

Como in Salute

Como - 24 giugno 2019

Appunti per le conclusioni

di *Pierluigi Rancati* – segretario regionale CISL Lombardia

Di questa giornata che la CISL dei LAGHI ha voluto – oggi qui a Como, il prossimo lunedì a Varese – credo un primo dato di valore sia stato l'incontro, il confronto aperto, concreto, sui problemi del servizio sanitario e socio-sanitario nel territorio tra i Rappresentanti delle istituzioni, i Responsabili della Sanità Lariana, gli Erogatori, gli Ordini professionali e il sindacato, una sua parte importante fra quelle che maggiormente rappresentano i lavoratori e gli utenti dei servizi quale noi siamo.

Un confronto che confidiamo possa proseguire nei processi di implementazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie in questo territorio, nei percorsi di valutazione dei bisogni e di monitoraggio degli esiti. L'incontro e il confronto fra i soggetti che hanno la responsabilità istituzionale sul servizio sociosanitario e le rappresentanze sociali, gli operatori, i cittadini, le comunità locali, possono essere un metodo di governo utile, perfino necessario se ci riferiamo a un sistema complesso, come quello della salute.

D'altra parte, se oggi si prospetta una nuova fase del regionalismo nel ns. Paese, con più autonomia, più decentramento anche sulle politiche sanitarie e l'organizzazione dei servizi nel territorio, a maggior ragione è necessario e auspicabile ciò avvenga con il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità locali. Perché i cambiamenti che servono a governare nel territorio l'evoluzione del sistema socio-sanitario hanno bisogno anche di competenze non gestionali-amministrative, vale a dire, di quelle competenze che sono dei cittadini/utenti dei servizi, degli operatori, delle loro rappresentanze sociali, senza le quali le molte complessità funzionali del sistema non si governano.

Un governo del sistema sanitario e socio-sanitario nel territorio se non è partecipato è improbabile possa assicurare l'adeguatezza dei servizi rispetto ai bisogni della comunità e, in taluni casi, quando si affonda il bisturi sull'organizzazione della rete d'offerta senza alcuna informazione e tanto meno coinvolgimento di operatori e cittadini, rischia perfino di essere un governo percepito contro le comunità.

Invece, si può fare dell'adeguatezza dell'organizzazione dei servizi e delle prassi medico-assistenziali alla domanda di salute nel territorio, un'adeguatezza costruita con percorsi partecipativi, un punto di forza del processo di attuazione della L.r. 23/2015.

Se guardiamo il processo evolutivo del SSL, per rapporto all'attuazione della riforma del 2015, la sanità lombarda, per quanto tra le più evolute del Paese e d'Europa, ha oggi rilevanti difficoltà, proprio a partire da quegli elementi di inadeguatezza e di incompiutezza del processo di riordino del sistema, fra i quali c'è, anzitutto, la strutturazione della rete d'offerta che si sarebbe dovuta realizzare in un'ottica di riequilibrio e integrazione tra ospedale e territorio, per fare sanità d'iniziativa e assicurare continuità assistenziale, concretizzando la presa in carico del paziente lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi e cura.

Certo, il sottofinanziamento e il definanziamento del SSN in corso da tempo hanno impattato, con esiti ovviamente sfavorevoli, i sistemi sanitari regionali – virtuosi o meno che fossero – tanto dal lato del processo di realizzazione della rete territoriale, quanto da quello della riorganizzazione della rete specialistico-ospedaliera, determinando un taglio dell'offerta sanitaria che in generale ha nettamente indebolito il sistema pubblico. Il che ha condizionato pesantemente anche il processo attuativo della L.R. 23 del 2015.

Nemmeno possiamo ignorare il fatto che l'attuale andamento economico e le politiche di bilancio, stante l'obiettivo di neutralizzare le clausole di salvaguardia sull'IVA e il progetto di una *flat tax* di qualche tipo, non lasciano immaginare margine alcuno di rifinanziamento o maggiore spesa per il welfare, anzi è più facile che intervengano misure di compensazione sotto forma di tagli automatici. Intendiamoci, servirebbe davvero una riforma fiscale, che rompa il circolo vizioso «evasione fiscale-ricchezza privata-debito pubblico», ma questa riforma non è la flat tax.

Nell'immediato, anche sperando e impegnandoci sindacalmente per il meglio affinché questi tagli non debbano toccare la sanità, potrebbero non esserci maggiori finanziamenti per il SSN. E questo sarebbe motivo di ulteriori gravi difficoltà, a cominciare da uno degli aspetti più critici del sistema sanitario: il tema del personale sanitario.

I molteplici vincoli imposti alla spesa e alle dotazioni organiche hanno indebolito il servizio sanitario, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona.

È il personale sanitario e socio-sanitario che, dopo la riforma regionale, nei territori lombardi ha permesso, nonostante le carenze più volte denunciate, che il riordino del sistema salute come ridefinito dalla legge 23/2015 fosse implementato senza che si generasse una totale disfunzionalità dei servizi. Ma fino a quando?

Come messo in evidenza anche dai colleghi della Funzione pubblica e della CISL medici, *«senza nuove assunzioni, il sistema sanitario pubblico rischia il collasso, a scapito dei cittadini e degli operatori»*. Lo afferma anche l'Assessore al Welfare della Regione Lombardia, in relazione alle molteplici criticità sul personale che stanno interessando la sanità. *«Senza medici, infermieri e operatori in numero sufficiente – spiega ancora l'Assessore – i reparti ed i Pronto Soccorso si svuotano, i turni non si coprono, le liste d'attesa si allungano»*.

Risolvere la grave carenza di personale e la condizione indispensabile per fare una buona sanità, e quanto si sta facendo e si programma di spendere per le specializzazioni e l'implementazione di personale sanitario, anche ricorrendo all'inserimento di specializzandi, per tamponare questo problema, sembra ancora insufficiente per garantire oggi e nel prossimo futuro perfino il turn over, oltretutto le ulteriori necessità. Se c'è una priorità nell'allocazione di una maggiore spesa sanitaria, quella del personale sanitario è la prima, oppure non resta che rassegnarsi a un declino inevitabile degli standard di servizio e di salute, nel territorio, nella nostra regione e nel Paese, almeno per una larga parte della popolazione che ridurrebbe l'accesso ai servizi di cura non avendo i mezzi per sostenere di tasca propria la fruizione degli stessi servizi fuori dal sistema pubblico.

Vale per la cura sanitaria tanto quanto per l'assistenza socio-sanitaria: la riorganizzazione e il razionamento della spesa, se non si riesce a coniugare adeguatezza e sostenibilità di sistema, riducono in concreto l'offerta pubblica e i servizi formali di cura, spostando l'asse assistenziale sull'offerta informale e la spesa privata.

Ma, in questo caso, a venir meno è anche la capacità del sistema salute nel suo complesso di assicurare universalità dei principi, dei diritti, e delle regole.

Per affrontare le attuali difficoltà della sanità, la politica regionale ha indicato tre macro obiettivi:

- il riordino della rete dell'offerta territoriale e ospedaliera
- il completamento della riforma per la presa in carico del paziente cronico,
- il contenimento liste d'attesa per visite, esami e accesso PS.

Sul primo obiettivo il Sindacato nel suo insieme ha posto alcune questioni di fondo, la prima riguarda il rafforzamento della rete d'offerta di cure intermedie.

Non sarebbe sufficiente, per quanto sia necessaria, una mera riclassificazione delle tipologie di degenza territoriale per le cure intermedie o di transizione presenti in questo momento in regione. L'integrazione ospedale-territorio, per attuare il passaggio da un servizio sanitario centrato sulla cura ospedaliera della malattia in fase acuta, alla presa in carico del paziente, è una sfida di sistema ancora largamente irrisolta, ma essendo anche un punto di snodo del patto fiduciario fra cittadini e servizio sanitario, che la riforma regionale del 2015 intendeva realizzare, è anche una sfida di pubblica priorità.

Le evidenze epidemiologiche e demografiche, e alcuni fattori di cambiamento del sistema socio-sanitario, fanno già oggi ritenere necessario e ineludibile che si debba andare in direzione di un aumento dell'offerta di degenza territoriale per cure intermedie o di transizione. Diversamente non ci sarebbero i molti problemi che si rilevano oggi tanto per i pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso, provenienti anche dal proprio domicilio, che necessiterebbero per un periodo di tempo di supporto medico e infermieristico, senza che spesso si trovi un posto letto di cure intermedie, quanto per i pazienti, pur stabilizzati ma con un bisogno di accompagnamento in fase di dimissione dal reparto di degenza per acuti, e ugualmente non si riesce a garantire un accesso in struttura di assistenza extra-ospedaliera, sicché il paziente o la sua famiglia sono lasciati soli, al meglio si attiva l'ADI, oppure, in ultima istanza, nel caso di un paziente anziano, resta il ricovero improprio in RSA.

Con l'Assessorato al Welfare di RL abbiamo in corso questa discussione e il suo esito dipenderà anche dal percorso, peraltro previsto in una prima fase di attivazione del processo di riordino, che si svilupperà tramite la competente ATS per l'analisi sullo stato e l'evoluzione dei fabbisogni e sul riassetto della rete da realizzare, in termini di numero di posti letto e localizzazione delle unità d'offerta nel proprio territorio. Un percorso di valutazione che auspichiamo, come detto in principio, si realizzi nel territorio in modo realmente partecipativo e inizi da subito in ambito ATS con il fattivo coinvolgimento del sindacato.

Un secondo punto di discussione riguarda la chiara e univoca individuazione del nodo organizzativo responsabile della gestione delle attività e dei processi relativi all'accesso alla degenza territoriale più appropriata capace di assistere la persona nel "posto giusto", con un corretto accompagnamento del paziente che ne consenta la reale presa in carico.

Non sarebbe sensato prevedere che il singolo MMG o specialista ambulatoriale o medico ospedaliero possano, pur con protocolli definiti, prendere accordi direttamente con la struttura a cui destinare in regime di degenza di transizione un proprio paziente dal domicilio o in dimissioni dall'ospedale per acuti o anche dal Pronto Soccorso.

La proposta che abbiamo fatto nel confronto con l'Assessorato al Welfare di RL è che la piena responsabilità organizzativa e funzionale

- di acquisire la disponibilità di posti letto in strutture pubbliche o private contrattualizzate nel territorio di competenza di ogni ATS,
- ricevere le istanze di ricovero prescritte dal medico,
- gestire specifici protocolli per le richieste provenienti dai P.S.,
- individuare la struttura a cui inviare il paziente,
- concordare con il medico di riferimento ed il coordinatore infermieristico tempi e modalità di accesso e dimissione,
- interagire con le strutture di degenza ed il *care giver* familiare per sovrintendere alla continuità della presa in carico del paziente, gestendo il percorso di accompagnamento al domicilio – raccordando le strutture di degenza con l'ADI – oppure accompagnando il paziente ad altra soluzione residenziale in dimissione dalle cure di transizione,

tutte queste funzioni, abbiamo proposto siano da affidare a specifiche Unità Organizzative da formare presso le ASST, gestite da figure con professionalità infermieristica e profili di case manager, per un servizio integrato ospedale-territorio.

Da ultimo, finalmente verrebbe da dire, c'è il tema dei POT e PreSST sui quali dovrebbe essere centrata la realizzazione della rete d'offerta di assistenza extra-ospedaliera per le cure di transizione, per un'organizzazione sanitaria che si vuole sempre più capace di assistere la persona nel "posto giusto" in relazione ai suoi bisogni di salute, con l'attivazione di competenze multidisciplinari, il coinvolgimento della medicina generale e degli specialisti territoriali, e con un'articolazione di setting assistenziali per intensità di cura e modalità avanzate di integrazione socio-sanitaria.

Anche qui, nel percorso di definizione dei provvedimenti di riordino e implementazione della rete di degenza territoriale, ci sarà una fase che impegnerà le ATS e le ASST nella individuazione dei POT e dei PreSST che si vorranno attivare ed è una fase che può aprirsi al coinvolgimento e alla partecipazione, considerando le indicazioni che possono venire dalle comunità locali, dagli operatori, dal sindacato, penso per fare un esempio alle proposte sentite

negli interventi introduttivi ad inizio mattinata rispetto all'ospedale di Menaggio o alla Cittadella sanitaria nell'area del vecchio ospedale Sant'Anna.

Portare a buon fine il processo di riordino della rete d'offerta delle degenze di transizione, in un'ottica di reale integrazione ospedale-territorio e di integrazione socio-sanitaria, è anche una condizione pregiudiziale rispetto al funzionamento del nuovo modello di presa in carico della cronicità implementato nel sistema ormai dalla primavera del 2017. Sarebbe tempo di fare un primo sereno bilancio per rapporto agli obiettivi del nuovo modello di presa in carico dei cronici, se non per tutti i risultati attesi – per alcuni è probabile non si possano ottenere evidenze confrontabili, penso ad esempio ai risultati attesi in termini di prevenzione dell'aggravamento delle patologie dei pazienti seguiti dalla rete dei gestori – su altri, come il livello di adesione e reclutamento, anche per rapporto alla stratificazione dei pazienti, la riduzione del ricorso ai ricoveri ospedalieri e gli accessi al pronto soccorso, e di conseguenza il contenimento della spesa e del consumo sanitario, qualcosa si dovrebbe pensare di dire, almeno sul finire dell'anno.

Questo modello di presa in carico della cronicità, problematico nella versione lombarda, frutto di un arrangiamento incoerente del modello di cura della cronicità ideato e implementato in altri sistemi sanitari e descritto in letteratura, e nemmeno del tutto in linea con il PNC, sta dando prova di un buon funzionamento? È una buona domanda per un tavolo di valutazione e confronto da attivare quanto prima in ambito ATS che coinvolga anche il sindacato e le comunità locali.

E non meno utile e necessario sarebbe condividere una prima valutazione con ATS/ASST degli esiti delle misure adottate con le regole di sistema 2018 e poi ampliate e rafforzate con le regole 2019 in materia di riduzione delle liste d'attesa per gli esami diagnostici e le visite ambulatoriali.

Queste misure sui tempi d'attesa nell'area ambulatoriale, con la negoziazione di volumi e prestazioni, e con l'accessibilità delle agende di tutti gli erogatori è stata condivisa dal sindacato, purché rappresentino il punto di partenza di una politica più strutturale che superi quanto prima la modalità limitata e sperimentale delle misure, a partire da una totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione di tutti gli erogatori (ospedali, ambulatori pubblici e privati convenzionati con il SSN), realizzando un «Punto unico per le prenotazioni» delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali a carico del SSR o in regime di attività libero professionale intramuraria.

Non sarà nulla di risolutivo, se contemporaneamente non si affronta la carenza anzidetta di specialisti, medici e personale infermieristico, ma è una linea d'azione che va percorsa, come sarebbe altresì, necessario per decongestionare i servizi di emergenza-urgenza, attivare percorsi dedicati per i codici bianchi e verdi, e con procedure di presa in carico con priorità di accesso ai reparti, a parità di codice, nel caso di soggetti fragili o anziani.

Nel quadro di una riorganizzazione delle funzioni di sportello al cittadino, al fine di agevolare l'accesso ai servizi, accompagnando le persone a un utilizzo consapevole e appropriato dell'offerta, sarebbe anche necessaria l'attivazione di punti unici di informazione e orientamento sulle unità d'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, ed eventuali misure attive di sostegno per l'accesso ai servizi.

Molto ci sarebbe ancora da dire e soprattutto da fare. Noi non vogliamo venir meno, come sindacato, per ciò che siamo e rappresentiamo, a un impegno culturale e politico, un impegno di ascolto del territorio, di proposta e di confronto, per garantire risposte migliori al bisogno e al diritto alla salute. Insieme possiamo.