

Contributo di Fulvio Lonati
al focus tematico "**Accesso alle cure e nuove reti**"
del convegno su sanità promosso dal PD Lombardo a Milano il 30 Giugno 2017
"Le sfide della sanità lombarda tra innovazione e disuguaglianze"

Criticità attuali

- **Confusione dei ruoli tra ATS, ASST, erogatori della presa in carico** e, di conseguenza, sulle modalità di accesso ai servizi: di fatto manca una regia dell'insieme dei servizi
- **Esclusione della comunità locale** (comuni e risorse sociali) dai meccanismi di integrazione e cooperazione
- **MMG marginalizzati**, con ruolo ambiguo (erogatore o gestore o co-gestore o clinico?), senza strutturazione organizzativa territoriale, in assenza di alcun riferimento a forme di Aggregazione Funzionale Territoriale o al Distretto, 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
- **Rigidità e complessità delle regole**, soprattutto per la presa in carico dei cronici, con compartimentazione di filiere parallele, peraltro in via di futura attivazione e solo sul fronte strettamente sanitario mentre i servizi sociali e socio-sanitari rimangono esterni
- **Meccanismi remunerativi sbilanciati**: "paga la malattia" mentre la "prevenzione non è conveniente"
- **Partecipazione alla spesa non rapportata al reddito**, di entità spesso superiore al costo in solvenza, specialmente per le fasce di età giovanili (in progressiva disaffezione e scollegamento dal SSR)
- **Difficile accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari**, per farraginosità delle prenotazioni e per la lunghezza delle liste d'attesa (specie per erogatori pubblici)
- **Farraginosità del sistema informativo**, non utile per gli assistiti e non funzionale per servizi e operatori

Proposta di linee di sviluppo alternative alla situazione attuale

- **Attribuire chiaramente ad un solo ente la funzione di regia** dell'insieme dei servizi sanitari, sanitario-assistenziali e, in rapporto ai Comuni, anche dei servizi 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.
- **Riattivare il Distretto Socio-Sanitario**, quale luogo di coordinamento funzionale, con il coinvolgimento dei Comuni, dell'insieme degli enti (gestiti da ASST, dagli altri enti a sanitari e socio-sanitari contratto, ma anche dalle risorse formali e informali della comunità locale) e degli operatori sanitari, sanitario-assistenziali e sociali che sono attivi nel proprio territorio, in particolare in funzione della integrazione e continuità di cura delle cronicità, fragilità e disabilità, oltre che per potenziare le risorse socio-culturali locali nella promozione del patrimonio di salute e di benessere delle persone e 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 del Distretto.

- **Attribuire un preciso ed esplicito ruolo ai MMG e ai PDF**, quali agenti del Distretto nei confronti dei singoli cittadini, nel garantire la continuità e appropriatezza della presa in carico nel tempo degli assistiti, sani o con problematiche di salute, prevedendo il tempestivo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali previste dalla "Legge Balduzzi" e la loro integrazione nel Distretto, in particolare in relazione ai presidi territoriali di erogazione degli altri servizi di assistenza primaria.
- **Valorizzare tutti gli attori del SSR in una logica di governo clinico** - a partire dai MMG, PDF e Specialisti ambulatoriale - resi responsabili della efficacia complessiva e della qualità e della efficienza della loro attività, mediante una formazione contestualizzata ai percorsi di miglioramento basata sul riscontro sistematico dei risultati, di processo e di salute, raggiunti nell'insieme della popolazione assistita, superando completamente un approccio riduttivamente economico-monetario.
- **Valorizzare tutte le figure professionali sanitarie** (infermieristiche, tecniche, riabilitative e sociali), in particolare curando l'introduzione di nuovi ruoli gestionali, come ad esempio il *case manager*, inseriti in un disegno organizzativo organico del Distretto e coordinati ai MMG e PDF.
- **Attribuire al Distretto la funzione di "gestore della presa in carico"**, semplificando drasticamente le modalità farraginose e confuse in corso di applicazione, 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.
- **Valorizzare la partecipazione attiva del cittadino** quale principale protagonista della gestione delle proprie condizioni di salute, prevedendo, sia a livello ospedaliero sia territoriale, interventi strutturati di educazione terapeutica, tesi a coinvolgere l'assistito, specialmente se malato cronico o con problemi di salute mentale, la sua famiglia e l'eventuale caregiver nei percorsi di cura e di adozione di stili di vita a valenza preventivo/terapeutica.
- **Introdurre meccanismi di incentivazione correlati a risultati di natura preventiva**, in modo che non esista solo la remunerazione delle prestazioni sanitarie usuali e la "presa in carico dei cronici".
- **Rimodulare i meccanismi di partecipazione alla spesa rapportandoli al reddito.**
- **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.
- **Semplificare e rendere funzionale il sistema informativo-informatico socio-sanitario**, sia per i cittadini che per gli operatori, trasformandolo in un effettivo strumento di comunicazione bidirezionale con il cittadino e di supporto operativo alla integrazione e ai percorsi sanitari.
- **Sviluppare modalità innovative di raccordo tra cittadini e distretto, aziende sanitarie, servizi e operatori, risorse informali** quali app, social network, portali web orientati al cittadino.