

COORDINAMENTO DEL CENTROSINISTRA BRESCIANO



BRESCIA IN AZIONE



PROPOSTE IN VISTA DELL'IMMINENTE REVISIONE DELLA LEGGE 23/2015 SUL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Il centrosinistra bresciano in questi mesi di emergenza COVID19 ha inteso concretizzare la propria vicinanza alla popolazione svolgendo con coscienza il ruolo di critica, stimolo e segnalazione proprio delle minoranze democratiche: l'inadeguata gestione dell'emergenza pandemica con l'incapacità di isolare i focolai, le gravi carenze della medicina territoriale, i tempi infiniti delle liste d'attesa, la mancanza di vaccini, sono stati e sono tutt'ora oggetto di denuncia e momento di proposta.

Visto il termine imminente della sperimentazione del sistema sociosanitario lombardo introdotto con la legge 23/2015 il centrosinistra bresciano formula in questo documento una proposta di revisione della norma, allo scopo di superare i limiti che oggi non consentono di rispondere convenientemente ai bisogni di salute della popolazione.

La proposta prevede:

1 - LA GOVERNANCE

I dati epidemiologici dovrebbero guidare la programmazione sanitaria, indicando i bisogni di cura attorno ai quali costruire la rete dei servizi. Oggi, al contrario, in Regione Lombardia è l'offerta che determina la domanda: di conseguenza, c'è ampia offerta di attività sanitarie remunerative mentre non sono adeguate ai bisogni le attività di cura di minore attrattività per le aziende. E' necessario ripristinare il normale funzionamento del sistema mettendo al centro delle politiche la capacità di osservare i bisogni in modo sistematico e complessivo, attraverso un osservatorio epidemiologico regionale riorganizzato secondo criteri di trasparenza e pubblicità. E' altresì necessario correggere l'eccessiva politicizzazione della governance, che ha favorito negli anni interessi privati prima di quelli pubblici, come dimostrato dai numerosi processi che hanno coinvolto in varie riprese i vertici di Regione Lombardia. Una funzione di garanzia potrebbe essere assegnata agli Enti locali, ora ininfluenti nella programmazione dei servizi. Per questi motivi il Servizio sociosanitario dovrebbe essere governato secondo questi principi:

- CRITERI DI FINANZIAMENTO: il finanziamento deve essere relazionato al bisogno sociosanitario rilevato dall'osservatorio epidemiologico
- MODALITA' DI FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEL SSSR: Superamento progressivo del finanziamento su base storica con introduzione del finanziamento a quota capitaria ponderata in considerazione delle caratteristiche anagrafico-epidemiologiche del territorio di riferimento.
- PROGRAMMAZIONE REGIONALE: va definita in base ai bisogni rilevati dall'osservatorio epidemiologico e della programmazione delle aziende sociosanitarie locali, con parere obbligatorio delle assemblee dei sindaci dei rispettivi livelli territoriali
- ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE PRIVATE: va attivato sulla base della pianificazione regionale, all'interno della programmazione locale delle attività sanitarie e sociosanitarie definite dai bisogni della popolazione rilevati dall'osservatorio epidemiologico.
- BILANCI AZIENDALI: è necessaria una separazione dei bilanci ospedaliero e territoriale con attivazione di budget distrettuali
- NOMINE DEI DIRIGENTI: I Direttori generali sono nominati dalla regione con pubblicizzazione dei criteri di scelta adottati e possono essere revocati dai 2/3 dei sindaci del livello corrispondente.
- AUTONOMIA DELLA FUNZIONE DI CONTROLLO. Le funzioni di controllo devono avere una propria autonomia rispetto alla governance regionale, e una articolazione territoriale che consenta la verifica della qualità delle attività sanitarie erogate rispetto ai bisogni di salute rilevati dall'osservatorio

2 - PROMUOVERE E MANTENERE LA SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Il COVID ha dimostrato che in Lombardia manca un disegno organico e sufficientemente sostenuto di promozione della salute e prevenzione. Con l'introduzione della L.23/2015 I dipartimenti di prevenzione delle ASL sono stati frammentati tra ATS e ASST in modo da non essere più in grado di svolgere il proprio compito. Mentre in altre regioni vicine le azioni di individuazione precoce e isolamento dei focolai epidemici hanno permesso di rallentare significativamente lo sviluppo epidemico, in Lombardia tali attività hanno avuto risultati drammatici.

- E' necessario ripristinare i dipartimenti di prevenzione ricomponendo su base provinciale risorse umane e funzioni, incluso il servizio di medicina scolastica, per rilanciare informazione, comunicazione ed educazione sanitaria. E' necessario coinvolgere i piani di zona nelle attività di promozione della salute individuale e collettiva.
- Va riorganizzato l'osservatorio epidemiologico regionale secondo criteri di trasparenza e pubblicità dei dati, da mettere a disposizione dei cittadini e degli Enti locali

3 - IL PRIMO CONTATTO: IL MEDICO E IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

La legge regionale 23/2015 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? E' stato introdotto l'opaco sistema dei "gestori della cronicità" invece di definire il ruolo della medicina del territorio. I MMG/PLS inoltre sono attualmente governati da ATS, mentre dovrebbero avere un rapporto diretto con i distretti che gestiscono i servizi di assistenza e cura.

La medicina di famiglia va integrata nel percorso di assistenza al cittadino: per far questo è necessario attribuire il coordinamento della medicina di famiglia alla medesima organizzazione che eroga i servizi sul territorio

- MMG/PLS deve essere il titolare e il responsabile del percorso di cura dell'assistito, in particolare dei soggetti cronici o fragili con necessità di cure domiciliari
- E' fondamentale introdurre un coordinamento territoriale dei MMG e PLS ed una verifica delle loro attività sulla base di obiettivi predefiniti e della qualità delle prestazioni. I modelli di associazionismo sperimentati da anni in alcune realtà regionali da parte di gruppi di MMG vanno resi obbligatori, previo accordo con le rappresentanze di categoria.

4 - IL COORDINAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE

Gli Enti e i Servizi 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 con la legge 23/2015 agli ospedali di gestire la medicina territoriale ha reso il territorio più fragile, in quanto l'ospedale è focalizzato sulla gestione dei problemi emergenti più gravi ed acuti.

Al Distretto SocioSanitario va affidato il compito di integrare e coordinare i servizi presenti nel proprio territorio affinché siano collegati in una rete locale organica ed efficiente:

- va rivista la dimensione del bacino di riferimento del Distretto (50-100.000 abitanti) in modo da garantire la costituzione di reti collaborative tra operatori di un medesimo territorio;
- va assegnato un budget di distretto congruente con gli obiettivi di salute assegnati e la qualità delle prestazioni erogate;
- per ciascun soggetto fragile e complesso va individuato il coordinatore della presa in carico (case manager) con finalità di integrazione fra ospedale e territorio;
- Va attribuita al Distretto la possibilità di gestire direttamente servizi sanitari e socio-sanitari anche senza ricorso ad esternalizzazioni, per esempio attivando la figura dell'infermiere di famiglia e comunità;
- Il Distretto deve rappresentare il riferimento organizzativo, in una logica di sanità pubblica, dei Medici e Pediatri di Famiglia e di Continuità assistenziale.

5 - L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA 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.

E' necessario riprogettare il coinvolgimento dei Comuni nella definizione dei bisogni e nell'integrazione delle politiche di assistenza sociale con quelle sanitarie, superando la frammentazione tra ASST e ATS.

- Il ruolo di pianificazione territoriale va attribuito ai Distretti SocioSanitari per una maggiore integrazione con i Piani di Zona, per la reale presa in carico (globalità/continuità) della persona
- I sindaci devono partecipare attivamente alla pianificazione sanitaria territoriale e svolgere un ruolo di controllo nelle amministrazioni delle aziende socio-sanitarie del territorio di riferimento.
- Vanno coinvolte le associazioni dei pazienti nella pianificazione dei servizi sociali e sanitari alla persona.

6 - I PRESIDI 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.

A livello di ogni distretto:

- devono essere ricondotte ad un unico disegno organizzativo gestionale le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
- va individuato almeno un presidio territoriale efficiente, ben identificabile e distinto dall'ospedale, centro operativo della medicina territoriale, per creare l'ossatura di una assistenza territoriale diffusa

7 - 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, nonché per favorire la fruizione dei servizi socio-sanitari da parte dei cittadini.

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. Inoltre, i centri di prenotazione degli ospedali sono frammentati e il doppio passaggio (prescrizione del medico e poi prenotazione lasciata nelle mani del paziente) determina problemi in sede di prenotazione, spingendo inevitabilmente verso la libera professione.

- va attivato un efficiente e funzionale sistema informativo del servizio sociosanitario lombardo che non si limiti al monitoraggio economico-gestionale, ma includa anche quello epidemiologico, rendendo accessibili i dati sanitari di tutti gli enti erogatori di servizi e prestazioni sociosanitarie, nel rispetto della privacy.
- e' necessario introdurre la cartella clinica e ambulatoriale elettronica generale e armonizzata.

E' necessario che le aziende sanitarie siano dotate dello stesso software di prenotazione funzionante e di agevole utilizzo con accesso a tutte le agende regionali con relativi meccanismi di premialità per l'adesione

Le proposte sopraesposte rappresentano la sintesi di un ampio lavoro che ha consentito al centrosinistra bresciano di delineare un disegno di politica sanitaria unitario e fortemente condiviso, alternativo all'impostazione che da decenni domina in Lombardia, e di cui tutti abbiamo tristemente visto i frutti.

Il documento vuole essere l'occasione per un confronto con tutti gli interlocutori che hanno a cuore il diritto alla salute dei cittadini lombardi

+ Europa
Articolo Uno
Azione
Brescia per Passione
Civica dell'Area Vasta
bresciana
Italia Viva
Partito Democratico
Partito Socialista Italiano
Sinistra a Brescia
Sinistra Italiana