

**OSSERVAZIONI DI ANCI LOMBARDIA IN RELAZIONE AL PERCORSO DI  
REVISIONE DELLA LEGGE REGIONALE 11 agosto 2015 n. 23  
EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO**

Milano, 3 settembre 2020  
Prot. N. 2842/2020

## Premessa

L'Associazione rappresentativa dei comuni lombardi ha sostenuto fin da subito l'accorpamento in un'unica "casa politica" (l'Assessorato alla salute e al welfare) delle competenze in materia di sanità e di assistenza sociale, essendo ben consapevole che la condizione di "ben essere" dei cittadini comprende un'ampia gamma di situazioni e di interventi che precedono, accompagnano e segnano la fase di "cura sanitaria" vera e propria la cui parte più vistosa – e spesso decisiva – si svolge negli Ospedali preposti alla cura della fase acuta, ma che necessita di un sistema fortemente integrato con la prevenzione e la medicina territoriale.

In questo quadro – come si accennava, e come era previsto fin dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, n. 833/1978 – sia la fase che precede l'acuzie – vale a dire la prevenzione – sia quella che la segue, prendendo le forme più diverse dell'assistenza, devono vedere coinvolti in modo sinergico e cooperativo la Regione e i Comuni afferenti al suo territorio.

Del resto i Comuni, che sono gli enti di prossimità al cittadino, sono per i principi stabiliti dalla Costituzione (competenza amministrativa generale di base e principio di sussidiarietà) i soggetti politici più adeguati per la materia assistenziale, come sancì un ventennio fa la legge n. 328/2000 che dettava le linee per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

Conseguentemente, nella materia di cui trattiamo, i Comuni non chiedono alla Regione un "di più" di competenze amministrative che già non siano nella loro disponibilità e responsabilità, ma offrono alla Regione una strategia di azione condivisa (ma non confusa) che valga per il ben essere dei cittadini, finalità comune, insieme allo Stato, di entrambe queste istituzioni.

## La tragica contingenza, non ancora superata

Il territorio lombardo si è trovato, in questi ultimi mesi a dover fronteggiare la pervasiva e purtroppo in molti casi letale diffusione del virus Covid 19. La criticità registrata dagli ospedali e dagli operatori sanitari in questa fase rimarrà nella storia del nostro paese. Una emergenza sanitaria a cui si sono immediatamente sommate una serie di altre emergenze correlate e da non trascurare: chiusura delle scuole e dei servizi e poi di moltissime attività commerciali e produttive, blocco della mobilità, chiusura di tutte le attività di socializzazione, culturali e sportive. Lo slogan #IoRestoA Casa, fondamentale nel riassumere una necessità impellente a contrasto della diffusione del virus, ha portato con sé la necessità di tutelare a domicilio le persone anziane e più fragili, riorganizzare i servizi a livello domiciliare, attivare reti di supporto alla quotidianità con un grande investimento di iniziativa e creatività organizzativa da parte dei Comuni, degli operatori sanitari sul territorio, in primis i Medici di Medicina Generale, delle Unità d'Offerta dei Servizi sociosanitari e di quelli sociali, con le cooperative e associazioni ad essi collegate. Mai come in questo momento si è evidenziato come il concetto di salute veda la stretta correlazione fra bisogni di cura e di assistenza, fra esigenze primarie e di relazione sociale, fra specialismi e prossimità, fra garanzie di tutela e qualità della vita.

**I Comuni**, ancora una volta, per le ragioni di vicinanza e conoscenza dei propri cittadini e del territorio, **hanno saputo reagire cercando di produrre il massimo dello sforzo possibile**,

**forzando bilanci, riorganizzando i servizi, attivando reti di prossimità, anche grazie alla collaborazione degli enti di terzo settore** che permettono di arrivare in modo diffuso e spesso volontaristico in tutte le situazioni di bisogno.

Superata la fase emergenziale più acuta, sia pure in una situazione che rimane di incertezza e di preoccupazione, e che richiede comunque rafforzamento immediato dei sistemi di vigilanza e di pronto intervento territoriale, **si ritiene necessario formulare alcune riflessioni** utili alla già prevista (e ora indispensabile alla luce dell'esperienza emergenziale) fase di verifica della attuazione della legge 23/2015, rispetto all'assetto ed alla funzionalità dei rapporti istituzionali, amministrativi e tecnici, con gli altri Enti, organi, soggetti coinvolti, e in particolare con le ATS e le ASST e la rete dei Medici di Medicina Generale.

La pandemia e la sua eccezionale portata in Lombardia ha sottoposto ad una terribile prova di stress il nostro sistema socio-sanitario. Una prova che ha, come sempre accade nei casi di forti crisi, fatto emergere con esemplare chiarezza, le luci e le ombre, i punti di forza e quelli critici e di debolezza del sistema. E tra questi ultimi una attenzione particolare riteniamo debba essere prestata alla medicina di base e territoriale ed alle modalità di integrazione socio-sanitaria. Pertanto - rinviando ad altri specifici documenti, peraltro già trasmessi alle rispettive Direzioni della Regione, con alcune proposte relative ai temi urgenti dell'oggi, con uno sguardo sulla prospettiva dei prossimi mesi sia sul versante della gestione sanitaria e della tutela della salute sia su quello sociale – si intende individuare ed esplicitare alcune proposte in particolare sulla riorganizzazione del settore sociosanitario.

### **La legge Regionale n. 23/2015**

Si fa presente che, proprio a cinque anni dall'approvazione della legge e dalla sua applicazione "in via sperimentale", era programmata una verifica/valutazione; **come ANCI si chiede di essere coinvolti in questo processo, all'interno del quale si collocano anche le osservazioni che seguono.**

Ricordiamo che obiettivi dichiarati della legge erano, fra gli altri:

- migliorare l'integrazione sociosanitaria
- favorire il rapporto fra assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale
- rafforzare il ruolo dei Comuni

Rileviamo che rispetto a questi obiettivi, condivisi, vi è sicuramente necessità di lavorare ed intervenire. Forse non poteva essere altrimenti per un aspetto di fondo che ha in parte caratterizzato la stessa genesi della Legge, ossia un **non adeguato coinvolgimento delle parti in causa, dei Comuni e dei territori che peraltro, invece, la L.23/2015 individua come centrali negli aspetti di riforma.** Modificare un assetto organizzativo di decenni fondato sulla supremazia e pervasività dell'approccio sanitario al tema della salute era necessario ma, come in ogni passaggio di profonda evoluzione, era anche necessario un accompagnamento in termini di confronto, approfondimento, condivisione per produrre la necessaria evoluzione culturale degli attori del sistema, operatori ai diversi livelli, dirigenti e istituzioni coinvolte. La L.23/2015 è uno

strumento migliorabile ma in larga parte condivisibile nelle sue premesse, ma è stata tradotta attraverso una serie di atti successivi contraddittori quando non controtendenti, segno di una resistenza al cambiamento da parte dello stesso apparato regionale. In sostanza, i processi verticistici e verticali non solo non modificano nel profondo la realtà, ma rischiamo di allontanare le scelte attuative dall'obiettivo perseguito. In questo senso il primo vero cambiamento deve riguardare il tema delle relazioni istituzionali fra i diversi attori in campo.

Infatti l'integrazione sociosanitaria, fiore all'occhiello delle prime attuazioni della Riforma sanitaria della Lombardia, è andata sempre più declinando. Avendo attribuito alle ASST (che sono rimaste a vocazione prevalentemente ospedaliera, anche a causa dell'assegnazione dei temi della sanità territoriale alle ATS), senza un percorso di comune costruzione di senso e metodo, le principali aree di integrazione (Consultori Familiari, ADI, Servizi per le dipendenze ecc. prima gestiti dalle ASL) e senza la definizione di una struttura organizzativa di riferimento nell'ASST, si è assistito, in generale, ad un progressivo "impoverimento" di tali servizi, non sostenuti da un processo culturale e da adeguate dotazioni di personale e sacrificati alle necessità ospedaliere ritenute più urgenti. **I Comuni, non essendo prevista alcuna possibilità di confronto (se non in base alla apprezzabile disponibilità di singoli Direttori) con le ASST, sono stati di fatto esclusi anche dalla interlocuzione su questi servizi.** Inoltre non sono stati attuati, se non in pochissime aree, quei presidi come i PreSST - fondamentali per il presidio dei territori e il dialogo con la programmazione sociale - che dovevano favorire il processo di integrazione e si è pertanto evidenziata una distanza maggiore fra i Comuni e gli enti sanitari.

**L'interlocuzione dei Sindaci, che tramite la Conferenza dei Sindaci e il Consiglio di Rappresentanza, dovrebbe avvenire con le ATS ha assunto un aspetto quasi formale e di presa d'atto ed è resa quasi nulla dalla dimensione territoriale delle stesse ATS, eccessivamente ampia.** Anche la Cabina di Regia, spesso invocata nei documenti regionali, è di fatto un organismo di tipo assembleare, dove vengono comunicate le decisioni del livello regionale, anziché un vero e proprio luogo di confronto e di decisioni condivise. Evidentemente, la situazione nei territori differisce in parte sulla base dell'approccio delle singole Direzioni. Ma altrettanto evidente è che nell'assetto previsto, non sono definiti e soprattutto perseguiti i luoghi, i contesti e il metodo di adozione del confronto e delle decisioni per garantire il necessario processo osmotico e di presidio fra letture dei bisogni, dei sistemi organizzativi e possibilità di una vera interazione programmatica e quindi operativa fra tutte le competenze in gioco.

**Le sopradescritte problematiche si sono ulteriormente evidenziate negli scorsi mesi rispetto alle varie misure adottate per combattere la pandemia.** Da parte dei Sindaci è stato più volte sottolineata **l'estrema difficoltà a relazionarsi con gli enti sanitari, ATS e ASST**, e l'essere quindi lasciati soli nelle risposte ai cittadini, nell'interlocuzione con i servizi sociali e sociosanitari, con il terzo settore, di fronte alle misure da adottarsi immediatamente nella fase di maggiore criticità,

nella valutazione delle priorità, nell'attivazione di strumenti alternativi di assistenza e protezione.

Sui territori si è invece attuata **una più stretta collaborazione in particolare con i MMG**, che a loro volta evidenziavano analoghe difficoltà nei rapporti sia con ATS che con ASST.

Tale "distanza" ha riguardato diverse aree:

- **l'informazione sui casi** per conoscere i dati sull'esatta diffusione dell'epidemia, con riferimento anche alle misure che come enti locali dovevano essere assunte, è stata caratterizzata da notevole confusione ed incertezza, per non dire in alcuni casi di significativa assenza;
- analoghe difficoltà sono state riscontrate per quanto riguarda l'esecuzione di **test e tamponi**, che solo nell'ultimo periodo ha assunto delle prassi maggiormente condivise;
- la **gestione "confusa" per quanto riguarda sia le RSA, i Centri Diurni per Anziani, i CDD e le altre Unità d'offerta**, i cui utenti, e soprattutto i famigliari, si rivolgevano costantemente ai Comuni. A questo si accompagna ancor oggi l'incertezza della sostenibilità e sopravvivenza delle reti d'offerta di fronte al blocco dell'attività e degli inserimenti, ai maggiori costi per le tutele necessarie, ecc.;
- il ritardo nella **fornitura tempestiva e adeguata, sia in termini quantitativi che qualitativi, dei dispositivi di protezione individuali** sia ai medici del territorio (MMG, PLS, ecc) che al restante personale sanitario operante nelle Unità d'Offerta sopra citate. Fortunatamente in diversi contesti si è supplito a tale carenza con forniture frutto di intervento diretto dei comuni e donazioni di altri soggetti sia pubblici che privati;
- l'attivazione delle **USCA** rispetto alle quali non c'è stata alcuna risposta alle ripetute sollecitazioni da parte di ANCI perché si strutturasse un rapporto con i Comuni, sia a livello centrale che nei territori.

Anche da questa esperienza emerge la necessità di accompagnare e intrecciare meglio la qualificata assistenza sanitaria ospedaliera (nella quale hanno svolto un ruolo decisivo l'impegno e il sacrificio dei medici e degli altri professionisti sanitari), con un forte potenziamento delle strategie, strutture, organizzazione e funzionalità della sanità pubblica, della medicina territoriale e della integrazione socio-sanitaria. In questa direzione occorre ora un forte investimento, progettuale, organizzativo, di risorse finanziarie, umane e strumentali.

### Proposte

Alla luce delle problematiche riscontrate e sinteticamente sopra indicate, si ritiene di formulare alcune proposte anche con riferimento alla prevista rivisitazione della legge 23/2015.

1 - Riorganizzare e potenziare il **sistema territoriale socio-sanitario** in connessione con i sistemi sociali territoriali per favorire una reale integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali (e nelle politiche sociali, vogliamo includere le politiche abitative, di contrasto alla povertà, di inclusione, etc.). Come indicato sopra, durante l'emergenza Covid, il territorio ha



mostrato fragilità sulle quali occorre riflettere, per attuare azioni correttive. **Un percorso che va intrapreso subito, insieme alle rappresentanze dei comuni e insieme agli altri stakeholders regionali, fra cui anche l'ordine dei Medici e l'ordine degli Infermieri.** Anche nella **proposta del "Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo per il triennio 2019 – 2023"**, si legge che *"L'integrazione sociosanitaria diventa un obiettivo non più procrastinabile e diventa essenziale il coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale, a fronte di bisogni di salute molteplici e complessi, sulla base di progetti assistenziali personalizzati"*.

Per realizzare concretamente questo processo passando dalle dichiarazioni alle concretizzazioni, la proposta di PSSR richiama la necessità che *"nel quadro delle normative definite dalla LR 23/2015 occorre adottare strumenti e modalità di regolamentazione relativamente alla governance e ai modelli organizzativi anche territoriali ed un riallineamento tra i livelli della programmazione sociale con quelli della programmazione sociosanitaria"*.

**Perseguire concretamente l'integrazione rende necessaria una discesa del confronto dal post al pre, dal dopo l'emanazione delle DGR alla fase di elaborazione delle stesse.** L'esercizio del potere di indirizzo da parte di Regione va condotto attraverso un più aperto e costruttivo confronto con gli attori sociali e istituzionali che operano concretamente sui problemi e nei territori.

Si ritiene importante che a livello regionale vengano istituiti - con il coinvolgimento dei territori tramite ANCI e degli enti di terzo settore - **dei gruppi di lavoro ristretti ma attentamente integrati** (per appartenenze istituzionali e per competenze e ruoli) finalizzati alla ricomposizione della programmazione sociale e sociosanitaria, all'aggiornamento/revisione di normative superate dal tempo e all'evoluzione dei bisogni.

Essenziale **allineare le scadenze programmatiche** poste in capo ai Comuni e agli Ambiti e **ricondere ad un filone unitario**, le diverse politiche, prevedendo una forma di regia condivisa fra Distretti/Ambiti e ASST che governi questo processo:

- le **Politiche per la Famiglia** che rischiano di originare dispersione di energie e risorse e sovrapposizione di interventi di fronte all'eccessiva frammentazione dei riferimenti e delle normative regionali.
- le **Politiche di sostegno alle disabilità** per un pieno esercizio del diritto di cittadinanza. Non si tratta solo di allocazione delle risorse economiche ma di rivedere complessivamente un sistema di offerta centrato su modelli e standard organizzativi e gestionali superati rispetto agli attuali bisogni delle persone, alle dinamiche evolutive/involutive, al contesto culturale.
- le **Politiche di sostegno alla non autosufficienza** esigono una semplificazione degli strumenti e delle procedure riconoscendo come livello essenziale di cura il ruolo del caregiver familiare e, insieme, la possibilità di accesso a strumenti/interventi di supporto

che non inchiodino le famiglie nel compito assistenziale ma possano godere di un servizio integrato fra interventi sanitari, tutelari e sociali.

- le **Politiche per la Salute Mentale** devono potersi declinare maggiormente come complementari e a sostegno ai percorsi di inclusione sociale prevedendo maggiore integrazione con gli strumenti già previsti dalla normativa (es. Dopo di Noi, PRO.VI., Reddito di Cittadinanza, politiche per la casa...). I Servizi territoriali come il CD devono essere orientati normativamente ed economicamente a diventare attuatori di percorsi inclusivi e finalizzati a costruire ponti e riferimenti nei luoghi di vita.
- Le **Politiche di presidio della salute sul territorio**: il ruolo dei PRESST, dei Consultori, dei CPS richiedono una rideclinazione che metta al centro l'obiettivo di una integrazione dell'offerta sociale e sociosanitaria in chiave coordinata, incrementando la possibilità di garantire presidi complessivi di natura realmente sociale e sanitaria dei bisogni dei cittadini, evitando senso di insicurezza, solitudine e la percezione di caoticità istituzionale ed inefficienza. In particolare i PreSST come previsto dalla stessa L. 23/2015, devono diventare esito di intese e accordi territoriali ai fini dell'integrazione sociosanitaria per divenire realmente *"una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrendo alla presa in carico della persona e delle fragilità"*.

2 – Riprendere il tema della prospettiva di un **lavoro a livello di Distretti** (da intendersi non solo come aspetto strutturale ma come aree geografiche omogenee, da sempre luoghi peculiari dove esercitare l'integrazione) come ambito di coordinamento delle politiche d'Ambito e per facilitare una maggiore razionalità e omogeneità delle politiche e delle azioni sociosanitarie. La suddivisione in Distretti, può infatti rappresentare un riferimento utile e importante per realizzare una integrazione efficace e ricompositiva. In alcuni casi si pone il tema di un **dimensionamento territoriale degli Ambiti di gestione delle politiche sociali**, mentre in altri sono già presenti le caratteristiche per procedere più speditamente e sperimentare da subito. Peraltro l'aggregazione degli Ambiti nella forma Distrettuale coincidente con il territorio dell'ASST era stata indicata anche dalla DGR n.7631/2017 *"LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE 2018-2020"*; l'insufficiente coinvolgimento sia di ANCI che dei Comuni/Ambiti, ha fatto sì che tale proposta abbia trovato notevoli resistenze degli stessi Comuni/Ambiti e sia andata progressivamente scomparendo dalle politiche regionali. Si ritiene invece interessante riprendere questo percorso, **coinvolgendo direttamente sia ANCI che gli stessi ambiti e i Comuni**, perché oltre che razionalizzare e ricomporre la frammentazione delle politiche sui territori comunque sufficientemente omogenei, renderebbe più equilibrato il rapporto fra gli interlocutori istituzionali, permettendo anche di costruire la necessaria condivisione fra ASST/Distretto nella definizione degli interventi territoriali assegnati dalla L.23/2015 che sono evidentemente e strettamente connessi per funzioni e competenze.

Per raggiungere tale obiettivo è necessario prevedere che ATS, ASST e Distretti/Ambiti, possano programmare dei **modelli operativi interaziendali misti e integrati** per garantire servizi condivisi e co-costruiti che diventino punti di riferimento efficaci per il cittadino nelle diverse fasce d'età e in relazione ai diversi bisogni.

Sarebbe questa anche l'occasione per **riprendere e riallineare le indicazioni e le norme di riferimento** rispetto ai processi di programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, e ai rispettivi ambiti territoriali così come indicati dalla **legge regionale 23 del 2015 in maniera difforme dalla precedente legge regionale 3 del 2008**, tuttora vigente.

**L'Assemblea dei Sindaci del Distretto assumerebbe così un ruolo di orientamento delle politiche sociali del territorio** svolgendo quella funzione di proposta e sollecitazione delle politiche integrate nei confronti di Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, ASST e ATS, previsto dalla normativa.

A presidio dei processi di integrazione diventa importante la costituzione di **Tavoli Istituzionali per l'integrazione Socio-sanitaria a livello dei Distretti**. Si ravvede infatti l'utilità di un **presidio istituzionale stabile** dei processi di integrazione sociosanitaria a questo livello che coinvolga la Direzione dell'ATS e dell'ASST, la Presidenza dei Distretti e degli Ambiti di riferimento e, per temi, gli enti di principale riferimento del Terzo Settore.

Questo livello di lavoro permetterebbe **una condivisione precoce**, nel rispetto delle reciproche autonomie, **delle programmazioni/programmi, linee di lavoro dei tre enti e l'individuazione di filoni comuni sui quali far convergere la capacità programmatica**, le diverse competenze, le risorse professionali ed economiche afferenti ai diversi sistemi che si rivolgono alla medesima persona.

3 - Riorganizzare la **medicina territoriale** considerando tutta la "rete" delle Unità d'Offerta: MMG, Servizi di Assistenza Domiciliare, Consultori, RSA, Centri Diurni ecc.

In particolare andrebbe ulteriormente potenziata, nei diversi territori e con le diverse modalità previste, la **Medicina di Gruppo**, per permettere una presenza costante, a turno, dei medici coinvolti, un supporto amministrativo sia per i medici che per i cittadini, un rapporto costante con i servizi domiciliari sia dei Comuni che dell'ADI e delle Cure Palliative, una gestione sul territorio dei pazienti cronici limitando a situazioni particolari il ricorso agli specialisti, l'attivazione di vari servizi di telemedicina.

In questa prospettiva si potrebbe collocare anche l'attivazione della figura dell'**infermiere di famiglia**. Tale figura professionale potrebbe inserirsi nel potenziamento del sistema delle cure primarie, nel rapporto con i MMG e i PLS ma anche connessa strettamente alla persona e alla famiglia oltre che, visti anche gli sviluppi previsti per la medicina generale, con un'attenzione particolare alla comunità.

All'interno della presa in carico risulta importante, oltre alle azioni educative, assicurare anche degli interventi diretti a livello domiciliare ma anche ambulatoriale di natura monoprofessionale in accordo con il medico curante che mantiene la responsabilità di cura del paziente.



Accanto a questo l'infermiere di famiglia e di comunità può opportunamente collaborare con le altre Unità d'Offerta per effettuare un'analisi del bisogno della comunità in collaborazione con la rete sociale dei Comuni.

**4 – Riorganizzare le reti ospedaliere**, così come previsto anche nel DEFR 2020/2023. In tale percorso occorre coinvolgere anche i Comuni per evitare che le decisioni siano assunte a priori sulla base dell'applicazione di semplici standard numerici. Il problema va invece affrontato e discusso nei territori per tener conto, contemporaneamente, di tutta la filiera dei servizi.

"I percorsi di cura devono essere individualizzati e possono essere progettati a partire dal territorio o dall'ospedale. A tal fine vanno implementati in ogni ambito di ricovero i servizi orientati alle "dimissioni protette", intesi come servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel "case management", capaci di individuare, nel rispetto delle scelte e della famiglia, percorsi di cura post dimissione". Per quanto riguarda in special modo il tema della continuità ospedale-territorio, occorre potenziare gli interventi per le cure intermedie/post acuzie e gli interventi territoriali in genere di natura socio-sanitaria. Va pertanto ripreso il percorso avviato con la DGR n. XI/2019 relativa al riordino e alla riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità adottata nel luglio 2019, percorso che, nonostante le indicazioni, non ha coinvolto i Sindaci e gli organismi di Rappresentanza (CDR ecc.).

E' quindi di fondamentale importanza che tra le ATS e gli organismi di rappresentanza dei comuni si strutturino proficue e stabili interlocuzioni, così come prevede la DGR, poiché l'analisi dei fabbisogni locali e le proposte di riordino non possono prescindere dalla visione territoriale che i comuni possono garantire.

Analoga posizione deve essere confermata, come detto all'inizio del paragrafo, anche per l'azione di riordino e di armonizzazione della rete ospedaliera, prevista dal Piano, azione che deve coinvolgere *in primis* i Sindaci.

**5 – Un'ipotesi da valutare attentamente all'interno di un processo di revisione complessiva della L.23/29015 riguarda la zonizzazione delle ATS (riportandola ad una dimensione territoriale ottimale per lo svolgimento delle funzioni).** Vanno ovviamente valutati attentamente i rischi di frammentazione eccessiva (in particolare in alcune aree come la Prevenzione) e di esito diverso nei territori che una soluzione di questa natura potrebbe originare se non adeguatamente presidiata e raccordata a livello regionale. Emblematica è stata però l'esperienza del periodo appena trascorso per evidenziare, al di là della disponibilità e dell'attenzione dei singoli Direttori Generali, la disfunzionalità provocata dalla "distanza" fra ATS e Comuni, come descritto anche in premessa.

Andrebbe peraltro riconsiderato anche il rapporto fra ATS e d ASST che, come constatato anche in quest'ultimo periodo, non è stato adeguato ad affrontare le diverse situazioni, con a volte anche dei "rimpalli" di responsabilità, con indicazioni non sempre convergenti e con la conseguenza di accentuare la confusione negli interlocutori, cittadini, Comuni ed Enti.

Rispetto al tema di una necessaria **verifica di appropriatezza nella suddivisione delle competenze tra ATS e ASST**, si segnala la necessità che il **Dipartimento Di Cure Primarie** che

assicura il governo dell'assistenza medica primaria e del relativo convenzionamento con i MMG, i medici di continuità assistenziale e i PLS, garantendo la gestione territoriale delle relative attività, ora incardinato nell'ATS, venga riposizionato e previsto in ogni ASST, e garantisca un legame più forte e un coordinamento più funzionale/operativo con i MMG e con gli altri attori del sistema. Analoga riflessione va condotta per il dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

### **Conseguenze operative**

Quanto sopra esposto potrà (e dovrà) versarsi in procedure di confronto e negoziali da svolgersi su **Tavoli istituzionali** per l'integrazione socio-sanitaria a livello di distretti, coinvolgendo in maniera più efficace le Conferenze dei Sindaci [secondo modalità operative che saranno indicate più avanti]

### **Procedimentalizzazione qualificata**

Per dare consistenza alla leale cooperazione tra Regione e Comuni sui sistemi dell'integrazione socio-sanitaria territoriale, la Regione dovrebbe far proprio, nei confronti dei Comuni, il modello relazionale già vigente nel Rapporto Stato-Regioni, come interpretato dalla Conferenza Stato-Regioni.

Nel senso che, in calzante analogia con quanto ha statuito la Corte costituzionale nelle materie di competenza concorrente, alcune deliberazioni programmatiche di ampio respiro dovrebbero essere adottate dalla Regione dopo aver sentito il parere delle rappresentanze dei Comuni.

Il parere, su tali oggetti specifici – si veda l'esemplificazione che segue – dovrebbe essere ovviamente obbligatorio, potendo essere disatteso soltanto in seguito a formale delibera della Giunta regionale, adeguatamente e specificamente motivata.

Si tratterebbe, in tal modo, di introdurre nella nostra materia una sorta di **Intesa Forte** tra Regioni e Comuni. Si veda a proposito della analogia qui prospettata l'importante ed innovativa sentenza n. 251 del 2016 della Corte costituzionale, ampiamente commentata dalla dottrina.

Altri oggetti potrebbero, invece, essere coperti da una **Intesa Debole**, meno garantista nei confronti delle competenze comunali, perché meno decisivi nella relazione sanità-assistenza.

A mero titolo d'esempio, nella materia della integrazione socio-sanitaria territoriale, potrebbero essere garantite da un'Intesa Forte:

- le politiche per la famiglia;
- le politiche abitative
- le politiche di contrasto alla povertà
- le politiche di sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza;
- le politiche di presidio della salute sul territorio;
- il dimensionamento territoriale degli ambiti di gestione delle politiche sociali;
- le Linee guida della riorganizzazione territoriale della medicina di base, dell'infermieristica familiare e di ulteriori presidi ponte per le cure post-ospedaliere.

Per tutto quanto sopra evidenziato e proposto, in previsione della necessità di un maggiore coinvolgimento dei Comuni nel sistema sanitario, socio sanitario e sociale e in considerazione del fatto che unanimemente si ritiene che alla medicina territoriale debba essere data con urgente efficacia maggiore attenzione, potenziando le reti esistenti e introducendo nuovi strumenti e poliambulatori indirizzati a specifiche azioni di cura e prevenzione e di pronto intervento, **ANCI Lombardia rimane disponibile, come ha già più volte ribadito, a partecipare attivamente al percorso di revisione della L.R. 23/2015.**

Al contempo si sottolinea l'esigenza di integrare in questo percorso anche le scelte di orientamento e destinazione delle risorse, finanziarie e umane, per investimenti e spesa corrente, che derivano dalla risposta, non solo sanitaria, ma sociale ed economica, alla pandemia ed ai suoi effetti e ricadute. Così sia per le risorse messe a disposizione dall'Unione Europea, dallo Stato, che per quelle individuate e destinate da Regione Lombardia. Ad esempio anche con riferimento ai criteri di destinazione e finalizzazione degli investimenti che saranno sostenuti con le risorse della l.r. 9/2020.