

**Conclusione della sperimentazione quinquennale
del modello introdotto con la Legge Regionale 23/2015:
le proposte di ConnettereSalute
per ridisegnare il Servizio Socio-Sanitario Regionale Lombardo**

Luglio 2020

ConnettereSalute è un gruppo di cittadini e operatori di ambito sanitario e sociale che punta alla costruzione di reti collaborative su obiettivi condivisi con singoli cittadini e professionisti della salute, forze politiche, sociali, economiche, del volontariato e dell'associazionismo.

In vista della imminente conclusione della sperimentazione del modello di Sistema SocioSanitario introdotto nel 2015 con la Legge Regionale 23/2015, propone che quanto prima, comunque non oltre i termini della sperimentazione, venga normata la radicale ridefinizione dell'assetto del Servizio SocioSanitario Regionale Lombardo introducendo in modo chiaro, completo e non equivocabile gli aspetti di seguito esposti.

ConnettereSalute formula tale proposta agli organi di Governo Regionale e, contestualmente, ne apre la sottoscrizione a cittadini, operatori, organizzazioni ed enti.

IL PRIMO CONTATTO: IL MEDICO E IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

La legge regionale 23 ha trattato in modo ambiguo il ruolo del Medico e del Pediatra di Famiglia: clinico, erogatore di prestazioni, co-gestore o gestore della cronicità in concorrenza con altre realtà?

CHIEDIAMO CHE LA MEDICINA DI FAMIGLIA SIA INTEGRATA NEL PERCORSO DI ASSISTENZA AL CITTADINO.

Come? Attraverso l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici e Pediatri di Famiglia (AFT), nel rispetto della Legge Balduzzi, quali "forme organizzative monoprofessionali... che condividono in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi", organizzate con le seguenti caratteristiche:

- Mantenimento della libera scelta del medico di fiducia;
- Promozione strutturata del governo clinico quale modalità ordinaria di responsabilizzazione dei Medici e Pediatri di Famiglia sui risultati ottenuti nell'insieme degli assistiti affidati;
- Inserimento dei Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) nelle AFT;
- Presenza strutturale nelle AFT di Infermieri di Famiglia e Comunità e di Collaboratori Amministrativi;
- Eventuale organizzazione in cooperativa dei medici dell'AFT con l'obiettivo di facilitarne la responsabilizzazione, il coordinamento e l'integrazione con gli altri attori dell'Ambito Distrettuale.

IL COORDINAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE

I servizi e gli enti presenti nei territori sono molti e di varia natura, clinica, assistenziale, sociale. Tutti a vario titolo e in diversi tempi entrano nel percorso di cura dell'assistito. Sono due i presupposti che consentono agli operatori un intervento efficiente e tempestivo: un bacino d'utenza ben dimensionato ed un ruolo di coordinamento dei servizi ben definito. Inoltre, avere imposto agli ospedali di gestire la medicina territoriale ha reso il territorio più fragile, in quanto l'ospedale deve essere giustamente focalizzato sulla sua mission, ovvero gestire i problemi emergenti più gravi ed acuti.

CHIEDIAMO CHE LA MEDICINA DEL TERRITORIO ABBA UNA GOVERNANCE PROPRIA INDIPENDENTE DALLA STRUTTURA OSPEDALIERA.

CHIEDIAMO DI AFFIDARE IL COMPITO DI INTEGRARE E COORDINARE I SERVIZI PRESENTI E ATTIVI NEI SINGOLI TERRITORI AGLI AMBITI DISTRETTUALI SOCIOSANITARI (con bacino di riferimento di 50-100.000 abitanti), articolazioni organizzative delle ASST (Aziende SocioSanitarie Territoriali), affinché siano collegati in una rete locale, organica ed efficiente, con:

- Servizi dell'area materno-infantile (Consultori, Pediatri di Famiglia, servizi di supporto alle fasi perinatali, vaccinazioni dell'infanzia, Medicina Scolastica), agganciando fortemente i momenti ospedalieri dell'area materno-infantile, specialmente il parto, ai servizi territoriali;
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale (escluse le "super specialità");
- Servizi di Ammissione/Dimissione Protetta;
- Funzione di "gestore della presa in carico" con coordinamento distrettuale e in cooperazione con Medici-Pediatri di Famiglia aggregati nelle AFT;
- Servizi per la salute mentale e per le dipendenze, per adulti e dell'età evolutiva;

- Cure Intermedie (“pacchetti” coordinati di prestazioni specialistiche ambulatoriali; ricoveri brevi presso Residenze Sanitario Assistenziali o Ospedali di Comunità;
- Messa in rete, con coordinamento distrettuale, dell’accesso alla Riabilitazione Ambulatoriale e Residenziale, alle attività/cure subacute, alle Residenze Sanitario Assistenziali, agli Hospice.

L’INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ATTRAVERSO IL PIANO DI ZONA

La legge 23 prevede la gestione dei servizi sanitari territoriali a cura delle ASST, ma il rapporto con i Comuni che gestiscono i servizi socioassistenziali è mantenuto da ATS (Agenzia di Tutela della Salute). In questo modo la programmazione dei servizi al cittadino risulta frammentata tra Enti che non hanno la possibilità di una cooperazione diretta.

CHIEDIAMO CHE IL RUOLO DI PIANIFICAZIONE TERRITORIALE VENGA ATTRIBUITO ALLE ASST per una maggiore integrazione con i Piani di Zona a livello di Ambito Distrettuale, per la reale presa in carico (globalità/continuità trasversale e longitudinale) della persona, fondata su:

- Coordinamento istituzionale (governance) con reale coinvolgimento dei Sindaci e del Terzo Settore nella programmazione delle politiche sanitarie-sociosanitarie-sociali e nel loro raccordo operativo con le politiche sociali, anche per garantire un investimento prioritario nella prevenzione;
- Governo/regia degli interventi territoriali quale compito specifico degli Ambiti Distrettuali;
- Punto unico di accesso alla rete dei servizi per i cittadini con bisogni complessi, con condivisione, da parte di tutti i soggetti che intercettano la domanda, di: modalità di accoglienza; informazione; valutazione multidimensionale; avvio della presa in carico con attivazione degli interventi ottimali e possibili da parte della rete territoriale complessiva; aggiornamento del relativo sistema informativo.

I PRESIDII TERRITORIALI

La medicina territoriale deve fornire la prima risposta a tutte le esigenze di salute non urgenti e garantire il principale filtro in ingresso e in uscita dagli Ospedali, consentendo all’assistito di ricevere il livello di cura adeguato tramite il servizio più prossimo al suo contesto di vita, limitando l’accesso alle strutture ospedaliere allo stretto necessario. Se ciò è generalmente valido, lo è a maggior ragione dato che è universalmente condiviso che le malattie prevalenti sotto il profilo epidemiologico ma anche economico sono quelle croniche.

CHIEDIAMO CHE A LIVELLO DI OGNI DISTRETTO VENGA INDIVIDUATO ALMENO UN PRESIDIO TERRITORIALE EFFICIENTE, BEN IDENTIFICABILE E DISTINTO DALL’OSPEDALE di dimensioni tali da consentire:

- Una reale valorizzazione della prossimità, fondamentale nella presa in carico dei problemi di salute non urgenti e delle malattie croniche;
- Un approccio con una visione longitudinale;
- L’attenzione alle molteplici interazioni con le condizioni di vita (e perciò con le politiche della salute);
- Soprattutto l’attenzione alle fragilità, che richiedono uno stretto raccordo tra interventi sanitari, socio-sanitari e sociali.

LA RETE DEGLI OSPEDALI

L’utilizzo in sanità di tecnologie sempre più sofisticate e le indicazioni ministeriali per l’accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie mettono in evidenza come la medicina per acuti debba necessariamente essere concentrata in presidi ospedalieri a servizio di bacini d’utenza sufficientemente ampi, dimensionati in rapporto al livello di specializzazione e intensità di cura.

Gli Ospedali di Primo Livello devono garantire le prestazioni specialistiche più diffuse curando elettivamente la continuità delle cure tra Ospedale e Ambito Distrettuale di riferimento.

Gli Ospedali di Secondo Livello interessano un bacino d’utenza sovradistrettuale, talvolta sovraregionale, erogando prestazioni di particolare complessità clinica ed assistenziale; garantiscono infatti:

- i livelli di diagnosi e trattamento secondo gli standard internazionali più elevati, consentiti anche dall’integrazione con le attività di ricerca e assistenza delle Università;
- la continuità assistenziale in un percorso di integrazione tra Università e Ospedali di Primo Livello;
- la partecipazione ai trials internazionali sviluppando competenze e attività di raccolta fondi;
- la proiezione internazionale attraverso la rete degli Ospedali di Secondo Livello.

CHIEDIAMO CHE VENGA RICOSTRUITA LA RETE REGIONALE DEI PRESIDI OSPEDALIERI, SIA PUBBLICI CHE PRIVATI basata su:

- Una congruente lettura epidemiologica e dei bisogni della popolazione complessiva e delle diverse comunità locali, per la definizione della tipologia e della dimensione dei servizi necessari in ciascun territorio, attribuendo in via prioritaria il compito agli ospedali pubblici;
- Una ricognizione razionale delle realtà esistenti e dei relativi bacini territoriali elettivi;
- Un'organizzazione di "hub e spoke" che valorizzi tutte le competenze ed esperienze presenti, coordinata agli Ospedali di Secondo Livello e/o sede di attività universitarie;
- La partecipazione del privato, non profit e profit, solo all'interno di una programmazione regionale basata sulla valutazione epidemiologica del bisogno di salute e l'impossibilità o la non convenienza di affidamento ad ente pubblico.

CHIEDIAMO INOLTRE CHE TUTTI GLI OSPEDALI SEDE UNIVERSITARIA E/O CHE SVOLGONO FUNZIONI DI SECONDO LIVELLO TORNINO AD ESSERE AZIENDE OSPEDALIERE CON PROPRIA AUTONOMIA GIURIDICA E CON LE CARATTERISTICHE SCIENTIFICHE, DI RICERCA E ALTA SPECIALITÀ, PERALTRO IN COERENZA CON LA 502/92, MODIFICATA DALLA 229/99.

IL RUOLO DELL'ASST

I cittadini lombardi, e spesso anche gli addetti al lavoro, dopo 5 anni di sperimentazione, fanno ancora fatica a riconoscere e capire che cosa sono l'ATS e l'ASST: la distinzione di funzioni tra i due enti ha generato confusione, disorientamento e conflitti: ciò è risultato lampante durante l'esplosione epidemica COVID.

Mentre l'attuale legge 23 assegna all'ASST il compito di garantire i risultati di salute e gli interventi di welfare attraverso le due reti d'offerta -sanitaria e sociosanitaria distrettuale; sanitaria ospedaliera di primo livello- non attribuisce gli strumenti di governo dei diversi attori sanitari e socio-sanitari del territorio di competenza.

CHIEDIAMO CHE VENGA ATTRIBUITO ALL'ASST IL RUOLO DI REGIA DELLA RETE LOCALE DEI SERVIZI, SANITARI E SOCIO-SANITARI, mediante:

- L'attribuzione di tutte le funzioni del Dipartimento di Prevenzione, oggi attribuite in parte all'ATS.
- La possibilità di gestire direttamente i servizi sanitari e socio-sanitari attraverso le strutture aziendali.
- Il riferimento istituzionale ed organizzativo, in una logica di sanità pubblica, dei Medici e Pediatri di Famiglia, attraverso il Dipartimento Cure Primarie, oggi prerogativa di ATS.
- L'attivazione e la gestione diretta dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.
- L'attribuzione di effettivi poteri di negoziazione con tutti gli attori sanitari e socio-sanitari presenti e attivi nel territorio di competenza, oggi prerogativa di ATS.
- La pianificazione dei servizi socio-assistenziali in collaborazione con i Comuni attraverso i Piani di Zona
- La promozione dello sviluppo delle realtà sul territorio progettando, implementando e gestendo le soluzioni per valutazione multidisciplinare delle tecniche sanitarie (HTA) e per le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), servizi tecnici e di ingegneria clinica integrate fra loro ed in accordo a linee guida e frame-work nazionali e regionali.

IL RUOLO DELL'ATS

Dato quanto precedentemente detto:

CHIEDIAMO DI ACCENTRARE IN UNA UNICA AGENZIA REGIONALE TUTTE LE FUNZIONI ORA DELLE ATS:

- L'ATS perderebbe le funzioni da attribuire alle ASST, divenendo una sub-agenzia periferica, priva di direzione strategica, con il compito di espletare le attività regionali decentrate, quali ad esempio il controllo.

UN SISTEMA INFORMATIVO DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO REGIONALE FUNZIONANTE

I sistemi informativi e informatici sono essenziali per una gestione ottimale delle strutture sanitarie e, soprattutto, per favorire la comunicazione tra i diversi operatori che hanno in cura il medesimo assistito.

L'attuale Sistema Informativo Socio-Sanitario lombardo (SISS) è caratterizzato da una impostazione prevalentemente amministrativa e settoriale, di difficile utilizzo per gli assistiti come per gli operatori.

CHIEDIAMO DI ATTIVARE UN EFFICIENTE E FUNZIONALE SISTEMA INFORMATIVO DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO LOMBARDO, RADICALMENTE MODIFICATO E SEMPLIFICATO RISPETTO AL SISS,

- da trasformare in uno strumento di effettivo supporto operativo alla integrazione e ai percorsi sanitari, alla partecipazione attiva e consapevole del cittadino, al monitoraggio non solo economico-gestionale ma anche epidemiologico.