

7 giugno 2016

## Riordino della sanità lombarda

*Per chi vuole saperne di più ...*

Lombardia Sociale ha pubblicato un'interessante recensione della Dgr n. 5113 del 29 aprile 2016 che indica le linee guida regionali per l'elaborazione dei POAS (Piani di Organizzazione Aziendale Strategici) di ATS, ASST, AREU e IRCCS di diritto pubblico, primo passo attuativo della legge regionale di riordino della sanità lombarda (legge n. 23/2015): diventa più chiaro cosa devono fare ATS e ASST, in quale relazione stanno tra loro e con il resto degli attori del welfare.

Utilizzando il testo predisposto da Pia Balzarini e Emilio Didonè della Fnp Cisl Milano Metropoli, cerchiamo di riassumere, in modo schematico, l'articolo di Valentina Ghetti, che contribuisce a illustrare come funzionerà, o meglio dovrebbe funzionare, il futuro sistema socio sanitario lombardo.

### LE ATS (Agenzie di tutela della salute)

#### ***Ruolo e funzioni***

La costituzione delle ATS in Agenzia (e non più Azienda) ne fa perdere le precedenti funzioni di erogazione e porta a compimento il processo di piena separazione della funzione programmatoria da quella erogativa. Aggiunge però un ulteriore obiettivo: le ATS avranno il ruolo, oltre che di governo e committenza, anche di promozione dell'integrazione, *starà cioè alle ATS sviluppare una nuova prospettiva del sistema di cura e assistenza.*

Accanto alle tradizionali funzioni delle ex ASL - programmazione dell'offerta, accreditamento, negoziazione, contrattualizzazione, acquisto, valutazione e controllo e di promozione e tutela della salute - si introduce, quale elemento di particolare innovazione, una specifica funzione nel governo della domanda finalizzata alla "presa in carico integrata e alla realizzazione di reti essenziali per la gestione di percorsi assistenziali". *Questo significa che le ATS dovranno sviluppare nuove funzioni trasversali orientate all'analisi della domanda; allo sviluppo di nuovi approcci statistico - epidemiologici per valutazione dell'appropriatezza e degli esiti delle cure; al monitoraggio della salute della popolazione e dell'accessibilità dei servizi.* Le modalità con cui sviluppare tali funzioni sono lasciate all'autonomia delle singole ATS.

#### ***Organizzazione interna***

L'ATS è articolata in 6 (sei) dipartimenti, oltre la Direzione strategica:

- Igiene e Prevenzione sanitaria;
- Cure primarie;
- PAAPS (Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie);
- Veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- Amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- PIPSS (Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali).

I nuovi dipartimenti PAAPS e PIPSS sono quelli che acquistano particolare rilevanza per il welfare sociale, uno centrato sul governo dell'offerta (PAAPS) e l'altro della domanda (PIPSS).

Il **PAAPS** agisce di fatto in continuità con il vecchio dipartimento PAC (programmazione, acquisto e controllo). e la principale novità è il collegamento funzionale con la nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo in relazione alle funzioni di vigilanza e controllo: sarà da questa che verranno le indicazioni a cui il PIPSS dovrà attenersi per il loro espletamento.

Il **PIPSS** non è l'analogo dell'ex Dipartimento ASSI, ma è il luogo dove si sviluppano le nuove funzioni strategiche di analisi e governo della domanda nonché il governo della presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Le linee guida identificano tre funzioni in capo ai PIPSS:

- a) il raccordo tra sociosanitario e sociale, avvalendosi anche delle "Cabine di regia", e operando con gli Uffici di piano e i Sindaci per realizzare: l'analisi dei bisogni del territorio e delle risorse presenti (sia di servizi che economiche), la promozione del lavoro di rete tra i diversi attori, l'identificazione di modelli e strumenti integrati di valutazione e presa in carico e il loro monitoraggio, l'istituzione e gestione di tavoli tematici;
- b) il coordinamento e monitoraggio su progettualità innovative. E' qui che confluirà il governo delle sperimentazioni ad esempio le misure finanziate dal Fondo famiglia, Piano Conciliazione o Reddito di Autonomia;
- c) il governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali.



Le ATS sono organizzate in **distretti**, articolazioni territoriali di dimensione delle ASST, che afferiscono funzionalmente ai PIPSS e danno concreta attuazione alle funzioni del Dipartimento.

I distretti perdono le funzioni di erogazione – cedute alle ASST – acquisendo funzioni di supporto al governo della presa in carico territoriale, attraverso l'interazione con gli attori presenti sul territorio (erogatori, Uffici di piano e sindaci, Associazioni volontariato, Terzo settore, Associazioni di categoria, ect...) concorrono a realizzare l'analisi dei bisogni e delle prestazioni necessarie, fornendo indicazioni utili per la gestione delle funzioni di negoziazione e acquisto condotte dal PIPSS. I distretti partecipano alle Cabine di regia: sono la voce dei territori. *Se il processo sarà governato oculatamente i distretti potrebbero progressivamente coincidere con quelli dei Piani di zona dei Comuni, con le conseguenti sinergie.*

### ***L'integrazione con il sociale***

L'integrazione con il comparto sociale è, come visto, competenza del dipartimento PIPSS e viene realizzata con il concorso di due organismi: Cabine di regia e Assemblea dei sindaci.

Le **Cabine di regia** possono essere attivate, con funzione consultiva, dal Dipartimento PIPSS e il coordinamento è in capo al Direttore sociosanitario dell'ATS. Le dimensioni territoriali della Cabina sono lasciate alla valutazione del

Direttore generale, possono non essere coincidenti con il perimetro dell'ATS, ma potrebbero avere articolazioni ulteriori.

La composizione è determinata dal Direttore generale dell'ATS e deve però prevedere la partecipazione di:

il direttore del dipartimento PIPPS, i direttori sociosanitari delle ASST, i rappresentanti degli enti locali/conferenza o assemblea dei sindaci, i coordinatori/responsabili degli uffici di piano, i rappresentanti dei soggetti gestori delle Unità d'offerta/servizi interessati dalle tematiche oggetto della Cabina, altri responsabili delle ATS che si ritiene opportuno invitare.

Si suggerisce infine un'articolazione per sottogruppi tematici, per l'approfondimento di alcune aree della presa in carico di particolare interesse: anziani non autosufficienti; disabili in età evolutiva e in particolare nell'area dello spettro autistico; disabili in età adulta in particolare con riferimento alle malattie neurodegenerative.

In riferimento alla **Conferenza dei sindaci** si conferma di fatto quanto indicato nella legge, ovvero il confine legato all'ATS ma al contempo un'articolazione su due livelli (assemblea di distretto e di ambito) e le funzioni prevalentemente consultive e di proposta.

## LE ASST (Aziende socio sanitarie territoriali)

### ***Ruolo e funzioni***

Modello di Azienda che accorpa in un'unica realtà la parte ospedaliera con quella territoriale, per superare la frammentazione e la distinzione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio e tra sanitario e sociosanitario.

La principale "svolta organizzativa" richiesta è quella di superare l'articolazione per ambiti specialistici/discipline/specifiche competenze, per orientarsi all'acquisizione di modelli organizzativi in grado di sviluppare una "visione per processi", ovvero un approccio organizzativo che metta insieme diversi settori, differenti discipline e diverse figure professionali, al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico - terapeutico. Tale svolta è ritenuta particolarmente necessaria per la definizione di risposte efficaci e di qualità nei confronti dei pazienti cronici. Nella riorganizzazione si invita a tener conto anche dell'evoluzione del sistema tariffario, che anch'esso deve superare l'approccio per singola prestazione ma aprirsi alla logica della remunerazione per percorsi di cura.



### ***Le aree di produzione***

**Polo ospedaliero** è l'insieme dei presidi ospedalieri di cui è composta l'ASST ed è prevalentemente orientato "all'erogazione di prestazioni in acuzie e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità".

**Rete territoriale** è l'insieme dei punti di erogazione territoriale delle prestazioni distrettuali di specialistica, diagnosi, cura e riabilitazione a bassa intensità assistenziale e cure intermedie. E' in questo secondo settore che transiteranno dunque le funzioni prima in carico alle ASL: gestione delle erogazioni per gli assistiti al domicilio; protesica e ausili; CPS, SERT, Consulteri familiari, NO, ect...

L'ulteriore declinazione di questi poli in POT (Presidi ospedalieri di territorio) e Presst (Presidi sociosanitari territoriali) rimane invece ancora piuttosto generica.

**Rete delle unità di offerta extra - aziendali** e che comprendono tutte le altre realtà che operano sul territorio e che intervengono nel processo di cura (servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, delle cure intermedie, hospice, ect ...).

## **La cronicità**

La Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale (**RICCA**) ha l'obiettivo di "attuare la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità garantendo continuità e appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle unità d'offerta deputate all'erogazione delle prestazioni". La RICCA è identificata come una "componente della rete territoriale della ASST" di cui fanno parte servizi sanitari, sociosanitari e integrata con quelli sociali, orientati a una specifica tipologia di utenza. Si tratta dell'insieme di servizi e professionalità che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.

Nelle linee guida ricorrono alcuni presupposti metodologici del funzionamento della rete:

- il lavoro di gruppo tra professionalità provenienti da enti diversi;
- l'orientamento a specifici target di utenza;
- la condivisione delle informazioni, mediante sistemi informativi accessibili e l'utilizzo di tecnologie;
- la presenza di regole esplicite di funzionamento;
- la disponibilità degli operatori a cambiare radicalmente e culturalmente il modo abituale di operare.

## **L'evoluzione dei modelli di remunerazione**

Di una certa rilevanza la modalità di remunerazione di questo nuovo approccio di rete nell'intervento sulla cronicità. Innanzitutto si fa riferimento al fatto che a ogni rete viene assegnato un budget annuale ("comprensivo di risorse economiche, strutturali, tecnologiche e professionali") e compito della direzione della rete, in capo alla ASST, è quello di intervenire nel governo di tale budget.

Si propone uno scostamento dal modello di remunerazione a prestazione, che tende a frammentare il percorso assistenziale, per aderire invece a modalità nuove che possano incentivare la presa in carico integrata, proponendo anche prospettive possibili, facendo esemplificazioni e specificando gli effetti attesi:

- assegnazione di una quota al coordinatore di rete per garantire continuità e appropriatezza del percorso (Pay for coordination);
- assegnazione di una quota per pacchetto di prestazioni (bundled payment).



*Vuoi essere informato sull'attività della Federazione Nazionale Pensionati?*

*Conosci qualcuno che è interessato?*

Invia una e-mail con nominativo e recapito a: [pensionati.brescia@cisl.it](mailto:pensionati.brescia@cisl.it)