

LR 23/2015 - Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: quali cambiamenti?

Pennestrì Federico
Università Vita-Salute San Raffaele

IERI:

Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009



OGGI:

Legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015

Come si evolve?

1. *Governance*


2. Assetto istituzionale

3. Integrazione ospedale-territorio: dalla cura al prendersi cura (*to cure* → *to care*)

GOVERNANCE

Assessorato alla salute


Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale,
volontariato e pari opportunità



Assessorato alla salute e alle politiche sociali (*welfare*)
(Art. 27ter, c.1)

Servizio Sanitario Regionale (SSR):
prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione

Autonomie locali: supporto alla
persona e alla famiglia



Sistema Socio-Sanitario Lombardo (SSL): elevata
integrazione sanitaria e sociale
(Art. 1)

GOVERNANCE

Art. 5 – Le funzioni

C. 1: “Garantisce l’erogazione dei **LEA** e di eventuali livelli aggiuntivi con risorse proprie. [...] Assicura la **presa in carico della persona garantendo la continuità delle cure erogate**”

C. 2: “La Regione esercita funzioni di **programmazione, indirizzo e controllo**, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo [...]”

C. 3: “Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione nonché le relative tariffe delle prestazioni, compresa la **tariffa di presa in carico della cronicità** attraverso un sistema in continuo aggiornamento”

GOVERNANCE

Art. 2 – I principi

- Integrazione socio-sanitaria volta a tutelare la famiglia e assistere i pazienti non autosufficienti o affetti da patologie cronico-degenerative
- Spostamento dall'ospedale al territorio
- Valorizzazione attività territoriali (*bottom-up*), volontariato, sussidiarietà
- Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione. Monitoraggio costante sull'appropriatezza delle pratiche
- Libertà (pluralismo) dell'offerta e responsabilizzazione della persona attraverso il *gatekeeping* (se, quando e da dove accedere al sistema)
- Sostegno alla fragilità. Finanziamenti particolari per le fasce deboli (voucher, buoni, ticket: non più per prestazione, ma per reddito – sotto ai 30000 € annui esenti) → Equità verticale (di più a chi ha di meno)

GOVERNANCE

Artt. 4-5 Gli strumenti /1

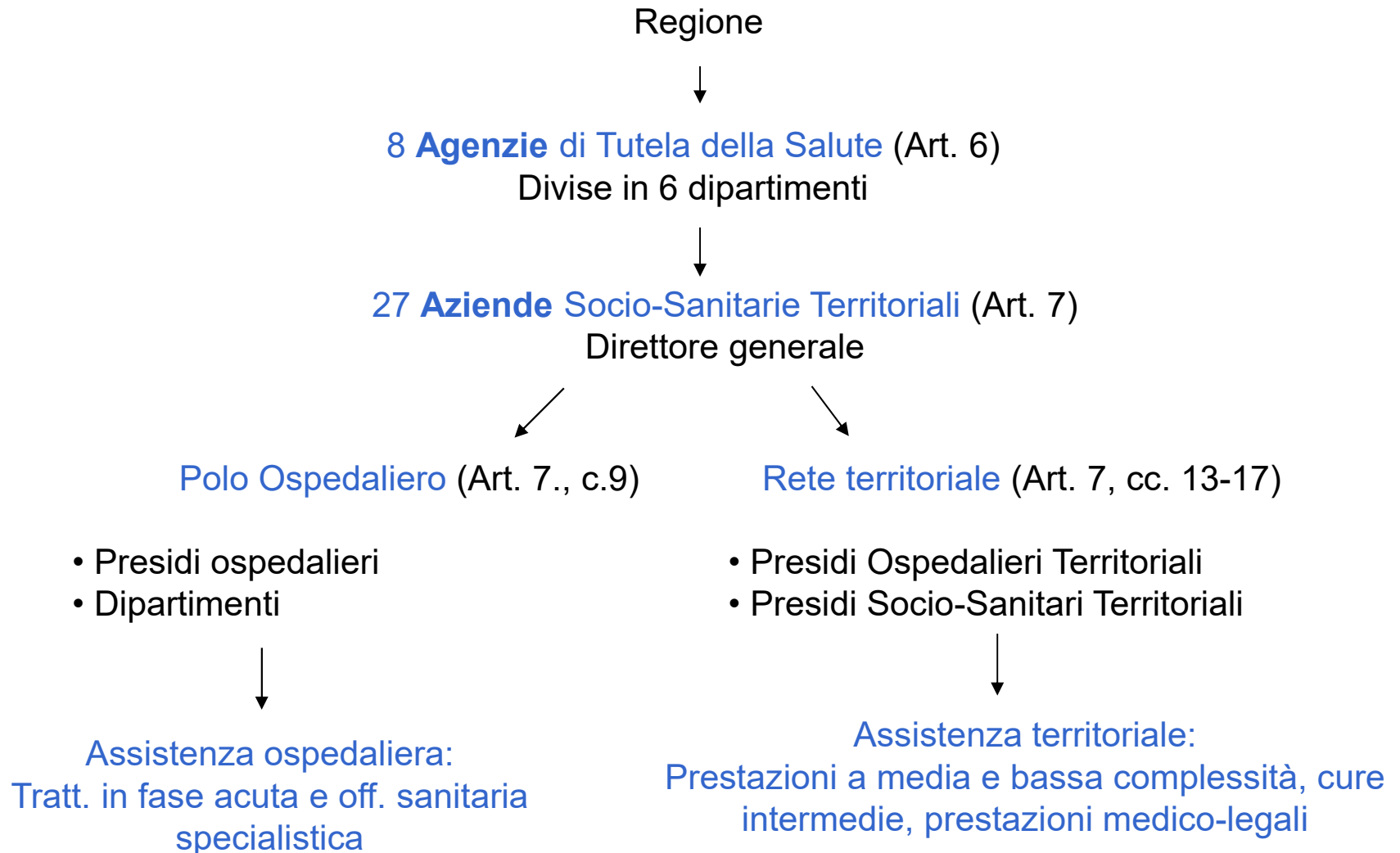
- Approvazione quinquennale del **PSL (Piano Sociosanitario integrato Lombardo)** (Art. 4)
 1. Bisogni della popolazione (Osservatorio epidemiologico regionale: statistiche, flussi informativi, DRG/ROD)
 2. Volumi erogazione LEA
 3. Definizione progetti obiettivo e indicatori di risultato
 4. Educazione sanitaria scolastica
 5. Semplificazione delle procedure
- **Piano Regionale della Prevenzione (PRP)** (Art. 4 bis)
- Istituzione del **Gruppo di Approfondimento Tecnico per le Tecnologie Sanitarie (GATTS)**: durata triennale, nominato dalla Giunta, dedito a farmacovigilanza, studio e valutazione di efficienza ed efficacia di farmaci e tecnologie (Art. 5 c. 8)

GOVERNANCE

Gli strumenti /2

- Istituzione [Agenzia di controllo](#) del SSL (Art. 11)
 1. Direttore esperto in gestione di sistemi sanitari e sociosanitari con competenze legali e gestionali; durata quinquennale; nominato dal Presidente della Giunta
 2. Propone alla Giunta il piano annuale di controlli e protocolli per “efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità”
- Istituzione [Agenzia per la promozione del sistema socio-sanitario lombardo](#) (Art. 14)
 1. Direttore con capacità manageriali, comitato composto da rappresentanti erogatori pubblici e privati
 2. Reperimento risorse finalizzate alla ricerca e all’ottimizzazione del sistema
 3. Osservatorio per le *best practices*
 4. Osservatorio sulla soddisfazione degli utenti
- Conferma (art. 8 c.1 LR 33/2009) e potenziamento [Azienda Regionale Emergenza Urgenza](#) (AREU) (Art. 16)

GOVERNANCE E ISTITUZIONI



Organi direttivi

DIRETTORE
SANITARIO

ATS: Governo
dell'offerta

ASST: Erogazione
dei servizi

DIRETTORE
SOCIOSANITARIO

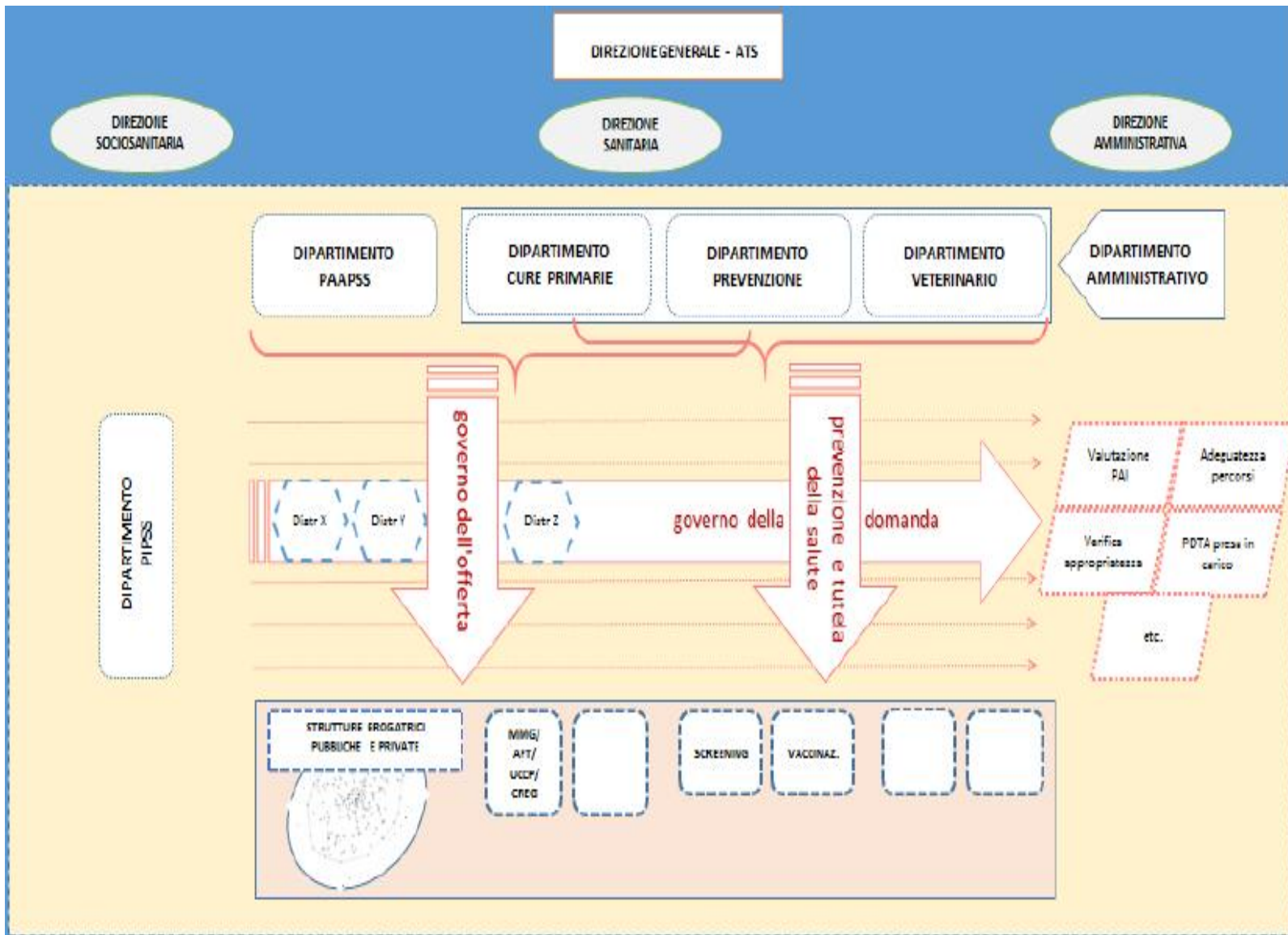
ATS: Governo della
domanda

ASST: Integrazione
dei servizi



DIRETTORE
AMMINISTRATIVO

Gestione degli
aspetti tecnici,
economico-
finanziari, legali
(sia in ATS che in
ASST)



PAAPSS
 Programmazione
 Acquisto
 Accredimento
 Prestazioni
 Sanitarie e
 Socio-sanitarie:
G. OFFERTA
 (nodi)

PIPSS
 Programmazione
 Integrazione
 Prestazioni
 Sanitarie e
 Socio-sanitarie:
G. DOMANDA
 (maglie o giunzioni)

AREA OSPEDALIERA

AREA TERRITORIALE

DIREZIONE SANITARIA

GESTIONE OPERATIVA

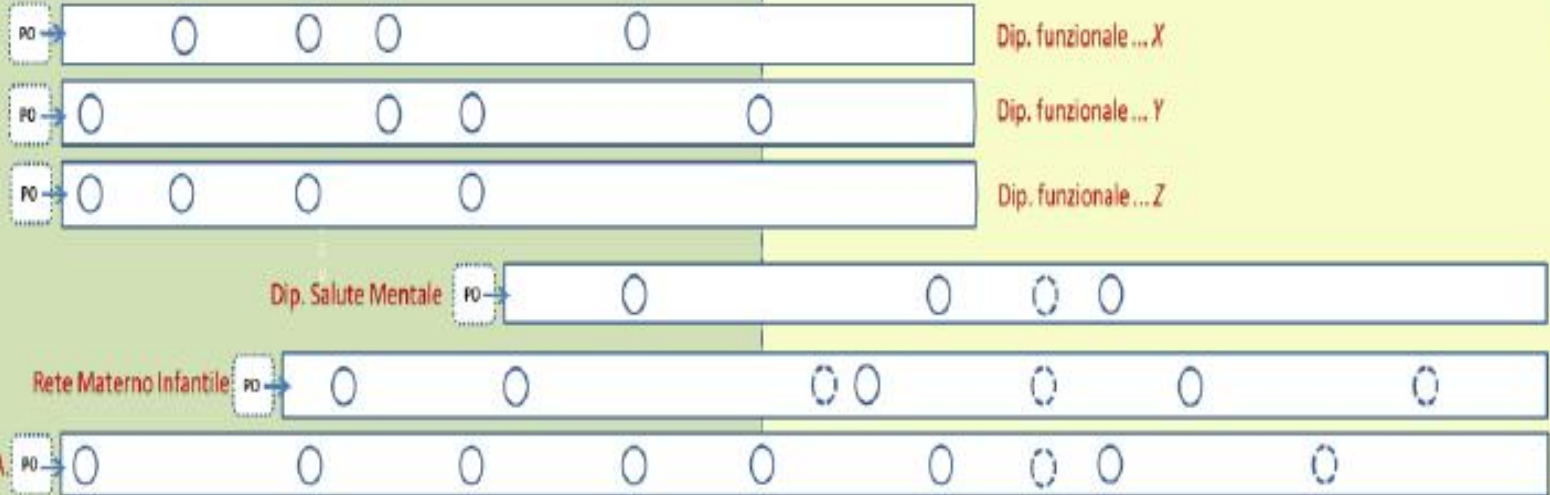


SITINA

Servizi di supporto sanitari

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

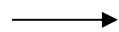


STRUTTURE EXTRA - ASST

Servizi e Attività territoriali non direttamente gestiti

Fra le righe. I cambiamenti salienti

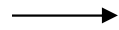
Aziende Sanitarie Locali



Agenzie di Tutela della Salute

- Solo controllo e programmazione
- Libere di organizzarsi idoneamente alla realtà territoriale, previa approvazione della Giunta
- Non effettuano più servizi territoriali → ASST

Aziende Ospedaliere*



Aziende Socio-Sanitarie Territoriali

- Competenze territoriali
 - Bilanci separati
 - Cure intermedie: (cronicità, sub-acuzie, post-acuzie, riabilitazione, attività ambulatoriale e domestica, degenze intermedie ...)
1. Polo Ospedaliero
 2. Rete Territoriale

* Restano Aziende Ospedaliere le strutture con più di mille letti.

A fianco e in competizione con le ASST restano gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli erogatori di diritto privato accreditati

Autorizzazione e accreditamento

(Art. 15)

- L'autorizzazione all'attività sanitaria è **rilasciata dall'ATS** competente per territorio
- E' richiesta per le strutture di ricovero e cura, i centri di procreazione medicalmente assistita, la residenzialità psichiatrica
- Devono presentare la Segnalazione Certificata di Inizio Attività e rispondere a requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (c.3)
- **L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente al finanziamento regionale, che viene calcolato sulla base del fabbisogno territoriale.**

Le 8 ATS regionali

(Allegato 1, Artt. 6-7)

1. Brianza (Monza, Lecco)
2. Bergamo
3. Brescia
4. Città Metropolitana (Milano, Lodi)
5. **Insubria (Varese, Como)**
 - ASST Sette Laghi
 - ASST Valle Olona
 - ASST Lariana
6. Montagna (Sondrio, Valcamonica)
7. Pavia
8. Val Padana (Cremona, Mantova)

Il management. Organi

(Art. 12)

- Ogni ATS, ASST, AO e IRCCS di diritto pubblico è retta da
 1. **Direttore generale** (rappresentante legale dell'azienda)
 2. **Collegio di direzione, collegio sindacale**
- DG nominato dalla Giunta fra una lista di idonei. Requisiti:
 1. Laurea magistrale
 2. Cinque anni di esperienza dirigenziale in settore sanitario o sociosanitario; sette in altri servizi
 3. Valutato da una commissione di esperti in diritto, economia, organizzazione e management sanitario
- 4. **Nomina il DS, DA, DSS**
- Altri dettagli v. Art. 12-13

Il management. Rapporti

(Art. 13)

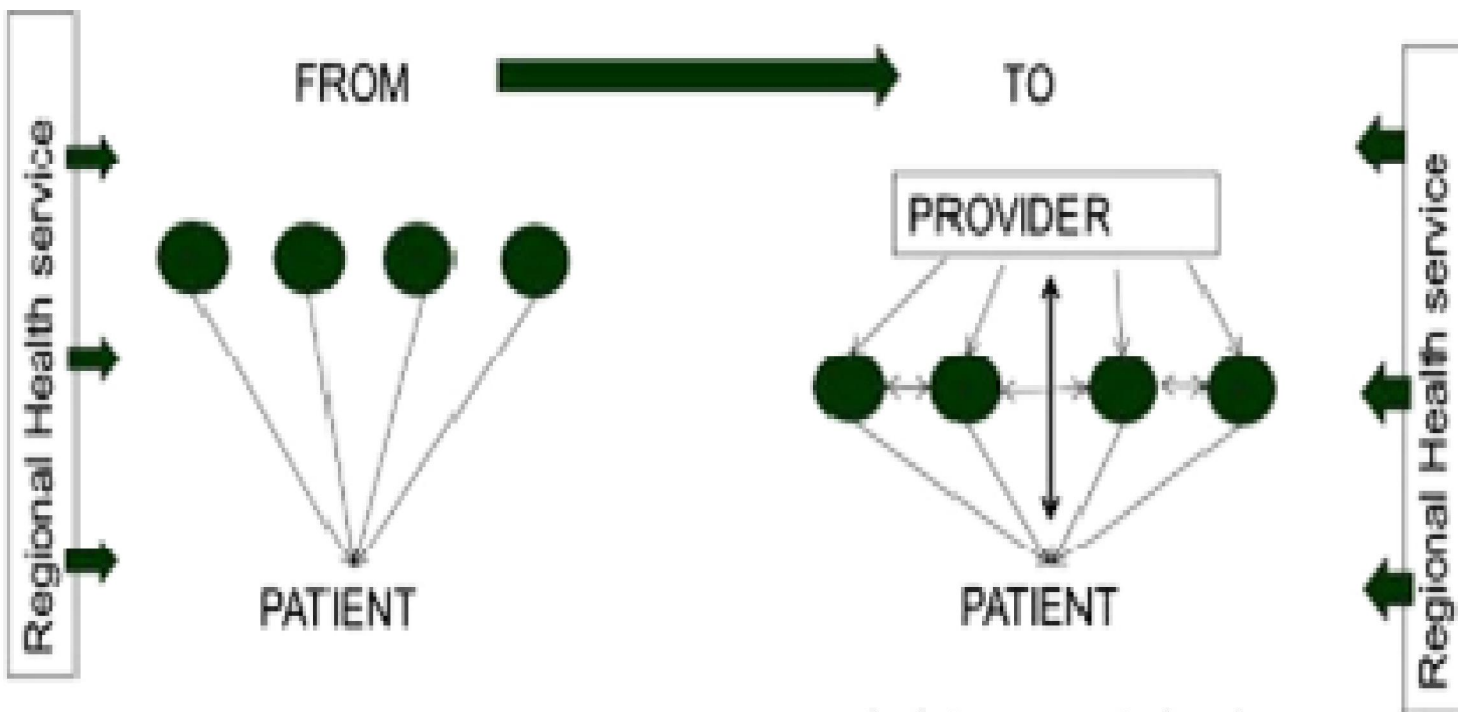
- “I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e socio-sanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell’incarico, normalmente quinquennale [...]”. (Art. 13, c.9)
- L’**Agenzia di controllo del sistema socio-sanitario lombardo** propone alla Giunta il piano dei controlli e dei protocolli di valutazione per garantire efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza, economicità.
- In caso di sospensione cautelare del DG, la Giunta nomina un commissario straordinario per massimo dodici mesi.
- (E’ riserva del direttore generale revocare motivatamente i direttori sanitario, socio-sanitario e amministrativo)

Presa in carico del paziente

L'intento è quello di garantire al paziente fragile, spesso cronico, un accesso agevole, orientato e coordinato alle cure, attraverso

- Una **figura di accesso (il *gatekeeper*)**: MMG, PLS, MCA
- Una **valutazione multidimensionale del bisogno**, atta a rilevare l'opportunità della richiesta, le dimensioni del bisogno e la pianificazione di un percorso assistenziale individuale/personalizzato (PAI), da concretizzarsi attraverso forme di coordinamento sussidiate e integrazione socio-sanitaria.
- Il percorso richiede la coordinazione di un **equipe multiprofessionale diretta da un *case manager***, e si serve dei dati informatici resi disponibili dal Sistema informativo sanitario (Art. 21)

Prescription in patient care



A "silos" approach
with independent operators

An interconnected web
centrally coordinated

Strumenti.

Il sistema informativo sanitario

- Attraverso la [Carta Nazionale dei Servizi](#) è possibile: (Artt. 21-22)
- Conoscere la biografia del paziente
- Ottenere informazioni professionali sui componenti dell'equipe
- Aggiornare il percorso assistenziale
- Agevolare i processi sistematici di controllo e verifica agli strumenti di valutazione e di contabilità

Cure primarie e percorso assistenziale

(Art. 10)

- Erogata nello studio del MMG o laddove necessario a domicilio, secondo quanto indicato dai LEA
- Supportata da molteplici figure professionali
- Risponde a pacchetti di servizi:
 1. Classificazione delle patologie croniche secondo **categorie cliniche omogenee** per prestazioni e remunerazione comprensiva: **CReG**, *Chronic Related Groups*, o “DRG della cronicità”)
 2. Criteri di **accreditamento e remunerazione** per la presa in carico stabiliti dalla regione, favorendo il fenomeno della sussidiarietà orizzontale e l’apertura ad erogatori privati
- Due altre forme di cura primaria, multiprofessionale, integrata e continuativa

- **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** (Art. 9 cc. 3-6)
 1. Coordinate da uno dei medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali, relazionali, e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari
 2. Vengono individuate dalle ATS in base ai bisogni del territorio, alla distribuzione degli uffici medici, a ragioni di razionalizzazione e accessibilità
 3. All'interno degli studi è favorita la presenza di personale sanitario di adeguato profilo professionale

- **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** (Art. 9 cc. 7-9)
 1. Sono forme complesse a carattere multi-professionale che operano in modo integrato all'interno di strutture o presidi
 2. Possono coordinare le AFT presenti sul territorio di pertinenza
 3. Sono a loro volta coordinate da un professionista sanitario
 4. Sono dedicate in particolare all'assistenza primaria e domiciliare, per accompagnare il paziente nella cura, garantire la continuità dei servizi multidisciplinari e adeguarli ai bisogni dell'assistito nel tempo

Formazione delle risorse umane

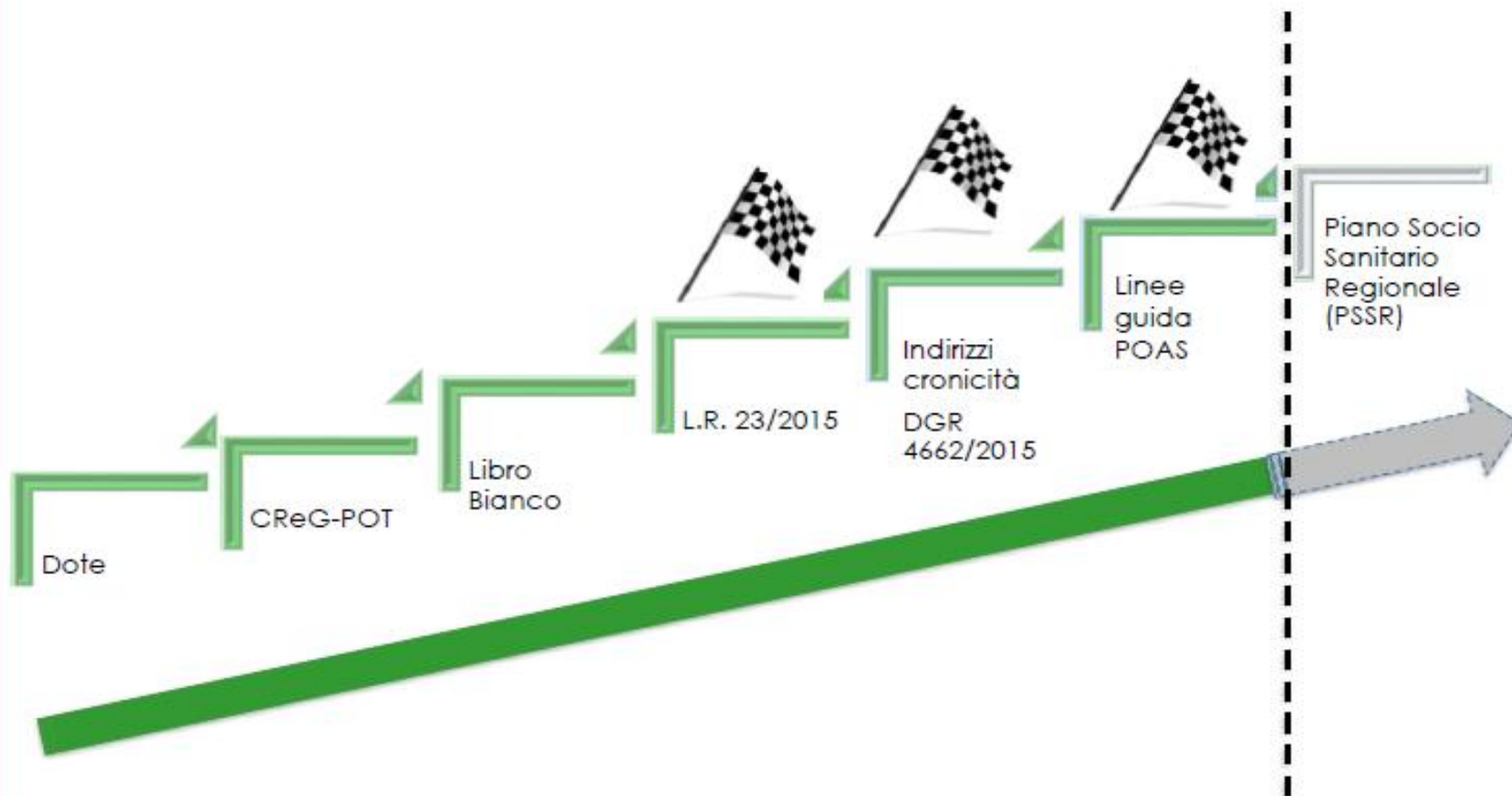
(Art. 17bis)

- Istituzione dell'Accademia di Formazione per il Sistema Socio-Santiario Lombardo (AFSSL) presso Eupolis Lombardia (Istituto superiore per la ricerca, la statistica, la formazione)
- Formazione specialistica obbligatoria non universitaria
- Sostituzione della scuola di direzione sanitaria
- Corso di formazione specifica in medicina generale
- Monitoraggio equilibrio fra risorse umane e sviluppo del SSL
- Promozione sussidiarietà orizzontale fra enti di formazione
- Internazionalizzazione percorsi formativi (Promozione SSL)

Per concludere

Cosa cambia	PRIMA	DOPO
Funzioni della Regione	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione, indirizzo e controllo • Garantire i LEA • Sostenere la ricerca 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene le funzioni che aveva • Costituisce o potenzia organi di controllo • Definisce le aree di rischio
Assessorati	<ul style="list-style-type: none"> • Assessorato alla salute • Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità 	Assessorato alla salute e alle politiche sociali
Suddivisione del territorio	<ul style="list-style-type: none"> • 15 ASL articolate in Distretti (Assistenza Territoriale) • 29 AO + 4 IRCCS + Strutture Private Accreditate (Assistenza Ospedaliera) 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 ATS (con 6 Dipartimenti ciascuna) • 27ASST • Ospedali con almeno 1000 PL • POT • PreSST • 4 IRCCS + Strutture Private
Tipologia di Assistenza	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedaliera • Territoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione Ospedale e Territorio • Presa in carico del paziente • Potenziamento rete delle Cure Primarie
Prevenzione	Attività svolta dai Dipartimenti di Prevenzione delle singole ASL	Piano Regionale della prevenzione

Un percorso iniziato da tempo



Regione
Lombardia

La riforma è volta a

- Diminuire l'ospedalizzazione
 - Favorire il pluralismo degli erogatori
 - Agevolare i flussi informatici
 - Rispondere al cambio della domanda di salute
1. *Gatekeeping*
 2. Cronicità
 3. Farmaci e tecnologie
- Razionalizzare le spese

Grazie per l'attenzione