

Appunti sulla presa in carico della cronicità

Disegno di fondo

Ulteriore privatizzazione del sistema sanitario: abdicazione di fatto al governo della “presa in carico” della cronicità da parte della sanità pubblica, che mantiene solo (ATS) un ruolo di accreditamento e controllo dei diversi soggetti “gestori” che ne assumono la responsabilità

Anticipazione di un disegno di passaggio ad una gestione tipica di un sistema assicurativo, con la piena attuazione di un modello di budget di cura che affida al gestore la contrattazione e l’acquisto (e la selezione?) delle prestazioni da erogare, in una logica fortemente orientata al mercato

Rinuncia nei fatti – data la dimensione troppo ampia dei distretti, corrispondenti al territorio delle ASST – alla logica della prossimità e del riferimento territoriale, fondamentale nella presa in carico della malattia cronica, caratterizzata da una dimensione longitudinale e dalle molteplici interazioni con le condizioni di vita (e perciò con le politiche della salute), e soprattutto della fragilità, che richiede uno stretto raccordo tra interventi sanitari, socio-sanitari e sociali

Sostituzione dei presidi distrettuali territoriali, strutture fisiche di integrazione interprofessionale e di continuità assistenziale sul territorio (peraltro previste anche dalla legge 23 come PRESST) a vantaggio di Centri Servizi a dimensione provinciale (o sovraprovinciale?), che hanno una mera funzione organizzativa (programmazione e prenotazione delle visite specialistiche, verifica della compliance, trasmissione del debito informativo, ...)

Declinazione organizzativa

Duplicazione – laddove il Gestore non sia la Cooperativa di MMG – della responsabilità clinica del paziente affetto da patologia cronica, e conseguente rischio di disfunzionalità o conflitti tra il Clinical manager del Gestore ed il MMG co-gestore o non aderente al sistema (ma anche di confusione per il paziente)

Impossibilità per il Gestore – stante la retribuzione annua dei tre livelli di pazienti cronici – di garantire realmente la responsabilità clinica del paziente, la sua valutazione multidimensionale, una definizione del PAI che non si limiti a recepire il set di riferimento proposto dalla Regione ed un rapporto con il MMG (nel caso sia co-gestore o non aderisca) che vada al di là di comunicazioni burocratiche (*presa in carico, piano di assistenza individuale, case management, clinical management, accompagnamento, ...* appaiono parole vuote, prive di alcun contenuto reale e realistico)

Aumento dei costi burocratico-amministrativi e di rendicontazione, anche per la moltiplicazione dei Centri Servizi

Rischio di aumento – almeno nella fase iniziale – della spesa sanitaria complessiva (sottostima dei pazienti pluripatologici; dimensione molto ampia delle prestazioni previste dai set di riferimento; “conflitto di interesse” del soggetto gestore che è anche erogatore; possibile recupero delle spese sostenute per la presa in carico attraverso un aumento della prescrizione di prestazioni diagnostiche)

Ulteriore penalizzazione degli erogatori pubblici (ASST), obbligati a farsi carico di tutti i pazienti cronici (ad eccezione dei gestori privati che potranno selezionare le patologie croniche)

Proposta

Governo da parte del Distretto (nella dimensione antecedente alla LR 23, attuale ambito distrettuale) della presa in carico della cronicità attraverso:

- uno stretto raccordo con la medicina generale sempre più orientata alla medicina di gruppo (AFT, UCCP)
- la condivisione di percorsi di governo clinico mediante la definizione di PDTA (e perciò di “set di riferimento”, ma anche di indicatori di processo e di esito) per le patologie croniche singole e multiple costruiti dal basso con la collaborazione di MMG e medici specialisti, sull’esempio dell’ASL di Brescia
- l’integrazione a livello distrettuale dei MMG con altre figure professionali sanitarie (psicologi, infermieri, fisioterapisti, ...)
- la collaborazione (possibile solo a livello distrettuale) con gli interventi erogati dai servizi sociali e la valorizzazione della partecipazione della comunità alla promozione della salute (empowerment del paziente, associazionismo locale, volontariato, gruppi di auto-aiuto, gruppi di cammino etc.)
- il raccordo di interventi di prevenzione e di promozione della salute con le politiche comunali (socio-assistenziali, urbanistiche, ambientali, culturali, di partecipazione, ...)

NB: il rilancio dei distretti (PRESST, Case della salute) appare possibile grazie al recupero dei fondi appositamente stanziati per le tariffe della presa in carico (a regime 125.250.000)

- Livello 1 : 45 € x 150.000 = 6.750.000
- Livello 2 : 40 € x 1.300.000 = 52.000.000
- Livello 3 : 35 € x 1.900.000 = 66.500.000

(potrebbero essere messi a disposizione dei distretti oltre 1 milione di euro ogni 100.000 abitanti!)