

## **Il punto di vista di Brescia in vista della campagna PD per le elezioni regionali 2018 per l'area Salute e Welfare**

### **CRITICITA'**

- **Gli Ospedali di secondo livello sono costretti a gestire la medicina territoriale, mentre hanno un'altra mission.** prima della legge 23/2015 "Spedali Civili" era un'azienda con 6000 dipendenti; la sua mission: garantire l'alta specialità per un bacino d'utenza sovra-territoriale, e i rapporti con l'Università per ricerca, didattica assistenza. Dopo la legge 23 si è vista trasferire competenze e personale (più competenze che personale, circa 600 operatori) per la gestione di un territorio enorme che va dalla Val Trompia a Montichiari.
- **Distretti Socio-Sanitari:** erano 12 in provincia prima della legge 23/2015, affidati all'ASL. Adesso sono 3, di dimensioni enormi; non rispondono più alla logica della prossimità e del riferimento territoriale nella gestione dei problemi di salute e della presa in carico mediante integrazione tra interventi sanitari, assistenziali e sociali. La legge 23 ha distinto le funzioni di programmazione, attribuite alle Ats da quelle di erogazione, attribuite alle Asst, che ora rappresentano la componente pubblica dell'offerta sanitaria, erogatori pubblici in competizione con quelli privati; la legge attribuisce i Distretti alle rispettive ASST ma queste non agiscono in modo elettivo su tali assistiti/territori, né hanno strumenti di coordinamento con gli attori che vi sono presenti. Per legge il rapporto delle Comunità locali (Piani di Zona) è con ATS, che non eroga servizi sul territorio.
- **La comunità locale** (singoli comuni e risorse sociali) è esclusa dai meccanismi di integrazione e cooperazione con la ASST di riferimento, con conseguente **assenza di un disegno** che utilizzi le risorse locali **per la promozione della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro e nelle comunità** (ad esempio: viabilità; spazi abitativi; luoghi di aggregazione; gruppi di cammino e pedibus; gruppi di autoaiuto; aiuto di vicinato; iniziative su corretta alimentazione, lotta al fumo; integrazione disabili; prevenzione infortuni; ...).
- **I MMG sono marginalizzati**, con ruolo ambiguo (clinico o erogatore o co-gestore o gestore in concorrenza con altri enti di natura sostanzialmente diversa?), non responsabilizzati a raggiungere risultati di salute, senza strutturazione organizzativa territoriale, in assenza di alcun riferimento a forme di Aggregazione Funzionale Territoriale o al Distretto; sono inoltre privi della possibilità di un raccordo organico con i presidi territoriali dotati dei servizi dell'assistenza primaria quali la specialistica ambulatoriale, il consultorio, i servizi per la salute mentale.
- **C'è confusione dei ruoli tra ATS, ASST, gestori della presa in carico**, in assenza di una regia dell'insieme dei servizi sul territorio provinciale, spezzettato in 3 ASST con assetti differenti. Non si comprende la relazione tra rete RICCA delle ASST e gestori della cronicità.
- **E' evidente l'orientamento verso un sistema di forme assicurative in concorrenza**, avviato con il modello dei gestori della presa in carico, con abdicazione da parte del SSR di governare la presa in carico; peraltro le ASST, erogatori pubblici, di fatto si trovano in forte svantaggio competitivo rispetto alla imprenditorialità privata, in quanto legati dalle norme organizzative regionali, oltre che dai vincoli delle amministrazioni pubbliche, estremamente stringenti per quanto riguarda i bilanci, personale, contratti, gare per acquisire beni e servizi. Per questo motivo difficilmente verranno avviati POT e PRESST pubblici, più semplicemente sostituiti con i Centri Servizi.

## PROPOSTE

**Premessa generale:** pur comprendendo l'esitazione espressa dai Consiglieri regionali, etica prima che politica, davanti ad una inversione di marcia, pur ritenendo che un diverso assetto organizzativo dovrà essere costruito attraverso un percorso a steps definiti e ben pianificati, tuttavia un cambio di passo e di modello è a nostro avviso indispensabile.

- **Attribuire chiaramente ad un solo ente sia la funzione di regia** dell'insieme dei servizi sanitari e sanitario-assistenziali, sia la collaborazione con i Comuni -titolari delle funzioni sociali- al fine di garantire l'accompagnamento lungo la storia sanitaria di ciascun cittadino e, quando necessaria, la presa in carico continuativa e integrata. Dato l'assetto che la legge 23/2015 ha determinato, che difficilmente potrà essere nuovamente rivoluzionato in tempi brevi, l'ASST potrebbe essere l'ente più indicato a svolgere tale funzione, a condizione che, accanto alla possibilità di erogare direttamente i servizi, sia responsabile della negoziazione con gli enti/strutture del territorio di competenza; l'ATS verrebbe quindi perdere contestualmente funzioni, diventando effettivamente una agenzia periferica per l'espletamento di attività regionali decentrate, quali ad esempio il controllo.
- **Ricostituire la rete regionale dei presidi ospedalieri, pubblici e privati**, identificando in modo razionale per le diverse aree/problematiche le unità operative con bacino sovradistrettuale, in una logica di hub e spoke "diffusa" che valorizzi tutte le competenze/esperienze presenti e che sviluppi una organizzazione dei presidi per intensità di cura. Per la provincia di Brescia **gli Spedali Civili devono essere Azienda Ospedaliera di secondo livello con propria autonomia giuridica e con le caratteristiche scientifiche, di ricerca e alta specialità proprie di una sede universitaria**, peraltro in coerenza con la 502/92, modificata dalla 229/99 (riforma Bindi).
- **Individuare gli Ambiti Distrettuali, indicativamente coincidenti con gli ex Distretti Socio-Sanitari e gli ambiti territoriali dei Piani di Zona, quale luogo di coordinamento funzionale locale**, con il coinvolgimento dei Comuni e degli Enti (gestiti da ASST, dagli altri enti a sanitari e socio-sanitari contratto, ma anche dalle risorse formali e informali della comunità locale) attivi nel territorio afferente; ciò favorirebbe integrazione e continuità di cura per le cronicità, fragilità e disabilità, oltre a valorizzare le risorse socio-culturali locali nella promozione del patrimonio di salute e di benessere della intera comunità locale. Le risorse economiche che l'attuale governo regionale ha previsto per i "gestori della presa in carico" possono ampiamente sostenere le attività di coordinamento funzionale dell'Ambito Distrettuale.
- **Attribuire all'Ambito Distrettuale la funzione di "gestore della presa in carico" in cooperazione con i MMG/PLS aggregati nelle AFT** prevedendo meccanismi di cooperazione/integrazione funzionali alla presa in carico appropriata e continuativa, introducendo opportune modalità retributive non basate sulle singole prestazioni ma sui percorsi di diagnosi-cura-assistenza: "*Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali Territorio-Ospedale*" per le condizioni mono o poli-patologiche più frequenti; "*Dimissioni Protette*" per i pazienti fragili; "*unità di valutazione/pianificazione/continuità multidimensionale distrettuali*" per la presa in carico globale e continuativa dei malati con necessità assistenziali e di cura complesse. In tale direzione vanno orientate le risorse economiche attualmente destinate ai gestori della presa in carico.
- **Valorizzare l'apporto dei Comuni e delle comunità locali** nel disegno di promozione comunitaria della salute (ad esempio: viabilità; spazi abitativi; luoghi di aggregazione; gruppi di cammino e pedibus; gruppi di autoaiuto; aiuto di vicinato; iniziative su corretta alimentazione, lotta al fumo; integrazione disabili; prevenzione infortuni; ...)
- **Facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie tipiche delle fasce giovanili**, (ginecologia, traumatologia, oculistica, ...) prevedendo ticket che rendano appetibile il ricorso al SSR anziché a prestazioni in solvenza, facilitando quindi la fidelizzazione dei giovani al SSR.

**UN ESEMPIO CONCRETO:**

Utilizzando i dati ministeriali per la Provincia di Brescia (fonte Ministero della Salute) che si riferiscono al 2014 per i posti letto ed al 2013 per il personale, si ottiene la seguente riorganizzazione istituzionale organizzativa:

- ASST Provinciale di Brescia: assume tutte le competenze dell'ATS e delle ASST del Garda, Franciacorta e Valle Camonica, compresi i presidi di Montichiari e Gardone V.T. ex Spedali Civili.
- Azienda Ospedaliera di secondo livello Spedali Civili di Brescia con i soli presidi di Brescia (Spedali Civili ed Ospedale dei Bambini), in convenzione con l'Università.

Operando su base provinciale (compresa quindi la Valle Camonica) si otterrebbero due aziende sostanzialmente equivalenti in termini di dimensioni, personale e posti letto, consentendo in generale una migliore gestione ed il recupero del ruolo specifico degli Spedali Civili quale centro di Alta Specialità e di formazione universitaria

L' ASST TERRITORIALE UNICA GARANTISCE I RISULTATI DI SALUTE E GLI INTERVENTI DI WELFARE ATTRAVERSO :

- LA RETE DELL'OFFERTA SANITARIA E SOCIOSANITARIA DISTRETTUALE
- LA RETE DELL'OFFERTA SANITARIA OSPEDALIERA DI PRIMO LIVELLO

PER OTTENERE TALE RISULTATO:

- PIANIFICA I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI IN COLLABORAZIONE CON I COMUNI ATTRAVERSO I PIANI DI ZONA
- COORDINA LE AFT DEI MMG/PLS
- CONTRATTA CON LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE PRESENTI SUL TERRITORIO L'ACQUISTO DELL'OFFERTA SOCIOSANITARIA INTEGRATIVA E COMPENSATIVA
- EROGA I SERVIZI ATTRAVERSO LE STRUTTURE AZIENDALI
- ASSICURA LO SVILUPPO ED IL SUPPORTO A TUTTE LE REALTÀ SUL TERRITORIO PROGETTANDO, IMPLEMENTANDO E GESTENDO LE SOLUZIONI PER HTA, ICT, SERVIZI TECNICI E DI INGEGNERIA CLINICA INTEGRATE FRA LORO ED IN ACCORDO A LINEE GUIDA E FRAME-WORK NAZIONALI E REGIONALI.

Posti letto DH	Posti letto Ordinari	Posti letto DS	Totale posti letto	Ipotesi Dipendenti
38	1447	57	1542	6800

L' AZIENDA OSPEDALIERA GARANTISCE:

- LA RETE DELL'OFFERTA SANITARIA OSPEDALIERA DI SECONDO LIVELLO PER UN BACINO D'UTENZA SOVRATERRITORIALE
- I LIVELLI DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO SECONDO GLI STANDARD INTERNAZIONALI PIU ELEVATI CHE L'INTEGRAZIONE CON LE ATTIVITA DI RICERCA E DI ASSISTENZA PRODOTTE DALL'UNIVERSITA PERMETTONO
- LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN UN PERCORSO DI INTEGRAZIONE TRA UNIVERSITA' E PRESID OSPEDALIERI DI PRIMO LIVELLO
- LA PARTECIPAZIONE AI TRIALS INTERNAZIONALI SVILUPPANDO COMPETENZE E ATTIVITÀ DI FUND RAISING
- LA PROIEZIONE INTERNAZIONALE ATTRAVERSO LA RETE DEGLI OSPEDALI DI SECONDO LIVELLO

Posti letto DH	Posti letto Ordinari	Posti letto DS	Totale posti letto	Ipotesi Dipendenti
28	1336	39	1403	6000