



Agenda

- La revisione degli assetti istituzionali
- La rimodulazione dei servizi: le cure intermedie





Agenda

- **La revisione degli assetti istituzionali**
- **La rimodulazione dei servizi: le cure intermedie**





Le riforme regionali analizzate (1/3)

■ Friuli Venezia Giulia

3 Aziende Assistenza Sanitaria (AAS) + 2 Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (ASUI) + 2 IRCCS. Enfaticizzazione logica Hub and Spoke e creazione dell'EGAS

■ Sardegna

Creazione dell'azienda unica ASUR con 2 Aziende Ospedaliero Universitarie, l'AO Brotzu. Creazione dell'AREUS. Promozione di Case della Salute e Ospedali di Comunità. Abolizione Agenzia

■ Toscana

3 Aziende USL di area vasta + 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie e il Meyer. 3 DG area vasta e DG assessorato come cabina di regia. ESTAR





Le riforme regionali analizzate (2/3)

■ Lombardia

8 ATS (programmazione) e 25 ASST (polo territoriale e polo ospedaliero). Nuovi POT e PreSST. Servizi territoriali integrati nelle aziende ospedaliere. Agenzie regionali

■ Emilia-Romagna

Creazione AUSL Romagna (AUSL Bologna è del 2003...). Processi di coordinamento e integrazione tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere e Ospedaliero Universitarie





Le riforme regionali analizzate (3/3)

■ Veneto

Riduzione AULSS a 9 con 2 AO e Istituto Oncologico Veneto.
Azienda ZERO

■ Lazio

Riduzione delle aziende da 12 a 10 a 8. Creazione di aree vaste
per acquisti di beni e servizi

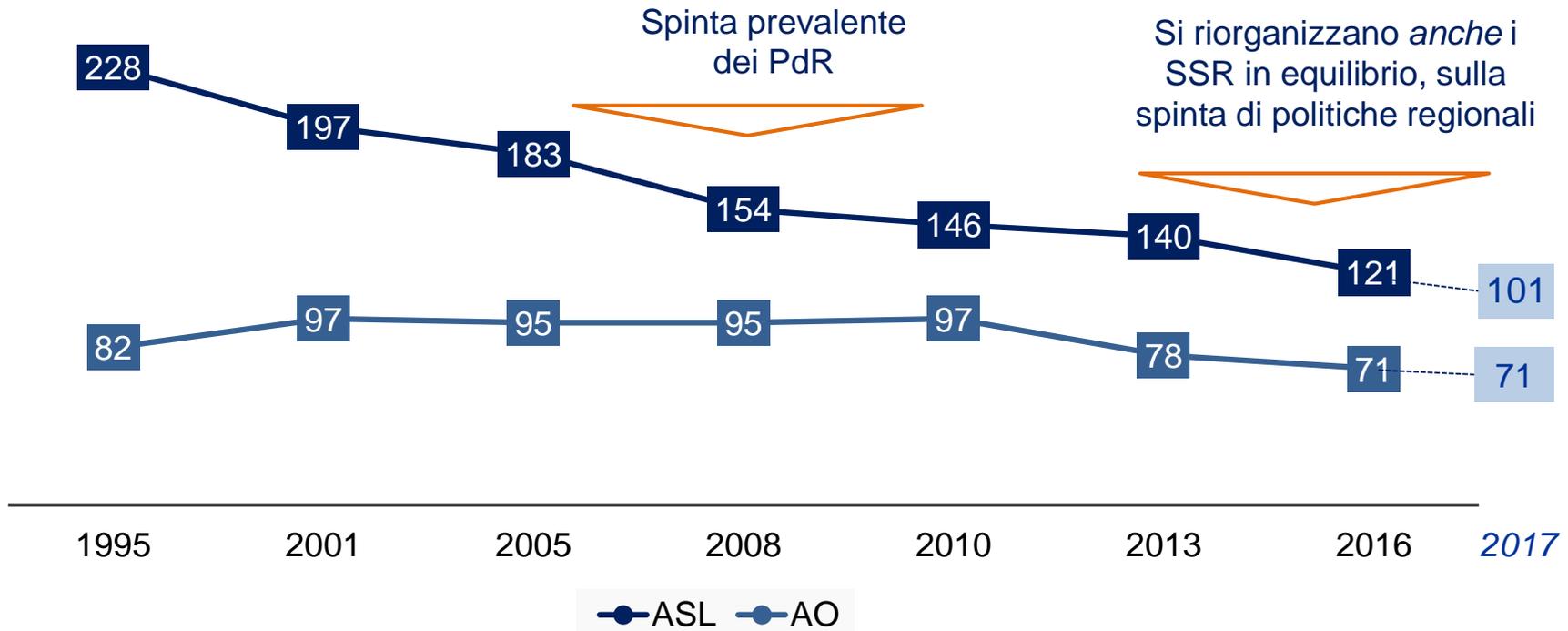
■ Liguria

Riduzione delle aziende sanitarie (5 o 3 o 1?). Creazione di
ALISA



Riforme istituzionali

Trend aziende sanitarie pubbliche, 1995-2015



Anno	1995	2001	2005	2008	2010	2013	2015	2016	Var % 2001-16
Popolazione media per ASL	292.450	294.129	317.734	383.969	413.290	411.622	437.379	501.368	+70%



Riforme istituzionali

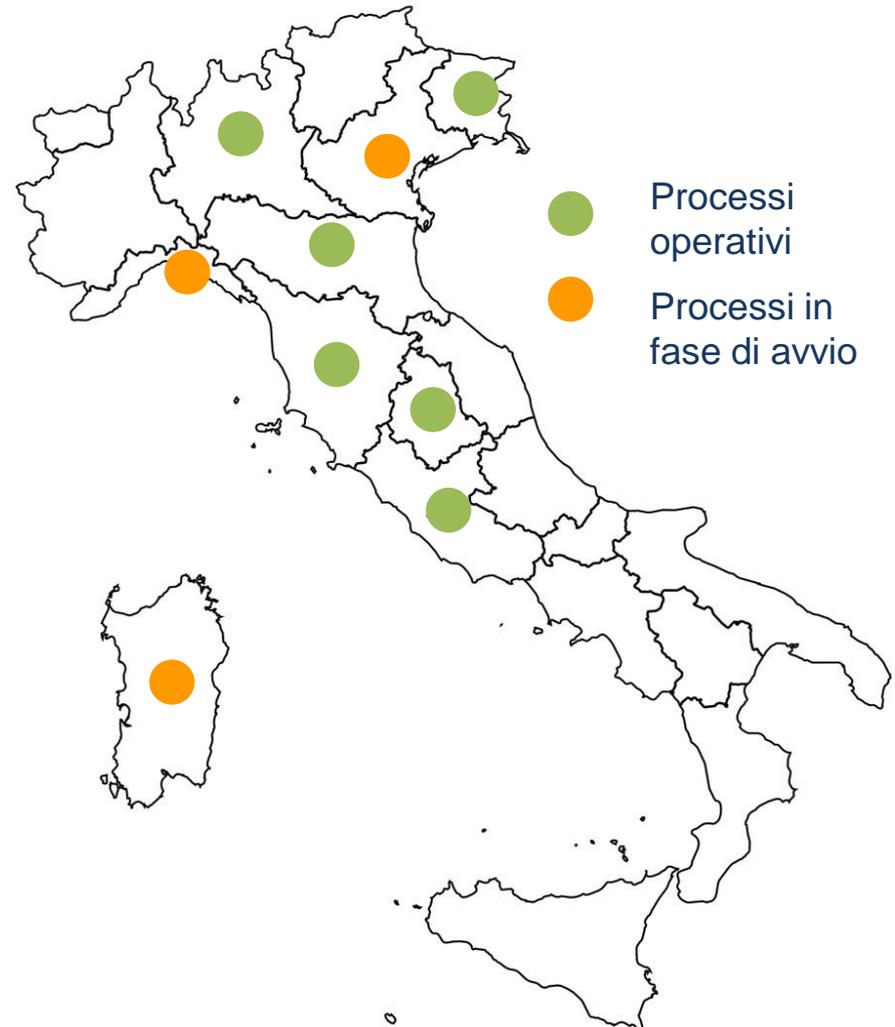
Principali processi di riordino del SSR, 2014-16

1. Riduzione del numero delle Aziende

- i. Semplificazione della «catena di comando»
- ii. Re-integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali

2. Istituzione di Agenzie/aziende regionali specializzate o rafforzamento di agenzie già esistenti

3. Istituzione/rafforzamento di livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra aziende pubbliche e parti di esse (es. dipartimenti interaziendali)





Riforme istituzionali

Genesi delle riforme

- **Il ridisegno istituzionale** si conferma quale primaria modalità di risposta del **sistema politico** al fabbisogno di cambiamento
- Dibattito gestito prevalentemente sul piano istituzionale, «ideologico» e politico, mentre le analisi preliminari di **fattibilità tecnica** hanno avuto spazio limitato
- **Scarsa esplicitazione degli obiettivi e della performance attesa** delle riforme
- Fusioni e aggregazioni restano comunque **opportunità** per migliorare la funzionalità del SSR





Riforme istituzionali

Rischi e punti di attenzione

- Gestione dell'implementazione delle riforme in tempi programmati e definiti (per evitare cantieri infiniti)
- Rischio di perdita di focalizzazione sulla gestione operativa a favore delle variabili politico-istituzionali
- Con la creazione di agenzie e tecnostrutture sovra-aziendali si rischia di «impovertire» le competenze a livello aziendale
- Necessità di potenziare il middle management
- Le riforme istituzionali non sono il cambiamento: possono solo favorirlo nel creare condizioni migliori per le gestioni operative





Agenda

- La revisione degli assetti istituzionali
- **La rimodulazione dei servizi: le cure intermedie**



Ricerca la continuità della cura: le cure intermedie

Cure ospedaliere

Area ospedaliera
acuta
Ospedale per acuti

Area ospedaliera
riabilitativa Ospedali
per riabilitazione e
lungodegenza

Cure intermedie

Area residenziale sub-acuta
Ospedali di comunità, Hospice

Area residenziale riabilitativa
Istituti riabilitativi territoriali

Area Residenziale Socio-Sanitaria
RSA, case protette, centri diurni

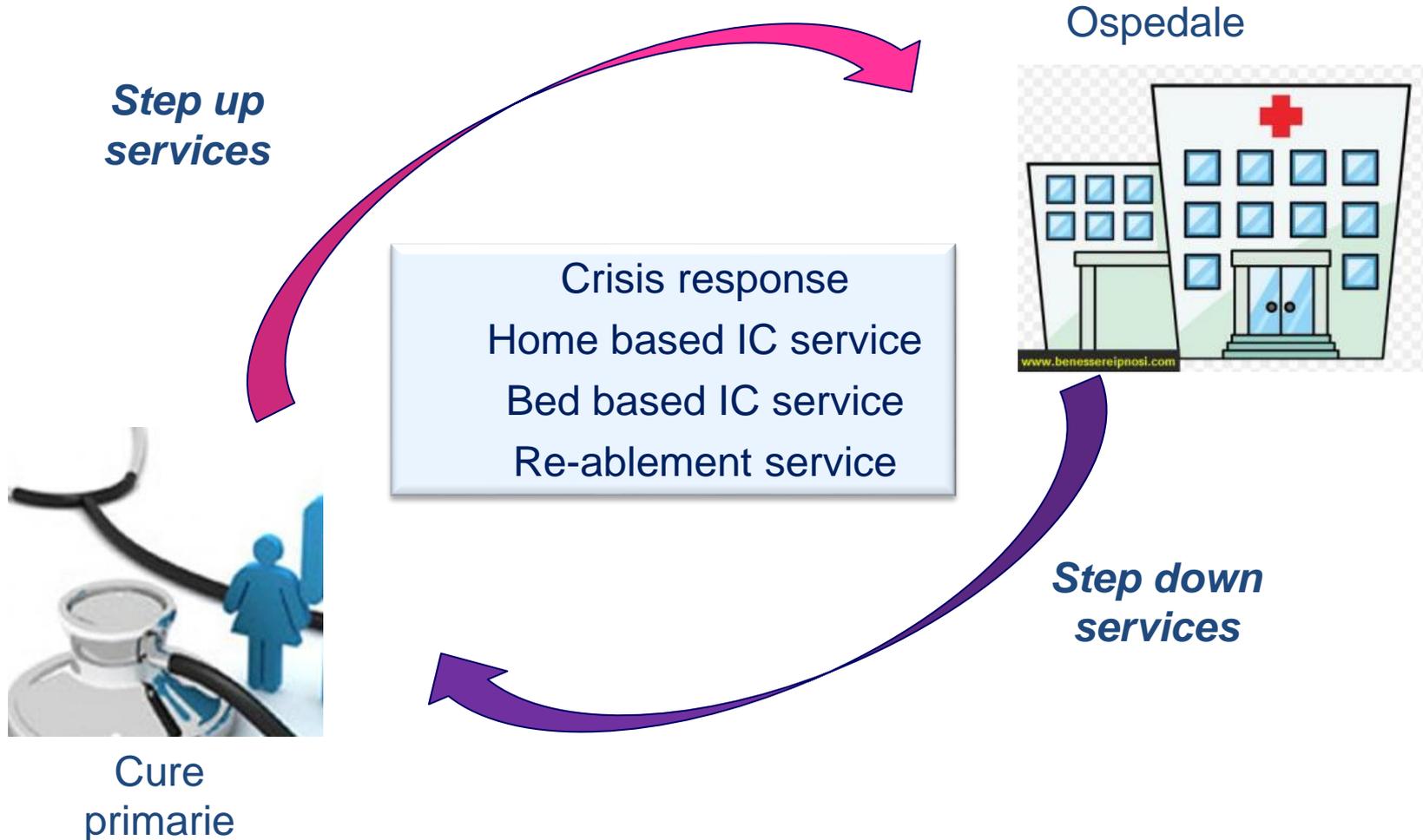
Area Specialistica Ambulatoriale
Poliambulatori

Cure primarie

Area Cure
Primarie
Case della
Salute, UCCP,
AFT,
coordinamento
ADI



Intermediare cosa? Una fisiologica diversità regionale





8 Regioni oggetto della ricerca OASI 2016

4 Regioni con politiche esplicite sulle CI: **Lombardia** (2012), **Marche** (2015), **Toscana** (2013), **Veneto** (2012).

2 Regioni con esperienze aziendali avanzate (**Emilia Romagna**) o in sviluppo (**Piemonte**) di modelli di offerta di CI.

2 Regioni (**Calabria e Umbria**) con interventi su alcuni target specifici che a tendere potranno rappresentare la base per future elaborazioni sulle CI

- I modelli della Lombardia, del Veneto e del Piemonte prevedono sia il consolidamento clinico sia la riabilitazione, derivando per lo più da una **riconfigurazione di PL ospedalieri pre-esistenti** (anche privati accr.);
- Toscana, Marche e Emilia Romagna puntano allo sviluppo degli OsCO - Case della Salute, **funzionalmente dipendenti dal territorio** (dipartimenti del territorio, di cure primarie e distretto sociosanitario), con una vocazione più internistica (presa in carico di cronicità complesse).



Elementi di regolazione: confronto interregionale

- **Intervento personalizzato (PAI) e temporaneità della cura:** dai 15 gg per la sub acuzie e negli OsCo ai 30-60 gg per gli interventi riabilitativi
- **Sistemi di finanziamento:** se il tetto dei 154 Euro die è il riferimento per le CI (sub-acute lombarde con rimborso massimo 190 Euro die), la compartecipazione non è definita in modo uniforme:
 - prevista per prolungamento della degenza oltre i tempi riconosciuti (30 gg Piemonte e 60 gg Marche, oltre i 30 gg in OsCo Veneto);
 - *Rimborsi:* in Piemonte (PL per la continuità assistenziale a valenza sanitaria- CAVS) gli esami erogati dal presidio sono scalati dalla fatturazione complessiva e ricadono sul rimborso dell'erogatore;
 - In Veneto la diagnostica e le terapie sono assicurate al paziente degente attraverso ricetta rossa.
- **Dimensionamento** non in base al fabbisogno ma alla revisione della rete ospedaliera:
 - Toscana 3,2 pp.II./1000 ab
 - Veneto 3,6 pp.II./1000 ab
 - Piemonte: CAVS 0,3/1000 pp.II. CI
 - Agenas (2011): 0,4/1000 pp.II.CI





Riflessioni generali

- Le CI sono sempre **di transizione** e antepongono alla diagnosi la **prognosi** del malato per il suo transito nella filiera dei servizi. Sistemi di valutazione della qualità ancora deboli.
- **Sconfinamento**: alcune proposte includono l'ADI «complessa», l'ospedalizzazione a domicilio e i setting di assistenza socio-sanitaria (centri diurni e RSA/RSD) rispettando i requisiti di temporaneità e, soprattutto, di responsabilità clinica sul paziente in capo al «territorio».
- **Innovazione iso-risorse**: l'attivazione proviene dai disinvestimenti della rete ospedaliera e dalla chiusura dei PL per acuti. **Gli investimenti derivano dai fondi dedicati alla riconversione e/o a nuove strutture territoriali**. La mancanza di nuovi costi cessanti bloccano l'attivazione di PL di CI anche se previsti da fabbisogno stimato (Veneto e Emilia Romagna).
- **Centralità del territorio**: dipendenza gerarchica dalle macro-articolazioni territoriali; responsabilità clinica del MMG/PLS (in Toscana e Marche, responsabile del pz degente); centralità dei modelli evoluti delle cure primarie.
- Possibilità che le strutture intermedie diventino **i punti di riferimento per la gestione del cronico medio-complesso?**





Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA Bocconi
School of Management

GRAZIE
francesco.longo@unibocconi.it

