

RIFLESSIONI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DOPO SARS COV 2 – contributo per l'avvio della discussione R.Porta

IL CONTESTO GENERALE	1
L'ANOMALIA LOMBARDA	4
INVECCHIAMENTO E SISTEMA SANITARIO LOMBARDO	6
RIPENSARE ALL'ASSISTENZA TERRITORIALE	7

Di seguito alcuni spunti di riflessione sul contesto e sulle cause di quella che è stata definita la crisi del SSR Lombardo.

Si tratta di posizioni personali e non dell'Accademia, l'auspicio è che i diversi soci propongano proprie analisi in modo che si possa avviare un confronto produttivo.

Preliminarmente deve essere fatta la considerazione di come i numeri dell'emergenza riconducibili alla sola Lombardia siano impressionanti e obiettivamente non si abbia modo per poter dire che altre regioni sarebbero riuscite a sopportare meglio una tale pressione; a fine Aprile si contano circa 76000 casi con più di 13000 decessi.

Il quesito da porsi è eventualmente quello di come si sia potuto arrivare a questi numeri e come non si sia riusciti a intercettare e governare i fenomeni prima che esplodessero in modo esponenziale.

Chiaro è dove sono stati commessi errori, o siano emerse falle nel sistema il quesito da porsi quindi non è tanto rispetto a cosa si sia sbagliato ma quali siano le condizioni hanno portato a sbagliare.

Perché i SSR posti sotto pressione sono andati in crisi e perché in particolare il SSR con più risorse è andato in crisi?

Utilizzando un linguaggio sportivo si potrebbe dire che alla base della crisi c'è stata la mancanza di alcuni fondamentali.

Sono mancate le risorse giuste nel posto giusto al momento giusto.

Sono mancate le competenze giuste nei posti giusti.

E' mancato il coordinamento fra i diversi attori impegnati.

IL CONTESTO GENERALE

Perché i SSR posti sotto pressione sono andati in crisi

Il SSN nel suo complesso ha affrontato l'emergenza epidemica in condizioni di debolezza, sfiancato da anni di progressivo e continuo depotenziamento.

Questa situazione, comune a tutte le Regioni, ha pesato in modo particolare in quelle che hanno visto l'associazione a un carico epidemico particolarmente importante di alcuni nodi critici o elementi di debolezza insiti nel proprio sistema organizzativo; la Lombardia è stata un caso emblematico di questa associazione.

A dimostrare lo stato di crisi del SSN al momento dello scoppio dell'epidemia COVID 19 bastano alcune cifre. Le stesse spiegano da un lato le cause base della crisi e dall'altro danno ancora più valore all'impegno e al grande sforzo profuso dagli operatori.

Secondo il MIF-Ragioneria dello stato, in 10 anni dal 2010 al 2019 il finanziamento pubblico del SSN è aumentato, a fronte di un'inflazione media annua dell'1,07, dello 0.9% annuo, l'incremento non è bastato quindi neppure a mantenere il potere d'acquisto. Le varie manovre finanziarie hanno tagliato rispetto ai bisogni più di 37 miliardi € di finanziamenti promessi e necessari (circa 25 miliardi dal 2010 al 2015 e più di 12 miliardi dal 2015 al 2019).

Il Ministero dell'Economia e delle Finanze nel report "Monitoraggio della spesa sanitaria 2017", riferisce che la spesa sanitaria pubblica era pari al 6,79% del PI, con un valore inferiore a quello della maggior parte dei Paesi europei, il Regno Unito (7,9%), la Francia (8,7%), la Germania (9,4%).

Eurostat, che nelle sue elaborazioni considera la spesa sanitaria complessiva (l'insieme della spesa pubblica e privata) indica come media della spesa europea il 9.9% del PIL, con un max. in Francia dell'11,5% un minimo in Romania del 5%; l'Italia si posiziona all'8,9%.

Nel DEF 2019 il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL è fissato al 6,6%, con una prospettiva di riduzione al 6,5% nel 2021 e al 6,4% nel 2022.

I dati OCSE 2019 posizionano l'Italia sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), dietro di noi solo Spagna, Portogallo e Grecia e i paesi dell'est Europa, nei quali assistiamo però, a fronte della nostra continua riduzione, a un graduale aumento negli ultimi anni delle risorse investite.

L'entità e la qualità della spesa variano poi all'interno del paese, si va da 2.285 € pro capite della Provincia Autonoma di Bolzano a 1.738€ della Sicilia.

La spesa in Lombardia nel 2017 era di 1935 € pro capite.

Il Fondo sanitario regionale lombardo per il 2020 (Regole Regione) è stato fissato a 19,272 Miliardi €

Gli atti di politica sanitaria, attraverso le successive leggi di bilancio e i Piani Sanitari Nazionali licenziati nel corso degli anni, hanno quindi sistematicamente ridotto le risorse a disposizione del SSN e tagliato la disponibilità di posti letto per acuti.

Da 1381 strutture sanitarie accreditate presenti nel 1998 si è passati a una disponibilità di 1.197 strutture di cura accreditate nel 2007 per arrivare nel 2017 a disporre di 1.000 strutture .

Nello stesso periodo il rapporto fra strutture pubbliche e private accreditate è passato dal 61,3% vs 38,7 % del 1998 a 51,8% vs 48,2% del 2017

Il D.M. 70/2015 che ha classificato gli ospedali in base ai livelli di complessità della risposta specialistica e a standard minimi e massimi delle strutture per singola disciplina, ha definito anche lo standard del rapporto posti letto per mille abitanti portandolo ad un livello "non superiore a 3,7 ‰ comprensivi di 3,0 ‰ per acuti e 0,7‰ per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie".

Da 5,8 pl per 1000 abitanti disponibili nel 1998 si è quindi arrivati a 3,6 pl per 1000 abitanti nel 2017

L'adozione dello standard fissato dal DM del 205 ha posizionato nell'Unione Europea l'Italia fra gli ultimi in UE (Francia 6.4, Germania 8.2, Belgio 6.3, Portogallo 3.4, Spagna 3.1).

In un decennio abbiamo assistito alla chiusura di 170 ospedali, 300 strutture di specialistica ambulatoriale, 154 strutture assistenziali territoriali.

Tra il 2010 e il 2017 sono state soppresse nelle strutture ospedaliere 2655 strutture complesse e 6740 riducendo l'offerta complessiva sanitaria (dati CIMO e ANAAO).

Eclatante è quanto è accaduto con la disponibilità di posti letto di terapia intensiva; nel 2011 avevamo in Italia 12,5 posti di terapia intensiva ogni 100 mila abitanti, nel paese a inizio epidemia erano disponibili 5179 posti di terapia intensiva tra pubblico e privato, cioè 8,58 posti di terapia intensiva ogni 100 mila abitanti. Tali letti erano distribuiti in modo disomogeneo fra le diverse regioni con 6 regioni con meno di 3 pl per 100 mila abitanti.

Una considerazione da farsi è che il rapporto fissato dal Decreto Ministeriale del 2015 si riferisce alla somma dei posti letto pubblici e privati accreditati. Concorrendo quindi la somma delle due componenti pubblico e privato a determinare la dotazione totale di letti di una regione accade che quanti più privati si accreditano quanto meno posti letto pubblici posso essere mantenuti. Poiché l'ospedalità privata si muove

su ambiti particolari secondo logiche selettive la commistione del numero di letti apre a una serie di problemi. In genere, a parte i gruppi più grossi e qualificati, i privati accreditano letti solo di alcune specialità e la loro capacità o volontà di farsi carico dell'emergenza è spesso limitata alle sole strutture più importanti con ricadute talora pesanti sull'organizzazione complessiva della rete ospedaliera. Indicativa è la quota parte di spesa destinata alle prestazioni in convenzione (erogate da soggetti privati in regime di accreditamento) che incide da un minimo dell'1,16% del PIL nella PA di Bolzano ad un massimo del 4,54% in Molise e assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 21-42% circa della spesa pubblica corrente. In Lombardia, Lazio, Molise e Campania la spesa per prestazioni in convenzione copre più del 40% della spesa sanitaria pubblica, mentre la spesa per prestazioni erogate direttamente ne giustifica circa il 53%

Il rationale con cui è stato giustificato il taglio dei posti letto era l'obiettivo di ridurre l'utilizzo improprio del ricovero e potenziare, a fronte dell'invecchiamento della popolazione e all'aumento dei portatori di patologie croniche, l'assistenza territoriale e domiciliare. Ma l'assistenza territoriale di fatto non è stata potenziata, poiché non c'è stato spostamento della spesa ma unicamente il suo taglio.

Le politiche dei continui tagli e di riduzione della spesa hanno gradualmente portato a un impoverimento del potenziale operativo del SSN e a un conseguente calo in molti ambiti della sua qualità, fatti che indirettamente hanno spostato risorse verso altre modalità d'assistenza e contribuito ad aumentare la spesa privata del cittadino.

Nella gran parte delle Regioni per risparmiare si è procrastinato l'adeguamento della tecnologia e delle apparecchiature presenti negli ospedali e ora per la sola sostituzione della tecnologia più vecchia e fatiscente presente nelle strutture si calcola serva almeno 1 miliardo di Euro.

L'aggressione ai finanziamenti ha fatto sì inoltre che il SSN in seguito al blocco del turnover (iniziato nel 2010 con la legge 122) abbia subito dal 2010 una riduzione di 40.000 dipendenti. Attualmente l'età media del personale è superiore ai 50 anni con oltre il 30% dei medici in attività che ha superato i 60 anni d'età e il 38% è tra i 50 e i 60 anni.

Si lamenta carenza delle professioni sanitarie in genere: tecnici, terapisti ... ; nello specifico mancano più di 50000 infermieri. In Italia quindi il rapporto infermieri abitanti è notevolmente inferiore alla media dell'Europa occidentale, 5,8 infermieri per 1.000 abitanti contro gli 8,5 dell'UE, con un conseguente rapporto medico infermieri di 1:1 contro il valore consigliato di 1:3.

Rispetto alle piante organiche presenti nel 2009 a inizio crisi mancavano 8.000 medici specialisti.

La mancanza di professionisti si lamenta anche nella medicina di base, è calcolato che nei prossimi dieci anni verranno a mancare 22000 MMG.

Questa condizione di sofferenza finanziaria e strutturale del SSN è da inserirsi in un quadro organizzativo in cui le Regioni hanno avuto sempre più spazio nell'autonomia organizzativa e gestionale dei singoli servizi sanitari. Il ruolo dello Stato in materia di sanità attraverso l'evoluzione del decentramento, già previsto nella legge 833 del 1978 di istituzione del SSN, è andato nel corso degli anni trasformandosi. Si è passati da una funzione con ampi compiti di organizzatore e gestione dei servizi a quella prevalente di indirizzo e di garanzia del diritto costituzionale alla salute e dell'equità nella sua attuazione.

In ultimo la riforma del titolo V della costituzione del 2001 ampliando le autonomie lasciate alle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari ha gettato le base per lo sviluppo nelle diverse Regioni di sistemi e modelli organizzativi fra loro anche lontani se non antitetici e comunque difficilmente comunicanti e poco votati alla collaborazione.

L'ANOMALIA LOMBARDA

Perché il SSR con più risorse è andato in crisi

La situazione della Lombardia, la cui Sanità era ritenuta qualitativamente tra le migliori a livello europeo, rappresenta un esempio quasi scolastico di come errori di base nell'organizzazione dei servizi possano annullare il vantaggio acquisito in termini di finanziamento e disponibilità tecnologica.

Il SSN in Regione Lombardia, a partire dal conflitto con il potere centrale emerso ai tempi dell'approvazione della legge 229 del 1999 "riforma Bindi", ha sempre sviluppato una sua organizzazione peculiare e distinta rispetto a quanto sviluppato nel resto del paese:

separazione della gestione sanitaria da quella socio sanitaria (due Assessorati e due Direzioni Generali)

separazione delle funzioni di produzione (rete ospedaliera) e di controllo, quest'ultima attribuita alle ASL

ampio spazio agli accreditamenti di soggetti privati con esaltazione della libera scelta del cittadino.

Forte dell'autonomia derivante dalla modifica del titolo V e in ultimo con la riforma regionale del 2015, il SSR Lombardo diventa nel panorama nazionale un'anomalia ancora maggiore.

Si assiste al graduale depotenziamento della struttura territoriale pubblica (il distretto) attraverso l'utilizzo nell'assistenza di erogatori terzi, erogatori terzi che sono diversi da zona a zona e nella stessa zona, commisti con gli erogatori pubblici ma rispondenti a modalità organizzative e gestionali fra loro diverse e comunque soggetti che per la loro natura e i rapporti contrattuali accessi non sono utilizzabili in una logica di flessibilità in prestazioni diverse da quelle messe a budget. Si giunge poi al completo stravolgimento del disegno della rete ospedaliera e con la creazione delle ASST della rete territoriale.

L'organizzazione, ridisegnata dalla Riforma (L.R.23/2015), comprende 8 ATS con funzioni di programmazione, acquisti e controllo (in sostituzione delle ASL) a cui fanno riferimento 27 ASST in sostituzione delle Aziende Ospedaliere, oltre a 7 IRCCS e 1 AREU (Agenzia Regionale Emergenza Urgenza).

In nome di un sistema che ha fatto sue le logiche del mercato e ha demandato ad enti terzi lo svolgimento delle proprie funzioni il ruolo delle cure primarie è passato in second'ordine quando non dimenticato.

La politica regionale è stata caratterizzata dall'abbandono del territorio e dalla chiusura dei presidi distrettuali

Il distretto che doveva essere collegato a un ambito territoriale ristretto e fornire direttamente servizi ai cittadini, viene così a coincidere con l'ASST, ambito territoriale enorme, impedendo l'esercizio del ruolo di presa in carico diretta dei bisogni e creando un grosso apparato che assegna attività in outsourcing e esercita il ruolo di controllore facendolo in molti casi anche male (discorso che sarebbe utile approfondire).

Uguale destino ha subito la medicina di base, il MMG che dovrebbe essere colui che ha in carico il cittadino e lo accompagna attraverso tutta la rete dei servizi, indirizzandolo e seguendolo dal domicilio al ricovero e da questo ancora al domicilio e durante tutta la sua vita, è stato relegato a un ruolo marginale e scippato della sua funzione.

L'obiettivo dell'attivazione di forme associative della Medicina Generale (MG) non è mai stato raccolto. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) che erano già previste partire dal 2012 con la legge Balduzzi non sono mai state attuate. Queste unità che avrebbero dovuto favorire l'associazionismo dei medici, integrare i Medici di MG e i Medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) della stessa zona e promuovere obiettivi e percorsi assistenziali, avrebbero dovuto essere nelle intenzioni del legislatore centrale, insieme ai distretti, la naturale funzione di coordinamento delle cure territoriali e della continuità assistenziale.

Nell'occasione dell'epidemia Distretti e AFT, se presenti e con le loro competenze a regime, avrebbero potuto essere il cardine dell'organizzazione dell'intervento territoriale e una rete territoriale organizzata e radicata sul territorio avrebbe potuto dare quella risposta immediata che il SSR ancora non è stato in grado di assicurare.

Le scelte fatte invece da Regione Lombardia nella così detta presa in carico della cronicità attraverso l'individuazione di soggetti organizzativi così detti Gestori, moltissimi di questi di diritto privato o cooperative, avulsi dall'organizzazione territoriale; Gestori che possono avvalersi, in mancanza di competenze proprie, di diversi soggetti Erogatori, ha dato una risposta al problema che in qualche modo ha sottratto risorse organizzative ed economiche alla componente stabile del sistema. Quella componente che in caso di emergenza o variazione del quadro epidemiologico e dei bisogni, permette la dovuta flessibilità e il ridisegno rapido della risposta organizzativa.

Ugualmente confusiva è stata la definizione e l'istituzione (mai in realtà decollata) di diverse entità organizzative, fra loro scarsamente coordinate, che vanno a sovrapporsi e/o sostituirsi ai distretti nelle loro competenze originarie.

Si è parlato, organizzando poi molto poco:

di Punti di accesso territoriale (P.A.T.) deputati alla valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali, la presa in carico e la definizione (in collaborazione con gli erogatori) del progetto di assistenza individuale;

di Strutture organizzative di coordinamento (centri multiservizi o centrali per la continuità assistenziale) nelle ASST o in altri enti del sistema, che dovrebbero svolgere le funzioni di valutazione multidimensionale (VMD);

di PreSST (Presidi Socio-Sanitari Territoriali) che funzionerebbero anche come luogo fisico o presidio territoriale e non solo come modalità organizzativa e nell'ambito del quale si realizzano l'integrazione e il coordinamento tra l'ambito delle cure primarie, delle cure specialistiche e le attività assicurate dalle UO socio sanitario.

Le ultime scelte Regionali hanno mantenuto la scarsa integrazione fra le funzioni sociali e quelle sanitarie e sociosanitarie che caratterizza da anni il sistema lombardo (si ricordi l'esistenza in era Formighiana di due separati assessorati uno sanita e l'altro famiglia servizi sociali).

Le scelte confusive sono continuate inoltre con l'istituzione di forme di degenza alternative all'ospedale o degenze di transizione, tipo le cure intermedie (si parla ora di degenze di comunità) il cui primo vantaggio è che sono tariffate a un costo inferiore rispetto al ricovero in ospedale e sono per lo più in convenzione, ma d'altra parte collocandosi fuori dall'ombrello protettivo di un ospedale con la presenza di tutti i servizi di supporto collegati sono sicuramente meno sicure e garantiscono minore qualità.

Nel complesso i posti letto totali per acuti, riferiti alla somma delle strutture pubbliche e private accreditate sono come dato medio regionale in rapporto di 3,26 ‰ abitanti, di poco superiore a quando indicato dal D.M. del 2015, ma se si guardano i diversi ambiti territoriali in 3 delle 8 ATS non si raggiunge la soglia del 3,0 ‰. In particolare nelle ATS di Bergamo, della Brianza (Lecco - Monza) e della Val Padana (Cremona-Mantova).

In ultimo il computo di posti letto si ricorda che è comprensivo sia dei pubblici che dei privati ma mentre le strutture pubbliche sono tutte dotate di servizi per l'emergenza-urgenza (DEA o PS) non tutte le private accreditate lo sono.

E' con questi presupposti di confusione, frammentazione dei ruoli, assenza di una vera funzione di coordinamento e di responsabilità precise nella presa delle decisioni che la Regione Lombardia si è trovata ad affrontare un'emergenza che, prima che clinica, era di medicina di comunità e che avrebbe dovuto vedere le componenti ospedaliera e territoriale che compongono il SS muoversi all'unisono.

L'organizzazione delle reti ospedaliera e territoriale, messe alla prova dall'emergenza hanno manifestato il loro grado di inadeguatezza dovuto da un lato all'incompletezza del piano della rete ospedaliera e dall'altro dalla inconsistenza operativa della rete territoriale.

In particolare è mancata una cabina di regia a livello territoriale in grado di progettare e pianificare interventi, dare indicazioni, garantire flussi informativi e integrare l'azione dei diversi soggetti impegnati nell'assistenza territoriale o che avrebbero potuto esservi impegnati.

Nel contempo è mancata, sempre con riferimento al territorio, figlia delle logiche clientelari con cui i posti di responsabilità sono assegnati, la competenza e la capacità di assunzione di responsabilità.

Il SSR è riuscito quindi a dare una risposta centrata solo sull'ospedale. Il sistema ospedaliero si è trovato solo nella presa in carico di tutto il peso dell'assistenza e ha rischiato il collasso quando non è diventato esso stesso centro di moltiplicazione del contagio. Dove la gestione territoriale ha mostrato debolezza è mancata la possibilità, prima che i pazienti manifestassero la necessità del ricorso all'ospedalizzazione e dopo il suo termine, di mettere in atto interventi organici di diagnosi precoce e gestione dei casi facendo andare in crisi il sistema. Le azioni di contenimento e di prevenzione del contagio sono state difficilissime e tardive.

E' mancata la presa in carico delle azioni che era necessario intraprendere sul territorio: indagini a tappeto sui contatti e sull'origine dei casi, presa in carico dei pazienti non gravi, supporto ai MMG, messa in rete dei diversi attori, attivazione di team multidisciplinari d'intervento a domicilio, interventi tipici dell'igiene territoriale dalla sanificazione alla distribuzione dei DPI, ecc.... ecc.

Probabilmente in un sistema strutturato capace di esercitare un forte coordinamento a livello territoriale, non strutturato a comparti stagni, e non in parte appaltato a erogatori terzi come è invece quello dell'assistenza territoriale in Lombardia, si sarebbero colti i primi segnali di un'epidemia già fra la fine di dicembre e i primi di gennaio. In quelle condizioni la risposta sarebbe stata più efficace riuscendo a circoscrivere i focolai prima che questi arrivassero a esplodere e diffondersi esponenzialmente sul territorio regionale e nelle regioni limitrofe.

Abbiamo invece assistito sul territorio a una situazione uscita di controllo con la conseguente strage fra le fasce più deboli gli anziani, i disabili, i portatori di più patologie e in particolare le fasce di popolazione fragile istituzionalizzate (RSA e RSD).

Nelle strutture dove le strategie di approccio all'epidemia avrebbero dovuto essere pronte e aggressive e tutta la popolazione esterna avrebbe dovuto essere gestita come potenzialmente infetta e quella interna come ad alto rischio di infezione, la gestione del soggetto fragile e cronico è stata affrontata secondo logiche applicabili alla gestione dell'acuto (protezioni ed isolamento solo per i sintomatici) seguendo ancora una volta un modello ospedaliero.

INVECCHIAMENTO E SISTEMA SANITARIO LOMBARDO

Perché la regione con il maggior numero di anziani li ha dimenticati

Il progressivo miglioramento delle condizioni di vita, gli stili di vita, il diffuso accesso all'assistenza e la qualità delle cure erogate hanno concorso nel nostro paese all'allungamento della sopravvivenza della popolazione. Il rapporto ISTAT 2019 riporta che in Italia gli indici di vecchiaia e di dipendenza, raggiungono rispettivamente quota 168,9 (anziani ogni cento giovani) e 56,1 (persone in età non lavorativa ogni cento in età lavorativa). In ambito europeo, l'Italia si mantiene al primo posto nella graduatoria per l'indice di vecchiaia e tra i primi sei paesi per l'indice di dipendenza.

Siamo il paese più vecchio fra i paesi dell'Europa, il secondo più vecchio al mondo, dopo il Giappone, per età media e aspettativa di vita.

La diminuzione contemporanea dell'indice di fecondità sposta la composizione della popolazione sempre più verso le età avanzate; i valori più elevati dei due indici all'interno del paese sono fra le regioni del Centro-nord.

Attualmente si vive più a lungo al Nord.

La Regione Lombardia è la prima in Europa per aspettativa di vita. Secondo i dati Eurostat i lombardi hanno un'aspettativa di vita di 83,2 anni, contro una media Europea di 81,1 anni e una media nazionale di 82,7. Le donne nate in Lombardia hanno un'aspettativa di vita di 85,4 anni, gli uomini di 80,8. Lombardia, è la regione con il maggior numero di centenari di tutto il paese.

La crescita della speranza di vita per uomini e donne e la riduzione percentuale della fascia attiva genera come conseguenza una pressione crescente sul sistema paese e sul SSN in particolare.

Più la popolazione invecchia e più il SS è chiamato a intervenire; è possibile dire che lo sforzo di un SS è direttamente proporzionale al grado di invecchiamento della popolazione.

L'Italia però è giunta all'appuntamento, anche se con una popolazione più anziana rispetto agli altri paesi dell'Unione Europea, con una disponibilità di risorse destinate al SSN fra le più basse; nel 2002 i posti letto ordinari erano 4,4 ogni 1.000 abitanti, dal 2014 sono 3,2; nel contempo siamo al 12° posto in Europa per la spesa sanitaria.

Un paese caratterizzato da un profilo demografico di questo genere e in particolare in un territorio come quello Lombardo l'organizzazione dell'assistenza non può puntare solo sull'ospedalizzazione ma deve innanzi tutto prevedere modalità d'assistenza decentrate sul territorio improntate in particolare alla gestione della cronicità e alla garanzia della continuità delle cure.

In Regione Lombardia non mancano sulla carta i singoli servizi o gli attori professionali necessari per operare l'assistenza a un buon livello qualitativo; la vera assenza è, e lo si è misurato nell'emergenza, quella del coordinamento, della mancanza cioè di una struttura organizzativo / gestionale in grado di esercitare un ruolo progettazione e pianificazione. Non bastano tanti servizi se questi lavorano fra loro come compartimenti stagni senza coordinamento e comunicazione.

RIPENSARE ALL'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'epidemia SARS-COV 2 ha fatto emergere in tutta la sua drammaticità quello che nel corso degli ultimi 20 anni è diventato in molte aree del paese uno dei maggiori problemi della sanità:

l'assoluta inadeguatezza di quella che dovrebbe essere dal momento della sua istituzione la prima gamba del SSN, l'assistenza territoriale.

I diversi PSN hanno portato a individuare nel Distretto il livello unico o meglio unitario di assistenza sanitaria territoriale; in questa logica sono state lette come un tutt'unico le attività distrettuali, l'assistenza sanitaria specialistica, la medicina di base, l'assistenza semiresidenziale, territoriale, il supporto alla disabilità e alla non autosufficienza.

Nel tempo sono stati definiti come ambiti prioritari d'azione dei Distretti:

l'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale da garantire anche attraverso il coordinamento delle azioni di MMG (Medici di Medicina Generale), PDF (Pediatri di Famiglia), servizi di guardia medica e i presidi specialistici ambulatoriali;

l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie che necessitano di un alto livello di integrazione di competenze sanitarie quali l'assistenza domiciliare

l'insieme delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che i Comuni delegano alle ASL.

Ora invece l'ATS così come strutturata nel sistema lombardo, ma spesso ciò accade anche in altri contesti regionali, svolge preminentemente un ruolo di governo e distribuzione del budget, gestione dei flussi informativi e vigilanza e controllo sugli erogatori. Non esercita o lo fa in maniera marginale una funzione di pianificazione e progettazione e eroga direttamente pochi servizi e prestazioni assistenziali.

L'attività del SSR a livello territoriale diventa nell'ambito dell'assistenza quella di appaltatore di servizi a soggetti terzi.

Il cittadino che è in carico al SSN viene lasciato al libero mercato.

L'idea di affidare la gestione della sanità alla concorrenza tra erogatori posti fra loro in competizione a tutto svantaggio di un SSN (SSR) costretto a ridurre il numero delle proprie strutture e cedere quote di mercato ha mostrato i suoi effetti negativi sulla tenuta del sistema.

Ogni comparto o settore dell'assistenza lavora in modo separato così come ogni erogatore anche all'interno dello stesso territorio, come tanti silos fra loro separati e non comunicanti.

I soggetti erogatori accreditati (convenzionati) che agiscono nell'assistenza territoriale spesso hanno una struttura organizzativa debole quando inesistente (leggi cooperative o soggetti del terzo settore) e sono privi al proprio interno di competenze gestionali e professionali che ricercano all'esterno attraverso rapporti temporanei di lavoro. Il personale impiegato è inoltre per lo più sottopagato rispetto ai riferimenti contrattuali del SSN e SSR. La struttura degli erogatori è quella di appaltatori che si limitano a svolgere funzioni di esecutori, erogatori di prestazioni ovviamente limitate all'ambito del contratto stipulato.

Come si può pensare che una rete di servizi così costruita possa avere la capacità di rispondere a situazioni d'emergenza anche di livello di molto inferiore rispetto a quella che è stata l'emergenza COVID?

Le cure primarie per essere garantite nella loro erogazione non richiedono che i diversi segmenti del SSN competano fra loro ma è anzi necessario che siano strettamente coordinati.

Emerge chiara la necessità di rimodulare la tipologia della risposta ai bisogni territoriali e le modalità della sua gestione.

L'ATS non può più limitarsi al controllo e alla qualificazione dei fornitori e alla gestione dei flussi informativi. Deve essere superata la logica degli erogatori come vicarianti i SSR deve essere recuperata una logica di governo diretto.

L'ATS non può avere in carico aree territoriali così ampie come le attuali senza un'articolazione operativa al suo interno con ampi gradi di autonomia e radicata sul territorio.

È di assoluta priorità **recuperare la funzione del distretto**, come struttura di governo e coordinamento di tutte le attività condotte sul territorio.

Nel contempo deve essere rinforzata la rete dei MMG e **promossa e sostenuta la creazione delle AFT** (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

I distretti devono tornare ad avere gestione diretta delle attività assistenziali erogando in prima persona molte delle prestazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale e la risposta alla cronicità.

Il distretto per poter esercitare il suo ruolo deve essere dotato di risorse, competenze e sufficiente grado di autonomia.

In questo senso i PRESST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) previsti nella riforma del 2015 e mai realizzati devono essere ricondotti alla funzione del Distretto e messi nelle condizioni di funzionare.

La medicina di territorio attraverso il distretto deve rispondere a una serie di bisogni e deve farlo in stretta connessione con i dipartimenti di prevenzione attraverso un unicum organizzativo

La riprogettazione delle strutture deve in particolare tenere conto delle necessità e dei bisogni delle fasce più deboli della popolazione a partire dall'anziano. Anziani che vivono soli e anziani istituzionalizzati.

I bisogni da ricondurre al distretto sono quelli che corrispondono a:

- Medicina di comunità
- Emergenze sanitarie territoriali
- Assistenza domiciliare integrata
- Continuità delle cure
- Cronicità
- Assistenza alla Disabilità
- Assistenza all'Anziano
- Educazione del paziente
- Igiene pubblica

I soggetti che devono essere richiamati all'interno della rete dell'assistenza territoriale e rispetto ai quali il distretto deve svolgere una funzione di coordinamento sono:

Con ruolo diretto (presa in carico diretta dell'utenza)

MMG

PDF

le attuali articolazioni del distretto (dagli ambulatori alle unità di intervento esterne che garantiscono l'assistenza sino al domicilio) e le competenze professionali li presenti

La nuova figura dell'Infermiere di famiglia

Con ruolo di supporto

Professionisti della medicina specialistica territoriale

Eventuali erogatori privati

La creazione della rete può avvalersi di diversi strumenti operativi.

La definizione di strutture di aggregazione lavorativa in cui possano operare pur mantenendo la propria indipendenza i diversi attori che operano sull'assistito, si può pensare al modello delle "case salute" o al previsto PRESST ma sempre con riferimento organizzativo nel Distretto.

Insieme a queste strutture deve essere incentivata l'aggregazione dei MMG e delle altre figure operanti sul territorio in modo che possano così condividere servizi organizzativi e dotazioni strumentali.

Le stesse AFT potrebbero in alcuni ambiti territoriali trovare ospitalità fisica nelle strutture distrettuali.

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia a fianco del MMG.

La creazione di Team multidisciplinari che intervengano laddove chi ha il contatto diretto con l'assistito rileva il bisogno.

La diffusione capillare dei POCT Point of Care Testing cioè diagnostica di laboratorio da usare in prossimità del paziente e la loro messa a disposizione degli operatori del territorio compresi i MMG e i PDF.

La messa a regime di sistemi informativi che pongano in rete i diversi soggetti e garantiscano l'accesso a informazioni epidemiologiche e cliniche.

L'organizzazione di sistemi di telemedicina che permettano il mantenimento della presa in carico dell'utente e il suo monitoraggio.

Lo sviluppo di strategie e strumenti d'educazione finalizzate anche a favorire l'autogestione da parte del paziente delle proprie problematiche.

La scelta e la condivisione degli strumenti e delle scale per la valutazione multidimensionale, la pesatura dei bisogni e per l'inquadramento dei pazienti (SVAMA – VALGRAF - VAOR altri o più competo ICF) a garanzia dell'omogeneità degli approcci.

I modelli organizzativi che alla fine possono essere adottati sono molteplici e probabilmente quello che è efficace in un ambito territoriale può esserlo meno in un altro si pensi alla differenza fra un ambito

cittadino e quello delle comunità montane. Ricordiamo che mentre nei piccoli comuni ancora è forte la coesione sociale e quindi le comunità riescono attraverso diverse modalità operative dal volontariato a interventi diretti delle amministrazioni a gestire e ad affrontare i problemi più aumentano le dimensioni delle comunità più è facile incorrere invece nell'abbandono e in problemi di difficoltà all'accesso ai servizi. Quello che deve essere centrale in ogni modello adottato è il ruolo del SS pubblico esercitato attraverso il Distretto. Ciò può avvenire solo a patto che la filiera sia alimentata da buone professionalità, da idonee risorse e da una discreta autonomia operativa.

In questo disegno i soggetti privati a livello dell'assistenza territoriale più che erogatori diretti di prestazioni assistenziali potrebbero svolgere un ruolo primario nella gestione della tecnologia come ad esempio i sistemi di telemedicina, i POCT e le centrali d'ascolto svolgendo invece un ruolo sussidiario nell'erogazione di prestazioni d'assistenza e cura.