di presa in carico della cronicità sconta l'impatto di un'implementazione nel sistema senza la gradualità d'intervento che invece sarebbe stata utile e necessaria, il permanere di ampi settori di criticità e forte opposizione fra i MMG/PLS e fra i medici ospedalieri, la mancata correlazione con il Piano nazionale della cronicità e il Piano regionale di prevenzione in un'ottica di sviluppo della medicina d'iniziativa. A questo si aggiungono le preoccupazioni delle strutture pubbliche, ma anche del sindacato, circa gli effetti dell'implementazione del modello sui tempi di attesa sia per cronici che non hanno aderito sia per i pazienti non cronici. Il recente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG, inoltre, ribadisce il ruolo di *“attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure”*, nonché nell'ambito *“del coordinamento clinico (definizione del Piano di Cura e stipula del Patto di Cura) necessario alla presa in carico di persone affette da patologie croniche”*.

Tenuto conto della fase di avvio del modello della presa in carico chiediamo di intervenire sui punti che seguono, prevedendo le necessarie modifiche alle DGR adottate in materia

Attivare un monitoraggio selettivo sull'implementazione del modello –

Condividere nell'ambito della Cabina di Regia (ex accordo 21.11.2017) un'azione di monitoraggio per la

verifica delle problematiche che emergono nel corso dell'implementazione della presa in carico dei pazienti, tramite un'analisi a granularità territoriale per:

- quantificare l'adesione al modello, in particolare verificando il numero di reclutamenti effettivi per ciascun gestore, distinguendo fra gestori pubblici e privati accreditati e suddividendo l'analisi sui singoli livelli di complessità della presa in carico e la numerosità di *frequent users* per ciascun gestore idoneo, al fine di presidiare eventuali "colli di bottiglia" o situazioni critiche che dovessero manifestarsi e garantire i servizi su basi di equità territoriale;
- verificare la reale attivazione di centri servizi da parte dei soggetti gestori pubblici e privati;
- monitorare l'impatto dell'implementazione del percorso di riforma sulla gestione dei percorsi di cura e assistenza dei pazienti non cronici;
- verificare che il rapporto pubblico/privato, in particolare su base territoriale, sia improntato ad una mutua collaborazione (e non a competizione), che la contrattualizzazione dei soggetti accreditati privati sia orientata a dinamiche di integrazione dei servizi ed al miglioramento del servizio pubblico (gestione liste di attesa, ecc.) e che non comporti la rinuncia e la delega, da parte del pubblico, ad altri di ambiti strategici di attività e professionalità.

Con riferimento alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari delle ASST, sollecitiamo l'introduzione di figure di supporto infermieristico (infermiere di famiglia in primis) a livello di prossimità territoriale che facilitino l'accesso ai relativi servizi, così come l'adozione di strumenti di telemonitoraggio e telemedicina in maniera omogenea su tutto il territorio regionale.

Valorizzazione del MMG/PLS e ruolo del Clinical Manager – Alla luce del sopra citato Accordo Collettivo Nazionale e del Piano Nazionale della Cronicità, incentivare e stimolare l'associazionismo tra MMG/PLS e lo sviluppo di nuove attività e servizi a supporto del percorso di presa in carico, formando "nuove" risorse professionali e individuando soluzioni organizzative adeguate a facilitare l'attuazione del percorso di riforma. In particolare occorre sollecitare l'introduzione di figure di supporto, in particolare nell'ambito della professione infermieristica, che facilitino l'accesso ai relativi servizi ed il coordinamento di rete.

Verificare alcune dinamiche del percorso di presa in carico, come ad esempio la gestione delle disdette/rinunce oppure i perimetri di gestione del paziente qualora il MMG/PLS non sia il soggetto gestore/cogestore, così come i profili di tutela giuridica e professionale in caso di contenzioso, tramite la chiara determinazione delle relative responsabilità.

Chiarire il ruolo del Clinical Manager, in particolare definendo i ruoli ed i processi di integrazione con il MMG/PLS, le modalità e gli strumenti di comunicazione e di relazione con il paziente, le procedure di individuazione, i percorsi di presa in carico, la definizione delle agende e dei follow-up. In tal senso occorre meglio specificare le modalità di presa in carico dei soggetti multicronici e la gestione delle loro patologie, così come il percorso di individuazione del Clinical Manager, che in tali casi deve essere un coordinatore di rete clinica multiprofessionale.

Processi di integrazione – Procedere rapidamente all'integrazione informatica tra rete territoriale (MMG/PLS in primis) e rete specialistico ospedaliera, tramite un unico sistema operativo.

Per quanto riguarda l'aspetto specifico della presa in carico della cronicità è necessario intervenire su tutti gli aspetti riguardanti la frammentazione delle soluzioni informatiche, la mancata interoperabilità e la difficile consultazione e gestione, con una standardizzazione e unificazione dei percorsi e dei modelli a livello amministrativo ed informatico, per facilitarne la compilazione e renderne possibile la trasmissione contemporanea a più strutture in grado di ricevere il paziente. Tali aspetti oltre a sovraccaricare il processo amministrativo per gli operatori sanitari non permettono una gestione del dato utile per le analisi e le finalità cliniche della presa in carico, come la comparazione dei referti e dei relativi parametri clinici e biologici. Occorre pertanto rendere omogenee, funzionanti e interoperabili le soluzioni informatiche, finanche proponendo un modello

unico di gestione informatica della presa in carico. Nel dettaglio occorre inoltre rendere prioritaria, anche e soprattutto in termini di risk management, l'integrazione e la comunicazione delle informazioni farmacologiche tra i vari soggetti che agiscono nel percorso di presa in carico del paziente cronico.

6. Salute mentale

Sulle persone con sofferenza psichica e sui loro familiari gravano condizioni molto complesse alle quali il SSR risponde con risorse ancora insufficienti. A ciò si aggiungono le nuove problematiche di cura dei traumi correlati alla condizione delle persone migranti.

Pur in presenza di un modello per sostenere i percorsi di integrazione (Budget di Salute), la risposta al bisogno è oggi affidata a unità di offerta ancora prevalentemente residenziali, in parte gestite da privato profit e con elevati costi per le famiglie; ciò a scapito di servizi territoriali, continuità di cura nelle transizioni tra l'età evolutiva e quella adulta, riabilitazione e inclusione sociale.

Sulla base dell'attività del Tavolo Tecnico Salute Mentale, sottolineiamo in questa sede la necessità di intervenire su alcune criticità che rivestono carattere di urgenza:

- Potenziamento dei servizi territoriali, anche a carattere domiciliare, anche tramite l'avvio delle sperimentazioni previste dalle Regole 2018;
- Incremento di posti letto in acuzie per i minori e gli adolescenti;
- Riduzione dei tempi di attesa per l'avvio di percorsi di cura territoriali di neuropsichiatria infantile;
- Superamento della eccessiva concentrazione delle REMS e potenziamento dei servizi territoriali, anche a carattere domiciliare.

Inoltre evidenziamo la necessità di superare ogni forma di segregazione e, nei protocolli di assistenza e cura del paziente psichiatrico, il ricorso ancora troppo presente a pratiche di contenimento meccanica e chimica.

7. Semplificare, educare, prevenire per combattere le disuguaglianze di salute e promuovere la medicina personalizzata

Gli studi relativi alle disuguaglianze in materia di salute indicano una correlazione fra il grado di istruzione dei cittadini e la loro speranza di vita. Un sistema complesso nella fase dell'accesso, infatti, tende a premiare chi ha più risorse e capacità di reperire le informazioni necessarie a soddisfare i propri bisogni. Per questa ragione, il contrasto alle disuguaglianze si concretizza anche in adeguate politiche di promozione della salute e di prevenzione, supportate sia da iniziative di comunicazione/informazione ai cittadini sia da concreti miglioramenti organizzativi e procedurali, per:

- agevolare l'accesso alla rete d'offerta, sensibilizzando l'utenza ad un utilizzo ed un accesso consapevole al Sistema Sanitario Regionale
- facilitare all'utenza la scelta tra alternative di cura e assistenza, semplificando le relative procedure di accesso e le pratiche amministrative di attivazione dei servizi.

In questa prospettiva chiediamo di sviluppare le seguenti iniziative.

Punti di orientamento – Valorizzare le unità d'offerta sanitarie, socio sanitarie e sociali attraverso l'attivazione in ogni Distretto di «*punti unici di informazione ed ascolto*» dove tutti i cittadini possano rivolgersi per essere informati adeguatamente sulle possibilità di cura ed assistenza, sulle tipologie delle unità d'offerta più consone al loro specifico bisogno e sulle eventuali forme di sostegno al costo dei servizi.

Semplificazione procedure d'accesso – È necessario accompagnare e semplificare l'accesso ai servizi tramite procedure standardizzate di valutazione dei bisogni sanitari e sociali chiare e facilmente comprensibili per l'utente e per la famiglia e soggette a rivalutazione solo al modificarsi del bisogno.

La valutazione del bisogno multidimensionale e multiprofessionale – titolarità ed esecuzione – deve essere a cura dell'ente pubblico di programmazione, con relativa e successiva determinazione delle opzioni di cura e assistenza. Tale servizio dovrà utilmente collocarsi all'interno dei presidi dei distretti o, all'interno dei POT e dei PreSST di strutture pubbliche individuati e/o da individuare.

Professionalità di prossimità territoriale e gestione amministrativa – Individuare e formare “nuove” figure professionali qualificate per la gestione del processo amministrativo di accesso ai servizi e figure infermieristiche di prossimità territoriale (es infermiere di famiglia) che in una logica di collaborazione con le altre professionalità e i MMG/PLS e di integrazione con i servizi sociali dei comuni possano facilitare la continuità di cura ospedale-territorio per tutti i pazienti.

Attuare una semplificazione amministrativa per l'attivazione e l'accesso alle varie misure procedendo nel percorso di informatizzazione con un unico modello operativo. Attualmente i supporti informatici a livello regionale sono diversi e incompatibili da struttura a struttura. Il che non permette nemmeno di fornire a tutti i cittadini lombardi un documento sanitario riassuntivo delle condizioni di salute (una mini cartella clinica), consultabile condiviso dagli operatori sanitari di tutte le strutture, con un evidente snellimento di tutte le procedure riducendo anche i tempi di risposta nelle emergenze/urgenze cliniche e nelle valutazioni specialistiche: con lo stesso tempo si potrebbero effettuare più visite, riducendo le liste di attesa. Il FSE attuale è molto lontano dal rispondere questa esigenza. Per i pazienti cronici e polipatologici per i quali è più elevata la complessità della terapia e la relativa gestione, il predetto documento sanitario riassuntivo sarebbe di supporto a specifiche procedure finalizzate alla conciliazione della terapia, riducendo il rischio di errori in fase di prescrizione, rischi di interazione farmacologica, garantendo appropriatezza, completezza e chiarezza delle informazioni ai professionisti e facilitando il paziente stesso o la persona che se ne prende cura.

In considerazione della natura specifica dei dati raccolti nel FSE, con riferimento alla Regolazione Europea in materia (EU GDPR) e con l'obiettivo di rafforzare la consapevolezza e la partecipazione dei cittadini in un ambito caratterizzato da forti processi di integrazione e accentramento (big data), chiediamo sia data evidenza pubblica alle modalità di raccolta, conservazione, trattamento, eventuale cessione a terzi dei dati - sanitari e non solo - della popolazione e che sia garantita la governance pubblica a presidio di tutte le attività sopra descritte, anche quando queste vengano svolte da soggetti terzi o nell'ambito di programmi di ricerca che ne presuppongano la condivisione

Prevenire e educare – Monitoraggio dei piani di prevenzione (Piano Regionale della Prevenzione, programmi di screening e Piano Vaccini, in primis) e valutazione dei dati di attività nella Cabina di Regia (ex accordo 21.11.2017).

Per perseguire l'obiettivo di garantire e contemperare il diritto alla salute e il diritto allo studio proponiamo di sviluppare interventi programmati e condivisi, con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e delle rappresentanze dei docenti, di informazione ed educazione alla salute, anche con la presenza di medici nelle attività scolastiche come formatori di educazione sanitaria per la prevenzione delle principali affezioni, così come momenti di sensibilizzazione sulle modalità di utilizzo e di relazione con il sistema sanitario regionale, incentivando da parte dei cittadini l'utilizzo degli applicativi informatici.

Medicina di genere – La mancanza di un corretto approccio di genere è stato ed è ancora causa di disuguaglianze di salute, di inappropriata prescrizione, di eccesso di reazioni avverse da farmaci nelle donne, di trattamenti clinico-assistenziali inappropriati, anche pensando ai differenti fattori di rischio che favoriscono in ottica di genere l'insorgenza e il decorso delle malattie croniche. Da qui, un sottoutilizzo o inefficiente utilizzo di risorse sanitarie. Peraltro, promuovere la prospettiva di genere è importante non solo nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, lo è anche per tutti gli aspetti inerenti alla medicina del lavoro, nell'ottica di un nuovo modello prevenzionale e di valutazione del rischio, così come inteso dallo stesso d.lgs 81/2008 in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Recentemente si è sviluppata una maggiore sensibilità relativamente a tale tematica tramite, in particolare, l'attivazione del Centro di Riferimento Medicina di Genere presso l'ISS, e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 31 gennaio 2018 della Legge n. 3/2018, nella quale si norma un'adeguata rappresentatività di genere nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali, così come l'applicazione e diffusione della medicina di genere nel SSN.

La rilevanza del tema, nell'ambito della personalizzazione dei percorsi di cura e assistenza, in termini di interazioni farmacologiche e terapeutiche ed i relativi impatti sulla spesa, in ragione di valutazioni di costo-efficacia e di costo-efficienza, ci portano a promuovere la tematica e a formulare le seguenti proposte:

- Attivazione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico Tematico sulla Medicina di Genere che porti alla definizione di PDTA dedicati, sulla base di approfondite analisi di impatto sulla salute e di valutazioni di costo/efficacia, sulle patologie più rilevanti in ottica di genere;
- Inserimento stabile della tematica nelle Regole annuali di gestione del SSR;
- Attivazione di un tavolo con le rappresentanze sindacali e associazionistiche maggiormente significative per migliorare, tramite iniziative di comunicazione mirate, la conoscenza e la diffusione della medicina di genere.

Consultori – In Lombardia il rapporto consultori/abitanti è molto più alto della media nazionale (1 consultorio lombardo ogni 58.250 abitanti, contro 1 ogni 26.263 in Italia). Un rapporto così sfavorevole, unito alla riduzione degli organici nelle strutture, limita l'attività dei consultori stessi a sostegno della prevenzione e dell'educazione ai comportamenti riproduttivi consapevoli e responsabili, alla tutela dei minori e alla cura delle relazioni familiari. È necessario che la Lombardia incrementi la presenza sul territorio di consultori pubblici e rafforzi le dotazioni organiche di quelli esistenti, per lo svolgimento di tutte le funzioni assegnate a questo servizio dalla normativa nazionale e regionale (DPCM sui Lea del 12.1.2017, art.24).

S. Fondo mutualistico integrativo regionale per la Long Term Care

L'invecchiamento demografico, l'evoluzione nella composizione delle famiglie e l'andamento epidemiologico sono le determinanti di un bisogno di assistenza complessa e continuativa che grava su una componente anziana maggioritaria e in progressivo ampliamento della popolazione lombarda. Il sistema sanitario, ma anche quello socio-assistenziale e le stesse reti familiari sono sollecitate a confrontarsi con la portata di tale cambiamento sotto il profilo sia dell'organizzazione del servizio sia della spesa.

La spesa sociosanitaria in Lombardia per i servizi territoriali dedicati alla non autosufficienza rispetto ai differenti setting assistenziali – domiciliarietà, semiresidenzialità e residenzialità – mostra una netta ma spesso inappropriata prevalenza per l'assistenza in struttura residenziale, mentre si dovrebbe promuovere il mantenimento dell'anziano nel proprio contesto abitativo, familiare e sociale, ma senza scaricare sulle famiglie e in particolare sulle donne il ruolo di primaria agenzia di

welfare, gravandole di responsabilità, spesa out-of-pocket e compiti di cura o assistenza che invece rientrano nelle funzioni pubbliche.

Perciò, con riferimento all'Accordo sulla riforma del Servizio Sociosanitario della Lombardia del 26/9/2014, in merito a *“possibili iniziative finalizzate alla copertura solidaristica integrativa di quanto attualmente non coperto dal sistema pubblico di welfare”*, proponiamo di procedere all'analisi e allo studio di fattibilità di un fondo integrativo regionale che, con finalità mutualistiche e solidaristiche, possa coprire tutta la popolazione sui bisogni determinati dalla Long Term Care, su base universalistica anche nelle forme di finanziamento, e possa, inoltre, essere correlato ad analoghe iniziative assunte a livello nazionale, per escludere due regimi separati.

9. Trasparenza e controllo nella gestione di appalti e affidamento di servizi

È necessario un maggiore controllo su acquisti e affidamento degli appalti e servizi a terzi per restituire trasparenza e sicurezza sulla gestione del sistema, anche con procedure rafforzate rispetto alla vigente normativa – codice degli appalti e D.Lgs. 231/2001 in primis – e da rendere obbligatorie in sede di accreditamento e contrattualizzazione. A questo fine proponiamo di:

Rafforzare i controlli – Potenziare i controlli da parte delle ATS tanto nel pubblico quanto nel privato accreditato e contrattualizzato in stretto coordinamento con l'Agenzia dei Controlli, per verificare tramite indagini ispettive specifiche la correttezza delle procedure, la conformità e qualità dei prodotti acquistati (dispositivi, protesi ed ausili).

Per le forniture alla Pubblica Amministrazione proponiamo che siano eseguite periodiche verifiche e controlli ispettivi sulle aziende abilitate al dialogo economico-contrattuale con la PA tramite la piattaforma regionale SINTEL di e-procurement per le stazioni appaltanti, e che in caso di manifesta violazione e condanna definitiva di carattere amministrativo e/o penale si attuino forme di estromissione/sospensione dagli elenchi e condizioni di non inserimento di operatori attualmente non presenti a sistema.

In conformità alla LR 26/2017 applicare, con riferimento ai bandi indetti da strutture pubbliche e private accreditate e contrattualizzate per l'approvvigionamento di servizi, un protocollo che preveda l'applicazione di clausole sociali e il rispetto dei CCNL firmati dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

Allo scopo di allineare gli standard fra i soggetti operanti all'interno del Sistema Sociosanitario Lombardo, per le forniture privato su privato, proponiamo di inserire nelle regole di accreditamento requisiti minimi e indici di congruità per i contratti di fornitura di beni e/o servizi.

Allegato

Proposte per la rete delle cure intermedie

Il crescente e insoddisfatto bisogno di Cure intermedie

Le unità d'offerta identificate (sub/post-acute) nascono e si sviluppano con l'obiettivo di rispondere ad un bisogno di salute e di continuità assistenziale che da tempo risulta in crescita per ragioni principalmente riconducibili ad alcuni acceleratori di contesto: l'andamento demografico della popolazione, la modificazione della struttura delle reti familiari, la contrazione dell'assistenza ospedaliera e della degenza media dei ricoveri.

Infatti è evidente che il processo di invecchiamento della popolazione e la conseguente crescita della cronicità insieme alla riduzione della degenza media e dell'offerta ospedaliera non possono in alcun modo essere più controbilanciate dal supporto delle reti sociali e familiari, finora molto coinvolte sia sul piano dell'assistenza e del lavoro di cura, sia sul piano dei costi.

Il contesto sociale e demografico e le reti familiari

La popolazione anziana e cronica è notoriamente la fascia di utenza che assorbe un maggior quantitativo di risorse sanitarie, ha la necessità di muoversi all'interno delle varie unità di offerta del sistema con maggior frequenza e perciò ha bisogno di specifici percorsi di presa in carico ordinata, chiara e governata da una funzione di *case manager* nel passaggio tra le differenti aree sanitaria, assistenziale, sociale.

Tale fascia di popolazione è stimata in progressivo e crescente aumento. Su un totale di 10.019.166 residenti in Lombardia nel 2017, le persone con più di 65 anni sono 2.222.375 (pari al 22,18%) e i grandi anziani, con oltre 85 anni, sono il 3,24% della popolazione. Queste figure crescono molto velocemente nel tempo: gli over 65 saranno il 25,3% della popolazione nel 2027 e il 35,5% nel 2050; gli over 85 saranno rispettivamente il 4,8% e l'8,5% della popolazione nei medesimi anni di riferimento.

Venendo ora alla composizione dei nuclei familiari, troviamo che in Lombardia il gruppo più numeroso è già oggi rappresentato dalle persone sole (31,6%) e tra queste il 47,2% ha più di 65 anni. In questa transizione demografica il rapporto tra solitudine ed autonomia diventa sempre più nevralgico:

- 1 anziano su 5 dichiara di non poter contare su una solida rete di sostegno familiare, oltre la metà si trovano in una situazione intermedia, mentre solo 1 su 4 sostiene di avere una rete stabile di riferimento;
- più di 1 anziano su 10 denuncia gravi difficoltà in almeno una delle normali attività di cura della persona e oltre la metà di questi lamenta di non avere aiuto in quantità sufficiente. 1 su 3 incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo domestico.

Offerta ospedaliera: posti letto, degenza media e dimissioni

L'impatto dell'incremento della vita media, e conseguentemente della popolazione anziana e cronica ha avuto significative ripercussioni anche sull'offerta sanitaria. Negli ultimi 5 anni i ricoveri attribuibili agli anziani sono cresciuti del 3% sul totale mentre i ricoveri complessivi hanno subito una contrazione.

Relativamente al contesto regionale lombardo risalta il fatto che le destinazioni a valle delle dimissioni nei vari regimi (acuti, riabilitazione e lungodegenza) sono prevalentemente orientate al domicilio (rispettivamente l'86,3%, l'83,8%, il 72,9%), mentre gli altri *setting assistenziali* restano residuali.

Tali dati mettono in evidenza come la contrazione dei ricoveri, la riduzione della durata della degenza, in particolare in lungodegenza, ed il rimando nella prevalente maggioranza dei casi al domicilio, stante una popolazione prevalentemente fragile, anziana e cronica o non autosufficiente, complichino ulteriormente la gestione di un bisogno di per sé complesso.

Le unità d'offerta sub-acuti e post-acuti/cure intermedie

In Lombardia la struttura della rete d'offerta per la copertura del bisogno citato ha previsto, in particolare nel corso degli ultimi anni, una revisione significativa in due ambiti di attività: unità di offerta cure sub-acute, unità d'offerta cure post-acute (DGR 3239/2012 e DGR 499/2013) poi confluita all'interno dell'offerta "Cure Intermedie" (DGR 1185/2013 e seguenti).

Relativamente ai livelli di offerta i dati a disposizione segnalano una programmazione, secondo fonti regionali e comunicazioni di Regione Lombardia, relativamente alle unità di offerta sub-acuti e post-acuti pari a:

- post-acuti: 37 progetti con 599 posti letto (dato al 31 dicembre 2013), poi sviluppatosi in 34 progetti e 593 posti letto (17 marzo 2015);
- sub-acuti: 1.146 posti letto con DGR 937/2010.

Tali dati non sono noti nei valori attuali poiché non vi è aggiornamento da parte di Regione Lombardia e sembrano non essere congruenti con lo stato effettivo riscontrato. Si sottolinea inoltre che, ad oggi, non risultano disponibili né il monitoraggio né la valutazione completa sugli esiti delle sperimentazioni attivate.

La DGR 3833/2015 definisce le cure intermedie come «*rete d'offerta sociosanitaria in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale*» e, prevedendo 5 profili di utenza, identifica una scheda di valutazione del bisogno per l'accesso a tali unità di offerta.

Inoltre, la stessa delibera aveva anche rivisto il minutaggio assistenziale e le sue componenti professionali, che risultano confermati dall'effettivo minutaggio erogato dalle strutture mediamente pari a 1.554 minuti settimanali per utente, come rilevato dalle prime rendicontazioni inviate (periodo 16 aprile – 30 settembre 2015) (Regole 2016).

Le stesse Regole 2016 sospendevano «*l'approvazione definitiva dei requisiti e del relativo sistema di remunerazione che, a seguito dell'approvazione della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, è subordinata all'integrazione delle cure intermedie nel nuovo contesto di rete che include l'offerta sanitaria e sociosanitaria*», evidenziando la necessità «*che il sistema delle cure intermedie venga rivisto nel suo complesso tenendo conto anche dell'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acute, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro comuni.*» Quanto previsto dalle Regole 2016, veniva ripreso, come agenda dei lavori e degli sviluppi anche dalle Regole 2017 – DGR 5954/2017.

Pertanto, nel contesto della riforma del SSR (LR23/2015 e DGR attuative) e sulla base degli indirizzi contenuti nelle delibere sul governo della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili (DGR 6164 e 6551), per potenziare la rete di offerta territoriale sanitaria di Regione Lombardia, occorre procedere in tempi rapidi ad una semplice, chiara e efficace determinazione dei punti di offerta territoriali di “cure intermedie”, a prevalente carattere ospedaliero, per degenze sub/post-acute che costituiscano componente imprescindibile del cambio di paradigma del sistema di cura.

Rilievi e criticità

In un contesto con queste caratteristiche – frammentazione delle tipologie di unità di offerta che intermediano il passaggio da ospedale a territorio, carenza di un coordinamento fra i servizi, scarsa chiarezza di governo del sistema di dimissioni protette relativamente a *setting assistenziali*, valutazione del bisogno e gestione del processo – l’utente vive difficoltà e disagi, acuiti da solitudine e disorientamento proprio e del proprio contesto familiare. Da questo punto di vista le DGR approvate al termine della X legislatura, in particolare relative all’evoluzione del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata (DGR 7770/2018) e agli interventi di sostegno alla famiglia ed ai suoi componenti fragili (DGR 7769/2018) hanno creato ulteriore confusione attribuendo elementi chiave del processo, come la valutazione dello stato di bisogno, a soggetti differenti a seconda delle unità di offerta.

Ad oggi risulta difficile anche una valutazione della rete di offerta residenziale per la gestione sub/post-acute in mancanza di indicazioni precise sul numero dei posti letto, sui target di utenza, sulle modalità di accesso, sul percorso in dimissione, sui livelli minimi di servizio, sulla durata massima della degenza e su altri elementi caratteristici del servizio.

Inoltre occorre definire come la prevista rete di offerta ospedaliera territoriale (POT) dovrà integrarsi con la proposta di Intesa approdata in Conferenza Stato-Regioni sui requisiti dell’Ospedale di Comunità individuando chiaramente gli elementi della rete in ogni ATS/ASST e la relativa, conseguente, dotazione e tipologia di posti letto.

Si registra diffusamente uno scarso uso delle dimissioni protette al fine di orientare e sostenere il paziente e la sua famiglia in un percorso assistenziale appropriato. Si sottolinea inoltre come, a fronte degli indirizzi contenuti nelle Regole 2017, ad oggi il servizio di ADI, quasi esclusivamente privato, sia insufficiente, tanto in termini di capillarità quanto in termini di presenza oraria necessaria a soddisfare il bisogno complesso domiciliare che è caratterizzato da forte flessibilità e scarsa rispondenza alle rigidità organizzative a cui il pubblico è sottoposto.

Complessivamente, quindi, la rete d’offerta risulta scarsamente visibile in quanto le informazioni cruciali sulle sue componenti base sono di difficile reperibilità. Questo, oltre a rappresentare elementi di disagio per i cittadini, costituisce anche un vincolo alla possibilità delle rappresentanze sociali e ai soggetti istituzionali del territorio di essere efficacemente coinvolti nella fase di programmazione e controllo, come la legge di riforma sociosanitaria lombarda peraltro prevedrebbe.

In questo quadro manca anche lo sviluppo di un’adeguata formazione degli operatori e una loro valorizzazione affinché si sentano parte integrante del progetto di evoluzione del SSR e non restino condizionati dal rischio professionale dato dalla responsabilità clinica-assistenziale, ma si sentano tutelati da un sistema che risponde al bisogno delle persone e permette al professionista di svolgere al meglio la propria attività.

Sviluppi e Proposte

Con l’intento di dare piena valorizzazione della rete d’offerta di posti letto sub/post-acuti (cure intermedie), a totale carico del Fondo Sanitario Regionale, a netta prevalenza pubblica e in una logica

di sanità di iniziativa, si propongono di seguito interventi volti a favorire un più ordinato e organico sviluppo della materia in risposta ad un bisogno in continua crescita.

Riteniamo necessario dare piena attuazione al Protocollo del 2014 tra Regione e CGIL, CISL e UIL e agli obiettivi della Legge di Riforma al fine di assicurare servizi che accompagnino la persona ad un ritorno al proprio domicilio o attivino periodi di ricovero per necessità terapeutiche che non necessitano di regimi di trattamento ospedalieri per acuti.

Per questa ragione riteniamo non più differibile dare piena attuazione alla struttura della rete dei Presidi Ospedalieri Territoriali.

Ciò premesso, si ritiene necessario procedere rispetto a tre livelli di intervento:

- livello di sistema e d’offerta;
- livello di processo e di governo delle dimissioni e degli accessi;
- livello di standard di servizio.

Interventi a livello di sistema e di offerta

Incremento dell’offerta – Innalzare lo standard relativo alla rete di offerta in termini di posti letto di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e sub-acuzie, come previsto nella DGR 4873/2016.

Il DM 70/2015 individua il numero massimo di posti letto, considerando congiuntamente presidi pubblici e privati accreditati, in 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza. Tali posti letto, in virtù del saldo migratorio sanitario regionale lombardo come indicato dalla DGR 4873/2016, ove tra l’altro si afferma che «*non è necessaria in Lombardia una riduzione del numero di posti letto esistenti, in quanto la dotazione complessiva è allineata allo standard richiesto*», possono essere incrementati sino al limite di 3,84 p.l./1.000 ab.. Il che vorrebbe dire, dato il numero degli abitanti in Lombardia al 31.12.2016 pari a 10.019.116 e utilizzando il residuo teorico previsto dalla DGR 4873/2016, un aumento di circa 1.400 posti letto per pazienti post-acute che riteniamo debba realizzarsi con un investimento prevalentemente rivolto alle strutture pubbliche.

Un incremento dell’offerta di posti letto nei regimi post-acute e sub-acute si auspica possa produrre anche l’effetto di diminuire, presso le strutture di emergenza-urgenza, i tempi in attesa di ricovero presso il reparto, con particolare riferimento alla popolazione anziana, cronica e non autosufficiente, garantendo tempi più congrui al valutato bisogno di assistenza.

Sviluppo rete POT – Concretizzare lo sviluppo della rete POT, anche attraverso una riconversione organizzativa delle strutture esistenti, in relazione alla prossimità domiciliare dell’utenza potenziale, prevista dalla legge di evoluzione del Servizio Sanitario Regionale e dai provvedimenti attuativi, identificando chiaramente i posti letto dedicati alle cure sub/post acute e delineando un’adeguata e omogenea distribuzione territoriale nelle ATS.

La stessa DGR 6551/2017 ha focalizzato l’attenzione sul livello di offerta sanitaria dei POT specificando la seguente integrazione dei servizi: ricovero per sub-acute, ricovero di cure intermedie, degenza a media e bassa intensità, degenze di comunità e con il controllo clinico e il coinvolgimento dei MMG/PLS per la gestione dei propri assistiti.

L’intesa sui requisiti minimi degli Ospedali di Comunità in discussione in Conferenza Stato-Regioni può aiutare il percorso di identificazione dei presidi con la relativa dotazione e tipologia di posti letto.

Potenziamento ADI – Procedere al potenziamento dell’ADI, sia in termini di capillarità e di volumi, sia in termini di presenza oraria per soddisfare i bisogni complessi domiciliari, garantendo

flussi di finanziamento in grado di assicurare la effettiva gratuità della prestazione, che non deve in alcun caso essere sottoposta alla capacità di spesa delle famiglie per effetto di un sottofinanziamento del servizio.

Lo sviluppo e il potenziamento del servizio di ADI, più volte dichiarato nei documenti di programmazione, non sono stati ancora recepiti in fase attuativa. La DGR 7770/2018 sull'evoluzione del sistema di ADI non entra nel merito del tema di un possibile aumento, né dei casi trattati, né delle ore per singolo caso, né del budget relativo. Anzi il vincolo alla non deambulabilità e/o all'invalidità con accompagnamento, a prescindere dall'età del soggetto e dalle condizioni logistiche e sociali, sembrano di fatto limitare la fruizione del servizio

Inoltre, in appoggio alla domiciliarietà, è necessario consolidare nella rete socio-sanitaria la "RSA aperta" rivedendo il limite annuo pro capite per la presa in carico e analizzando le criticità riscontrate nel corso del 2018 per effetto della restrizione dei criteri di accesso.

Si ritiene inoltre necessario che la valutazione multidimensionale per usufruire del servizio ADI e della RSA Aperta, affidata con le recenti delibere agli enti erogatori, venga ricondotta in capo all'ente pubblico di programmazione.

Coinvolgimento strutture socio-sanitarie – Verificare modalità e intensità del coinvolgimento sussidiario, in una logica di integrazione e complementarietà rispetto alla rete POT, delle strutture residenziali socio-sanitarie attualmente presenti e localizzate territorialmente. Tale coinvolgimento dovrà essere programmato sulla base della valutazione del bisogno e dovrà essere contestualizzato in un ambito d'offerta organizzato e governato dalle ATS, in stretta sinergia con le ASST.

Processo e governo delle dimissioni e degli accessi

Governo delle dimissioni e degli accessi – Si ravvisa la necessità di identificare, ove non già esistenti, unità dedicate di personale per un servizio integrato ospedale-territorio che si occupino di dimissioni protette per quei pazienti che necessitano, al rientro a domicilio, di un supporto ADI e per quei pazienti, in stabilità clinica, che necessitano di un periodo ulteriore di assistenza residenziale a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per poi fare rientro nel proprio contesto sociale di vita.

Tali realtà operative dovranno porsi anche come punto di riferimento per quelle situazioni che non possono più essere gestite in un *setting domiciliare* e che hanno bisogno di un ricovero in struttura o per acuti o per "cure intermedie", sotto il controllo clinico del MMG, come nel caso di alcune sperimentazioni in atto (es. StartRichiedi). A tali strutture inoltre potrebbe essere affidata la funzione di triage/valutazione del bisogno post-dimissioni.

Linee guida e protocolli – Definire chiaramente il percorso/processo organizzativo-assistenziale in fase di dimissione così come in caso di necessità di modifica del *setting assistenziale domiciliare* verso un regime di ricovero.

Risulta fondamentale, anche per garantire omogeneità territoriale, prevedere la definizione di gate di accesso al sistema sotto il controllo pubblico e sviluppare delle linee guida per la gestione delle dimissioni protette o degli accessi non urgenti sui posti letto sub/post-acuti che focalizzino l'attenzione in particolare sui seguenti aspetti:

- la valutazione del bisogno
- il contenuto e la responsabilità della costruzione del PAI, che deve essere garantita rispetto al rischio di selezione avversa o di inappropriata;

- le modalità di accesso e dimissioni, prevedendo un doppio canale dall’ospedale e dal territorio, un forte ruolo di coordinamento di tutta la filiera tra ASST, MMG e servizi territoriali e la realizzazione di una documentazione informatizzata di accompagnamento per facilitare il coordinamento degli interventi e la riconciliazione delle cure;
- le modalità di contatto e attivazione delle differenti unità di offerta;
- la loro localizzazione territoriale;
- la gestione integrata del percorso/processo.

Ruolo di MMG/PLS – Poiché nessun modello di cure intermedie e nessuna esperienza realizzata prescinde dal ruolo centrale delle cure primarie, chiediamo che, oltre alle esperienze di cooperazione fra MMG/PLS che si sono realizzate, sia attuata in Lombardia la riorganizzazione della medicina primaria secondo il modello delineato dalla Convenzione Nazionale (AFT) e che a questo scopo siano progressivamente allineate le negoziazioni degli obiettivi degli accordi di secondo livello.

Standard di servizio

Standard di servizio – Ridefinire i livelli standard di servizio integrando sviluppando quanto già elaborato nelle precedenti DGR, in relazione a una trasparente valutazione degli esiti delle sperimentazioni realizzate per le differenti unità d’offerta.

In particolare risultano di prioritaria importanza le modalità e i tempi di accesso alle degenze, le intensità assistenziali in relazione al bisogno, i livelli standard dei servizi erogati (attività sanitaria, assistenziale, ricreativa, ecc.), i tempi di degenza, le modalità di dimissione e accompagnamento al domicilio.

Il lavoro di équipe multidisciplinare dei professionisti deve passare attraverso un sistema di sinergie tra sociale e sanitario. Per la vera presa in carico del soggetto, le risorse umane coinvolte devono partecipare in ogni fase del percorso.

Riveste un ruolo strategico e indispensabile anche l’implementazione e attivazione di percorsi per l’inserimento di nuove figure come previste dalla L. 23/2015 relative all’*infermiere di famiglia* e al *case manager*.