

OSSERVAZIONI E PROPOSTE SULLE LINEE DI SVILUPPO DELLA LEGGE REGIONALE 23/2015

Audizione ACLI LOMBARDIA APS
III Commissione Regione Lombardia

9 LUGLIO 2021



UN CAMBIO DI PROSPETTIVA E DI SCENARIO



L'emergenza epidemiologica ha confermato ed esasperato alcune caratteristiche già presenti nel modello sanitario lombardo, rendendo evidenti alcuni nodi critici e necessarie delle innovazioni nel sistema

Le ACLI lombarde, dentro a un lavoro di confronto con le proprie strutture territoriali e di dialogo con le rappresentanze del Terzo Settore, ritengono utile richiamare l'attenzione rispetto ad alcune aree prioritarie:

- Percorsi di cura, presa in carico e prevenzione
- Revisione del rapporto pubblico/privato
- Nuovo assetto territoriale e governance integrata
- Sostenibilità delle innovazioni
- Rapporto stabile con le rappresentanze sociali

PERCORSI DI CURA, PRESA IN CARICO E PREVENZIONE

Necessità di un sistema che preveda un ruolo di regia da parte dell'ente pubblico che coordini, sovrintenda e controlli il sistema, garantendo percorsi di presa in carico di qualità, sia in termini di accesso alle prestazioni che di continuità delle cure.

Rivedere tempi d'attesa e modalità d'accesso, nella prospettiva di porre la persona al centro tramite strutture territoriali pubbliche: l'istituzione dei distretti e delle case di comunità, dentro a una revisione più coordinata delle unità di offerta, può rappresentare una soluzione per creare connessioni forti tra medicina territoriale e sistema regionale.

Un ambito prioritario da innovare e ricomporre è quello legato al sistema di cure domiciliari coinvolgendo assistiti e caregiver

- [10 proposte per una nuova domiciliarità in Lombardia](#)
- [proposta di legge di iniziativa popolare su caregiver familiare](#)



REVISIONE DEL RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO



Necessità di un modello più coordinato (l'ipotesi di un'ATS unica sarebbe apprezzabile in tal senso) che garantisca un equilibrio tra tempi e costi delle prestazioni, dentro una governance che superi logiche unicamente competitive (l'attuale competizione è falsata da dinamiche di mercato).

Una reale equivalenza tra pubblico e privato (e una reale libertà di scelta) sarà effettiva se si promuoverà integrazione e si punterà a un efficientamento del sistema pubblico, innalzando la qualità dell'offerta (in tal senso la presenza dei COT può essere un elemento di valore).

Non c'è complementarità se le prestazioni economicamente vantaggiose rappresentano il criterio con cui si orienta l'offerta privata: in tal modo cresce la spesa out of pocket delle famiglie e si riduce la capacità di presa in carico (e la sostenibilità) del sistema pubblico.

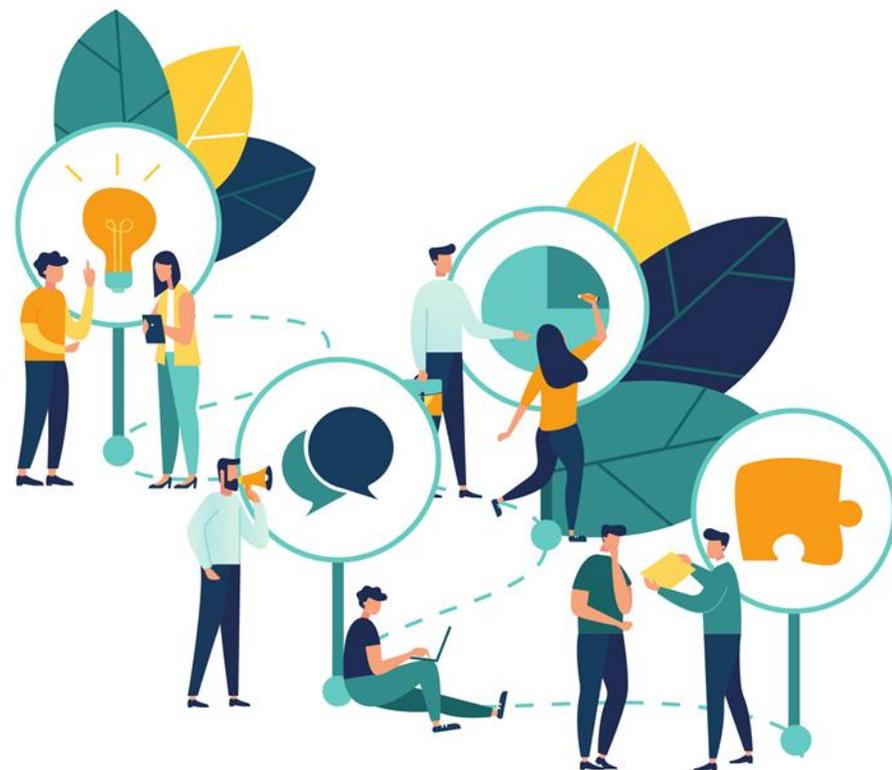
Occorre definire in modo chiaro ruoli e responsabilità rispetto ai compiti di erogazione, prevenzione, vigilanza e controllo, integrando il sistema.

NUOVO ASSETTO TERRITORIALE E GOVERNANCE INTEGRATA (1)

Affinché i perimetri e le popolazioni di competenza siano effettivamente congrui con la possibilità di garantire l'esercizio delle funzioni previste, occorre ricucire le fratture del territorio.

Valutazione positiva rispetto all'istituzione dei Distretti e delle Case della Comunità quali luoghi in cui accogliere i bisogni e costruire risposte efficaci in una prospettiva di medicina di prossimità, capace di superare la separazione attuale tra la pluralità di ATS / ASST e territorio.

Grazie agli investimenti legati al PNRR andrà impostata e implementata (come descritto anche nelle Linee di Sviluppo), con tempi e metodi trasparenti, la presenza di punti di accesso fisici e riconoscibili di offerta territoriale, che garantiscano una presa in carico integrale ed effettiva dei bisogni complessivi della persona. Tali presidi dovranno essere collegati con il resto dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, soprattutto in riferimento a cronicità e non autosufficienza.



NUOVO ASSETTO TERRITORIALE E GOVERNANCE INTEGRATA (2)

Uno dei nodi è quello legato alla riduzione delle diseguaglianze nell'accesso al sistema (es. liste d'attesa tramite SSN per determinate prestazioni superiori all'anno), comportando una spesa sanitaria diretta delle famiglie (out of pocket) elevata, anche a fronte di misure potenzialmente positive (es. welfare aziendale) che rischiano però di produrre ulteriore separazione tra tutelati e fragili.

Dopo anni di tentativi non riusciti rispetto all'istituzione di «punti unici di accesso», l'attenzione va a Case della Comunità e COT (che andranno adeguatamente organizzate e finanziate) quali luoghi fisici di effettiva accoglienza dei bisogni e costruzione di risposte efficaci in una prospettiva di potenziamento della medicina di prossimità, delle cure primarie, della assistenza domiciliare.

Il personale di queste strutture andrà accompagnato e formato (perché siano luoghi davvero popolati da MMG, infermieri di comunità, AS, altre figure multidisciplinari), con risorse gestite e monitorate in modo trasparente, anche rispetto all'integrazione con PNRR.



SOSTENIBILITÀ DELLE INNOVAZIONI NEL MEDIO/LUNGO PERIODO



Importante considerare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza come opportunità e responsabilità per investire risorse nella prospettiva di rideterminare il ruolo di regia dei soggetti pubblici coordinando un modello più prossimo alle comunità, in cui anche l'ospedale diventa parte di una filiera territoriale integrata.

Il tema della sostenibilità va considerato anche nel medio/lungo periodo in modo che le innovazioni di modello siano programmate (o meglio, co-programmate e co-progettate) dentro uno scenario di ampio respiro, garantendone la continuità nel tempo.

Sarà in tal senso opportuno disporre di un quadro aggiornato e trasparente rispetto gli step e i tempi di messa a terra della nuova L. 23 (e della parte di PNRR collegata), prevedendo anche la partecipazione attiva dei soggetti interessati, attraverso momenti di monitoraggio e valutazione strutturati e periodici.

RAPPORTO STABILE CON LE RAPPRESENTANZE SOCIALI

Un rapporto positivo, propositivo, collaborativo con le rappresentanze sociali va previsto tramite l'attivazione di uno spazio / dispositivo strutturale, periodico e continuativo di lavoro e confronto.

Per ridurre le disuguaglianze all'accesso sanitario e la frammentazione del sistema, sarà necessario far convergere sensibilità e risorse, sia del privato sociale che dei Comuni (che devono ritrovare un proprio spazio dentro la riforma del sistema sanitario e socio-sanitario).

La sussidiarietà si realizza attraverso un'interlocuzione ampia, seria, strutturata con le parti sociali, il Forum Terzo Settore, la cittadinanza. La sentenza della Corte Costituzionale n. 131/2020 promuove un nuovo modello di relazione fra ETS e PA che si fonda sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione: anche la riforma sanitaria può/deve collocarsi entro questo orizzonte.



GRAZIE!

RIFERIMENTI ACLI LOMBARDIA APS

PRESIDENTE - MARTINO TRONCATTI

RESPONSABILE WELFARE - BRUNO DI GIACOMO RUSSO

REFERENTE TECNICO - GIUSEPPE IMBROGNO

MAIL - SEGRETERIA@ACLILOMBARDIA.IT

TEL - +39 02 86995618

WEB - www.ACLILOMBARDIA.IT



**Associazioni
Cristiane
Lavoratori
Italiani
LOMBARDIA APS**