

Il modello lombardo della presa in carico, spunti normativi e cambiamenti organizzativo-gestionali

Stefano Manfredi*

SOMMARIO: 1. La legge regionale lombarda n. 23 del 2015. – 2. I soggetti del sistema. – 3. La presa in carico del paziente cronico. – 4. I primi passi compiuti. – 5. Prime considerazioni conclusive.

1. La legge regionale lombarda n. 23 del 2015

La legge regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 apporta una sostanziale modifica nella organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitario della regione Lombardia.

Viene definita legge di evoluzione del sistema in quanto mantiene i principi basilari che già caratterizzavano tale organizzazione, promuovendo al contempo innovazioni importanti con modifiche nella struttura stessa della rete dei servizi.

Tra i principi ispiratori rimane confermato con forza quello della libera scelta del cittadino nell'accesso alle strutture sanitarie e socio-sanitarie (art. 2, lett. b), così come quello della sussidiarietà orizzontale ("per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta": art. 2, lett. h).

Al contempo viene enunciato l'orientamento alla presa in carico della persona in una visione olistica attraverso l'erogazione di prestazioni da parte della rete sanitaria e socio-sanitaria e la collaborazione tra enti ed istituzioni.

* "Direttore generale della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Sembra essere questo il punto cardine della riforma che si propone di offrire al cittadino non singole prestazioni ma processi di presa in carico attiva.

In altre parole si tratta di passare dal governo dell'offerta a quello della domanda promuovendo l'integrazione dei servizi che intervengono "favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che operano in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative" (art. 3, lett. d).

Ben si comprende l'entità della sfida di passare da servizi erogati in maniera non strettamente connessa a reti di cura che mettono al centro particolarmente le problematiche inerenti la cronicità.

Parliamo di una vasta fascia della popolazione (3,5 milioni di abitanti in Lombardia 30% della popolazione totale) che assorbe un ancor più vasto volume di spesa sanitaria (75%). A questi dati si aggiunga che, dal punto di vista sociale, le famiglie composte da un solo componente sono in costante aumento specialmente per quanto attiene alla popolazione anziana con conseguente minor efficacia della rete di supporto familiare tradizionalmente forte nella nostra cultura.

Inoltre, l'aspettativa di vita alla nascita è in crescita continua nel nostro paese e con essa la curva dei bisogni socio sanitari supportati da tecnologie e pratiche sempre più avanzate e costose. La l.r. 23 ha il merito di proporre un disegno del sistema in grado di far fronte a queste problematiche emergenti sotto il profilo sanitario e sociale.

2. I soggetti del sistema

Nel contesto della legge di evoluzione si parla di sistema e non più di servizi, in tal modo sottolineando che ciò che si intende proporre non è sviluppo di servizi ma organizzazione degli stessi in maniera sistemica.

Un cambiamento, questo, da perseguire all'interno di un modello che separi le funzioni di programmazione, erogazione delle prestazioni e controllo.

In capo alla Regione permangono la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e le connesse funzioni di programmazione e indirizzo.

La Giunta elabora annualmente le regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti.

Ai Comuni rimane in capo la responsabilità dei servizi socio-assistenziali, ma la connessione con il sistema sanitario è prevista essere più stringente proprio per garantire presa in carico e continuità delle cure.

Un rilevante cambiamento in ambito sanitario è costituito dalla creazione dei nuovi enti istituzionali.

La L.R. 35 prevede la creazione di 8 Agenzie di tutela della Salute (ATS) e 27 Aziende socio sanitarie territoriali (ASST) oltre che 4 IRCCS pubblici in sostituzione delle precedenti 15 ASL e 29 Aziende Ospedaliere.

Alle ATS è attribuito il «governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali... a garanzia della continuità assistenziale» (art. 6, comma 3, lett. b).

Per promuovere l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali.

Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione nel proprio territorio di competenza avvalendosi di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati con i quali stipulano contratti sulle prestazioni da erogarsi per garantire LEA e presa in carico del paziente.

Le ASST concorrono all'erogazione dei LEA insieme agli altri soggetti privati.

L'attività delle ASST è volta a garantire la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie.

Le ASST si articolano in settore polo ospedaliero e settore rete territoriale.

Afferiscono al settore polo ospedaliero tutte le strutture ospedaliere presenti nel territorio di competenza.

Afferiscono al settore rete territoriale:

- presidi ospedalieri territoriali (POT): strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie;
- presidi sociosanitari territoriali (PreSST): modalità organizzative di riferimento con lo scopo di integrare le attività e prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale;
- altre unità d'offerta territoriali.

Lo scopo è il superamento della logica ospedalocentrica e della separazione tra ospedali e territorio.

I due settori debbono essere in continua comunicazione per garantire percorsi adeguati ai cittadini assistiti.

3. La presa in carico del paziente cronico

Obiettivo fondamentale dell'evoluzione del sistema è la presa in carico del paziente cronico, che viene declinata da ultimo nella delibera della Giunta Regionale n. X/6164 del 30 gennaio 2017.

Come detto le unità d'offerta sociosanitarie operano nella prospettiva di una piena integrazione tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi.

Perciò vengono introdotti nuovi e già sperimentati strumenti quali:

- piano personalizzato di assistenza (PAI), che definisce i bisogni del paziente attraverso percorsi di cura e assistenza;
- la valutazione multidimensionale, in cui sono coinvolti medici ospedalieri e di medicina generale e che è la base per la stesura del PAI nei pazienti pluripatologici;

- altri strumenti (come l'assistenza domiciliare, l'erogazione di voucher, la residenzialità leggera/assistita, i ricoveri di sollievo e le RSA aperte) che devono essere ulteriormente potenziati e connessi organicamente al percorso di presa in carico.

Altro obiettivo fondamentale è il passaggio dal governo dell'offerta al governo della domanda volto ad articolare la rete sulla base dei bisogni dei cittadini attraverso una stratificazione della domanda sulla base della diversa intensità del livello di cura.

Si tratta di passare:

- da un sistema orientato all'offerta a un sistema proattivo orientato ai bisogni delle persone;
- da una logica «verticale» delle cure intesa come sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali a una logica di unica responsabilità di presa in carico rispetto ad una molteplicità di attività e servizi;
- da un modello di remunerazione del costo della prestazione a un modello di remunerazione per costo della patologia (a tariffa di presa in carico);
- da un modello di remunerazione della singola prestazione erogata a un set predefinito di prestazioni e servizi associati con tariffa omnicomprensiva;
- da un modello di accreditamento istituzionale a un modello di accreditamento dei percorsi di cura.

I concetti di base della presa in carico sono:

- reclutamento precoce dei pazienti per prevenire o ritardare l'aggravamento delle condizioni generali e l'insorgere di complicanze;
- lettura integrata del bisogno attraverso l'analisi di equipe multiprofessionali al fine di elaborare adeguati PAI;
- identificazione di set di riferimento comprendenti farmaci, visite ed esami oltre che eventuali ricoveri programmati;
- accompagnamento nel percorso e controllo della compliance anche attraverso strumenti quali i recall per favorire la corretta adesione del paziente al piano di cura concordato.

4. I primi passi compiuti

Per favorire ed iniziare tale percorso Regione Lombardia ha iniziato procedendo alla stratificazione della domanda per giungere alla classificazione dei pazienti.

Seguendo il modello di classificazione BDA (banca dati assistiti) in coerenza con i LEA, i soggetti verranno raggruppati sulla base di due elementi:

La patologia principale e il livello di complessità, definito in base al numero delle valutazioni multidimensionali venendo così a definire:

- Livello 1: soggetti ad elevata fragilità clinica (es. demenza severa, gravi disabilità, gravi patologie psichiatriche);
- Livello 2: soggetti con fragilità polipatologica (es. dipendenze, demenza e disabilità di grado moderato);
- Livello 3: soggetti con una cronicità in fase iniziale.

Si è così giunti ad una stratificazione così come rappresentata nella figura sottostante.

Stratificazione della domanda

N. Soggetti potenziali	Tipologia Pazienti	Domanda	Bisogni
150.000	Fragilità clinica (quattro o più gravi patologie) es. demenza severa, gravi disabilità, gravi patologie psichiatriche	Prevalentemente di tipo ospedaliero e/o residenziale	Integrazione Ospedale Socio Sanitario (RSA, ADI, RIA, ...)
1.300.000	Cronicità polipatologica (2-3 patologie) es. dipendenze, demenza e disabilità di grado moderato	Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users)	Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno)
1.900.000	Cronicità in fase iniziale (1 patologia) es. demenza in fase iniziale e disabilità lieve	Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati	Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica
3.000.000	Soggetti non cronici	Prime visite/accessi ambulatoriali veri	Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili
3.500.000	Non utilizzatori	Potenziali utenti	

I successivi passi sono schematizzabili nella figura seguente:



I soggetti gestori responsabili della presa in carico saranno identificati in Medici di Medicina Generale anche organizzati in cooperative, ASST ed altri soggetti pubblici e privati responsabili del processo di erogazione delle prestazioni.

I soggetti gestori responsabili della presa in carico dei pazienti dovranno garantire, con intensità ed accentuazioni differenziate a seconda dei diversi livelli di stratificazione della domanda, le seguenti funzioni:

- definizione del piano di assistenza individuale;
- coordinamento e l'attivazione in modo integrato e coerente con la valutazione dei bisogni della rete erogativa dei servizi sanitari, sociosanitari, assicurando anche il raccordo e l'integrazione con i servizi sociali;
- l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie afferenti ai diversi livelli essenziali di assistenza direttamente, o tramite partner di rete, nel pieno rispetto della libertà di scelta dei pazienti;
- il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- la garanzia della relazione proattiva con il paziente, l'eventuale prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei diversi partner di rete così da rispettare la programmazione delle prestazioni/servizi previste nel Piano di Assistenza;
- la garanzia di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina;
- il case management in termini di responsabilità clinica e di accompagnamento del paziente in relazione alla complessità clinica e ai bisogni assistenziali.

5. Prime considerazioni conclusive

Il processo appena iniziato si scontra, ovviamente, con importanti difficoltà organizzative, soprattutto per quanto attiene allo sviluppo e alla piena disponibilità di una piattaforma informatica che favorisca lo scambio di informazioni tra soggetti della rete, nel rispetto della privacy del paziente.

Il più importante ostacolo resta comunque quello culturale di resistenza al cambiamento. Pur riscontrandosi una ampia adesione alla logica di fondo, la scarsa abitudine a lavorare in rete comporta lunghi training e talvolta induce comportamenti opportunistici a difesa di rendite di posizione.

Perciò sono stati attivati percorsi di formazione per gli operatori a tutti i livelli del sistema. L'adesione al progetto da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta è avvenuta un po' a macchia di leopardo, con adesioni significativamente superiori nelle province rispetto ai centri metropolitani.

Si confida che nel tempo le adesioni stesse aumentino se il sistema avviato darà esiti positivi per i pazienti.

Sarà necessario, inoltre, operare per far sì che le liste dedicate ai pazienti cronici non influiscano negativamente sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e le visite.

Altra incognita, al momento, è l'adesione dei pazienti al progetto, che richiederà tempi adeguati di valutazione.

Con certezza si può affermare che la scelta di sistema è coraggiosa e sfidante per gli operatori e per attivare un cambiamento di prassi e culturale che non può attendere oltre.

