

Riforma della sanità lombarda, Libro Bianco e Legge 31

Il Libro Bianco, redatto dalla Regione sulla gestione del Ssr, pone agli amministratori e ai professionisti del settore la questione se rivedere parzialmente o superare la legge 31. È questo il dilemma che dovranno dirimere i decisori regionali. Ma tale questione non emerge affatto né dalle prime dichiarazioni né dal dibattito scaturito dalla presentazione del Libro

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale, Flero (BS)*

Gli elementi organizzativi di base dell'attuale assetto organizzativo del Ssr lombardo costituiscono l'ossatura normativa del sistema, grazie ai quali è migliorata sia l'efficienza sia i volumi di offerta consentendo al Ssr di reggere l'impatto dell'aumento della domanda per via dell'invecchiamento della popolazione e dell'"epidemia" di malattie cronico-degenerative. La parità di condizioni tra pubblico e privato, la libertà di scelta del cittadino, il pagamento a pacchetti di prestazioni per i ricoveri (DRG), l'accreditamento dei fornitori e la concorrenza regolata tra loro sono ormai un patrimonio condiviso tra le Regioni, pur in presenza di modelli organizzativi e gestionali diversificati per alcuni aspetti. In particolare ciò che più differenzia il modello lombardo da quelli vigenti in altre Regioni è la separazione netta tra erogatori di prestazioni e acquirenti delle medesime, principio che ha sancito il quasi completo ritiro delle Asl dall'impegno diretto nella fornitura di servizi sul territorio, a parte sporadiche sacche di assistenza infermieristica in alcuni distretti. Questo aspetto della Legge 31 mostra tuttavia la corda poiché il panora-

ma sanitario è evoluto in modo radicale da 15 anni a questa parte. La separazione tra erogatori e acquirenti (terzo pagante) era ed è ancora funzionale rispetto ad un panorama epidemiologico dominato dalle patologie acute aventi cioè un ben definito orizzonte spazio-temporale. La tendenza della rete ospedaliera a selezionare l'accesso al ricovero per i soli eventi acuti si è accentuata nell'ultimo decennio a seguito della progressiva riduzione dei posti letto, all'introduzione dei DRG e all'evoluzione in senso tecnologico/superspecialistico dell'ospedale, con inevitabile lievitazione dei costi ed "intasamento" dei PS. Le logiche e le regole del (quasi) mercato spingono gli erogatori in concorrenza (regolata) tra loro a contendersi le prestazioni - talora in modo autoindotto - e non a collaborare o perseguire obiettivi di integrazione e continuità con la rete dei servizi territoriali, a cui sono costitutivamente e culturalmente estranei.

► Ritorno al territorio?

L'appartenenza degli operatori professionali (Mmg, specialisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali etc..) ad una pluralità di enti, con logi-

che organizzative e *mission* diversificate (AO pubbliche e private, profit e no-profit, Asl, Cooperative sociali, "pattanti", servizi Comunali, volontariato etc..) non facilita di certo la loro integrazione funzionale e soprattutto culturale, in particolare la condivisione dei percorsi, degli obiettivi e dei processi clinico-assistenziali verso la cronicità. Così nell'attuale situazione di scollamento tra ospedale e territorio i costi dell'integrazione ricadono prevalentemente sugli assistiti e sulle loro famiglie.

Le patologie croniche, ormai prevalenti sul piano epidemiologico e spesso associate tra loro impongono un salto di qualità a tutto il sistema: il *focus* dell'intervento clinico-assistenziale si sposta dalla singola prestazione "a spot" alla continuità della presa incarico e della gestione sul lungo periodo della cronicità, per prevenire o ritardare quanto più possibile aggravamenti funzionali, complicazioni, disabilità ,etc., oltre naturalmente alla prevenzione e diagnosi precoce delle prime manifestazioni di diabete, ipertensione, etc.. Per la natura stessa delle malattie croniche l'ospedale può dare solo un apporto marginale a questi obiettivi di lungo periodo e di ampio spettro, proprio

per la logica e la cultura della prestazione episodica, mentre il baricentro dell'assistenza ai malati si sposta decisamente sul territorio, dove sono erogate le cosiddette cure di prossimità da parte della rete territoriale delle cure primarie.

Quel territorio che, contemporaneamente all'evoluzione dell'ospedale in senso tecnologico per acuti, è rimasto sguarnito a causa dello sbilanciamento normativo sulla cultura della singola "prestazione" specialistica, tratto distintivo della legge 31, a scapito della presa in carico globale e della continuità assistenziale e relazionale tipica della Medicina.

Di fatto le politiche regionali hanno svuotato l'assistenza specialistica territoriale e non hanno adeguatamente investito risorse nelle cure primarie per una capillare gestione dei malati cronici.

Proprio per favorire questo "ritorno sul territorio" della sanità pubblica servirebbe una revisione della Legge 31 nel senso di restituire iniziativa programmatica e spazi d'azione a livello distrettuale al Ssr, come sopra delineato, superando la netta separazione tra erogatori ed acquirenti di prestazioni, per spostare sul territorio servizi diagnostici e specialistici per ora confinati entro le mura ospedaliere, in sinergia funzionale e continuità con le cure primarie, *in primis* il medico di medicina generale. Si tratta quindi di ricomporre ed armonizzare l'attuale frammentazione dei processi clinico-assistenziali, favorita dalla logica della singola prestazione inscritta nel DNA nella Legge 31.

► CReG e assistenza primaria

Con la pubblicazione del Libro Bianco la Regione Lombardia ha avvertito l'esigenza di rafforzare l'assi-

stenza territoriale verso le patologie croniche, peraltro già anticipata dalla sperimentazione dei cosiddetti CReG, una sorta di DRG del territorio per i malati cronici finalizzati a migliorare l'assistenza, la continuità terapeutica e l'integrazione tra specialisti e Mmg. Tuttavia i CReG sono rimasti ancorati alla Legge 31, cioè delegando ad enti accreditati esterni l'organizzazione e la gestione di queste nuove funzioni, peraltro ancora piuttosto nebulose ed appesantite da una farraginosa e burocrazia, poco adatta all' "ecologia" e alla flessibilità organizzativa necessaria sul territorio.

In estrema sintesi schematica ecco alcuni spunti ed ipotesi per una possibile revisione normativa della legge 31 e della gestione del Ssr, in sintonia con il Libro Bianco e nella prospettiva sopra delineata:

1. Conferma della separazione tra fornitori (AO pubbliche e private, no-profit e for profit) e acquirenti/finanziatori di prestazioni e delle modalità di remunerazione delle prestazioni ospedaliere (DRG).
2. Superamento della medesima separazione per quanto riguarda l'assistenza territoriale rivolta alle patologie croniche, con eventuale impegno diretto delle ASL, in qualità di erogatore di prestazioni e/o di coordinatore dell'assistenza sul territorio e dell'integrazione con l'ospedale
3. Rilancio dei distretti come poli gestionali della cronicità sul territorio, con "ripopolamento" specialistico degli stessi da parte degli specialisti di I livello (cardiologia, oculistica, pneumologia, dermatologia, ostetricia-ginecologia, psichiatria etc.) finalizzato al punto 2, in forme da definire e coinvolgendo le AO pubbliche e private
4. Incentivazione delle aggregazioni funzionali e delle medicine di grup-

po nelle aree rurali ed extra-cittadine, specie per quanto riguarda il personale infermieristico e/o segretariale, l'assistenza ambulatoriale per i malati cronici, domiciliare programmata e integrata, per disabili e non-autosufficienti. Per favorire lo spostamento del baricentro dell'assistenza ai cronici sul territorio sarà centrale lo sviluppo di una sorta di telemedicina di base.

5. Sperimentazione delle cosiddette Unità Complesse multi-professionali previste dalla riforma Balduzzi, specie nelle aree metropolitane ad alta densità demografica, per la copertura h12 del territorio e l'integrazione funzionale tra Mmg, specialisti ambulatoriali di I livello, medici di Continuità Assistenziale, psicologi, infermieri etc. in particolare per la presa in carico e la gestione delle patologie croniche e della fragilità.

6. I sistemi formativi e informativi aziendali, la remunerazione degli operatori e la valutazione delle *performance*, la programmazione/rendicontazione e la reportistica sull'attività assistenziale dovranno essere coerenti con gli obiettivi sanitari di lungo periodo e di integrazione tra i vari attori professionale che si alternano alla cura delle persone affette da una o più patologie croniche, disabili, fragili o non autosufficienti. In regione esistono già esperienze significative e modelli organizzativi che hanno coniugato strumenti culturali ed operativi (PDTA) con sistemi informativi evoluti (BDA e report Governo Clinico), ma mancano ancora riferimenti normativi e adeguate forme di incentivazione della continuità assistenziale (*pay for performances*).

Il testo completo dell'articolo è consultabile su:
<http://blog.libero.it/cureprimarie/>