



Il documento politico della Card

Valore al distretto per “riospitalizzare il territorio”

Noi medici, psicologi, operatori delle professioni sanitarie, amministrative e di altre competenze dei distretti sanitari e sociosanitari soci della Associazione Scientifica **CARD** (Confederazione Associazione Regionale dei Distretti - www.carditalia.com) proponiamo alle SS VV, in spirito collaborativo e propositivo, alcune considerazioni condivise con i Soci, che vorremmo si aggiungessero alle recenti precisazioni e repliche sul tema della sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. 1. A nostro parere occorre convenire su alcune irrinunciabili premesse prioritarie, per fugare dubbi ed evitare equivoci:

- a) non può esistere crescita vera e duratura se i cittadini e le comunità perdono salute; se non vi è unanimità nel considerarla diritto dell'individuo, costituzionalmente sancito, ed anche interesse della collettività;
- b) non si raggiunge equità senza pari opportunità di accesso alle cure, alle occasioni di benessere e di buona qualità di vita; se non si riduce il numero di persone svantaggiate o costrette ad impoverirsi per cercare la salute;
- c) non si ha rigore se nella ricerca della maggiore efficienza si penalizza l'efficacia; se non si sostiene il welfare con una fiscalità progressiva, anziché regressiva, che non consente evasione e distingue il valore delle attività sociosanitarie.

2. La Vostra dimestichezza con i documenti scientifici vi renderà agevole verificare che:

- a) il contributo della sanità alla salute è residuale rispetto a quello, ben maggiore, dei determinanti sociali: casa, lavoro-reddito, istruzione e cultura, habitat, trasporti. Intervenire su questi porta guadagno di salute e contribuisce alla tenuta e al miglioramento del benessere. La *evidenced based policy* facilita l'allocazione più sensata delle risorse pubbliche tra i settori, ma ogni decisione deve essere partecipata dalle comunità locali. Salute è democrazia, e viceversa;
- b) i sistemi sanitari pubblici, ovunque, mostrano performances superiori a quelli di tipo privato-assicurativo, in termini di resa e di spesa. Nel nostro Paese si rischia di perdere questo vantaggio, con le sue due più virtuose caratteristiche: l'universalismo e la solidarietà. Quest'ultima richiama il tema dell'evasione fiscale, da cui reperire, prima che altrove, le risorse oggi mancanti. In ogni caso, i cittadini-contribuenti vanno consultati su quanto intendono spendere per il welfare e la sanità pubblica; quanto proteggere la propria salute, globalmente intesa, con mezzi ed interventi pubblici;
- c) i sistemi fondati sulle cure primarie, e non su quelle specialistiche, sono di provata maggiore equità, efficacia ed efficienza. Nel nostro Paese non si è ancora colta del tutto questa opportunità, rendendo i **distretti** il luogo elettivo della costruzione e del governo di reti forte e moderne di cure primarie. Perdura l'errata visione tecnica di considerarle coincidenti con i servizi della medicina di famiglia e della farmaceutica convenzionata, per entrambe le quali anche in recenti provvedimenti si è persa l'occasione di inserirle bene nel "sistema", dando spazio a gestioni autarchiche o autoreferenziali. Nel territorio occorre costruire sistemi di governance avanzata, più vicini a capacità di coordinamento dei molteplici attori che a gerarchie sovraordinate, alla crescita delle capacità di autogoverno, al decentramento di autonomie e responsabilità capillarmente diffuse. Questo è il primo mandato e lavoro dei **distretti**, in tutti i contesti regionali. Con più adeguati strumenti e poteri potrebbero generare maggiori vantaggi, senza spese aggiuntive;
- d) il nostro SSN è tra i meno costosi dei Paesi ricchi. Dobbiamo permettercelo. La stessa Corte dei Conti ne ha colto la generale virtuosa dinamica di spesa. Decurtarne ulteriormente i fondi significa strozzarlo, anche dove prevale efficienza. Viceversa, la spesa privata out of pocket è tra le più alte, fonte di iniquità. Anziché aumentarla per assicurazioni private o fondi integrativi, servono soluzioni innovative per (i) riportare nel SSN le risorse private (30-35 mld €), spese oggi in duplicazione dei servizi pubblici; (ii) aumentare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa (è poco saggio spendere per cose inappropriate); (iii) diffondere le pratiche basate sull'evidenza scientifica e, soprattutto, il trasferimento della conoscenza verso l'azione (*knowledge translation to action*);
- e) in sanità gli approcci liberistici e le dinamiche di mercato producono risultati insoddisfacenti, così come non apporta vantaggi la competizione, anzi. Ogni proposta in tal senso va quindi considerata inconsistente, per noi inaccettabile;
- f) è discusso che la prima causa dei costi crescenti in sanità sia l'invecchiamento. L'OECD stima infatti che pesa solamente per lo 0,4%/anno rispetto alla crescita globale dei costi sanitari del 4,3%, dal 1970 al 2002. Ciò non toglie che sia opportuno, per ragioni etiche oltre che gestionali, rivedere la maggior parte dei percorsi di cura ed assistenza nella popolazione anziana, per evitare o fenomeni condannabili di rinuncia oppure temibili accanimenti diagnostici. Questo è vero soprattutto per i "grandi anziani": tra pochi anni gli ultra80enni rappresenteranno il 10% della popolazione e non sfugga in questo ambito l'emergenza del deficit cognitivo senile. Sono le tecnologie mediche a dover richiamare l'attenzione: costano molto, sono sempre più diffuse, soggette a palesi spinte consumistiche, pur spesso in assenza di una loro provata efficacia. Poniamo senza reticenze la questione del "cost disease".

Distretti più attrezzati e forti possono qui intervenire come elemento di reale progresso.

3. Il nodo centrale oggi è il **rapporto ospedale territorio**; solo il potenziamento del territorio può elevare l'efficienza dell'ospedale.

Viceversa, il nostro SSN non cessa di essere ospedalocentrico, salvo poi preoccuparsi che costa troppo. Siamo fortemente convinti del valore della spending review, ma secondo noi va diversamente condotta verso la parte territoriale ed ospedaliera, in quanto solamente da quest'ultima si possono realmente ricavare consistenti risparmi. Spostare il baricentro sul territorio richiede di convincersi e convincere che, contrariamente ad ingannevoli apparenze, "less is more". Ovvero, con "meno ospedale e più territorio" si può davvero ottenere di più con meno. Si constata che sono molto pochi in Italia i "grandi ospedali", di riferimento ad alta specializzazione con elevata attrazione su scala nazionale, tali da meritare gestione autonoma in Aziende separate. Tenuto conto del valore dei sistemi sanitari unici ed unitari, è conveniente inserire gli altri ospedali nelle Aziende Sanitarie territoriali, così da raccordarne il lavoro con quello dei **distretti**, da facilitare la continuità delle cure, le collaborazioni, il migliore equilibrio tra offerta/produzione in linea con le evidenze epidemiologiche locali, il progresso professionale e l'integrazione trans-specialistica, l'ottimizzazione della ripartizione delle risorse tra territorio ed ospedale, l'assenza di duplicazioni delle tecnostrutture aziendali. 4. Costruire **distretti forti** significa poter realizzare servizi alternativi all'ospedale, non solamente complementari, nell'ambito:

a) dell'assistenza ambulatoriale, mediante sostanziale revisione della *medicina generale*: da improntare non tanto all'aumento dell'offerta oraria ma al lavoro di proattività, e non più solo di attesa, con forme innovative di aggregazioni-associazioni governate dal distretto. Il vantaggio per i pazienti e l'impatto positivo sul funzionamento dei Pronto Soccorsi andrebbero ben oltre a quanto ottenibile dalle azioni previste nel recente "Decreto Balduzzi". Potrebbero potenziare la propria continuità di servizio negli orari diurni, impiegando qui - dove la domanda è più elevata - medici della continuità assistenziale ora destinati al servizio notturno in zone in cui è disponibile anche un Pronto Soccorso, la cui chiusura risultasse irrealizzabile, evitando così ridondanze; - *medicina specialistica*: da tarare sui bisogni e non sulle logiche dell'offerta, oggi spesso ridondante quando di parte pubblica ed opportunistica quando privata (convenzionata-accreditata). Il governo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali va affidato al distretto, da impegnare anche nell'educazione della domanda: buona riforma a costo zero.

b) dell'assistenza domiciliare: la sua produzione o committenza va posta unicamente in capo al **distretto**, che deve concretizzare questo livello essenziale di assistenza (LEA) con il rispetto di uno standard di apertura 24 ore-die/7 gg settimana, a presenza congiunta di medici ed infermieri, di tecnologie per l'home care, ovunque nel Paese, così da assicurare cure a casa anche complesse, realmente alternative al ricovero e/o all'istituzionalizzazione. I cittadini aspettano tutto questo, che non è ulteriormente rinviabile. Il programma va realizzato progressivamente, ad es. in un quinquennio, con forte determinazione. Non impone grandi investimenti, ed ha costi di gestione inferiori, ad es., a quelli di reparti di piccoli ospedali. Ideale sarebbe integrare servizi socioassistenziali aperti 12 ore/die, da sostenere coerentemente. Una presenza istituzionale così articolata e garantita rappresenterebbe il più concreto riconoscimento dell'attuale straordinario lavoro delle famiglie, occasione per fondere virtuosamente cure formali ed informali;

c) dell'assistenza residenziale e semiresidenziale: realizzando strutture intermedie riabilitative-sanitarie "a misura d'uomo", a regia e/o gestione diretta distrettuale, anche da riconversione di presidi ospedalieri (non fatiscenti), poste in continuità con l'assistenza domiciliare, in primis per persone anziane o non autonome/disabili. Questo network può costituire alternativa ad almeno il 30% dei posti letto di medicina interna/generale ospedaliera (dai costi molto più elevati e dai risultati più scadenti) ed alla totalità di quelli per "lungodegenza" (obsoleti e privi per lo più di finalità riabilitative/ricapacitative). Gli investimenti sarebbero ammortizzati nel giro di pochi anni, con rientro della spesa ospedaliera (corrente e per investimenti) e riallocazione di risorse priva di "effetti avversi".

In questo scenario, il **distretto** diventa il primo alleato

- degli Enti locali, rendendo accettabile la riconversione dei piccoli ospedali grazie all'offerta di queste alternative, senza privare le popolazioni di percezioni di sicurezza e senza deprimere realtà occupazionali spesso significative;
- della comunità locale, per scovare e liberare con il lavoro di prossimità le numerose risorse presenti nel territorio.

Merita dare valore al distretto non tanto per "deospedalizzare" (pur in modo accorto), quanto per "riospitalizzare il territorio", prima risposta alle sfide di questi tempi difficili. Le dimensioni del distretto siano coerenti con questi scopi. 5.

Potenziare i **distretti** significa aumentare le probabilità di affrontare incisivamente la maggiore attuale criticità, sottolineata da cittadini e tecnici: "l'epidemia" della cronicità e della non autosufficienza. Questa oggi è la priorità emergente, non più, salvo in zone delimitate, la risposta all'acuzie, unica competenza dell'ospedale. I bisogni di cura ed assistenza di lungo termine (c.d. "cronicità") e del suo portato estremo, la non autosufficienza, riguardano oggi milioni di persone ed altrettanti familiari. Non possiamo lasciarli soli a fronteggiare sofferenze e spese spesso schiaccianti. Per questo occorre dare centralità al **distretto**, attuare provvedimenti per dotarlo di risorse e strumenti in grado di renderlo **struttura specializzata** nel realizzare l'erogazione (con fattori produttivi propri ed esterni) di prestazioni di cura e riabilitazione; azioni di forte governo volte a superare l'attuale frammentazione di competenze e responsabilità, la dispersione delle risorse in campo; interventi che favoriscono il passaggio a servizi di proattività (e non solo di attesa), di riabilitazione (e non solo di riparazione). Non vanno elusi altresì interventi di prevenzione. Un distretto adeguatamente attrezzato e dotato potrà soddisfare meglio le cogenti esigenze di continuità assistenziale e di integrazione, intra sanitaria, sociosanitaria ed anche intersettoriale; rendere più facile alle persone l'accesso ad informazioni prontamente fruibili, l'orientamento e il primo accompagnamento-sostegno nelle difficoltà emergenti per cure ed assistenza; il supporto multiprofessionale nei percorsi complessi; infine, più adeguati tempi di presa in carico. Rinviare ulteriormente tutto questo ci espone al rischio di caduta del sistema e della coesione sociale, tenuto conto della crescente impossibilità delle famiglie di soddisfare in proprio questi bisogni, a causa delle ridotte capacità di spesa e della diminuita disponibilità a poter assistere direttamente il familiare, per contingenze sociali (prevalgono le famiglie monocellulari, i figli unici, ecc.) ed impegni lavorativi (si pensi al rinvio dell'età pensionabile imposta dalla riforma, che coinvolge soprattutto le donne, da sempre principali care givers).

Evidenze e buone prassi indicano il ruolo da protagonista del distretto per il cambiamento.

Nel ringraziare per l'attenzione, restiamo volentieri a disposizione per ogni chiarimento ed approfondimento

(Gentili, Da Col, Trimarchi, Volpe)

Il presente documento è stato approvato all'unanimità dal Consiglio Nazionale CARD Italia –Roma 15 dicembre 2012