



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Prot. nr. 17

Ill.mo Dott.

Emanuele Monti

Presidente della III Commissione Sanità e Politiche
Sociali

Consiglio Regionale della Lombardia

IIIcommissione@consiglio.regione.lombardia.it

Como, 21/06/2021

Oggetto: Delibera n. XI/4811 del 31/05/2021 a revisione della Legge Regionale 23/2015

Con delibera n. XI/4811 del 31/05/2021 Regione Lombardia ha emanato “le linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23” giunto a conclusione del periodo sperimentale di cinque anni.

È opportuno ricordare come nel documento Agenas la principale osservazione emersa sia rivolta all’assetto che la legge regionale 23/2015 ha voluto dare al nostro SSR, ed in modo particolare l’Agenas ha evidenziato, in primis, come la frammentazione dell’impianto di governance, la separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione delle attività territoriali abbiano portato a una deficiente governance delle stesse.

Il recente PNRR (Piano nazionale Ripresa e resilienza) nella Missione 6 salute prevede negli obiettivi generali di:

- Rafforzare la prevenzione e l’assistenza sul territorio e l’integrazione fra servizi sanitari e sociali
- Garantire equità di accesso alle cure e nell’erogazione delle prestazioni
- Ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche
- Promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario

Non a caso il primo punto degli obiettivi generali del PNRR riguarda proprio il territorio che necessita di interventi di sostegno in termini organizzativi e di risorse umane, in modo particolare nella nostra Regione.



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

Il nostro sistema regionale con la delega della governance alle ATS e l'allocazione dell'attività di erogazione pubblica alle ASST ha di fatto indebolito la medicina del territorio. Più in generale si sono allocate scarse risorse in ambito di cure primarie e si sono scarsamente incentivati i medici di medicina generale a migliorare la propria organizzazione in termini associativi e di dotazione di personale. Analogamente le possibilità di accesso dei giovani medici al corso di formazione specifica in medicina generale sono risultate insufficienti e, inoltre, scarsamente appetibili. La duplicità del rapporto con ATS e ASST ha reso più difficili al MMG/PLS e a chi lavora sul territorio, le relazioni e i riferimenti evidenziando le criticità di una eccessiva frammentazione e della mancanza di competenze specifiche di tipo gestionale.

I compiti del MMG/PLS convenzionato si fondano sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sull'educazione (empowerment), sulla gestione della cronicità e sulla prevenzione delle riacutizzazioni. Il modello territoriale non può prescindere dal rapporto fiduciario, personale e continuativo nel tempo; il MMG/PLS è il medico della persona, nel suo insieme e non della singola patologia, producendo una visione globale della condizione dell'assistito, non solo dal punto di vista clinico ma anche psicologico e sociale.

Lo studio del MMG/PLS è il luogo di primo contatto medico all'interno del SSN (non bastano le case della comunità che possono rappresentare un riferimento utile, ma non esclusivo, specie nelle aree periferiche) strutturato in forma associativa dotato di infermieri e personale amministrativo. L'unità di base è il microteam medico-infermiere-amministrativo. Lo stato giuridico del MMG, previsto dalla legge 502, sostanzia il modello del rapporto fiduciario, dell'autonomia professionale, della responsabilità individuale strettamente correlata alla continuità delle cure e va reso efficace ed efficiente con la disponibilità di strumenti di aggregazione e di organizzazione rispondenti a specifici, vincolanti e verificabili requisiti, gestiti in termini di autonomia organizzativa integrata nella rete territoriale.

Fatte queste premesse, nell'esame della delibera n XI/4811 del 31/05/2021 avente per oggetto "determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell'assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n.23" la FROMCeO ritiene possa essere utile presentare alcune considerazioni riguardanti la rete territoriale e ospedaliera in aggiunta a quanto già inviato in data 15.02.2021 alla Presidenza e all'Assessorato di Regione Lombardia, che nuovamente si allega.

Rete territoriale

1. Si ritiene importante che Regione abbia confermato il principio della libera scelta del cittadino dei percorsi di cura, delle strutture sanitarie e del personale sanitario, anche se andrebbe meglio specificata la garanzia della conferma del rapporto fiduciario MMG/PLS – basato sulla personalizzazione del rapporto di cura e sulla sua continuità negli anni, salvaguardando il sistema di convenzionamento a quota capitaria, integrato con specifici requisiti in termini di indicatori di processo, di organizzazione, di integrazione nelle reti territoriali e di risultato.



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

2. Nelle linee di sviluppo L.R. 23/2015 appare evidente che la nostra Regione punta a mantenere (senza precisarne il numero) l'attuale assetto in ATS, contrariamente alle indicazioni presenti nel Report di Agenas che punta invece a una ATS unica, modello Veneto. A prescindere dall'assetto che si voglia dare, è importante che la Direzione Generale Welfare, per poter ottemperare a quanto declinato nel documento, possa contare su una organizzazione completa, articolata e potenziata in termini di risorse umane e di competenze.
3. È prioritario ricostruire una governance in ambito di cure primarie molto efficiente in grado di fornire punti di riferimento certi al territorio, al cittadino e ai comuni. I distretti, come previsto nel documento su indicazione di Agenas, potrebbero essere i luoghi di prossimità all'utenza e alla medicina territoriale.
4. Le case di comunità intese come punti di aggregazione di MMG/PLS, medici specialisti, infermieri di comunità, assistenti sociali e altri professionisti, non può essere l'unica struttura dove si svolge l'attività della medicina generale. Esistono sul territorio le medicine in associazione sotto forma di medicina di gruppo anche supportate da cooperative di servizi, dotate di una propria organizzazione interna, con diversi livelli di organizzazione e certamente con concrete possibilità di evoluzione, con presenza di infermieri e amministrativi. Si deve dare la possibilità che alcune di esse possano integrarsi nella casa di comunità con il proprio personale infermieristico e amministrativo, mantenendo la propria autonomia organizzativa e vanno salvaguardate le altre realtà associative mediche territoriali che, in base alle esigenze territoriali, siano meglio utilizzabili al di fuori di queste strutture pur essendo parte integrante della rete dei servizi.
5. Medita una riflessione il ruolo delle ASST e in modo particolare l'aver lasciato in seno all'ospedale il polo territoriale, status che non ha portato i frutti sperati soprattutto in corso di pandemia, quando la maggior parte delle risorse sono state indirizzate al polo ospedaliero lasciando il territorio senza riferimenti. È vero che il polo territoriale si varrà dell'articolazione in distretti come punti erogativi delle prestazioni destinate al territorio, sarà comunque necessario che il distretto diventi il vero punto di riferimento e di confronto con la medicina del territorio. In estrema sintesi, il territorio necessita di una propria gestione distinta da quella ospedaliera con una migliore ed equa distribuzione delle risorse tra territorio ed ospedale. Devono essere comunque garantiti momenti definiti e programmati di interazione fra ospedale e territorio che consentano l'analisi delle frequenti situazioni comuni e che possono quindi portare a risoluzioni condivise del tutto funzionali per il cittadino/paziente in ogni percorso di cura.
6. Non ben chiara risulta l'allocazione dell'ospedale di comunità. Vanno infatti definiti modelli per l'ospedale di comunità, che di fatto si qualifica come struttura intermedia e non può essere collocato nella casa della comunità, ma deve essere integrato in strutture a vocazione residenziale. È necessario intervenire anche sul modello di residenzialità, valorizzando le risorse esistenti.
7. La carenza di medici di Famiglia costituisce un grosso problema nazionale e per Regione Lombardia; è necessario rendere più attrattiva la medicina generale attraverso nuovi



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

strumenti contrattuali e organizzativi. È quindi necessario provvedere ad una attenta programmazione per garantire il ricambio generazionale attraverso una necessaria rivisitazione e un potenziamento del corso di formazione in medicina generale, puntando anche ad un graduale inserimento dei corsisti negli studi dei MMG.

8. Un importante elemento di riflessione, inoltre, deve riguardare i dipartimenti di igiene e prevenzione (DIPS), per i quali andrebbero previsti maggiori spazi di autonomia, non potendo essere qualificati come “dipartimenti funzionali”, in ragione della titolarità di funzioni direttamente delegate dallo Stato e per la necessaria operatività che eviti divisioni di responsabilità, divisioni responsabili di molte delle criticità evidenziate nel corso della pandemia.

Rete ospedaliera

1. La **rete ospedaliera lombarda** ha una notevole capacità operativa, ma soffre di grande **frammentazione tra "attori" pubblici, accreditati e privati**, poco coordinati dal punto di vista organizzativo; la "disorganizzazione" del sistema porta a disomogeneità e discontinuità di offerta, con disagio per il cittadino che fatica a soddisfare le esigenze di cura; occorrerebbe che il gestore / verificatore garantisse l'auspicabile coordinamento a favore di una maggiore omogeneità di offerta per gli assistiti. In particolare, sia i professionisti della sanità, sia i cittadini assistiti, dovrebbero poter essere adeguatamente informati del ventaglio di offerta sanitaria. Gli strumenti informatici e di comunicazione che pervadono ormai stabilmente la nostra società, permettono di veicolare in tempo reale informazioni su opportunità e prestazioni fornite dai vari operatori. Poter identificare in modo trasparente e documentato le caratteristiche di ciascun “attore” del sistema costituirebbe un primo passo fondamentale, per consentire a tutti di fruire liberamente delle opportunità disponibili. Gli organismi di governo politico e tecnico-amministrativi dovrebbero poi essere in grado di richiedere indicatori quali-quantitativi delle attività erogate e di svolgere opportune verifiche di efficienza ed efficacia. Una verifica di qualità solida e documentata deve essere garanzia di adeguato utilizzo delle risorse pubbliche messe in campo per la gestione del servizio sanitario.
2. La medicina ospedaliera richiede **strumentazione tecnologica di avanguardia, la cui adeguatezza incide significativamente sulla qualità** della cura erogata; la disponibilità di strumenti diagnostici e interventistici aggiornati, farmaci innovativi, telemedicina, sistemi di intelligenza artificiale dovrebbe essere considerata prioritaria e, soprattutto, dovrebbe essere oggetto di **programmazione a medio termine, condivisa consapevolmente tra amministratori e professionisti**; tutti gli attori del sistema sanitario dovrebbero essere messi in grado di condividere la responsabilità di scelte che, in un sistema di risorse finite, non può rispondere solo ad esigenze “di nicchia”, ma ad una visione di insieme, volta sempre a garantire le cure adeguate a tutti coloro per cui esse si rendano ragionevolmente indicate. In questo contesto si ricorda che buona parte delle attività ospedaliere prevede ormai spiegamento tecnologico e modalità di lavoro che richiedono di agire “in squadra” e in



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

contesto di adeguata complessità organizzativa e tecnologica. Ciò non permette di immaginare la distribuzione diffusa di ogni tipo di tecnologia, ma richiede di organizzare la dislocazione delle attività in base alla complessità di tecnologia/esperienza richiesta e della incidenza prevista di patologia da trattare. Il cosiddetto sistema "hub and spoke" è risultato vincente in vari contesti operativi (emergenze cardiologiche, neurologiche, traumatologiche, cardiocirurgiche; terapie trapiantologiche e oncologiche). Occorre avere la forza politica e la competenza tecnica per rivalutare periodicamente la distribuzione di queste reti assistenziali ospedaliere e di ricontestualizzarle sulla base delle effettive esigenze, con la consapevolezza di dover magari adottare scelte poco gradite a livello locale, ma necessarie a garantire efficace e razionale disponibilità di servizi, in base alle aspettative evocate dalle conoscenze tecniche reali ed aggiornate.

3. La medicina ospedaliera non deve dimenticare le doverose attenzioni al **mantenimento nel tempo dei risultati**, spesso mirabili, consentiti nelle fasi acute di malattia; la cura del paziente cronico è fatta di **prevenzione** (primaria e secondaria), di verifica dell'**aderenza terapeutica**, di cura dello **stile di vita**, di **promozione della salute** ad ampio spettro (concetti ben ricompresi nel principio generale di "one health", premesso alle recenti linee guida regionali). È auspicabile che vengano razionalizzati ed attuati con efficacia, piani di verifica a distanza delle cure, con una interazione strutturata tra ospedale e territorio, favorendo il coordinamento tra operatori. In questa direzione, andrebbe promossa la più completa collaborazione con gli operatori del sociale, le onlus di volontariato, le amministrazioni civili (comuni), con l'obiettivo di avviare programmi condivisi e sinergici. Si ritiene importante, quindi, la modalità di implementazione e sviluppo dei Distretti e dei Dipartimenti di Prevenzione, giustamente enfatizzati dalle linee guida di riforma. L'attività di queste strutture non deve essere una rivisitazione del passato (non sempre felice): cura della salute dei cittadini e prevenzione primaria delle malattie sono la miglior garanzia per un sistema sanitario che minimizza veramente i danni da malattia e assicura la qualità di vita migliore e più duratura possibile al cittadino, limitando, a lungo termine, anche il costo del servizio di cura delle acuzie e delle cronicità invalidanti. Queste attività vanno auspicabilmente correlate e coordinate alla articolata galassia delle attività territoriali gestite a livello socio-sanitario, da strutture pubbliche, private, accreditate, comuni, comunità civili, associazioni del terzo settore. Un coordinamento forte di tutte queste attività, rigorosamente indirizzato all'utilizzo razionale, sinergico e proattivo delle forze in campo, deve essere alla base di programmi di ampio respiro, che abbiano la forza ed il coraggio di spaziare su arco di tempo anche lungo, comprensibilmente complesso da programmare, ma necessario per consentire una effettiva ricaduta di efficacia. Il programmatore dovrebbe essere così lungimirante da non cedere alla tentazione del risultato facile a breve, ma di puntare a quello più ambizioso e di ampio respiro a medio-lungo termine.
4. Il sistema ospedaliero lombardo si è storicamente concentrato sulle eccellenze specialistiche, campo nel quale vanta una tradizione solida e riconosciuta a livello nazionale; poca attenzione è stata purtroppo posta alla strategia di cura a cavallo **tra ospedale e**



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

territorio, per mezzo di **strutture a bassa intensità assistenziale**, in parte delineate da alcuni provvedimenti legislativi (PRESST, POT), lasciati cadere in disuso prima ancora di provare ad attuarli. Tali progetti andrebbero ripresi ed ampliati in stretta collaborazione con la medicina del territorio. Interessante specie in questo ambito la progettualità delle Centrali Operative Territoriali, che possono costituire una solida base di sostegno al cittadino ed agli operatori per la razionalizzazione delle cure nell'ampia area compresa tra la terapia ospedaliera per eventi acuti e il monitoraggio territoriale della salute. Anche in questo caso, organizzazione, tecnologia telecomunicativa, informazione, sinergia tra servizi e operatori, faranno la differenza tra un sistema "di facciata" e, ciò che serve veramente, un supporto tecnologico davvero efficace, quando e dove necessario (con occhio sempre attento alla verifica e al contenimento degli sprechi).

5. L'integrazione tra differenti "attori" e strutture richiede **integrazione vera, agile e coordinata, dei sistemi informativi**; i sistemi informativi regionali digitalizzati, non sono mai stati realmente adeguati alla complessità del sistema ed ancora oggi costituiscono più un ostacolo che un aiuto, sia per gli operatori sanitari, sia, soprattutto, per il cittadino; occorre riconoscere che quanto messo in atto fino ad oggi non è assolutamente pari a quanto reso disponibile dal mercato; pur riconoscendo la necessità di garantire collegamenti protetti e sicuri, operatori ed assistiti non dispongono attualmente di strumenti amichevoli ed agili per comunicare in sanità. Chiunque abbia dimestichezza con il mondo dei sistemi informativi, conosce la reale complessità di tali sistemi e la difficoltà di superare la frammentazione di tipologie di apparecchi e sistemi. È ben noto anche il problema della garanzia di riservatezza e sicurezza delle transazioni che deve essere assicurata nel trattamento di dati sanitari sensibili. D'altra parte, non possiamo misconoscere che, ad esempio, il mondo delle transazioni bancarie o finanziarie comporta livelli analoghi di sicurezza e riservatezza, ma riesce ad essere gestito con efficienza di gran lunga superiore a quella che caratterizza i sistemi di trattamento delle attività sanitarie. La soluzione di questi problemi non è più procrastinabile. Occorre uscire da politiche di risoluzione "artigianale" dei problemi e costruire una solida, affidabile ed efficace "autostrada" di comunicazione dei dati sanitari, che permetta di accedere in modo efficiente e sicuro alle informazioni dove, quando e nel modo più confacente al loro giustificato utilizzo, facendo riferimento a gestori solidi e notoriamente adeguati alla fornitura di tali servizi. Ciò può richiedere investimenti ingenti e decisioni anche di tipo "impositivo" forte sulla tipologia dei sistemi, ma appare inevitabile per fornire agli utenti (professionisti e cittadini) un servizio informativo adeguato.
6. Una vera integrazione tra ospedale e territorio, deve essere attuata anche a livello di **gestione delle aziende sanitarie**, identificando **responsabilità realmente condivise e coordinate**, non solo negli ideali delle mission legislative, ma anche nella pratica degli obiettivi e dei risultati. **I medici, pur nel rispetto di competenze manageriali, devono poter contribuire alla programmazione** di medio-lungo termine delle aziende ospedaliere. Si ritiene fondamentale che le linee di riorganizzazione e sviluppo del servizio sanitario non siano calate dall'alto con meccanismo "top-down", ma siano oggetto di condivisione da



FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA

parte degli operatori. La condivisione informata degli obiettivi di programmazione e sviluppo è un fattore fondamentale per assicurare la collaborazione fattiva e proattiva degli operatori alle finalità del servizio. Tale programmazione dovrebbe essere impostata almeno in parte a medio-lungo termine: obiettivi tecnicamente sostanziali e condivisi a lungo raggio sono fondamentali per promuovere risultati consistenti e duraturi, senza nulla togliere alle eventuali evenienze urgenti e da affrontare con provvedimenti "al bisogno".

7. Deve essere posta grande cura nel consentire il **turn-over del personale sanitario**, la cui carenza si è dimostrata critica anche nel corso della recente pandemia. Sarebbe auspicabile realizzare **esperienze suppletive alla carenza di specialisti ospedalieri**, rendendo possibile, almeno a titolo sperimentale e transitorio, l'istituzione di ospedali di insegnamento, per la formazione di professionisti extranumerari a quelli in formazione nelle scuole di specialità. È apprezzabile anche l'accento delle linee guida alla collaborazione con il mondo delle attività produttive e di ricerca, in modo che le attività cliniche possano ricevere appena possibile i benefici delle ricadute tecnologiche derivanti da centri di sviluppo vicini nel territorio, ma lontani nella logica collaborativa corrente.

Con le osservazioni e considerazioni riportate nel presente documento, la FROMCeO intende manifestare la propria disponibilità a partecipare con il massimo spirito di collaborazione al processo di riforma del Sistema Sanitario Lombardo.

I Presidenti degli Ordini Provinciali della Regione Lombardia (FROMCeO)

Dr. Gianluigi Spata– Como (Presidente FROMCeO)

Dr. Pierfranco Ravizza – Lecco (Vicepresidente FROMCeO)

Dr. Guido Marinoni – Bergamo

Dr. Ottavio Di Stefano – Brescia

Dr. Gianfranco Lima – Cremona

Dr. Massimo Vajani – Lodi

Dr. Stefano Bernardelli – Mantova

Dr. Roberto Carlo Rossi– Milano

Dr. Carlo Maria Teruzzi– Monza Brianza

Dr. Claudio Lisi – Pavia

Dr. Alessandro Innocenti – Sondrio

Dr.ssa Giovanna Beretta – Varese

Per i presidenti
Gianluigi Spata
Presidente FROMCeO