

**OSSERVAZIONI DI ANCI LOMBARDIA IN MERITO ALLA DGR XI/4811
“DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE DI SVILUPPO DELL’ASSETTO
SOCIO SANITARIO LOMBARDO DELINEATO DALLA LEGGE REGIONALE
11 AGOSTO 2015 n. 23”**

Milano, 16 giugno 2021

Prot. 1272/2021

1. PREMESSA

In merito alla valutazione che conclude il quinquennio della sperimentazione della L.R. n. 23/2015 “Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo”, il confronto interno ad ANCI Lombardia è stato articolato ed approfondito rispetto alla necessità di condividere il più possibile con i propri associati le evidenze da portare all’attenzione della Regione; la riflessione interna ha quindi permesso di condividere gli orientamenti dell’Associazione sull’argomento, e di definire elementi e proposte significative in merito alle necessità di revisione della legge 23, facendo anche riferimento al DPCM 12/01/2017 di definizione e aggiornamento dei LEA e al Patto per la salute 2019/2021, quale accordo programmatico tra il Governo e le Regioni.

ANCI Lombardia ha quindi prodotto a Regione Lombardia nel mese di settembre e nel mese di dicembre 2020 due documenti concernenti le proprie valutazioni e le conseguenti proposte di modifica alla norma in oggetto, in base alle evidenze raccolte, anche a seguito di quanto avvenuto nei territori durante l’emergenza COVID-19.

Durante le fasi più drammatiche della pandemia, i Comuni, quale istituzione più prossima al cittadino e più in grado di conoscerne e rappresentarne i bisogni e le necessità, hanno saputo reagire cercando di produrre il massimo dello sforzo possibile, ottimizzando le risorse dei bilanci, riorganizzando servizi e interventi, rivitalizzando le collaborazioni con le reti di prossimità, grazie alla preziosa collaborazione degli enti di terzo settore. Inoltre i comuni hanno dimostrato ancora una volta di essere sempre pronti a mettere a disposizione proprie risorse, economiche, umane e professionali, per concorrere alla migliore risoluzione di problemi, d’intesa con gli altri enti e organismi territoriali.

A ragion veduta dunque i Comuni si pongono quali interlocutori qualificati e privilegiati nei confronti della Regione su temi sui quali sono costantemente sollecitati dalle proprie comunità; per ribadire la centralità dei Comuni, ANCI Lombardia ha voluto realizzare nel mese di febbraio u.s. una giornata di approfondimento dal titolo *“Dalla Sanità alla promozione della Salute: un nuovo paradigma per lo sviluppo del welfare locale”* nella quale l’Associazione ha promosso il confronto con i rappresentanti del Sistema delle Autonomie, dei Sistemi Sociosanitario e Socioeconomico, delle Parti Sociali e del Terzo Settore.

Anche con questo evento, si è inteso richiamare una considerazione fondamentale riguardo al ruolo dei Comuni. Nelle città e nei comuni risiede uno snodo essenziale per incidere sui determinanti della salute, che non sono solo l’accesso e la qualità delle cure, ma vanno dall’ambiente, allo sport, dall’alimentazione al disagio ed alle disuguaglianze economiche e sociali, all’informazione, all’organizzazione dei modi e dei tempi di lavoro e di vita. E tutto questo rimanda al **governo ed alla cura degli interessi generali di una comunità, che costituiscono la ragion d’essere ed il ruolo dei Comuni**. Si è spesso pensato alla sanità solo come, la pur essenziale e decisiva, tecnica della cura della malattia, al massimo con qualche limitata aggiunta in termini di campagne di screening. Si è così sostanzialmente oscurata la multidimensionalità dei determinanti della salute e del benessere, e con essa si è sminuito, fino a perderlo, il ruolo centrale, essenziale, a fianco della scienza e della tecnica medica, delle amministrazioni locali, di

chi amministra le comunità, i territori, tenuti ai margini, con ruoli sempre più formali, da un circolo che, oltre ai “tecnici”, incrociava come livelli istituzionali solo Governo e Regioni.

Un ruolo che occorre recuperare, in quanto centrale nella definizione delle linee di sviluppo delle comunità in termini di obiettivi di salute complessiva; se dunque l’approccio *one health* è uno dei principali motori della revisione della legge 23, ai Sindaci va riconosciuto un ruolo decisivo rispetto ai percorsi di programmazione, nei quali si compiono le scelte e si costruiscono politiche e strategie che agiscono sui determinanti della salute complessiva, nella sua accezione più ampia, che comprende e va oltre la cura.

Chiediamo dunque un cambio di paradigma sostanziale: **i comuni devono “esserci”** non perché esprimono il desiderio di essere coinvolti ma **perché sono essenziali al sistema**, alla definizione della governance complessiva, con la necessità di una giusta attenzione, dentro la costruzione delle architetture programmatiche ed organizzative, alle diverse peculiarità dei comuni lombardi.

2. RIORGANIZZARE E POTENZIARE IL SISTEMA TERRITORIALE SOCIO-SANITARIO

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

Su questo versante, come indicato anche nelle linee di sviluppo regionali, occorre incentivare la **Medicina di Gruppo**, per permettere un presidio costante dei medici sul territorio i quali devono poter disporre di adeguati sostegni anche amministrativi, a supporto delle necessità dei cittadini; in particolare, occorre necessariamente definire una relazione funzionale stretta e operativa tra MMG/PLS e servizi dei comuni, considerato che tale figura professionale deve essere inserita e relazionarsi in modo proattivo in una rete della quale fanno parte tutti i servizi sia sociali che sociosanitari territoriali (ivi compresi quelli domiciliari), gli specialisti, i referenti dei presidi ospedalieri. Durante le fasi acute della pandemia, i comuni hanno sperimentato la positività di un raccordo costante con i MMG/PLS, che si è sviluppato inizialmente in modo informale: è fondamentale che tali collaborazioni siano stabilizzate e inserite strutturalmente nel sistema complessivo di servizi territoriali.

Le case della comunità, previste dal PNRR e trattate anche nelle linee di sviluppo regionali, devono costituire il luogo dove ripensare i servizi nel territorio in nuove forme organizzative; devono essere strutture atte a integrare i servizi al cittadino, che riuniscano i servizi di assistenza continuativa, di medicina generale (MMG e PLS), servizi di prevenzione, i servizi socio-

assistenziali, con l'**infermiere di famiglia**, a supporto di una presa in carico territoriale integrata. **A tale scopo risulta fondamentale il contributo dei Comuni**, sia in quanto titolari della programmazione delle politiche sociali, sia per co-progettare e organizzare il servizio nelle comunità.

Rispetto a quanto evidenziato *in nuce* dalle linee di sviluppo regionali, **va pianificata e costruita una architettura complessiva di governance del sistema, al fine di definire e organizzare le relazioni e le interdipendenze che armonizzeranno l'intervento di tutti gli attori in gioco**: gli enti che partecipano alla governance (Regione, Comuni, Ambiti Territoriali, ATS, ASST), i soggetti che fanno parte della rete territoriale (MMG/PLS, Distretti, Servizi dei Comuni e degli Ambiti, Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, etc.), senza dimenticare il raccordo con le strutture più specialistiche deputate alla cura (Ospedali, IRCCS, etc.) e considerando il fondamentale rapporto con il Terzo Settore.

Infatti, altro tema evidenziato nel provvedimento regionale, è quello della **continuità ospedale-territorio**: occorre particolare attenzione a potenziare gli interventi per le cure intermedie/post acuzie e gli interventi territoriali in genere di natura sociosanitaria, ed articolare realmente le ASST nei due poli, ospedaliero e territoriale: in particolare, è fondamentale che **l'effettiva strutturazione della rete territoriale, preveda gli opportuni raccordi tra polo ospedaliero e rete del territorio**.

Nelle linee di sviluppo viene fortemente riaffermata la libertà di scelta per il cittadino ed è in questo quadro che si colloca anche il **rapporto strategico tra pubblico e privato in materia di sanità**; a questo proposito, affinché l'offerta convenzionata sia dimensionata e organizzata a partire dalle esigenze e dagli obiettivi complessivi di salute dei territori, con un rapporto di complementarietà tra offerta pubblica e privata accreditata, occorre **ristabilire un governo forte** della totalità dell'offerta regionale, connesso alla capacità di lettura dei bisogni, in base alla quale riprogrammare e riorganizzare l'offerta complessiva di servizi.

Sottolineiamo inoltre la **necessità di valorizzare le specificità e le sperimentazioni condotte con efficacia sui territori in merito alle forme di programmazione e gestione in materia sanitaria e sociosanitaria**. Vi erano infatti sul territorio lombardo esperienze virtuose condotte prima dell'entrata in vigore della LR 23 con modelli unitari organizzativi della programmazione e della gestione sia degli ospedali che dei servizi territoriali, con un soddisfacente livello di risposta ai bisogni del territorio. Con l'entrata in vigore della LR 23, tali esperienze sono state abbandonate, con il conseguente venir meno della prossimità della risposta ai bisogni dei cittadini e una regressione quali/quantitativa dei servizi ad essi destinati. Occorre quindi andare oltre a quanto già disposto dalla LR 23 (art.7, comma 19), prevedendo per territori caratterizzati da particolari specificità, come ad esempio quelli montani, la possibilità che le assemblee dei sindaci territorialmente competenti, possono presentare alla Regione **proposte inerenti particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentano un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione**.

3. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE

Sul tema cruciale relativo alla necessità di una piena realizzazione dell'integrazione, essenziale per garantire approcci ai bisogni dei cittadini che siano realmente efficaci, occorrono interventi specifici, sia per il livello regionale che per quello più locale.

A livello più macro, sarebbe auspicabile prevedendo un **unico assessorato alla salute e politiche sociali** (Welfare), come già prevedeva la LR 23 (art. 27 ter): sarebbe sicuramente condizione facilitante rispetto all'attuale necessità di ricomporre ed integrare le politiche regionali.

Proponiamo inoltre di prevedere l'istituzione - con il coinvolgimento dei territori tramite ANCI e degli enti di terzo settore - **di gruppi di lavoro regionali** integrati per appartenenze istituzionali e per competenze e ruoli, finalizzati alla ricomposizione della programmazione sociale e sociosanitaria, all'aggiornamento/revisione di normative e all'analisi dell'evoluzione dei bisogni, **riallineando le indicazioni e le norme di riferimento** rispetto alla programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria. In merito a ciò, occorre fin da ora porre attenzione alla necessità di armonizzare le nuove disposizioni che verranno adottate sulla programmazione, organizzazione e gestione del sistema sociosanitario lombardo, con la fase, attualmente in corso, della **programmazione zonale per il triennio 2021/2023 di cui alla DGR n. XI/4563 – linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale 2021/2023**: se l'integrazione sociosanitaria, a ragion veduta, è individuata nella DGR citata come uno degli assi portanti della programmazione zonale, sono evidenti le ricadute che la revisione della LR 23/2015 avrà sulla predisposizione dei Piani di Zona, da sottoscrivere con Accordo di Programma entro il prossimo 31 dicembre. Questo è solo uno degli esempi possibili che rende evidente la necessità di omogeneizzare e integrare le politiche regionali che ruotano intorno alla salute e al benessere delle comunità lombarde.

Altra azione fondamentale è **l'allineamento delle scadenze programmatiche poste in capo ai Comuni e agli Ambiti** per ricondurre ad un filone unitario, le diverse politiche territoriali, prevedendo una forma di regia condivisa fra Distretti e Ambiti Sociali.

A livello locale, come indicato nelle linee di sviluppo, nei Distretti sarà **strutturata l'organizzazione ed erogazione di servizi e interventi, azione che però ha senso se svolta in coordinamento con gli Ambiti Territoriali**, anche al fine di facilitare una maggiore razionalità e omogeneità nei percorsi di integrazione tra le politiche sociosanitarie e le politiche sociali: la suddivisione in Distretti, deve rappresentare un riferimento utile e importante per realizzare una integrazione efficace e ricompositiva. **Si tratta di un percorso che va intrapreso coinvolgendo direttamente sia ANCI che gli stessi Ambiti e i Comuni**. A tale proposito, una riflessione particolare richiederà poi la questione relativa alla **definizione dell'ampiezza dei distretti**: vista la grande eterogeneità del territorio lombardo, essa non può fare riferimento al solo parametro demografico. Anche su questo tema sarà fondamentale, oltre che strategico, **coinvolgere i Comuni per definire ambiti adeguati**, al fine di costruire sistemi locali di welfare efficaci in grado di rispondere ad esigenze diverse di territori diversi.

Per Realizzare l'integrazione organizzativa e professionale è utile **prevedere che Distretti e Ambiti insieme, possano co-programmare modelli operativi interaziendali misti e integrati** per

garantire servizi condivisi e co-progettati che diventino punto di riferimento efficaci per il cittadino nelle diverse fasi della vita e in relazione ai diversi bisogni.

A presidio dei processi di integrazione diventa quindi importante la **costituzione di Tavoli Istituzionali per l'integrazione sociosanitaria sempre a livello di Ambito e di Distretto**, definendo **un presidio istituzionale stabile dei processi di integrazione sociosanitaria a livello locale** che coinvolga, per temi, anche gli enti di principale riferimento del Terzo Settore. Questa modalità di lavoro permetterebbe un confronto precoce sull'integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni programmatiche e autonomie, delle linee organizzative e di intervento a tutto vantaggio di un intervento al cittadino caratterizzato da un approccio integrato.

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

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

Nelle ASST, invece, non essendo prevista alcuna possibilità di confronto, i Comuni sono stati di fatto esclusi dalla interlocuzione sui servizi da esse gestiti.

Per riconoscere il giusto apporto dei Comuni nell'esercizio della loro funzione di rappresentanza, occorre che l'acquisizione dei pareri nelle Conferenze dei Sindaci sia obbligatoria, per esempio, **su materie che presentano un forte grado di integrazione sociosanitaria**. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo sarebbe opportuno prevedere da parte dei CDR dei sindaci, l'espressione di parere obbligatorio sui piani di organizzazione aziendale strategica delle ATS / ASST, sui piani assunzionali pluriennali, etc.

Funzioni analoghe a quelle già riconosciute alle Conferenze dei Sindaci vanno previste anche nei livelli delle ASST e dei distretti, nella definizione di una relazione tra ASST, Distretti e le rispettive Assemblee, composta dai Sindaci dei territori di riferimento, anche in questo caso, con espressione di pareri vincolanti: vi è la necessità di un reale coinvolgimento dei Sindaci rispetto alla programmazione locale sanitaria e sociosanitaria per le evidenti interconnessioni che esse recano con la programmazione sociale, posta in capo ai Comuni.

Su questa questione, nelle linee di sviluppo si fa menzione ad adeguati coinvolgimenti e raccordi con i Sindaci e le loro rappresentanze, passaggi che non possono essere sufficienti ad esaurire il tema.

5. ATS e ASST: IL RAPPORTO TRA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE

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

Si evince sia dall'analisi dell'AGENAS, come dalle linee guida regionali, come le funzioni gestionali dovranno essere interamente poste in capo alle ASST: auspichiamo **che la funzione relativa alla definizione delle linee programmatiche territoriali possa essere posta in capo ad un'unica agenzia regionale, (in luogo delle attuali 8 ATS)** cui affidare questa funzione per tutto il territorio lombardo con il vantaggio di una maggiore omogeneità e riduzione di frammentazione. Pensiamo che tale disegno possa risolvere i conflitti di competenza e di responsabilità che si sono verificati non di rado tra ATS e ASST, e farebbe in modo che sui territori si abbia un unico interlocutore, costituito dalle ASST, articolate nei loro Distretti, risolvendo il disorientamento attuale.

A tal proposito, si condivide che il **Dipartimento Di Cure Primarie** che assicura il governo dell'assistenza medica primaria e del relativo convenzionamento con i MMG, i medici di continuità assistenziale e i PLS, e il **dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria**, vengano previsti in ogni ASST, per garantire un legame più forte e un coordinamento più funzionale/operativo con i MMG e con gli altri attori del sistema territoriale.

6. PROCEDIMENTALIZZAZIONE QUALIFICATA

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

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

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

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

- le politiche per la famiglia;
- le politiche abitative
- le politiche di contrasto alla povertà
- le politiche di sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza;
- le politiche di presidio della salute sul territorio;
- il dimensionamento territoriale degli ambiti di gestione delle politiche sociali;

- la riorganizzazione territoriale della medicina di base, dell'infermieristica familiare e di ulteriori presidi intermedi per le cure post-ospedaliere.

7. CONCLUSIONI

Abbiamo presentato in questo documento tutti i temi emersi dal confronto e dal dibattito interno ad ANCI Lombardia, per dare a Codesta Commissione una visione d'insieme di quello che dovrebbe essere l'intero sistema sociosanitario territoriale, facendo cenno a quei temi che trovano parziale riscontro nelle linee di sviluppo regionali.

Poiché dal documento regionale non è possibile prefigurarsi elementi fondamentali di dettaglio rispetto alle modalità che si individueranno per realizzare la riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo, **per ANCI Lombardia sarà fondamentale esprimersi rispetto al testo del PDL vero e proprio, che attendiamo di esaminare**, e che dovrà necessariamente costituire la base di ulteriore e più approfondito confronto; a tal proposito, accogliamo con favore la dichiarazione del Presidente Emanuele Monti espressa durante l'audizione, di prevedere successivi momenti di condivisione e confronto sul testo di legge vero e proprio, che verrà approvato dalla Giunta Regionale.

Infatti, oltre ai principi e al disegno organizzativo e alla declinazione di attori ed organismi che si intravede nel documento regionale, occorrerà entrare meglio nel merito, per esempio, di quale sarà la governance complessiva del sistema, e di quale ruolo avranno in essa gli Enti Locali, quali saranno le declinazioni organizzative più specifiche e quale sarà il peso della rappresentanza dei Sindaci lombardi; quali saranno i meccanismi di raccordo e gli snodi professionali definiti per il rafforzamento dei territori, per garantire la piena integrazione e la reale costruzione di una filiera di cura; come verrà assicurata la centralità del benessere e della salute delle comunità locali; quale ruolo avranno i Comuni nell'individuazione dei siti per l'istituzione di Ospedali di Comunità, Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT), etc.

Questi ed altri temi restano ancora da approfondire in un percorso che richiede di intensificare e sostanziare il confronto con le rappresentanze degli enti locali e sul quale ANCI Lombardia, insieme ai Comuni Lombardi, è pronta a dare il proprio contributo.