

Riforma della Sanità: gli ospedali cambiano volto

Pubblicato: Venerdì 4 Luglio 2014



«Non è una riforma ma un aggiornamento di una buona legge già esistente». Così Mario Mantovani, ha spiegato il significato del **Libro Bianco della sanità** presentato questa mattina, venerdì 5 luglio, dal **governatore Roberto Maroni affiancato dai due assessori alla Sanità e al Welfare Mantovani e Cantù**.

Si tratta di un'organizzazione nuova che **sposta l'asse dalla cura al prendersi cura**, con la costruzione di modelli di assistenza integrati sul territorio. **Più servizi e meno ospedali ad alta specialità** è l'estrema sintesi del sistema che punta a contenere la spesa pur in presenza di un aumento della domanda. La soluzione, dunque, sarà la prevenzione ma anche il prendersi cura che metta al centro il cittadino. Le proposte contenute nel Libro verranno ora discusse a livello territoriale con i diversi attori socio sanitari, enti locali e terzo settore, per arrivare, a fine anno, a mettere nero su bianco la nuova legge.

[Il testo integrale del LIBRO BIANCO](#)

Si va, dunque, verso una rivoluzione degli attori: Asl e aziende ospedaliere verranno sottoposte a profondo restyling. Uno dei cardini della nuova impostazione, infatti, è la **separazione delle funzioni**: la programmazione, l'erogazione delle prestazioni e il controllo. A ogni azione programmatoria deve corrispondere capacità di misurarne gli effetti e gli impatti per valutarne l'efficacia.

Le future strutture saranno: le **Agenzie Sanitarie Locali, le Aziende Integrate per la Salute (AIS) e la centrale unica di committenza (ARCA)**, che raggrupperà in un'unica stazione appaltante l'acquisizione di beni e servizi, nella garanzia di produrre economie di scala senza però escludere le aziende del territorio lombardo. A sovrintendere a livello regionale l'intero settore sarà un unico Assessorato che assommerà le funzioni di quelli retti oggi da Mantovani e da Cantù.

Il modello in discussione, quindi, mantiene la libertà di scelta del cittadino ma **vuole migliorare gli strumenti di finanziamento, accreditamento, controlli**.

Finanziamento: la Regione rimborsa chi eroga una prestazione secondo determinate tariffe. Tuttavia, il sistema a prestazione funziona bene per i pazienti acuti, che, una volta trattati, guariscono. Quando, invece, il paziente è cronico e va preso in carico, lo strumento non funziona più altrettanto bene. La soluzione è immaginare una tariffa omnicomprendiva, un sistema di rimborso, cioè, centrato non più sulla patologia, ma sul paziente e il suo percorso.

Accreditamento e messa a contratto: l'accreditamento istituzionale non basta più. La normativa, vecchia di diciassette anni, si fonda su un modello ospedaliero da superare, quello rigidamente strutturato in unità operative dedicate prevalentemente a degenza ordinaria. Negli ultimi anni per molte attività è stata individuata la possibilità di erogazione in regimi alternativi come il Day Hospital e interventi ambulatoriali complessi.

Valutazione e controllo: il controllo dell'appropriatezza non si limita al monitoraggio dell'erogazione nei limiti di spesa, ma comprende anche il controllo su come la domanda è soddisfatta e su come le persone sono accudite adeguatamente, nei limiti delle loro attese.

Le linee guida muovono dall'analisi dei dati degli ultimi 15 anni: le prestazioni ambulatoriali sono aumentate significativamente (da 150 milioni nel 2009 a 170 milioni nel 2013), mentre **in 15 anni si è ridotto del 26% il numero delle persone ricoverate** (da 1.294.000 a 958.000). il processo di deospedalizzazione ,però, non sempre è coinciso con un potenziamento territoriale creando problemi ai cittadini. Alla riduzione dei ricoveri si è associata una riduzione dei posti letto del 20%, che sono passati da 45.400 a 37.500, con un tasso sceso al 3,7%. La riduzione dei ricoveri infatti è concentrata su quelli di tipo "leggero" effettuabili in regime ambulatoriale e quindi non permette una riduzione proporzionale del personale.

LA PROPOSTA DI RIORDINO



Il cuore della proposta diventa l'AIS, Agenzia Integrata per la Salute, che al suo interno ospita tutti i servizi, integrando all'origine quello che oggi è diviso, frammentato e disarticolato, specie nell'area dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, garantendo la continuità assistenziale e superando la tradizionale distinzione tra ospedale e territorio.

La programmazione territoriale viene spostata sull'ASL, che passa da "azienda" a "agenzia", con funzioni di programmazione su un territorio più ampio di quello attuale.

La rete ospedaliera si riorganizza su due livelli, con ospedali di rete e minore intensità di cura e ospedali di riferimento ad alta intensità di cura, strategicamente distribuiti sul territorio.

Su tutto, una agenzia che misura e controlla la qualità e l'appropriatezza.

Le nuove Agenzie Sanitarie Locali (ASL)

Non si chiamano più "aziende", ma Agenzie Sanitarie Locali. In numero minore delle attuali Aziende Sanitarie Locali, rappresentano il livello "alto" di programmazione su un territorio ampio. Hanno il compito di sovrintendere all'organizzazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale in collaborazione con i Comuni; l'accreditamento dei soggetti erogatori; la negoziazione e la contrattualizzazione; il controllo dell'appropriatezza delle attività di ricovero; la specialistica ambulatoriale; le attività sociosanitarie; la vigilanza sull'assistenza; la tutela della salute umana e animale. La dimensione territoriale delle nuove ASL deve basarsi su bacini territoriali e di popolazione più ampi rispetto a quelli attuali, al fine di sfruttare al meglio le sinergie della rete d'offerta

L'Azienda Integrata per la Salute (AIS)

È il soggetto che **eroga tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nel territorio di riferimento**, comprese le cure primarie (Medici di Medicina Generale, MMG – Pediatri di Libera Scelta, PLS), la continuità assistenziale, la specialistica ambulatoriale, le attività di ricovero e di riabilitazione, le attività per la salute mentale e gli interventi sociosanitari (es. Assistenza Domiciliare Integrata, servizi per le dipendenze, medicina legale, consultori, ecc.). La AIS opera in concorrenza e in collaborazione con gli erogatori privati accreditati. **La AIS si compone di un polo territoriale e di un polo ospedaliero.**

• **Il polo territoriale** svolge la prevenzione sanitaria e sociosanitaria, ed eroga prestazioni di bassa complessità; è il polo direttamente responsabile della presa in carico globale degli assistiti. In questo ambito vengono ricompresi i **Centri Socio Sanitari Territoriali (CSST)**, i **Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)** e le **Farmacie di servizio**.

– I **CSST** sono organizzazioni funzionali e/o strutturali di riferimento territoriale per cure primarie, ambulatoriali, sociosanitarie (es. ADI, consultori, ecc.) e sociali: possono essere collocati presso le sedi degli attuali distretti, poliambulatori, AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG) o Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

– I **POT** integrano le funzioni del CSST con ricoveri medici a bassa intensità, per subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche essere collocati all'interno di presidi ospedalieri di base o di riferimento.

• **Il polo ospedaliero** è articolato su più livelli, prevalentemente orientato alle **prestazioni in acuzie e in elezione**, all'erogazione delle prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità, alle funzioni di emergenza-urgenza e alla riabilitazione post-acuta.

Vengono mantenuti all'interno del sistema di erogazione gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e i centri di riferimento delle reti di patologia. A tale proposito si intendono sviluppare progettualità, valutando anche la possibilità di forme di autonomia gestionale, volte a dare una regia unitaria ad ambiti di alta specialità (per es. cardiocirurgia, neurochirurgia); di alta tecnologia (per es. radioterapia) e di laboratorio e trasfusionali presenti oggi all'interno delle aziende ospedaliere.



Paziente Acuto

Da una parte è rappresentato il **classico percorso del paziente acuto**, che si caratterizza prevalentemente dall'accesso in area di emergenza urgenza, da un **eventuale intervento intensivo o di alta specializzazione dalla degenza in reparto per acuti** (in prevalenza aree chirurgiche) e infine, da una **fase riabilitativa o sub intensiva prima della dimissione**. Tutte queste fasi, contenute in un periodo di tempo relativamente ridotto, sono classicamente sviluppate e gestite all'interno del polo ospedaliero. Obiettivo principale del percorso per acuti è quello di **recuperare nel minor tempo possibili le pregresse condizioni di salute**. **Il sistema di finanziamento per questa tipologia di pazienti è il pagamento a prestazione.**

Paziente Cronico

Nell'altro settore della figura è rappresentato il percorso di presa in carico e di cura del **paziente affetto da patologia cronico-degenerativa**. Le aree descritte si rifanno all'evoluzione delle principali malattie croniche in termini di severità clinica e complessità assistenziale, caratterizzando al contempo livelli crescenti di impegno organizzativo ed economico. L'area delle cure primarie assicura l'erogazione delle principali prestazioni territoriali. È costituita dalla **"rete" dei medici di medicina generale e di continuità assistenziale costituiti oggi in forme associative e in futuro da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**. Lo snodo centrale del nuovo impianto organizzativo è definito come area funzionale della presa in cura e dovrà essere in grado di consolidare il ruolo strategico nella costituzione delle reti assistenziali del polo territoriale. Le strutture fondamentali della suddetta area sono i **CSST ed i POT**. **Le attività di questa aree saranno remunerate con tariffe forfettarie** che meglio si adattano a remunerare i percorsi di presa in carico, giungendo ad avere un punto unico di accesso a tutta la rete di servizi sanitari e sociosanitari. I criteri per l'accesso ai servizi per la cronicità e la non autosufficienza potranno essere definiti nel modello regionale di valutazione del bisogno ed includeranno aspetti sanitari, sociali, assistenziali.

La Centrale Unica di Committenza

Viene assicurata una **regia centrale per gli acquisti così da garantire la concorrenza e una maggiore trasparenza delle procedure**. La centrale di coordinamento unica dovrà portare a una riduzione dei costi di acquisto e a una maggiore razionalizzazione.

Il pronto soccorso

È necessario ripensare a modelli previsionali che consentano di anticipare i picchi di criticità con la necessaria tempestività e sviluppare una organizzazione capace di avviare il paziente cronico, già noto al sistema verso ambiti di cura più appropriati (es. POT e sub-acute). **Gli ospedali dovranno inoltre individuare elementi di flessibilità nella dotazione dei posti letto e delle risorse professionali** in grado di dare pronta risposta, anche per brevi periodi dell'anno all'aumentato carico assistenziale, ripristinando al termine dell'emergenza assistenziale la situazione di normalità.

Nel Programma di governo già si prevedevano **azioni per porre le basi di un salto di qualità** :

- potenziare i presidi territoriali per garantire la continuità e l'integrazione di tutti i servizi di assistenza;
- riorganizzare numero e funzioni di ASL e aziende ospedaliere;
- differenziare la rete di offerta sociosanitaria secondo il criterio dell'intensità di cura;
- sviluppare un modello di assistenza a rete delle strutture ospedaliere per la cura di patologie rilevanti;
- ridurre le liste di attesa attraverso la maggiore specializzazione degli ospedali;
- identificare i costi standard uniformi per l'acquisto e l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
- l'importanza di riorganizzare la rete degli ospedali e il sistema, che dovranno meglio portare a compimento la loro mission effettuando le prestazioni a maggiore complessità clinica, di ricerca e tecnologia, mentre alcune strutture potranno trasformarsi in ospedali territoriali, che rappresentino i poli della cura della cronicità, dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e delle attività sub acute in relazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata i CReG in materia di potenziamento degli interventi domiciliari-territoriali.

Il sistema di finanziamento regionale

Nella distinzione fra patologia acuta e cronica, l' AIS si trova ad affrontare due tipologie ben distinte di situazioni di diagnosi e cura, che saranno remunerate con due diversi sistemi di finanziamento:

- quella delle **prestazioni difficilmente correlabili ad uno specifico quadro clinico** (interventi di protesizzazione all'anca, interventi di ernioplastica e ricoveri per polmonite, ad esempio), effettuabili con approcci diversi per il medesimo problema clinico (angioplastica, by pass, etc.) o correlate a patologie, quale quella oncologica, caratterizzate da una gamma molto ampia di opzioni diagnostiche e terapeutiche (remunerazione a singola prestazione/accesso di ricovero);
- quella delle **attività garantite per la presa in cura dei pazienti affetti da patologie croniche** che sono caratterizzate da un elevato livello di prevedibilità e standardizzabilità (remunerazione a "tariffa di presa in carico").

Meno ospedali, dunque, e più ambulatori e assistenza sociale. Le linee guida sono tracciate. Ora si accettano suggerimenti: «In questi giorni – **ha spiegato il Presidente Maroni** – mi sono convinto del fatto che qualunque approccio a questo sistema, suscita reazioni, che non sempre sono giustificate dalla bontà o meno delle proposte fatte. Mi pare di aver inteso che c'è una **preoccupazione da parte di alcuni settori, che temono uno stravolgimento del sistema a danno della parte privata, per enfatizzare solo quella pubblica. Non è così**. Nella sanità privata ci sono molti interessi in gioco, che poi hanno riverberi anche in altri settori, come quello della comunicazione, come si è visto leggendo alcuni commenti e articoli molto aggressivi su certi giornali milanesi. Noi siamo determinati in questo percorso e non ci facciamo condizionare da pressioni, interessi e men che meno da articoli. Vogliamo fare una cosa giusta, avendo come interesse gli interessi dei cittadini lombardi».

Redazione VareseNews

redazione@varesenews.it

