

**DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE DI SVILUPPO DELL'ASSETTO
DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO DELINEATO DALLA
LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, N. 23 (DGR 4811/2021)**

Audizione in Commissione III
7 giugno 2021

Stefano Magnone

Segretario Regionale ANAAO-ASSOMED Lombardia

Vito Carnelli

Segreteria Regionale ANAAO-ASSOMED Lombardia

Luci e ombre della riforma sanitaria del 2015

✓ Poche luci, fievoli

- Tentativo di maggiore integrazione nella rete e tra ospedale e territorio
- Riduzione delle aziende ma senza di fatto diminuire la frammentazione
- Presa in carico del cronico con qualche risultato ma largamente insufficiente

✓ Tante ombre

- Mancata integrazione ospedale-territorio, nei fatti
- Penalizzazione di molti ospedali importanti che si sono “caricati il territorio” non essendosene mai occupati. Clamoroso ritardo rispetto ad altre Regioni «virtuose»
- Ancora troppo “leggero” il ruolo del territorio, nonostante l’impegno economico maggioritario. Notevoli differenze anche a causa della massiccia presenza del privato.
- Scarso impatto delle ATS su controlli e vigilanza
- Il predominio del privato nelle scelte «di comodo»

Il documento di AGENAS (da DGR 4811)

- ✓ Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST;
- ✓ Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, prevedendo un adeguato coinvolgimento dei sindaci;
- ✓ Istituire i Dipartimenti di Salute Mentale, costituiti quali articolazioni delle ASST, con il compito di gestire la domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio di riferimento;
- ✓ Istituire la figura del Direttore di Distretto selezionato ai sensi della normativa vigente;
- ✓ Assegnare alle ASST l'attuazione degli atti di indirizzo, di pianificazione e di programmazione regionali con le connesse attività di programmazione ed organizzazione dei servizi a livello locale, sulla base della popolazione di riferimento;
- ✓ Attribuire alla Regione la funzione di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche, private e dei professionisti che ne facciano richiesta;
- ✓ Assegnare alla Regione (tramite l'Agenzia di controllo), funzioni di vigilanza e controllo degli erogatori privati accreditati di valenza regionale o extraregionale con cui ha stipulato gli Accordi Contrattuali.

Le proposte della Giunta Regionale Lombarda

- ✓ il presente documento è teso a sviluppare e introdurre (coerentemente con l'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo) esclusivamente le indicazioni ritenute obbligatorie.

La DGR 4811

I PRINCIPI

- ✓ L'approccio One Health
 - Come conciliarlo con le prerogative del SSR?
- ✓ Libertà di scelta del cittadino nell'identificare e intraprendere il proprio percorso di diagnosi e cura
 - Sempre e comunque?
 - Criteri
- ✓ Il rapporto fra pubblico e privato

Il rapporto pubblico/privato

- ✓ Modifiche/sviluppi proposti:
 - Una graduale revisione dei fabbisogni assistenziali oggi “storicizzati” che consenta una più aderente definizione dei budget assegnati al fine di un miglior governo dell’offerta;
 - La possibilità di sottoscrizione di contratti unici regionali per gruppi (Enti Unici) con condivisione del case mix da parte del committente, nel rispetto della struttura d’offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati;
 - La programmazione efficiente delle tipologie di prestazioni a carico del Sistema Sanitario Regionale, su base pluriennale sempre nel rispetto del dialogo e del contraddittorio con le rappresentanze degli erogatori;
 - L’adozione di un sistema d’informazione trasparente sulle performance delle strutture pubbliche e private, in termini di efficienza gestionale e di qualità del servizio;
 - La parità di diritti e obblighi tra strutture pubbliche e strutture private dovrà garantire anche la possibilità di prevedere il riconoscimento delle medesime prerogative delle Aziende ospedaliere agli erogatori privati che ne abbiano i requisiti, con le modalità e le tempistiche previste per le Aziende pubbliche;
 - Partecipazione del privato all’innovazione tecnologica e organizzativa del SSR anche nella sua componente territoriale, per il miglioramento e la continuità delle cure.

La governance

✓ Commenti

- Regione e DGW solo con funzioni di indirizzo nei confronti di ATS ed erogatori pubblici e privati. Nessuna attività programmatrice??
- Si parla di “valenza territoriale ATS” ma non viene indicato se si procederà verso ATS unica o alla costituzione di più ATS; qualora si procedesse in direzione di una pluralità di ATS, il rischio è di persistere con le disomogeneità attuali, come anche evidenziato nel rapporto AGENAS.

Il territorio

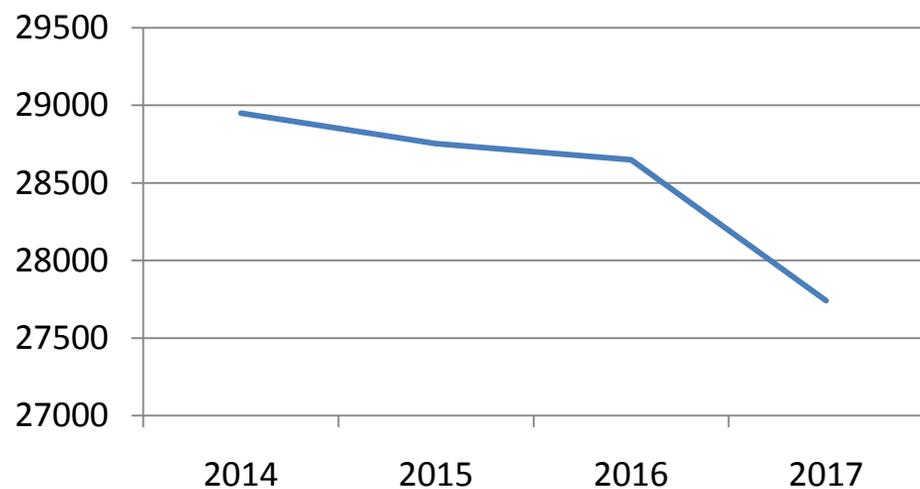
- ✓ Presa in carico
 - Quali ulteriori sviluppi, visti i risultati
- ✓ PRESST/case di comunità
 - Come implementarli?
- ✓ POT/ospedali di comunità
 - Grave arretratezza
 - Almeno un POT in ogni ASST

La rete ospedaliera

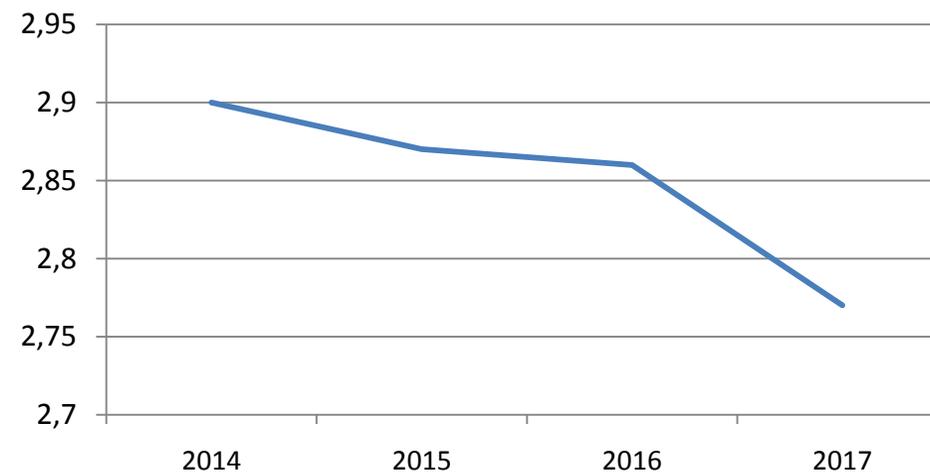
- ✓ A quando la revisione?
 - Nessuna menzione nel documento
- ✓ Carenze nel numero di letti per acuti e nella loro distribuzione tra le ATS

Calo reale dei letti per acuti

**Posti letto per acuti lombardia
(fonte ISTAT)**



**Posti letto per 1000 abitanti
Lombardia (Fonte ISTAT)**



Commenti finali

- ✓ Accolte le proposte ANAAO-ASSOMED Lombardia e cioè l'allocazione in ASST:
 - del Dipartimento di Prevenzione (la parola «funzionale» viene considerata un refuso...)
 - del Dipartimento Cure Primarie
 - del Distretto
- ✓ Non accolte oppure non citate le proposte:
 - ATS unica con articolazioni territoriali:
 - Ricostituzione immediata delle AO (fortemente contrari alla gradualità, per motivi organizzativi: meglio prendersi il tempo necessario ma partire tutti insieme)
 - Revisione dei criteri di accreditamento in sede legislativa (personale e requisiti della rete ospedaliera e territoriale), soprattutto in un'ottica di «concorrenza sana»
 - Nessun cenno ai controlli, se non un generico «controllo strategico» a carico di Assessorato e DGW e non meglio precisati «controlli sanitari ad Enti Pubblici e Privati» in ambito ATS

Proposte ANAAO in pillole

- ✓ Il coraggio di ridefinire la rete ospedaliera
 - Rivedere criteri di accreditamento
 - Emergenza/urgenza da garantire secondo standard attuali. No piccoli PS in zone non disagiate
- ✓ Collocare tutte le attività non programmatiche in ASST
 - Ruolo di committenza solo a Regione. Le ATS hanno fallito il loro compito per insufficienza strutturale
 - Da ridefinire le dimensioni ed il ruolo di ATS
- ✓ Tutta la convenzionata deve essere gestita da ASST
- ✓ I controlli devono essere più efficienti (appropriatezza e accreditamento)

Conclusioni

- ✓ Moltissimi problemi sul tappeto
- ✓ Il tempo è giunto:
 - Il SSL deve rientrare nell'alveo della 502
 - Vera integrazione socio-sanitaria e territorio-ospedale
 - Maggiore equilibrio tra governo della domanda e rete d'offerta
 - Maggiori controlli nei confronti del privato