

 Fulvio Lonati

Il sistema sanitario lombardo è in una fase di cambiamento. Una riforma del 2014 ha modificato l'architettura del sistema e una recente delibera sulla presa in carico dei pazienti cronici si rivolge a una molteplicità di erogatori pubblici e privati in competizione tra loro, relegando ai margini il ruolo dei medici di famiglia. I distretti perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi; anche la collaborazione con i Comuni e la valorizzazione delle comunità locali appare marginalizzata, mentre tendono ad accentuarsi le caratteristiche mercantili del sistema.

La presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Regione Lombardia, con la recente Delibera della Giunta Regionale (DGR) 6164 del 30 Gennaio 2017 - **Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili**[\[1\]](#) (Vedi Risorsa) -, sta tentando di introdurre un cambiamento radicale della presa in carico dei malati cronici: l'intento è passare da un sistema orientato all'offerta, in una logica verticale di sommatoria di prestazioni, singolarmente remunerate, a **un sistema proattivo, orientato ai bisogni della persona, garantito da gestori responsabili, e remunerati, per la presa in carico complessiva e unitaria dei singoli assistiti** rispetto ad una molteplicità di attività e servizi. La DGR prevede che entro il primo

semestre dell'anno, a fronte di appositi bandi, saranno individuati tra gli erogatori che si candideranno (sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati, compresi i Medici di Medicina Generale - MMG - se strutturati in cooperative) i gestori idonei per la presa in carico dei malati cronici.

Questa Delibera sul Governo della Domanda segna il superamento dei CReG

(*Chronic Related Group*), una particolare modalità di gestione delle malattie croniche la cui sperimentazione, affidata a cooperative di MMG, fu avviata cinque anni fa, estesa alla maggioranza delle ASL; il numero di assistiti arruolati è tuttavia rimasto limitato e non sono stati ancora pubblicati risultati di processo né, soprattutto, di esito che consentano di formulare un giudizio sulla riuscita della sperimentazione.

Dal secondo semestre, sulla scorta della classificazione regionale dei cronici in 63 patologie prevalenti stratificate su tre livelli di complessità, **i singoli malati cronici saranno invitati a scegliere liberamente, tra gli idonei, il proprio gestore della presa in carico**, che:

- dovrà provvedere alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e alla sottoscrizione del Patto di Cura con l'assistito;
- garantirà il reclutamento attivo, la presa in carico globale e il follow-up proattivo, attraverso un case manager ed il Centro Servizi, anche per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
- riceverà una remunerazione per il percorso di presa in carico, parametrata in relazione alla stratificazione effettuata.

In Lombardia si intende quindi dare avvio alla strutturazione di reti parallele, in competizione tra loro, responsabili della presa in carico dei malati cronici: di fatto si tratta di nuove entità che andranno a sostituire quella che, ordinariamente, dovrebbe essere una funzione distrettuale da espletare in collaborazione con il MMG. E' prevedibile che, mentre alcuni erogatori privati saranno in grado di far fronte al nuovo compito in modo brillante, soprattutto nelle prime fasi di "investimento" e di "fidelizzazione", probabilmente, gli erogatori pubblici saranno in grave difficoltà a giocare il nuovo ruolo.

Breve storia del sistema sanitario lombardo

Regione Lombardia si è distinta nel panorama nazionale, già a partire dagli ultimi anni novanta, per aver sviluppato un modello peculiare, caratterizzato da due caposaldi:

- **libertà per il cittadino di scegliere** l'erogatore e per gli erogatori di intraprendere

le attività;

- **netta separazione tra funzione di Programmazione/Acquisto/Controllo**, affidata alle **ASL**, e **funzione di produzione di servizi**, affidata agli **erogatori accreditati pubblici (Aziende Ospedaliere - AO)** e privati, paritetici e in competizione.

Sulla base di tale impostazione, di fatto si è **consolidato un sistema centrato sull'ospedale**, con erogatori privati in progressivo miglioramento, soprattutto agli occhi del cittadino, e AO pubbliche che, a fronte di una tradizione anche secolare di buona amministrazione ed eccellente e riconosciuta qualificazione scientifica, hanno migliorato sì i loro standard, ma più lentamente.

Nel 2014, la Regione Lombardia, riconoscendo che le cronicità necessitano di risposte fuori dagli ospedali secondo un nuovo paradigma, ha pubblicato il Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia, cui è seguita l'emanazione, nell'agosto 2015, della legge di riordino "**Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo**"^[2] (Vedi Risorsa), con l'obiettivo di passare "dal curare al prendersi cura" e "dalle prestazioni alla presa in carico".

La riforma ha dismesso le (15) ASL e le (30) AO, creando al contempo due nuove tipologie di enti:

- **27 ASST - Aziende Socio Sanitarie Territoriali**, con bacino di circa 400.000 abitanti coincidente con un distretto di nuova identificazione, che "concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA... nella logica della presa in carico della persona"; queste nuove aziende coincidono con le ex AO (senza distinzioni tra ospedali *hub* e *spoke*), cui si aggiungono le attività territoriali di erogazione, trasferite dalle ex ASL;
- **8 ATS - Agenzie di Tutela della Salute**, competenti su un'area vasta di circa un milione di abitanti, che "attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA", mediante l'acquisizione dalle ex ASL delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo.

Dal primo gennaio 2016 le uscenti ASL e AO hanno quindi trasferito patrimoni, personale, contratti e sistemi informativi, ripartendoli tra le neonate ATS e ASST con un'operazione notarile, di fatto irreversibile.

A monte di tale radicale cambiamento, la riforma ha precisato il ruolo di governo regionale, identificando finalità del riordino e funzioni, strumenti programmatori ed organizzativi

regionali: **ha istituito l'Assessorato alla salute e politiche sociali "Welfare" accorpando gli Assessorati "alla salute" e "alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità"**; ha previsto quando e come definire i Piani Regionali "socio-sanitario integrato" e "della prevenzione"; ha creato l'Osservatorio epidemiologico regionale ed agenzie regionali, destinate ciascuna ad una specifica area (controllo, formazione e ricerca, sistema informativo, acquisti, gestione emergenza-urgenza, promozione nazionale e internazionale del sistema lombardo).

Per orientare la transizione, Regione Lombardia ha adottato, sin dagli ultimi mesi del 2015, numerosi atti di indirizzo, con l'obiettivo di guidare la transizione. Ha attivato i **Collegi Tecnici dei Direttori di ATS e ASST**, finalizzati a sintonizzare le azioni nelle fasi di passaggio dei singoli territori, lasciando però fuori le strutture private, quasi come se il sistema lombardo non le prevedesse. Ha adottato una apposita DGR, intitolata **Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità**^[3] (vedi risorsa), nel quale sono indicate le caratteristiche dei nuovi modelli di presa in carico delle cronicità.

Un disegno innovativo, con aree grigie e criticità.

Si tratta quindi, complessivamente, di un disegno veramente alternativo che, mantenendo e rafforzando il principio della separazione tra acquirenti ed erogatori, vorrebbe introdurre linee di sviluppo per superare le criticità attuali.

Tuttavia, a fronte dei principi enunciati circa la necessità di spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio, la riforma non ha definito gli strumenti di governo "periferici": **i distretti, infatti, perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi; la collaborazione con i comuni e la valorizzazione delle comunità locali appare marginalizzata; a colui che dovrebbe essere l'attore territoriale di cerniera, il medico di famiglia, non viene attribuito un ruolo preciso, senza definire se dipenda dall'ATS o dall'ASST.**

Soprattutto, mentre la riforma attribuisce alle ASST l'obiettivo di costruire reti integrate per la presa in carico delle cronicità e nell'area materno infantile, **non attribuisce alle stesse ASST gli strumenti necessari per attuare tale coordinamento**: le leve di governo che sarebbero necessarie -accreditamenti e contratti con tutti gli erogatori, pubblici e privati, sanitari e sociali- sono infatti attribuite alle ATS, peraltro "agenzie della Regione" e non "aziende", quindi con un forte accentramento regionale.

Alcune valutazioni: a più di un anno dall'avvio dell'attuazione della legge di riordino, gli erogatori privati non hanno visto, sino ad oggi e prima della DGR sul

Governo della Domanda, cambiamenti sostanziali. La riforma infatti, riconfermando con poche parole la loro importanza irrinunciabile e determinante nel contesto lombardo, non pone nuovi vincoli né varia i criteri di riferimento: all'interno delle strutture private pertanto le attività stanno continuando come prima e gli enti più attenti e lungimiranti, nel rispetto di quanto la legge di riordino lascia intendere e in assenza di indicazioni più precise, hanno iniziato da tempo ad avviare spontaneamente raccordi ufficiosi con altri enti, al fine di costruire proprie reti: ospedali con consultori o strutture riabilitative, poliambulatori con gruppi di Medici di Medicina Generale (MMG) in sperimentazione CReG, enti erogatori di prestazioni in Assistenza Domiciliare con le strutture residenziali per anziani.

Sull'altro fronte, le ATS e le ASST continuano invece a vivere una fase particolarmente critica e conflittuale che, se accettabile nel momento della transizione in quanto inevitabile e "fisiologica", si sta protraendo senza lasciar intravedere vie d'uscita a tempi brevi: peraltro, si tratta di un passaggio che coinvolge contemporaneamente migliaia di operatori che transitano, con una geometria complessa e variabile, da un ente all'altro, in contemporanea ad accorpamenti-divisioni territoriali ed a ripartizioni-ricomposizioni di compiti e funzioni.

In tale contesto, valutazione del tutto soggettiva, l'affezione dei cittadini verso gli ospedali privati, particolarmente attraenti ed efficienti, aumenta mentre cala verso gli ospedali pubblici, meno brillanti.

Per il momento quindi, permangono numerose aree grigie. Quale ruolo ai MMG e da chi dipendono? Quale integrazione con i servizi dei comuni e quale rapporto con le comunità locali? Quali connessioni tra erogatori pubblici e privati? Con quale forza le ASST possono/devono attivare proprie reti e in quale rapporto con le eventuali reti attivate da erogatori privati?

Quello che è chiaro, nel bene e nel male, è che l'attuale modello di sistema sanitario pubblico è sostanzialmente rivoluzionato.

Fulvio Lonati, medico, Presidente di APRIREnetwork - Assistenza PRimaria In REte - Salute a Km 0

Risorse

DGR 6164 del 30/01/2017 [DGR 6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili"](#) [PDF: 4 Mb]

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23. [Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo](#). [PDF: 554 Kb]

DGR 4662 del 23/12/2015. "[Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione](#)". [PDF: 6 Mb]

Bibliografia

1. DGR 6164 del 30/01/2017. [DGR 6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili"](#) [PDF: 4 Mb]. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della Legge n. 23/2015"
2. Legge Regionale n. 23 - 11/08/2015 "[Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo](#)[PDF: 554 Kb]: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"
3. DGR 4662 del 23/12/2015. "[Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in regione](#)" [PDF: 6 Mb]