



Università Commerciale
Luigi Bocconi

CERGAS
Centre for Research on Health
and Social Care Management

BocconiALUMNI
ASSOCIATION

SDA Bocconi
School of Management



Il Rapporto OASI 2016

WORKSHOP REGIONE PUGLIA

La revisione degli assetti istituzionali e la rimodulazione dei servizi

Francesco Longo
Giovanni Fattore, Attilio Gugliatti,
Valeria Tozzi, Verdiana Morando
CERGAS e SDA Bocconi

Con il contributo
incondizionato di



Bari, 03/04/2017



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

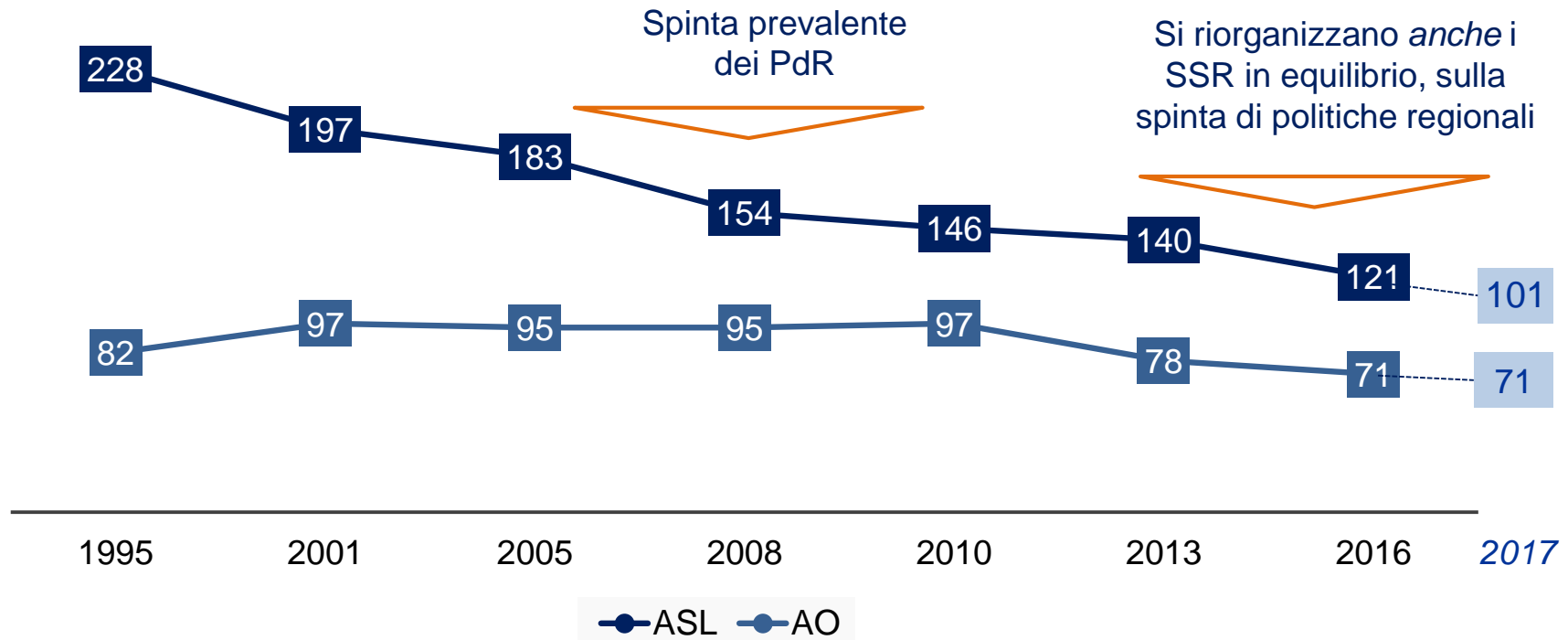
■ Liguria

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

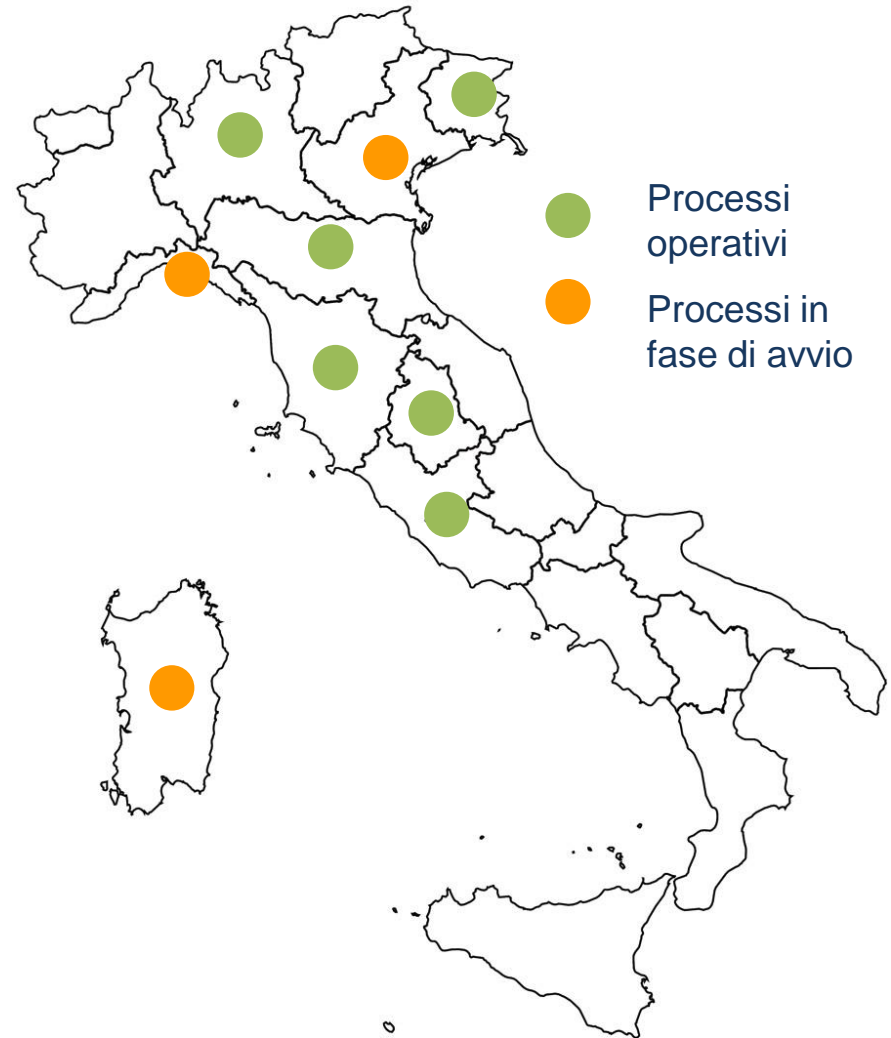
Principali processi di riordino del SSR, 2014-16

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

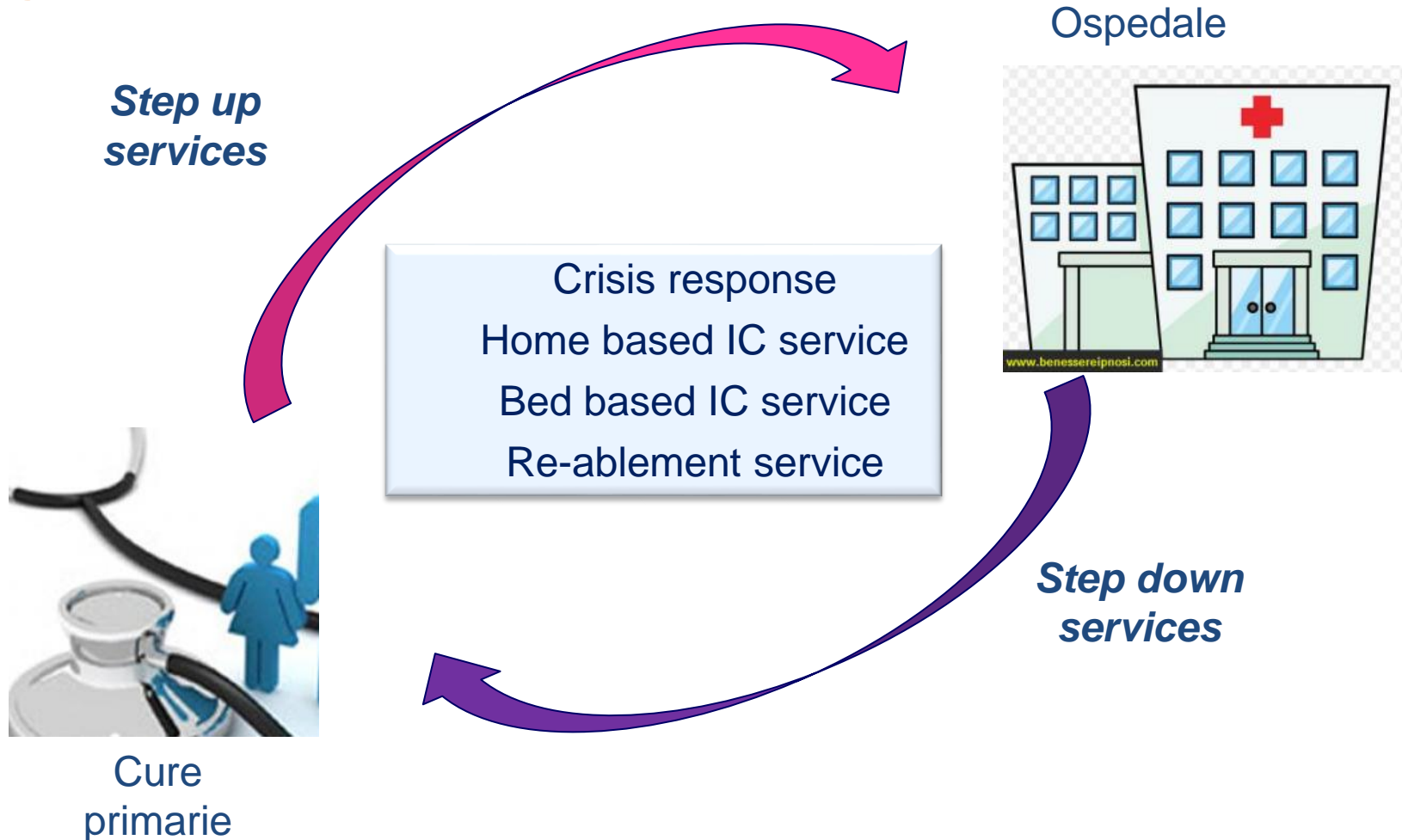
Area Specialistica Ambulatoriale
Poliambulatori

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

