

Commento

a cura di Emanuele Vendramini*

Il documento di FIASO sulla sanità territoriale è suddiviso in tre parti: lo stato dell'arte, le proposte e le conclusioni. In esso vengono analizzati con precisione e dettaglio gli elementi caratterizzanti sia il DM77 sia i contenuti relativi alla Missione 6 del PNRR specifici per la sanità territoriale. L'analisi è completa e coglie alcuni aspetti di evidente criticità: da un lato, il modello distrettuale identificato con il DM77 e, dall'altro, la moltitudine di accezioni identificate a livello regionale spesso molto lontane dalle indicazioni nazionali. Risulta infatti tra i nodi da sciogliere quello di esplicitare il ruolo, la governance ma soprattutto i contenuti di responsabilità dei distretti: solo programmazione e committenza, sola erogazione o mix delle due funzioni? E in relazione ai rapporti con le Case della Comunità: i fattori produttivi (personale, agende, tecnologie) dipendono dal distretto o quest'ultimo ha la responsabilità degli spazi ma non della funzione di erogazione e del relativo case mix che viene prodotto?

Il documento di FIASO cerca di rispondere a queste domande evidenziando come il DM n. 77/22 inserisce definizione e configurazione del distretto come cornice organizzativo-gestionale dell'assistenza territoriale nell'all. 1 (*indicazioni propositive*) e non nell'all. 2 (*indicazioni vincolanti*), mantenendo per le Regioni un'ampia discrezionalità, con il rischio di continuare ad alimentare forti disomogeneità e riflessi negativi sull'equità dell'offerta che il PNRR vorrebbe contribuire a superare.

Sempre in tema di Case della Comunità il documento presenta come in alcune Regioni esse siano l'evoluzione delle Case della Salute in un'ottica di *community building*, quindi con il coinvolgimento del volontariato, dell'associazionismo, della dimensione sociale (centri per anziani, centri diurni), mentre in altre siano strutture da attivare *ex novo*.

L'eterogeneità delle soluzioni porta anche a un'ulteriore preoccupazione legata alla possibilità che in alcuni contesti le Case della Comunità siano degli ex poliambulatori ridenominati con un'enfasi sui contenitori (strutture) e non sui contenuti (valore aggiunto prodotto per il cittadino). L'auspicio è una Casa della Comunità non solo come produttore/erogatore di prestazioni ma anche snodo territoriale e ambito di assistenza e cura per la presa in carico di pazienti fragili e cronici. Quindi non solo ampliamento della rete di offerta ma anche strumento di governo della domanda all'interno della quale si inserisce la centrale operativa territoriale che il documento ben rappresenta nelle sue potenzialità ma anche nei punti ancora da sviluppare.

Un ulteriore spunto di riflessione riguarda i MMG, PLS ma in generale tutti i professionisti che sono liberi professionisti convenzionati. Il tema non è solo di tipo contrattuale bensì di natura squisitamente clinica e gestionale. Le sfide sono legate alla possibilità di avere strumenti efficaci per la responsabilizzazione di questi professionisti in tema di governo clinico e di appropriatezza, di presa in carico dei fragili, degli anziani, dei cronici; nello specifico si intende avere i MMG, i PLS, i MCA e anche gli specialisti convenzionati ambulatoriali pienamente integrati nelle strutture distrettuali quali le Case della Comunità, i PDTA, le COT (si pensi alle fasi di segnalazione, di valutazione e della presa in carico).

La difficoltà di sviluppare programmi di coinvolgimento pieno e integrato dei professionisti delle cure primarie rischia di minare le potenzialità di strumenti innovativi e necessari per rispondere al bisogno dei cittadini come: gli Ospedali di Comunità, le cure di prossimità e le Case della Comunità.

* Emanuele Vendramini, Ph.D, Professore Ordinario di Economia Aziendale. Università Cattolica del Sacro Cuore.

La seconda parte del documento predisposto da FIASO presenta la *pars construens* e le 9 proposte che in termini dettagliati identificano la rotta da tracciare per lo sviluppo delle cure territoriali. Anche se tutti e 9 i punti presentati da FIASO sono significativi e identificano le priorità per continuare a migliorare l'efficacia, la tempestività e l'equità della risposta ai bisogni della nostra popolazione, 3 sembrano spiccare in termini di priorità. Innanzitutto, lavorare sul *ruolo centrale delle cure primarie* (MMG e PLS). Anche alla luce di quanto evidenziato precedentemente e puntando finalmente alla definizione di un vero e proprio processo di responsabilizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure primarie, obbligatorie dal 2009 ma in molti contesti ancora non presenti e, soprattutto, senza veri e propri obiettivi di salute. In secondo luogo, rafforzare la *governance* distrettuale attraverso l'investimento sulla formazione, sulle competenze e su un adeguato riconoscimento dello status direzionale ed economico dei Direttori di Distretto. Questo al fine di definire in modo chiaro e preciso un sistema di responsabilità in termini di risultato per il Distretto attribuendogli un vero e proprio budget di salute coerente con il sistema di programmazione e controllo aziendale. Infine, lavorare al rafforzamento dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari attraverso lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio dei PDTA e implementare l'*Activity-based management* per la valutazione dei percorsi di cura. L'implementazione dei percorsi è necessaria per superare le logiche a silos che troppo spesso caratterizzano la nostra sanità. Mettere al centro il cittadino vuol dire progettare, coordinare percorsi che integrino i vari ambiti di cura, coordinino responsabilità cliniche e assistenziali e diano anche la giusta valorizzazione economica a questi strumenti.