

Linee di sviluppo della legge regionale n. 23/2015

1. Inquadramento e contesto
 - 1.1 La sperimentazione della legge e le valutazioni di Agenas
 - 1.2 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
2. I principi
 - 2.1 L'approccio One Health
 - 2.2 Libertà di scelta del cittadino
 - 2.3 Il rapporto fra pubblico e privato
3. Assetto e governance
 - 3.1 Regione Lombardia
 - 3.2 Le Agenzie di Tutela della Salute
 - 3.3 Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali
 - 3.4 Le Aziende Ospedaliere
4. La rete territoriale
 - 4.1 Il potenziamento della rete territoriale
 - 4.2 La prevenzione
 - 4.3 La medicina territoriale
 - 4.4 Il Distretto
 - 4.5 Le Case della Comunità
 - 4.6 Le Centrali Operative Territoriali
 - 4.7 Gli Ospedali di Comunità
 - 4.8 La telemedicina
5. Le relazioni del sistema socio sanitario
 - 5.1 I rapporti con le attività produttive
 - 5.2 I rapporti con il sistema di istruzione e delle Università
 - 5.3 Rapporto con le politiche di programmazione sociale

1. Inquadramento e contesto

1.1 La sperimentazione della legge e le valutazioni di Agenas

Regione Lombardia si è sempre distinta a livello nazionale ed internazionale per l'eccellenza della cura nei suoi ospedali e nei suoi Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Nel 2015, con l'approvazione della legge regionale n. 23 di *“Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”* Regione Lombardia ha inteso far evolvere tali importanti capacità sviluppate nell'ambito ospedaliero anche all'assistenza territoriale, superando alcune frammentazioni esistenti ed evitando le potenziali interruzioni nei percorsi di cura.

L'individuazione di un unico soggetto deputato all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari ha di fatto portato a compimento il principio di separazione delle attività di programmazione e controllo da quelle puramente erogative.

Le previsioni introdotte con la legge regionale n. 23/2015 in materia di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche e l'istituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, quali soggetti erogativi pubblici sia delle prestazioni ospedaliere (attraverso il Polo Ospedaliero) che delle prestazioni territoriali (mediante la Rete Territoriale), hanno rappresentato una forte innovazione rispetto alle previsioni del Decreto Legislativo n. 502/1992; in particolare l'istituzione di un soggetto giuridico nuovo e diverso rispetto alle Aziende Sanitarie Locali e alle Aziende Ospedaliere previste dal dettato normativo nazionale ha comportato la necessità di valutare sperimentalmente tale nuovo assetto organizzativo congiuntamente con il Ministero della Salute prevedendo un arco temporale di cinque anni.

A conclusione del quinquennio sperimentale il Ministero della Salute, con il supporto tecnico dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), ha analizzato i risultati raggiunti con il nuovo assetto organizzativo.

Il documento di analisi del sistema lombardo di Agenas prende avvio dall'elencazione degli obiettivi che Regione Lombardia ha ritenuto di perseguire con l'evoluzione dell'assetto organizzativo derivante dall'attuazione della legge regionale n. 23/2015:

- continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;

- miglioramento dell'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari, superando la separazione esistente tra l'ospedale e il territorio;
- valorizzazione e potenziamento della rete territoriale e centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- sviluppo e rafforzamento del sistema di prevenzione;
- introduzione di modelli innovativi di presa in carico per affrontare la cronicità e la fragilità;
- superamento della frammentazione tra unità di offerta;
- garanzia di prestazioni territoriali quali-quantitative adeguate;
- riduzione della centralità dell'ospedale e contrasto all'inappropriatezza.

Rispetto agli obiettivi che ci si era posti, la valutazione di Agenas ha messo in luce molti aspetti innovativi positivi apportati dalla legge regionale n. 23/2015, primo fra tutti i risultati di salute del modello di presa in carico dei pazienti cronici; ha tuttavia individuato alcune aree di miglioramento la cui introduzione nell'assetto organizzativo del sistema socio sanitario Lombardo è stata ritenuta indispensabile al fine di una valutazione positiva e coerente con il disegno nazionale delineato dal Decreto Legislativo n. 502/1992..

In particolare il Ministero della Salute e Agenas hanno ritenuto necessario indicare le seguenti prescrizioni:

- Istituire i Dipartimenti di Prevenzione, costituiti quali articolazioni delle ASST con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni per la tutela della salute della popolazione;
- Istituire i Distretti, costituiti quali articolazioni delle ASST, con funzioni di governo ed erogazione delle prestazioni distrettuali, 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.

Fermo restando che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha, inoltre, individuato ulteriori suggerimenti migliorativi, che tuttavia non risultano avere portata prescrittiva, il presente documento è teso a sviluppare e introdurre (coerentemente con l'assetto organizzativo del sistema socio sanitario lombardo) esclusivamente le indicazioni ritenute obbligatorie.

1.2 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Durante la fase di valutazione della legge regionale n. 23/2015 e di conseguente avvio dell'iter di modifica normativa è subentrato, peraltro, un nuovo fondamentale strumento di implementazione dei sistemi sanitari regionali rappresentato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rispetto al quale le presenti linee di sviluppo intendono fin da subito porre come principio guida nel percorso di formulazione del nuovo assetto in particolare per ciò che attiene al potenziamento dell'area territoriale.

In particolare, la missione 6 del PNRR si articola in 2 aree di intervento cui sono connessi rilevanti investimenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire

il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

In particolare, è indispensabile che il futuro assetto organizzativo si focalizzi sulla necessità di potenziamento dell'offerta territoriale di prossimità attraverso l'individuazione delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.

Le tempistiche stringenti imposte dall'utilizzo delle risorse connesse alla realizzazione del Piano rendono vincolante la previsione di introduzione nel testo normativo che sarà approvato dal Consiglio regionale delle tipologie di unità indicate dal Piano, indipendentemente dalla denominazione che si riterrà di attribuire.

Si riporta di seguito il cronoprogramma indicato da Agenas:

- Settembre 2021: ricognizione siti idonei per la realizzazione di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità;
- Dicembre 2021: individuazione precisa dei siti di realizzazione di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità;
- Marzo 2022: sottoscrizione del Contratto Istituzionale di Sviluppo per la realizzazione di Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.

2. I principi

2.1 L'approccio One Health

Con l'approvazione della deliberazione n. 4508 del 1 aprile 2021 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021" è stato introdotto per la prima volta nell'ambito della programmazione regionale in materia socio sanitaria il principio dell'One Health in particolare nelle aree della prevenzione e della veterinaria.

L'adozione dell'approccio One Health all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale, inteso come l'approccio di una salute complessiva per le persone, gli animali e l'ambiente dovrà diventare parte integrante dei principi guida del Sistema attraverso il recepimento in legge regionale.

La sfida è quella di costruire una governance che assicuri la protezione e la promozione della salute non più concentrata esclusivamente sulla salute umana e che si ponga come obiettivo la salute globale che permetta di rispondere ai bisogni delle popolazioni

(in particolare quelle più vulnerabili) sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute degli animali e l'ambiente in cui vivono. Dovrà pertanto essere rafforzata la capacità di costruire sinergie che consentano di fornire adeguata e tempestiva risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

La necessità di adottare tale approccio è peraltro richiamata nel già citato PNRR laddove viene individuato l'obiettivo di definire *“entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio “One-Health”*

2.2 Libertà di scelta del cittadino

Il principio della libertà di scelta del Cittadino è da sempre patrimonio del Sistema socio sanitario Lombardo e tale dovrà rimanere anche nel future assetto organizzativo.

Il Sistema continuerà, pertanto, a riconoscere e garantire la libera scelta del cittadino nell'identificare e intraprendere il proprio percorso di diagnosi e cura, sia nella scelta delle strutture sanitarie e sociosanitarie che nella scelta del personale sanitario.

L'esercizio della libertà di scelta sarà assicurato anche con riferimento ai percorsi legati alla cura delle patologie croniche, che in relazione all'andamento demografico ed epidemiologico rappresenterà sempre più un ambito di cura e assistenza centrale nel Sistema.

2.3 Il rapporto fra pubblico e privato

Un altro pilastro del Sistema Lombardo è rappresentato dalla convivenza di strutture pubbliche e private che ha permesso nel tempo l'innalzamento della qualità delle cure e l'accesso

L'equivalenza, l'integrazione e la sussidiarietà all'interno del Sistema Sanitario Regionale dell'offerta sanitaria e sociosanitaria delle Strutture Pubbliche e delle Strutture Private accreditate rappresentano, pertanto, valori da salvaguardare e rafforzare nel percorso volto alla ricerca della sempre maggior appropriatezza e qualità. Evidentemente un approccio teso al miglioramento continuo dovrà necessariamente tenere conto di alcuni interventi che consentano:

- 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.

3. Assetto e governance

3.1 Regione Lombardia

L’assetto istituzionale del Sistema accompagnerà il potenziamento della rete territoriale e non comporterà stravolgimenti e, soprattutto, non vedrà modifiche sostanziali delle funzioni in capo a Regione Lombardia – Assessorato al Welfare quanto piuttosto un consolidamento del ruolo di guida del Sistema.

In particolare, l’Assessorato al Welfare sarà sempre più connotato da un ruolo di governo anche mediante l’irrobustimento della funzione di indirizzo nei confronti delle Agenzie di Tutela della Salute e degli erogatori pubblici e privati.

Le funzioni principali dell’Assessorato e della Direzione Generale Welfare saranno quindi:

- Politiche sanitarie e sociosanitarie

- Programmazione strategica generale
- Produzione normativa
- Piano Socio Sanitario Regionale
- Indirizzi programmatici e Regole di Sistema
- Programmazione acquisti
- Programmazione dei fabbisogni relativi alle risorse umane e alle professionalità
- Governo generale dell'ICT
- Innovazione tecnologica
- Investimenti Strutturali e tecnologici
- Controllo strategico
- Comunicazione Esterna
- Osservatorio Epidemiologico Regionale
- Funzione di accreditamento

3.2 Le Agenzie di Tutela della Salute

Con la legge regionale n. 23/2015, si è perseguito il principio di separazione delle funzioni (programmazione, acquisto, controllo, erogazione) già statuito con la legge regionale n. 31/1997. A tal fine le precedenti Aziende Sanitarie Locali hanno assunto la configurazione di Agenzie. Tuttavia alcune funzioni erogative, in particolare connesse con l'assistenza primaria, sono rimaste all'interno delle nuove Agenzie che, di fatto, non ha permesso di completare pienamente la separazione delle funzioni.

Obiettivo della riforma dovrà pertanto essere

- Valenza territoriale delle ATS;
- programmazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione;
- Gestione sanitaria e flussi relativi;
- Indirizzi in materia contabile alle ASST secondo indicazioni regionali;
- Autorizzazioni sanitarie e istruttoria accreditamento;
- Negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- Controlli sanitari ad Enti Pubblici e Privati;
- Programmazione attività di Prevenzione;
- Gestione delle Politiche di investimento HTA e di edilizia sanitaria e ospedaliera e territoriale, in coerenza e su indicazione dell'attività di Programmazione Regionale

- Coordinamento degli approvvigionamenti nella raccolta dei fabbisogni dei servizi logistici, informatici e dei beni e servizi sanitari in raccordo con ARIA;
- Acquisizione del personale con procedure accentrate, ferma restando la possibilità di procedure singole per determinate professionalità e determinate aree più disagiate;
- Governo delle attività inerenti la gestione del rischio clinico;
- Centro di gestione del rischio clinico e supporto e coordinamento per le politiche assicurative delle Aziende Pubbliche;
- Formazione continua;
- Attività in tema di Sanità Animale, Igiene Urbana Veterinaria, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, Igiene degli alimenti di origine animale, Impianti industriali e supporto dell'export, Programmazione e Coordinamento Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare;
- Farmaceutica convenzionata.

3.3 Le Aziende Socio Sanitarie Territoriali

In coerenza con quanto prescritto dal Ministero della Salute e da Agenas, nell'ambito delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali troveranno collocazione i Distretti e tutte le attività erogative, portando a compimento definitivamente il disegno della legge regionale n. 23/2015.

Alle ASST afferiranno, pertanto, i seguenti Dipartimenti:

- Dipartimento Cure Primarie;
- Dipartimento Salute mentale;
- Dipartimento funzionale di prevenzione.

Le ASST continueranno ad essere articolate in due poli:

- Polo Ospedaliero, a sua volta articolato in dipartimenti;
- Polo territoriale, articolato in Distretti, cui afferiscono i presidi territoriali quali punti erogativi delle prestazioni.

In considerazione del ruolo fondamentale ricoperto dal Distretto, l'ASST sarà la sede di rilevazione dei bisogni del territorio di riferimento, in raccordo con:

- la Conferenza dei Sindaci a livello di Direzione Generale;

- con i delegati dei sindaci espressione dei rispettivi territori di competenza a livello distrettuale.

Alle ASST spetterà l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie territoriali e quelle inerenti la continuità del percorso assistenziale che saranno garantite dalle strutture, ospedaliere e territoriali, afferenti alle ASST del territorio di riferimento e ai suoi Distretti.

In particolare, la legge dovrà prevedere:

- l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione
- l'erogazione delle prestazioni di prevenzione individuale (es: profilassi malattie infettive - vaccinazioni), delle dipendenze e dell'integrazione sociosanitaria e sociale;
- la declinazione del polo territoriale in Distretti i cui ambiti coincidono con gli ambiti sociali;
- il governo di tutta l'attività erogativa del Distretto;
- la collocazione dei Presidi Territoriali all'interno di ogni Distretto per l'erogazione dei LEA territoriali;
- lo sviluppo, il potenziamento e l'integrazione dei servizi territoriali;
- l'integrazione socio sanitaria con gli enti locali e il rapporto con le rappresentanze dei sindaci;
- la valutazione dei fabbisogni del territorio;
- il Dipartimento di Salute Mentale e la Neuropsichiatria infantile quale articolazione delle ASST.

3.5 Le Aziende Ospedaliere

Al fine di valorizzare i centri di eccellenza lombardi nell'ambito dell'erogazione di prestazioni sanitarie di elevata complessità e specializzazione si prevede la possibilità di istituire Aziende Ospedaliere dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnico che concorrono all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione. Tali strutture erogheranno prestazioni sanitarie di elevata complessità, e garantiranno la continuità dei percorsi di cura in integrazione con gli altri erogatori.

In legge saranno inseriti i seguenti criteri per l'istituzione di Aziende Ospedaliere di interesse regionale, nel rispetto dei requisiti previsti dalle normative vigenti (D.lgs.502/1992 art. 4):

- Presenza di almeno tre aree operative di Alta Specialità;
- Presenza di un Dipartimento di Emergenza di Secondo Livello
- Attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il 10% rispetto al valore medio – regionale
- Indice di complessità della casistica dei pazienti tradizionali in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore di almeno il 20% rispetto al valore medio regionale
- Conformità dei requisiti coerenti alle direttive Europee delle reti ERN

Sarà prevista un'attuazione progressiva delle disposizioni volte all'istituzione delle Aziende Ospedaliere, partendo dall'analisi delle strutture della Città di Milano, ciò al fine di realizzare con gradualità gli interventi di maggiore impatto sul sistema, soprattutto in un periodo come quello attuale in cui il sistema è ancora fortemente impegnato nella gestione della pandemia da Covid 19 e nella gestione delle criticità che la stessa ha portato alla luce che con la riforma si intendono superare. La possibile istituzione delle Aziende Ospedaliere dovrà tenere conto dei modelli organizzativi territoriali attraverso un'analisi approfondita che sarà effettuata dall'Assessorato al Welfare entro 24 mesi dall'approvazione della legge regionale e sarà sottoposta al parere preventivo della Commissione consiliare competente (in continuità con quanto previsto dall'articolo 7 comma 18 della legge regionale n. 33/2009).

4. La Rete Territoriale

4.1 Il potenziamento della rete territoriale

Obiettivo prioritario dello sviluppo della legge regionale è il consolidamento della continuità ospedale – territorio a coronamento del percorso iniziato con la l.r. 23 del 2015.

A tal fine si evidenziano i principali obiettivi da realizzare affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un'ottica di accompagnamento dello stesso, non solo

focalizzando l'attenzione al solo ricovero ma a tutte le eventuali necessità che dovessero sussistere prima e dopo la dimissione ospedaliera:

- valorizzazione delle professioni sanitarie (infermieri, tecnici sanitari, OSS ecc.) e della figura dell'infermiere di famiglia e continuità all'interno del Polo Territoriale;
- costituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) quali punti di accesso territoriali (fisici e digitali) per facilitare e governare la rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto;
- definizione (sia per erogatori pubblici che privati accreditati e a contratto) di protocolli e percorsi gestiti dalle Centrali Operative Territoriali per le dimissioni dei pazienti fragili e regolamentazione del relativo progetto individuale (con il coinvolgimento di MMG, specialisti e assistenti sociali);
- implementazione del servizio di assistenza domiciliare integrata quale prima scelta del paziente dimesso che potrà avvenire sia tramite la gestione diretta da parte degli erogatori pubblici che attraverso i consolidati rapporti con i soggetti privati già contrattualizzati;
- rafforzamento tecnologico degli strumenti per l'assistenza domiciliare per il telemonitoraggio di pazienti fragili a domicilio;
- integrazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali;
- potenziamento del Dipartimento di salute mentale e neuropsichiatria infantile con sviluppo dei servizi territoriali e rete di posti letto ospedalieri

Snodo fondamentale del potenziamento della rete territoriale e luogo privilegiato dell'integrazione tra tutti i professionisti del sistema sarà il Distretto, anche attraverso le componenti previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, che troverà collocazione all'interno della ASST.

4.2 La prevenzione

Nell'ambito della Prevenzione la riforma dovrà portare a compimento la separazione dei ruoli delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali nel solco della separazione tra programmazione ed erogazione delle prestazioni. In quest'ottica alle Agenzie di Tutela della Salute competerà l'adozione degli atti di programmazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, individuati quali articolazioni territoriali delle ASST e l'attività programmatica e operativa del Dipartimento Veterinario, mentre nelle ASST verrà istituito il Dipartimento di

Prevenzione che svolgerà attività di prevenzione individuale all'interno del Polo Territoriale (compresa l'attività di Screening e di Promozione della Salute).

4.3 La medicina territoriale

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla medicina territoriale che rappresenterà sempre più l'interfaccia privilegiata tra il cittadino e il sistema socio sanitario, anche attraverso una sempre maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri.

Dovranno essere previste forme di facilitazione nelle attività dei medici e, mediante lo sviluppo di sedi fisiche, dovrà realmente realizzarsi un'efficace integrazione professionale.

In particolare la legge dovrà perseguire i seguenti obiettivi nell'ambito dell'assistenza primaria:

- Continuità assistenziale (MMG/PLS) anche in forma associativa;
- Presa in carico delle malattie croniche e utilizzo della telemedicina attraverso il potenziamento dei distretti (grazie all'istituzione delle COT) e l'integrazione professionale tra MMG e specialisti ospedalieri;
- Integrazione nel Distretto del Dipartimento di Cure Primarie e contrattualizzazione di MMG e PLS (D.Lgs. 502/1992);
- Estensione del Sistema di Presa in Carico del paziente cronico e fragile (PIC) attraverso i distretti quali sede dell'integrazione tra professionisti (MMG/PLS e specialisti);
- Intensificazione del dialogo con la medicina territoriale al fine di rendere centrale il ruolo del MMG/PLS nel percorso di cura dei propri assistiti ed in particolare dei pazienti affetti da malattie croniche;
- Sviluppo di forme complesse di organizzazioni di MMG (cooperative lombarde, medici in associazione, UCCP, AFT);
- Aggregazione dei MMG e PLS prevedendo strumenti (non solo economici) per facilitarne l'attività;
- Semplificazione delle attività della medicina territoriale anche mediante la digitalizzazione.

4.4 Il Distretto

Il distretto è la sede fisica, facilmente riconoscibile e accessibile dai cittadini, di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali, ecc.).

Sarà il luogo privilegiato sia per far emergere la centralità del cittadino/paziente attraverso l'uso della medicina digitale (telemedicina, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio) sia per il rapporto con i Sindaci del territorio.

Si prevede l'istituzione di un Distretto ogni 100.000 abitanti, con flessibilità in coerenza con la densità demografica, nell'ambito del quale troveranno collocazione le strutture erogative territoriali (poliambulatori, COT, Ospedali di Comunità) e i servizi «amministrativi» rivolti ai cittadini (scelta/revoca, commissioni patenti, prestazioni medicina legale ecc.).

All'interno del distretto potrà essere svolta anche l'attività ambulatoriale in libera professione intramuraria.

Nello specifico si prevede di collocare all'interno del distretto:

- Dipartimento di Cure Primarie;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Prevenzione individuale;
- Prevenzione e cura tossicodipendenze;
- Consultori familiari;
- Attività rivolte a disabili e anziani;
- Attività rivolte agli adolescenti;
- Medicina dello Sport;
- Centrale Operativa Territoriale;
- Assistenza Domiciliare integrata;
- Valutazione Multidisciplinare;
- Cure palliative;
- Medicina di comunità – infermiere di famiglia;
- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza protesica;
- I distretti sono la sede nella quale rendere effettiva l'integrazione dei professionisti.

Il Distretto dovrà connotarsi come sede della valutazione dei fabbisogni territoriali locali con il coinvolgimento dei sindaci al fine di rendere effettiva la programmazione locale.

4.5 Le Case della Comunità

Il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi offerti sul territorio passeranno anche attraverso la realizzazione delle Case della Comunità, oggi rappresentate nel sistema lombardo dai Presst, che diventeranno lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati affetti da patologie croniche. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opereranno team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti e potrà ospitare anche assistenti sociali.

La numerosità garantirà la presenza capillare su tutto il territorio il territorio regionale: a tal fine si prevede, anche in relazione alle indicazioni del PNRR, di individuare almeno una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa.

All'interno delle Case della Comunità dovrà realizzarsi l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari con i servizi sociali territoriali, potendo contare sulla presenza degli assistenti sociali e dovrà configurarsi quale punto di riferimento continuativo per la popolazione che, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica permetterà di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

4.6 Le Centrali Operative Territoriali

Il PNRR ha individuato le Centrali Operative Territoriali (COT) come strumento facilitante l'accesso del cittadino al Sistema delle cure territoriali e prevedendo che:

- Sia individuata una COT in ogni Distretto;
- Siano configurate come punti di accessi fisici e digitali collocati all'interno dei singoli distretti;
- Le COT dovranno avere il compito di facilitare l'accesso dei cittadini alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta sociosanitaria e sociali orientando e accompagnando il cittadino in modo da evitare fenomeni di vuoti nel percorso assistenziale;
- Le COT avranno la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- In particolare, le Centrali Operative Territoriali garantiranno e coordineranno, nell'ambito del Distretto, la presa in carico dei pazienti "fragili", rilevando i bisogni di cura e assistenza e garantendo la continuità del percorso assistenziale tra Ospedale

e Territorio con il coinvolgimento degli enti locali (Uffici di Piano) e degli enti del terzo settore;

- Dovranno essere dotate di una piattaforma di interconnessione con tutte le strutture presenti sul territorio sperimentando anche strumenti di Intelligenza Artificiale e Machine Learning a supporto della gestione clinica e organizzativa dei pazienti;

4.7 Gli Ospedali di Comunità

Sempre il PNRR ha individuato gli Ospedali di Comunità, oggi rappresentati nel sistema lombardo dai POT, quali strutture di ricovero di cure intermedie che si collocano tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente acuto e le cure territoriali.

In particolare si prevede di realizzare almeno un Ospedale di Comunità per ogni ASST e, a tendere, completare la rete degli Ospedali di Comunità secondo le indicazioni del PNRR.

Gli Ospedali di Comunità si collocheranno all'interno della rete territoriale e sono finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) a gestione prevalentemente infermieristica. La realizzazione deriverà prioritariamente dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture esistenti quali ad esempio strutture ambulatoriali o reparti ospedalieri e, laddove necessario, potranno essere realizzate strutture ex novo. Non è prevista la riconversione complessiva di attuali presidi ospedalieri.

4.8 La telemedicina

In aderenza a quanto previsto dal PNRR che pone il potenziamento dei servizi domiciliari come obiettivo fondamentale del miglioramento dell'assistenza sanitaria, soprattutto per i pazienti fragili per età e/o patologia e per i pazienti conici, che sono quelli che da un lato incontrano maggiori difficoltà logistiche negli spostamenti e dall'altro hanno necessità di un monitoraggio costante della loro condizione di salute, si prevede il potenziamento della telemedicina in ogni ambito clinico e lungo l'intero percorso di prevenzione e cura che potrà estrinsecarsi nelle forme di tele-assistenza, televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, telerefertazione, in coerenza con le indicazioni

nazionali e in una logica di integrazione con il sistema di prenotazione regionale e il fascicolo sanitario elettronico.

Obiettivo della proposta di riforma sarà quello di promozione del modello lombardo pubblico/privato anche attraverso la costituzione di una cabina di regia Regionale per l'analisi delle esperienze esistenti e condivisione e messa in rete dei sistemi più performanti.

5. Le relazioni del sistema socio sanitario

5.1 I rapporti del Sistema con le attività produttive

Al fine di creare delle sinergie tra il Sistema Sanitario Lombardo e le attività produttive, in un'ottica di ulteriore miglioramento della qualità del servizio socio sanitario, il testo di legge prevederà l'attivazione di rapporti di collaborazione tra Direzione Generale Welfare e Aziende Produttive in Regione Lombardia su tre linee di indirizzo:

- Welfare Aziendale
- Ricerca Biomedica
- Trasferimenti tecnologici

5.2 I rapporti con il sistema di istruzione e delle Università

Le forti relazioni tra il Sistema Socio Sanitario e il Sistema delle Università rappresentano già da anni una realtà rilevante di collaborazione importante. Nella legge dovrà essere ulteriormente sviluppata la rete di relazione con il mondo universitario e, più in generale dell'istruzione e formazione, anche tenendo conto dei risultati che tali rapporti potranno apportare alla salute delle persone.

In tal senso lo sviluppo di ulteriori e nuove relazioni dovrà consentire anche maggiori sinergie nel campo della ricerca, potendo altresì contare sulla più importante rete di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico presente in Italia.

5.3 Raccordo con le politiche di programmazione sociale

Sul versante dell'integrazione tra l'Area Sociosanitaria e Sociale, verrà assicurato il raccordo con l'Assessorato e la Direzione Generale Famiglia, al fine di :

- garantire la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei suoi componenti fragili, con particolare attenzione alle persone con disabilità;
- favorire l'attuazione delle linee guida per la programmazione sociale territoriale;
- definire indirizzi in materia di vigilanza e controllo sulle Unità di offerta operanti in ambito sociale;
- promuovere strumenti di monitoraggio che riguardano gli interventi e la spesa sociale e sanitaria (come ad esempio la cartella sociale).