

Osservatorio settoriale RSA

10° convegno annuale

RSA e servizi della rete territoriale ad un anno
dalla riforma: stato dell'arte e prospettive future

IL PUNTO DI VISTA DEGLI ENTI GESTORI: COMPLESSITA', SFIDE E PROSPETTIVE

a cura di Marco Petrillo - UNEBA LOMBARDIA

I punti cardini LR n. 23/2015

- Due livelli di servizio: **prestazione e presa in carico**
- Assunzione di **responsabilità di un soggetto del sistema** verso l'assistito
- Unificazione dei percorsi **sanitario e sociosanitario**
- Sistema di **remunerazione omnicomprensivo a percorso**
- Necessità di una **regia del percorso di cura**
- Nuove **forme organizzative** (ASST, POT, PreSST, UOCCP, ecc.)
- **Nuovi strumenti** (centro servizi, case management, telemedicina, ecc.)

**IN QUESTA PRIMA FASE DELL'APPLICAZIONE DELLA LEGGE 23/15 NON SONO
INTERVENUTI CAMBIAMENTI PER IL SETTORE DELLE RSA**

- 1528 COMUNI
 - 12 PROVINCE
 - 23 COMUNITA' MONTANE
 - 85 USSL (1980-1994)
 - 44 AZIENDE – USL (DAL 1993)
 - 15 AZIENDE SANITARIE LOCALI E 27 AZIENDE OSPEDALIERE (DAL 1998)
 - 8 ATS (AZIENDA TUTELA SALUTE) E 27 ASST (AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI) 2015
- CAMBIAMENTI
PIU' INTENSI
-
- ```
graph TD; A[85 USSL (1980-1994)] --> B[44 AZIENDE – USL (DAL 1993)]; B --> C[15 AZIENDE SANITARIE LOCALI E 27 AZIENDE OSPEDALIERE (DAL 1998)]; C --> D[8 ATS (AZIENDA TUTELA SALUTE) E 27 ASST (AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI) 2015]; E[CAMBIAMENTI PIU' INTENSI] --> D;
```

# Perché?

- Predominanza di patologie croniche
- Crisi del ciclo assistenziale breve (modello ospedaliero)
- Polimorfismo degli stati clinici
- Necessità di adeguare intensità/complessità di cura a bisogni variabili
- Passaggio da standardizzazione a personalizzazione dei percorsi di cura
- Maggiore permanenza dell'assistito nel circuito dei servizi

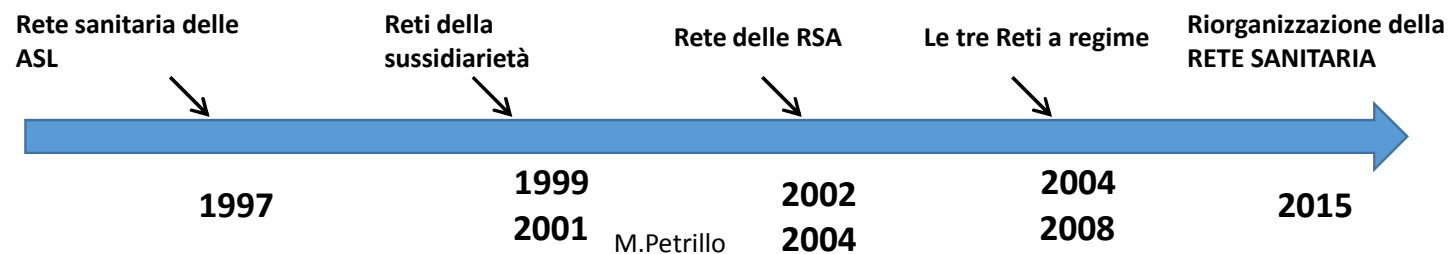


**CAMBIA IL BISOGNO DI  
ASSISTENZA SANITARIA**



***Sostenibilità?***

- **Strutturazione della rete della ASL Aziende Sanitarie Locali e delle AO Aziende Ospedaliere (Leggi regionali n.31/1997 e n.33/2009);**
- **Legislazione sulle cooperative sociali, il volontariato e le famiglie**
- **Strutturazione della rete delle RSA residenze sanitarie assistenziali**
- **Legislazione sui SERVIZI SOCIOSANITARI (LEGGE REGIONALE N.3/2008)**
- **“Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia, 30 giugno 2014**
- **LR n.23/2015 di riorganizzazione del sistema sanitario**



# Necessità di ridefinire il sistema di offerta

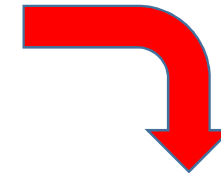
- Insufficienza del modello basato sull'ospedale
- Cronicità → polimorfismo degli stati clinici
- Necessità di adeguare intensità/complessità di cura a bisogni variabili
- Standardizzazione → personalizzazione dei percorsi di cura
- Riconduurre il ciclo della prestazione al bisogno
- Ricomporre l'offerta in una prospettiva di sostenibilità economico-finanziaria

## **Nel paziente cronico:**

Domanda indefinitamente crescente

Liste di attesa

Spesa incontrollabile



***Non volumi x prestazioni***

# Il piano della cronicità

E' UNA NUOVA RIVOLUZIONE – VENGONO RICHIESTI MODELLI ORGANIZZATIVI NUOVI:

- 1) PRESA IN CARICO DELLA PERSONA NEL SUO COMPLESSO
- 2) CONFERMA E RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA ORGANIZZATIVO PER PROCESSI (dgr 2569/14)
- 3) FLUSSI INFORMATIVI E GESTIONE INTEGRATA DEL SISTEM INFORMATIVO AZIENDALE

**MA L'UTENTE CRONICO E' UNA  
NUOVA TIPOLOGIA DI ASSISTITO PER  
LE RSA**

***ABBIAMO SEMPRE  
ASSISTITO L'UTENZA FRAGILE***

# Il piano della cronicità

LE DIVERSE MODALITA' DELLE PRESA IN CARICO DELLA RSA, RISPETTO AL SERVIZIO ADI E ALLE NUOVE FORME DI ASSISTENZA EX DGR 856/13 INDUCE LA REGIONE LOMBARDIA A "VALUTARE E SELEZIONARE" I GESTORI PIU' ADATTI . SONO PREVISTI 5 LIVELLI NUOVI DI CLASSIFICAZIONE DELL'UTENZA, PER 62 PATOLOGIE:

(PRESA IN CARICO DI PERSONE IN CONDIZIONI DI TIPO DURATURO DI MORBOSA E/O DISABILITA' E FRAGILITA' IRREVERSIBILE SENZA POSSIBILITA' DI GUARIGIONE NE' DI MORTE A BREVE SCADENZA)

**ALZHEIMER E'  
COMTEMPLATA**

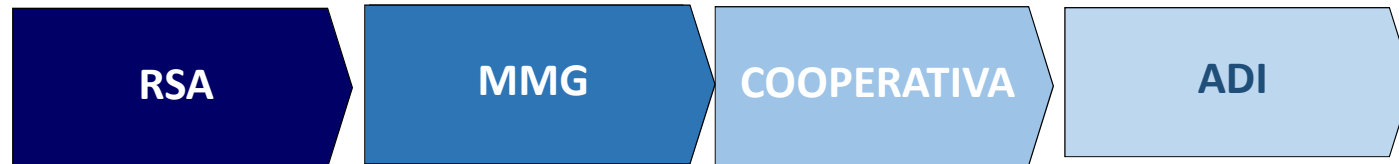
1. fragilità clinica e funzionale con bisogni di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio
2. cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra ospedalieri e fragilità socio sanitario di grado moderato

**MA QUALI UTENTI  
INTERESSANO LE RSA IN UN  
OTTICA DI DIVERIFICAZIONE  
DEI SERVIZI ?????**

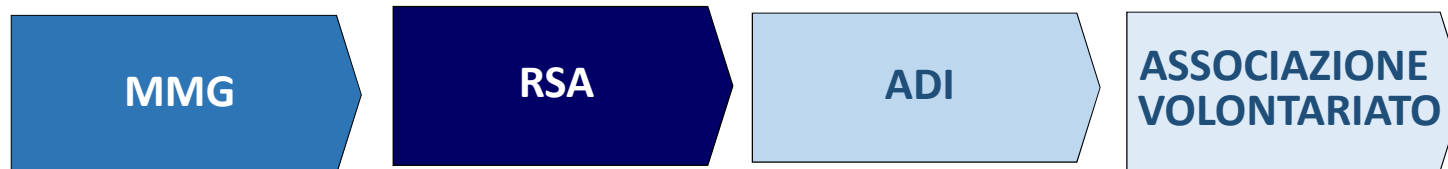
3. cronicità in fase iniziale monopatologica e fragilità iniziale
4. soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico
5. utenti potenziali



# Il piano della cronicità



IN QUESTO ESEMPIO **RSA** E' IL SOGGETTO TITOLARE DELLA GESTIONE DELL'INTERA FILIERA, COORDINA L'INTERO PERCORSO ED E' PREVISTO UN MEDICO REFERENTE DELLA PRESA IN CARICO



IN QUESTO ESEMPIO **RSA** NON E' IL SOGGETTO TITOLARE DELLA GESTIONE DELL'INTERA FILIERA E SI OCCUPA, COME EROGATORE E IN MANIERA QUALIFICATA DI UNA FASE DEL PROCESSO

# Le tariffe di presa in carico

## Art. 9

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

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.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare:

- a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;
- b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

## Art. 26

4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove:

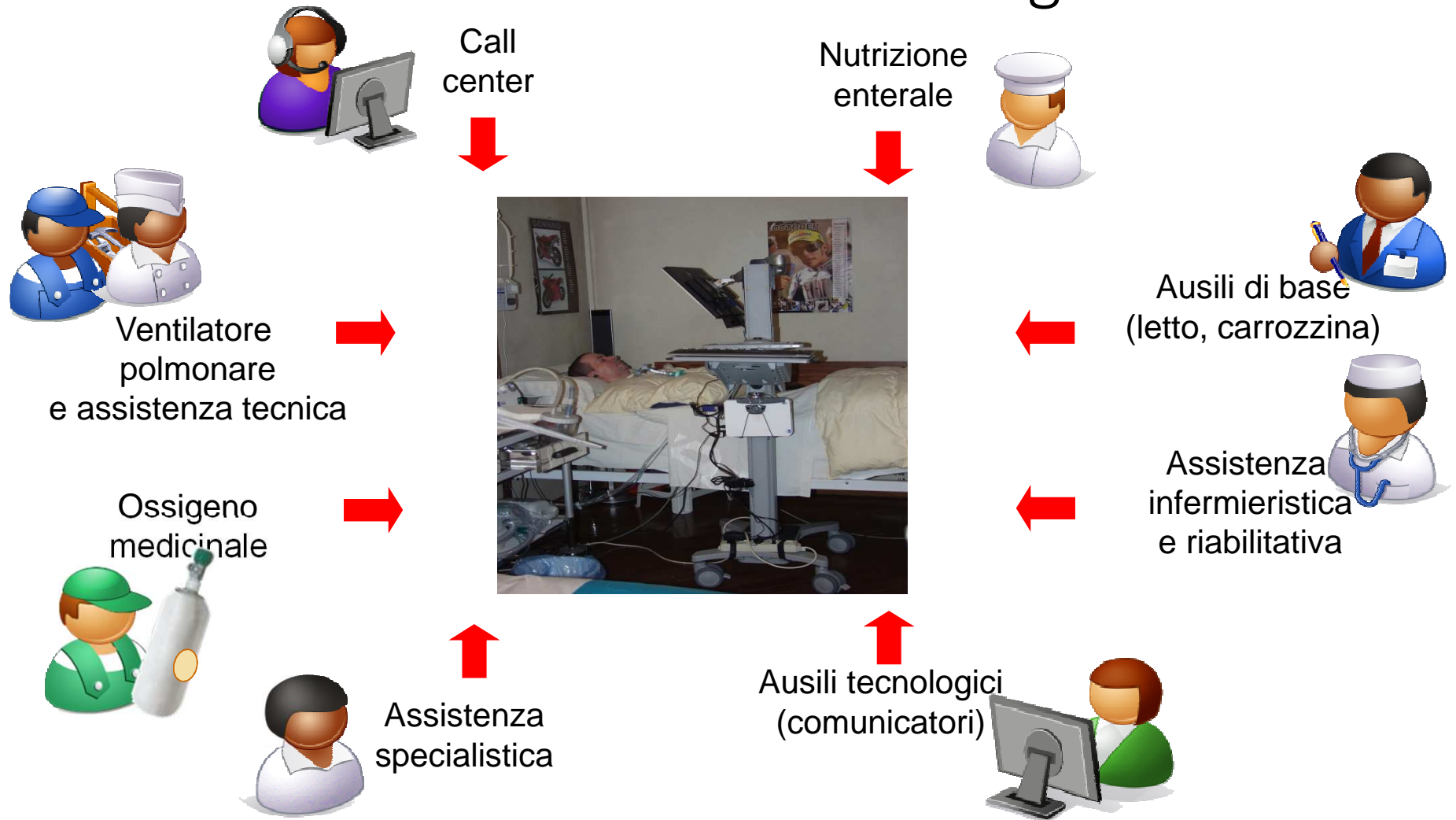
- a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

# Rete territoriale - Il settore domiciliare

- **Le cure domiciliari** sono settore prioritario per una copertura assistenziale efficace nel lungo termine.
- Specifica indicazione nei pazienti con **malattie croniche**.
- Con l'obiettivo di **dare più qualità a condizioni sostenibili**.
- Si richiedono adeguate **competenze professionali** ed organizzazione assistenziale specifica (paziente-famiglia).
- Il **modello di riferimento attuale** (LG Ministero della Salute, 2006) prevede CD **prestazionali**, intergrate di I-II-III livello, palliative
- Il problema è oggi integrare il servizio sul bisogno della persona

**E' IN CONTRADDIZIONE, NELLE REGOLE DI SISTEMA 2017,  
LA STORICIZZAZIONE DEL BUDGET ADI**


# L'assistenza domiciliare "disintegrata"



# Conclusione

- Il passaggio dalla (remunerazione per) prestazione alla (remunerazione per) presa in carico è una transizione obbligatoria per la sostenibilità della spesa socio-sanitaria.
  - CAPIRE IN QUANTI ANNI SI VA A REGIME PER IL SETTORE DELLE RSA???
  - ATTENZIONE ALLA FORFETTIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI TARIFFATE (al ribasso)
  - ATTENZIONE ALLA PRESENZA, NON TARIFFATA, DELLE ATTIVITA' NON PRESTAZIONALI (sempre più presenti nelle filiere di assistenza della presa in carico)
- A regime, per i pazienti cronici l'insieme degli interventi è finanziato da una tariffa omnicomprensiva (budget di cura) commisurata a complessità ed estensione temporale della presa in carico.
  - RAPPORTO CON I LEA
  - RAPPORTO CON I COSTI STANDARD
  - RAPPORTO CON LE NORME FISCALI DI DETRAZIONE RETTE ASSISTENZA (dgr del 1999 !!!!!)

# Conclusione

- Prevede una committenza integrata sul bisogno del paziente: capire il ruolo della RSA
- Incorpora l'appropriatezza come fattore di efficienza
- Capire i costi di implementazione ( e relativo livello dei costi fissi) della costruzione delle reti di integrazione – definizione dei “centri di servizio inteso come gestore del servizio per le funzioni cliniche e amministrative ”
- Scegliere per la RSA percorsi di sviluppo nuovi
- Capire se siamo davanti ad un cambiamento dei modelli di gestione e del sistema di tariffazione  IMPATTO DELLA RIFORMA GESTITO PROATTIVAMENTE
- Capire se siamo davanti ad una trasformazione totale che da una vocazione tipica di RSA potranno diventare centri di servizio complessi, articolati e modulari sui bisogni sanitari e socio sanitari

# Conclusione

ESIGENZA DEGLI ENTI GESTORI DI OPERARE ALL'INTERNO DI UN **ATTO DI PROGRAMMAZIONE** ALMENO A CARATTERE TRIENNALE PER L'ATTIVAZIONE DEI NUOVI PERCORSI A FILIERA (dentro in quali confermare di anno in anno le risorse economiche a sistema, eventualmente)

**IL PASSAGGIO AD UN SISTEMA DI REMUNERAZIONE OMNICOMPRESIVO PRECEDUTO DA UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI GESTIONE IMPONE, ALLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE, L'ATTIVAZIONE DI UN PERCORSO DI FILIERA CHE NON PUO' ESSERE RICONDOTTO A REGOLE DI SISTEMA A CARATTERE ANNUALE. GLI INVESTIMENTI NECESSARI PER LA COSTRUZIONE DELLE RETE TERRITORIALE DEVONO AVVENIRE IN CONTESTI REGOLATORI CERTI E PLURIENNALI.**