

Caronno Pertusella, 17 maggio 2022

"Riforma sanitaria lombarda e medicina territoriale"

Samuele Astuti

Consigliere regionale della Lombardia

samuele.astuti@gmail.com

Una breve cronistoria

1997

Viene varata la LR 31/1997, conosciuta come **Riforma Formigoni**

2014

Libro Bianco: vengono condivisi i principi che ispireranno la riforma del 2015

AGO. 2015

Vede luce la LR 23/2015, la **Riforma Rizzi Maroni**

DIC. 2015

La Riforma Maroni **viene modificata** per superare il giudizio di legittimità (5 anni di sperimentazione)

DIC. 2020

Report di Agenas e Min. della Salute: approfondisce i punti deboli della 23/2015 e avanza proposte per una revisione da realizzare in 4 mesi

GEN. 2021

Letizia Moratti viene nominata Vicepresidente e Assessora alla Sanità in Regione Lombardia (sostituisce **Giulio Gallera**)

NOV. 2021

Approvato il testo della Riforma Moratti (48 voti favorevoli, 26 contrari e un non votante) dopo oltre 90 ore di discussione in aula

OGGI

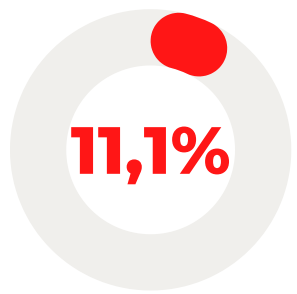
Per evitare l'impugnatura del Governo la LR 22/2021 (Riforma Moratti) **deve tornare in aula** per sostanziali cambiamenti

Criticità percepite dalle persone



Carenza personale sanitario

Negli ultimi 15 anni sono stati persi **9.500 professionisti in Lombardia** tra medici di base e pediatri di libera scelta (5.800 dimissioni volontarie). Oggi gli **ambiti scoperti sono 1.166**. Il rischio è che **mezzo milione di lombardi** rimanga senza medico di famiglia



Attese al Pronto Soccorso

Regione Lombardia ha la percentuale **più alta di accessi impropri in PS di tutto il paese** (numero accessi impropri/numero abitanti) con l'**11,1%**. La Toscana, dove si registra il dato più basso, ha un rapporto di 1,1%



Marginalizzazione Sindaci

Non hanno una reale **voce in capitolo sulle scelte più importanti per il loro territorio**. La proposta del PD prevedeva un **parere vincolante** dei Sindaci su diversi passaggi della **programmazione territoriale**



Liste d'attesa troppo lunghe

L'**Agenda unica delle prenotazioni** doveva essere cosa fatta nel 2015. L'ultimo annuncio prevedeva l'attuazione dal 1° di novembre 2021, ma ancora non c'è. I Lombardi spendono in media **728€ all'anno nella sanità privata** (dato più alto d'Italia). **In Lombardia cure rapide e garantite solo per chi può ricorrere al privato.**



Sanità territoriale molto carente

Il sistema sociosanitario lombardo è **troppo concentrato sugli ospedali**, che sono "energivori". A cittadine e cittadini mancano **referimenti sanitari territoriali**

Criticità della Riforma Moratti



15 articoli su 37 non vanno bene

Per evitare che il Governo impugni la legge va cambiato il **41% degli articoli**



Governance Case di Comunità

Le CDC devono essere **articolazione** dei **Distretti Sociosanitari**



Nessuna pianificazione

Regione Lombardia continua a non pianificare e a **considerare equivalenti Servizio Pubblico e Servizio Privato Accreditato**



Troppa discrezionalità nella nomina dei Direttori generali

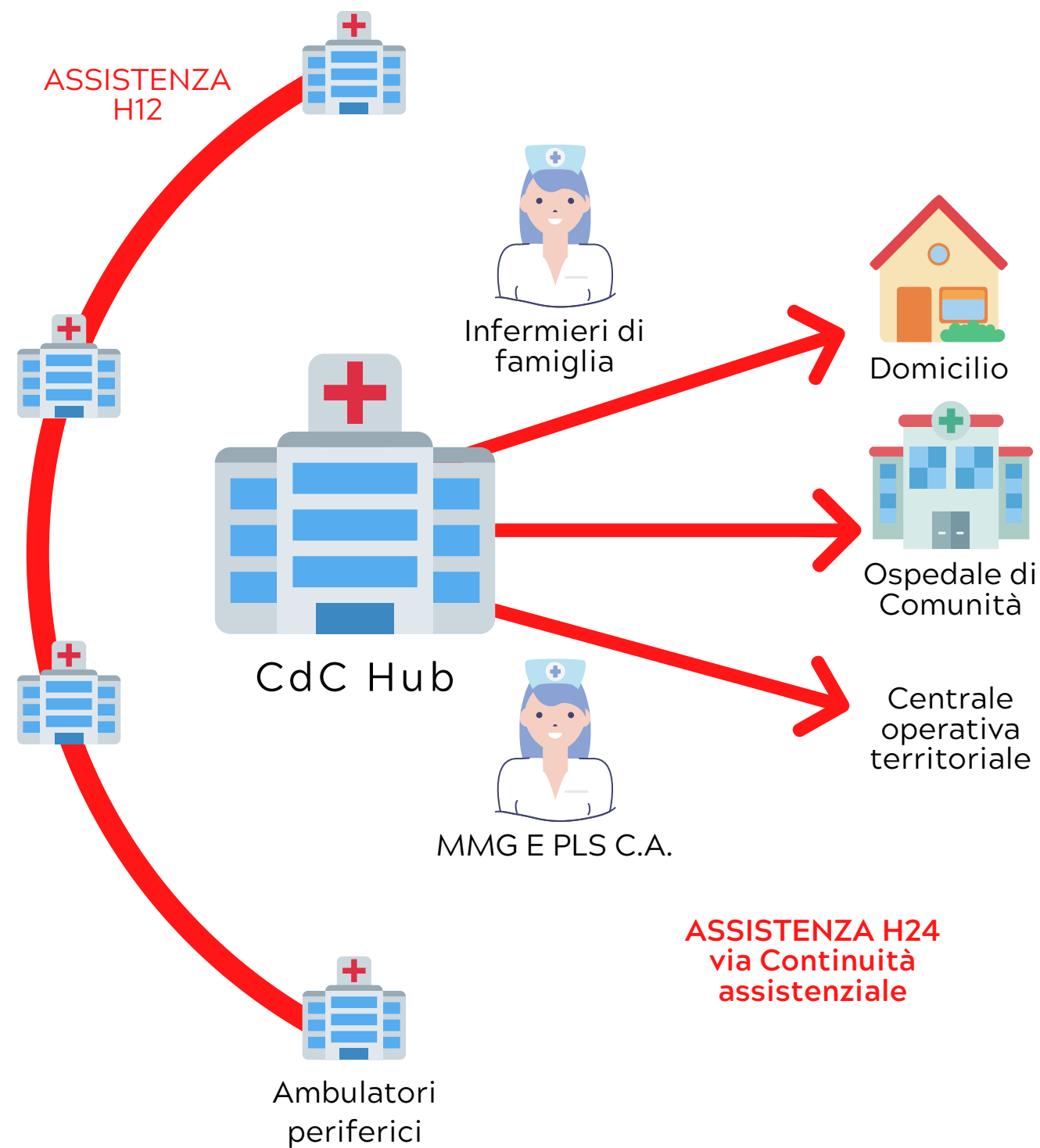
Eliminato il **test scritto** (pur se la normativa nazionale non lo esclude) e creata una **“long list” di 300 selezionati** con un rapporto ammessi/posti da coprire 9 a 1 (prima era 3 a 1)



Accreditamenti e ATS

Il Governo ha chiesto di **ridurne ulteriormente i compiti** delle ATS. Regione Lombardia continua a non voler costituire **un’agenzia unica a livello regionale (proposta PD)**

Casa della comunità

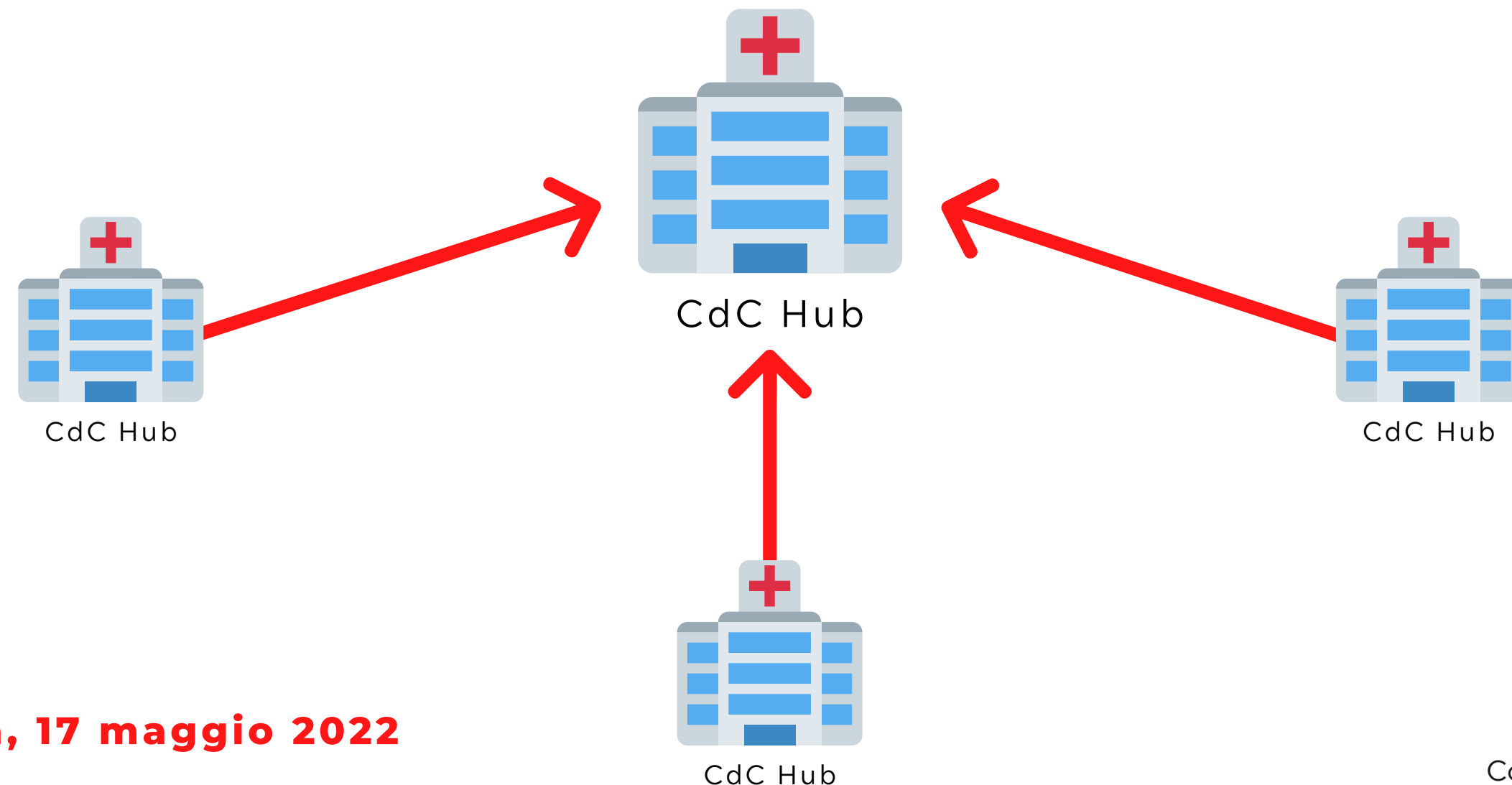


Sono un **punto di riferimento continuativo** per la popolazione che permette di garantire la **presa in carico della comunità di riferimento**

- Standard: 1 CdC "hub" ogni **40.000-50.000 abitanti**
- Distribuite **capillarmente su tutto il territorio**
- Struttura fisica in cui opera un **équipe multiprofessionale**: MMG, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e, eventualmente, assistenti sociali

CdC: *hub&spoke*

Entrambe propongono un'offerta di servizi costituita da **MMG, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti sanitari e presenza di tecnologie diagnostiche di base** (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, ecc...)



Casa della comunità "hub"

Standard: 1 CdC hub ogni 40.000-50.000 ab

- **30-35 MMG:** per 2 ore a settimana ciascuno, ambulatorio aperto H12 - 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale:** ambulatorio aperto H24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori** in cui MMG possono svolgere attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **12 infermieri di famiglia e comunità:** coordinatori, per le attività ambulatoriali, per le attività di triage e valutazione dei bisogni e per l'assistenza domiciliare di base, attività di prevenzione e teleassistenza
- **8 unità di personale di supporto** (amministrativo e sanitario): apertura Punto unico di accesso 8.00-18.00 - 6 giorni su 7

Standard minimi Cdc "hub"

Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari	OBBLIGATORIO
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO
Integrazione con i Servizi Sociali per la cronicità	OBBLIGATORIO
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO 7/7 24H
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO 7/7 24H
Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità	OBBLIGATORIO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	OBBLIGATORIO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	FORTEMENTE RACC.
Medicina dello sport	RACCOMANDATO
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO
Programmi di screening	FACOLTATIVO
Vaccinazioni	FACOLTATIVO

Casa della comunità "spoke"

- **Équipe multiprofessionali** (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie)
- **Presenza medica e infermieristica** almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato)
- **Punto Unico di Accesso** (PUA) sanitario e sociale
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.)
- **Servizi infermieristici**
- **Collegamento** con la Casa della Comunità "hub" di riferimento;
- **Sistema integrato di prenotazione** collegato al CUP aziendale;
- **Partecipazione** della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

CoT e OdC

Centrale operativa territoriale

Modello organizzativo che svolge funzione di coordinamento della **presa in carico** e **raccordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali.

Standard:

- **Una CoT ogni 100.000 abitanti** o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino d'utenza maggiore
- **Personale:** un coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri e 1-2 unità di personale di supporto

Ospedale di Comunità

Struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**. Serve ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e a favorire dimissioni sicure.

Standard:

- **Un OdC con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;**
- **Personale:** un coordinatore infermieristico, 4-6 operatori sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per 4,5h/giorno 6 giorni su 7.

Grazie dell'attenzione

Samuele Astuti

Consigliere regionale della Lombardia

samuele.astuti@gmail.com