

A un anno dalla Riforma del SSSL: quale bene per il malato?

Marco Trivelli

**Convegno Medicina e Persona
Milano 28/01/2017**

Sommario

1. Determinanti della riforma: razionalizzazione rete ospedaliera e gestione della cronicità
2. Soluzioni introdotte dalla L.23/2015 per la continuità di cura:
 - Nuovi soggetti
 - Nuove forme di offerta: Presst/POT
 - Nuovi modelli di finanziamento (CREG/HCREG)
 - Nuovi strumenti (PAI)
3. Alcune considerazioni

I fattori originanti della riforma

La L.23/2015 di riforma del Sistema Sanitario Lombardo (SSL) è determinata da due esigenze:

- La razionalizzazione dell'offerta sanitaria, in particolare della rete ospedaliera, per garantire la sostenibilità economica del SSR.
- La volontà di aumentare la qualità di cura dei pazienti cronici. Questa seconda esigenza è quella di maggiore peso e di maggiore impatto sul futuro del SSL.

La razionalizzazione della rete ospedaliera/1

Il percorso della riforma ha di fatto impostato un processo in due fasi:

- Legge 23 ha creato ASST di dimensioni più ampie delle preesistenti AO mediante accorpamento, come nel caso di Milano o Varese, o con nuove aggregazioni di presidi ospedalieri, come nel caso di Bergamo o della Brianza, senza di fatto modificare la rete di offerta ma ponendo le condizioni per la ricerca di sinergie.
- La razionalizzazione dell'offerta è stata demandata alle ASST, attraverso lo strumento del POAS

La razionalizzazione della rete ospedaliera/2

I limiti di questo percorso:

- Approvazione dei POAS ancora in corso e tempi di attuazione non brevi; eventuali effetti si avranno nel 2018;
- Per procedere alla razionalizzazione occorre procedere simultaneamente ad una valutazione micro, intraziendale, e ad una valutazione di contesto geografico ed epidemiologico alla portata delle ATS e della regione; l'interazione tra ASST e i livelli sovraordinati è stata limitata.
- Questo processo di riassetto è relativo alla rete ospedaliera pubblica

La gestione della cronicità

Questo tema è sollevato da due ordini di motivi:

- È un problema percettibilmente in crescita e quindi pone sfide di carattere organizzativo ed economico;
- È vero che, per quanto non ci siano lacune di cura o di mancata assistenza, è difficile per un paziente curarsi per la pluralità dei soggetti curanti

La gestione della cronicità

La pluralità dei soggetti curanti è un punto di forza del SSL, perché:

- garantisce una vasta copertura delle competenze professionali e specialistiche necessarie per curare;
- mantiene una tensione in ogni erogatore alla qualità e alla efficienza

La pluralità dei soggetti curanti è oggi percepita come una frammentazione. Sia dai pazienti che dai curanti.

Le soluzioni della riforma

La riforma intercetta questa frammentazione e pone come priorità strategica la continuità delle cure e come esito atteso la capacità di presa in carico dei pazienti cronici nelle condizioni di massima appropriatezza clinica e di risorse.

Le soluzioni che adotta sono di tre tipi:

- Una modificazione degli attori pubblici del processo di cura
- La proposta di nuovi (o quasi nuovi) moduli di offerta
- Introduzione di nuovi meccanismi tariffari che orientino il comportamento dei soggetti curanti verso una corresponsabilità nella presa in carico dei pazienti
- Strumenti di integrazione clinica, assistenziale e sociale

I nuovi soggetti

- Costituzione di un nuovo Assessorato al Welfare, che assorbe le competenze in ambito sanitario e sociosanitario in precedenza affidate agli Assessorati Salute e Famiglia
- Creazione di due nuovi soggetti:
 - Le Agenzie Territoriali – ATS – con funzioni di programmazione, negoziazione e controllo dei processi di cura e di presa in carico
 - Le Aziende Socio-sanitarie territoriali – ASST – che assorbono le funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle preesistenti AO e le funzioni erogative delle preesistenti ASL

Nuovi moduli di offerta

POT

Strutture multi servizio deputate all'erogazione di **prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici** e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

PRESST

Integrano le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità:

- a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità
- b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;
- c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria

Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, ... i presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie,(UCCP) garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali ...

Tariffazione a percorso

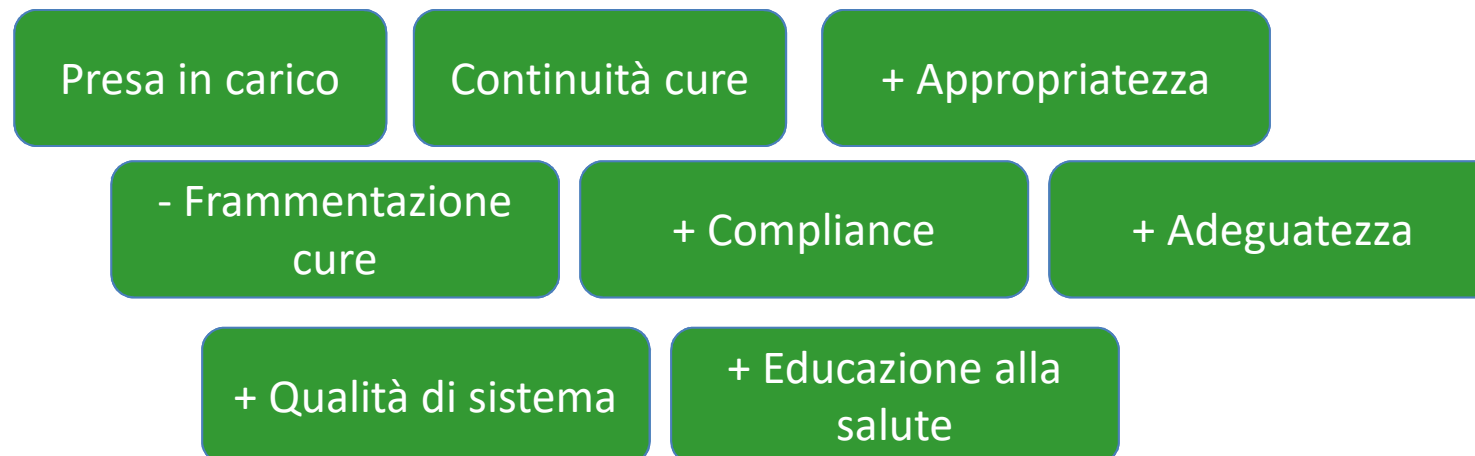
Art.9 (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile)

comma 2 La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

PAI. Piano Assistenziale Individuale

- ✓ E' un documento digitale di supporto alla pianificazione delle cure/assistenza, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, per la personalizzazione del PDTA
- ✓ Garantisce responsabilità clinico-organizzativa del gestore ed è strumento di *empowerment* del paziente
- ✓ E' un veicolo di comunicazione nella Rete
- ✓ E' utile per il monitoraggio, la verifica e il *benchmarking*
- ✓ E' uno strumento per la remunerazione del percorso

BENEFICI ATTESI



Valutazioni/1

- La riforma intercetta un problema vero, che ha due facce:
 - La frammentazione delle cure per l'utente
 - La “solitudine” per il soggetto curante
- La riforma pone una priorità e indica una direzione di marcia:
 - La priorità è la continuità di cura
 - La direzione verso cui orientare il nostro impegno è la presa in carico

Valutazioni/2

- La riforma ha il merito di non introdurre modelli, ma permette di evolvere; si richiede proprio una evoluzione, sviluppare qualcosa che è dentro il nostro DNA
- Vi sono ampi spazi di iniziativa
- Non vi è un dominus precostituito: è esplicitato che la sanità non può essere ospedalocentrica in quanto vi è necessità di una pluralità di soggetti e il paziente vive in una molteplicità di contesti; dall'altro le cure primarie non possono assolvere il ruolo di responsabile unico della cura senza il concorso della suddetta pluralità di soggetti
- **Vero obiettivo e vera condizione di successo è che ciascun soggetto curante sia più se stesso e lavori più insieme**

Valutazioni/3

- Attività e qualità al di fuori dell'ambito ospedaliero devono crescere: questa necessità si traduce nell'obbligo di drenare risorse dall'ospedale al territorio
- Per questo motivo ci deve essere grandissima attenzione nella gestione degli ospedali ed un grande lavoro di innovazione
- La crescita della spesa farmaceutica può rappresentare una minaccia

Valutazioni/4

I potenziali aspetti critici con effetti indesiderati sono:

- gestione standardizzata dei pazienti
- indebolimento della offerta ospedaliera
- spiazzamento di alcuni soggetti erogatori a favore di altri oppure spiazzamento di alcune categorie di erogatori a favore di altre