 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	--	--

Allegato 18 - L’integrazione nella programmazione.

Scenario

La programmazione in sanità e nel sociale si sostanzia in un “processo di consenso” nel tempo tale da permettere l’individuazione dei bisogni delle popolazioni attuali e in prospettiva e tale da soddisfarli con una evoluzione continua delle strutture sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali e sociali e della loro capacità di offerta di servizi assistenziali, terapeutici e socio assistenziali qualificati ed efficienti.

L’opportunità è rendere il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni, coniugando l’autonomia nell’organizzazione della risposta dei servizi alla responsabilità sulla loro qualità e sostenibilità economica, coinvolgendo tutte le categorie di “decisori” delle filiere sanitarie, assistenziali e socio assistenziali, nonché sociali nelle determinazioni degli obiettivi possibili. Il processo di programmazione sanitaria deve vedere, quindi, la necessaria partecipazione di diverse categorie di “decisori pubblici” quali Stato, Regioni, Enti Locali e loro forme associative, nonché sindacati professionali e dei lavoratori, associazioni di volontariato, associazioni medico scientifiche, etc. in base alle loro diverse attribuzioni di ruoli.

Gli “strumenti” della programmazione sanitaria

Il set di strumenti nazionali e regionali per scrivere e gestire la programmazione sanitaria sono:

- L’analisi dei bisogni di salute della popolazione come *starting point* epidemiologico;
- Il Piano Sanitario Nazionale e le relative Linee guida organizzative nazionali;
- La definizione in sede di Conferenza Stato Regioni delle modalità di applicazione e delle risorse destinate a LEA e LIVEAS; DRG e SDO; Nomenclatori Tariffari;
- La definizione degli obiettivi macro regionali con i Piani Sanitari Regionali;
- La definizione dei Piani di Zona o Comprensorio;
- La definizione dei Piani di Sviluppo Aziendali;
- La condivisione delle scelte programmatiche ai vari livelli da parte degli Enti Locali e delle comunità locali;
- L’affermazione di una “*governance*”: come gestione delle compatibilità per un sistema di qualità.

Programmazione sanitaria e qualità del welfare.

Alcune innovazioni legislative negli ultimi anni sono state determinanti, sicuramente:

1) La Legge sul Federalismo, la modifica del Titolo V° della Costituzione comporta un elemento di profonda innovazione, si è modificato un decimo della Costituzione, ma in realtà è stato modificato il 100% di quello che in realtà è il sistema del *welfare* a livello locale. Ormai le Regioni sono pressoché totalmente depositarie di tutti gli interventi sia sul versante dei servizi sanitari sia sul versante dei servizi sociali.

2) La Legge Turco, la legge sui servizi sociali, La legislazione in materia era ferma al 1890 e finalmente il quadro si è delineato spostando completamente l’asse sui livelli locali.

Infine la Legge Naz. n. 229, ma anche gli ultimi decreti, in particolare quello sui Livelli Essenziali d’Assistenza, disegnano nuovi scenari del sistema di *welfare* con le relative modalità. Il testo della Conferenza Stato Regioni, e poi il testo sui LEA, quello governativo, rappresentano un cambiamento profondo dei rapporti che si generano tra lo Stato e le Regioni.

Dal welfare centralista al welfare federale.

Il passaggio è dal vecchio modello di *welfare* - che aveva elementi positivi, ma anche elementi di rigidità di sistema, con una visione un centralistica, settoriale, che poi si ripercuoteva su tutti gli altri interventi, con un sistema monopolistico e tendenzialmente espansivo anche perché i costi sono sempre più alti - ad un nuovo modello. In realtà stiamo andando verso un sistema di *welfare* di comunità federale.

Certamente la spinta federale potrà spingersi verso situazioni estreme, ma già il passo avanti fatto con l’attuale modifica è estremamente importante. E’ una formula assolutamente integrata, non più settoriale, per integrare non solo i servizi sociali e quelli sanitari, ma tutto l’altro sistema sussidiario. Un modello che dovrebbe essere sostenibile, a risorse certe, per stare dentro questo quadro e per cercare eventualmente di recuperare risorse da altri settori al di fuori dei settori specifici del sociale e del sanitario.



Si tratta di una sfida, in qualche maniera, per cominciare a configurare un passaggio per un ragionamento futuro. Occorre orientarsi sempre più verso il discorso di salute - *welfare*. Significa dare senso in qualche maniera all'obiettivo di tutela del benessere dei cittadini. Sapendo che la salute è uno dei componenti del benessere. Benessere è salute e la salute viene presidiata dalla sanità, ma sullo stato di benessere intervengono altri elementi in maniera forte: i trasporti, l'ambiente, la socializzazione, la casa, il lavoro, il reddito, la formazione, il tempo libero. Dentro questo quadro, dove sono chiamati in causa tutti gli altri settori extra sanitari, extra-sociali per tentare di rispondere al *welfare*, per cercare di migliorare, di supportare il benessere dei cittadini, occorre richiamare obiettivi universali: equità e solidarietà.

Autonomia e sussidiarietà.

Occorre sottolineare altri due altri elementi in questo discorso del *welfare* di comunità che sono i concetti d'*autonomia* e di *sussidiarietà*. *Autonomia* in qualche maniera è l'atteggiamento degli operatori. I servizi devono prendere in carico, ma la presa in carico definisce una situazione di delega, a chi prende in carico, a chi si assume la responsabilità. È *l'ability to cooperate*, è la capacità di far fronte, la valutazione nei soggetti delle capacità residue, significa dare una spinta forte alla *compliance*, all'*empowerment* dei cittadini, dei soggetti, al fatto che i soggetti devono riappropriarsi della loro possibilità di scelta nei confronti della salute.

Siamo all'interno di uno scenario nel quale si sposta il baricentro del *welfare*. La centralità si sposta dal livello statale a livello delle comunità locali, cercando di evitare un pericolo che è quello di un neo-centralismo regionale. Infatti se spostiamo l'asse della programmazione dallo Stato alla Regione, è la Regione che decide, tagliando fuori completamente le comunità locali. Rischiamo di ricreare in piccolo quello che c'era prima. Per evitare questo è importante affermare una logica della nuova programmazione, una programmazione che dovrà essere continua. Non ha importanza se si parte dall'alto o dal basso, l'importante è avere una circolarità continua di una programmazione, che però non è stabile nel tempo, ma deve essere rimodulata continuamente, man mano che le cose si fanno, vedendo come devono evolvere i servizi, come tutta l'organizzazione viene ridisegnata.

La programmazione integrata: rapporto bisogno – offerta.

L'altro elemento: la programmazione deve essere integrata. Molte Regioni elaborano ancora il piano sanitario, il piano sociale, i vari piani, ma sono separati. Non è più possibile ragionare in questa maniera, bisogna forse a tornare a quello che era nella Legge Naz. n. 833 il *Piano Socio Sanitario*. Ormai gli ultimi piani sono fortemente orientati su questa prospettiva, ma non possiamo più pensare di avere la settorializzazione, che è proprio uno dei mali, perché ogni settore diventa auto referenziato.

Una programmazione non può essere top down. La programmazione deve essere negoziata fra i partner, deve sostanziarsi in accordi di programma all'interno delle *community*. E infine deve essere sostenibile in quanto, se il budget è predefinito, bisogna cercare di stare dentro le dotazioni esistenti. A base della programmazione deve tornare lo schema classico nel quale ci si confronta sul doppio binario bisogno – offerte.

Questo sarebbe un passo avanti nella programmazione perché tendenzialmente la programmazione è andata avanti molto guardando l'offerta, disattendendo un po' il quadro dei bisogni.

In realtà ci sono due esigenze:


- Sul lato dei bisogni, esistono dei bisogni consolidati di salute, una domanda che è espressa dalle tendenze demografiche, che ci dicono dove stiamo andando. Non è un quadro sconosciuto, sul quale il sistema dell'offerta, che in molte Regioni è ormai un sistema maturo, non deve fare altro che tentare di recuperare efficienza ed efficacia.
- L'altro punto è individuare quali sono le nuove priorità, i nuovi scenari dei bisogni che si stanno proponendo all'attenzione, per tentare di rimodulare il sistema dell'offerta. Il tutto in un quadro di sostenibilità e di compatibilità economica.

L'elemento centrale è come superare l'auto referenzialità di tutti i soggetti, di tutte le discipline dei professionisti. Occorre arrivare a riunire un offerta che è oggi iper-segmentata. Occorre ridare appropriatezza a tutti i regimi d'assistenza nell'ospedale, nel territorio, nell'assistenza domiciliare, senza che in questi ci siano aree poco esplorate. Centralità acquista l'asse della continuità assistenziale, dell'integrazione tra tutti gli operatori. Uno degli elementi di criticità della organizzazione è lo scarso presidio dell'interfaccia fra un settore e l'altro.

I Piani Sanitari Nazionali.

Si è passati con l'avvento della "*devolution*" dai Piani Sanitari Nazionali *preceptivi* a quelli *indicativi*. Questo corrisponde ad una evoluzione dei ruoli in sanità tra Stato Nazionale e Regioni.

Con la "*devolution*" la sanità è diventata una materia condivisa tra Stato e Regioni.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

Elementi fondanti e di riferimento nei processi della programmazione sanitaria sono:

- La Costituzione Italiana e il diritto alla salute quale diritto di cittadinanza;
- I principi base: universalità, equità ed efficienza;
- Il principio di sussidiarietà in sanità;
- I parametri per la programmazione: LEA, LIVEAS, DRG e SDO;

La Legge Nazionale n. 502 del 30.12.1992.

Questa Legge Nazionale definisce il SSN quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei SSR e delle altre funzioni ed attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale. La legge definisce anche l’impegno per la definizione dei LEA nel rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche nonché della economicità nell’impiego delle risorse.

Lo strumento programmatico di base è indicato nel Piano Sanitario Nazionale, di durata triennale, in cui devono essere definiti:

- le aree prioritarie di intervento;
- i livelli essenziali di assistenza sanitaria;
- la quota capitarla di finanziamento;
- gli indirizzi finalizzati ad orientare il SSN verso il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza;
- i progetti obiettivo;
- le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria;
- la formazione di base e gli obiettivi per l’ECM;
- le linee guida e i percorsi diagnostici e terapeutici;
- i criteri e gli indicatori per la verifica dei LEA assicurati rispetto a quelli previsti.

Il Governo con la Relazione Annuale sullo stato sanitario del Paese deve informare su:

- stato di salute della popolazione residente;
- le risorse impiegate;
- i risultati conseguiti e quelli conseguiti dalle Regioni;
- fornire indicazioni per la elaborazione di politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Le Regioni devono predisporre propri Piani Sanitari Regionali o Piani Regionali di Salute coinvolgendo gli Enti Locali ai vari livelli e le organizzazioni sindacali e altre forme associative con particolare riferimento alle forme di volontariato e il no-profit. I Piani Regionali suddetti devono definire i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture operanti nel loro territorio unitamente ai servizi sanitarie sociali e alle diverse categorie di operatori esistenti. I Piani regionali devono disciplinare il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale con l’adozione dei PAL.

Le Regioni devono programmare la presenza della AUSL sul loro territorio e delle Aziende Ospedaliere e di altre strutture sanitarie e socio assistenziali prima convenzionate e poi accreditate, i principi e i criteri per l’articolazione dell’atto aziendale; l’articolazione delle AUSL in Distretti, le modalità di finanziamento delle AUSL e AO; le modalità di vigilanza e controllo; la definizione dei modelli di accreditamento.


La Legge introduce il ruolo dei Direttori Generali come organi monocratici nella gestione delle AUSL e AO.

Altra novità è la definizione dei Distretti che devono essere i soggetti dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria con contabilità separata all’interno del bilancio delle singole AUSL in grado di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie. I Distretti devono definire propri programmi di attività territoriali per prevedere la localizzazione dei servizi a gestione diretta e determinare le risorse per l’integrazione socio sanitaria.

Quindi si tratta di una vera e propria griglia di livelli di programmazione nazionale, regionale e locale che devono essere coerenti con gli obiettivi e le risorse disponibili. Centrale è quindi il tema delle compatibilità tra obiettivi e risorse disponibili.

Il finanziamento del sistema.

L’attuale contesto del sistema sanitario si sostanzia ancora in una fase di transizione e profonda trasformazione nel disegno del rapporto tra Stato e Regioni (attuazione del nuovo Titolo V° della Costituzione e avvio della devolution tra Stato e Regioni), e tra Regioni e Autonomie Locali, conseguentemente alla organizzazione di un nuovo SSN, basato sempre di più su dei SSR autonomi e interrelati, fondato sull’autonomia e responsabilità delle aziende sanitarie e dei loro organismi di gestione, valori cardine dell’aziendalizzazione e della sostenibilità economica del sistema.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

Il primo nodo che si pone è quello delle forme e dei livelli di finanziamento del sistema sanitario a livello nazionale e regionale. Il sistema sanitario italiano è strutturalmente sotto finanziato rispetto alla media europea di circa 1,0 – 1,2 % sul P.I.L. da anni.

Il deficit del sistema è un processo complesso in parte legato al suo sotto finanziamento strutturale e in parte al non completato processo di aziendalizzazione in diverse Regioni del nostro Paese.

Rimangono aperti nel dibattito istituzionale sulla sanità temi quali:

- Il ruolo dello Stato e quello delle Regioni;
- L’apporto della spesa privata;
- Il Fondo sanitario nazionale e il finanziamento a quota capitarla;
- Il totale della spesa sanitaria e la sua evoluzione;
- Le Leggi Finanziarie e la spesa sanitaria;
- La devolution alle Regioni e gli accordi in sede Conferenza Stato Regioni;
- Criteri di ponderazione e di riparto dei finanziamenti pubblici;
- Fabbisogno finanziario del SSN e suoi livelli reali di finanziamento: criticità e previsioni.

Dal 2001 al 2009 la crescita del PIL è stata pari al +0,9% annuo, mentre la UE viaggiava su medie del + 1,5-2,0%; la spesa sanitaria invece nello stesso periodo è aumentata del +45,1%, ovvero del + 5,01% annuo.

Il finanziamento al SSN a sua volta nel periodo considerato è aumentato del +50,6%, pari ad una media annua del + 5,6%. Questi dati pongono già in modo sintetico un tema di sostenibilità dei SSR.

Nell’anno 2009 il SSN ha assorbito risorse per 101.481 miliardi di € (con un incremento dello + 0,02% rispetto all’anno precedente) , garantendo per ciascun cittadino una spesa pro capite del valore di €. 1.716. Emerge pertanto come lo Stato finanzia la spesa sanitaria soltanto circa per il 95% del fabbisogno complessivo, con una percentuale che sul PIL scende al 6,1%.

Il finanziamento medio per la sanità previsto per i prossimi tre anni dal governo (+1,5%), se confrontato con le previsioni di crescita di Pil nello stesso periodo (+3,3%) sempre dall'Esecutivo, rischia di configurare una recessione della sanità pubblica. In pratica il finanziamento pubblico della Sanità, che e' stato congelato al 6,7% del Pil da alcuni anni, si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014: affinché l'impatto sulle famiglie fosse nullo, la spesa sanitaria si dovrebbe ridurre a sua volta di circa 10 miliardi di euro da qui al 2014, ovvero oltre il 6% circa di tutta la spesa sanitaria pubblica e privata attuale.

Con la Legge Finanziaria 2011 il Governo ha ritenuto necessario ridimensionare i Fondi statali a carattere sociale comportando un quasi azzeramento delle politiche sociali. Nel 2008 i Fondi nel loro complesso avevano una dotazione di €. 2.520,00 MIL, mentre nel 2013 è prevista una dotazione degli stessi Fondi pari a solo €. 271,6 MIL. Siamo di fronte ad una riduzione progressiva da 10 a 1.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto ricordiamo che la manovra economica ha stabilito, a partire dal 2011, un taglio delle risorse ai Comuni con più di 5.000 abitanti di 1,5 miliardi. Una misura che avrà sicuramente ricadute anche per quanto riguarda gli interventi e i servizi sociali.

In proposito il rapporto IFEL ha calcolato che nel Biennio 2011-2012 la correzione finanziaria imposta ai comuni si tradurrà in un taglio dei servizi pari a 100 euro pro capite il primo anno e di quasi 120 euro per il secondo. Per il 2010 la dotazione del FSN era pari a 102.895.497.900 €, mentre il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali era pari a 1.174.944.000 €. A fronte di questi dati si può parlare più che di “*integrazione*” di “*incorporazione*” tra sanità e sociale (Elio Guzzanti 2011.)

La finanza “innovativa”: l’apporto dei privati.

Fino ad oggi il sistema è stato finanziato dallo Stato, domani lo sarà dalle Regioni, con forme di partecipazione degli Enti Locali e già si impone e si imporrà sempre più il tema delle varie modalità di apporti possibili da parte dei privati sia dal lato dell’offerta di prestazioni sanitarie e sociali tramite le sperimentazioni gestionali, le varie forme di outsourcing, il project financing, il global service, etc, che dal lato della domanda quali i Fondi Integrativi volontari o obbligatori, le Mutue e le Assicurazioni.

Le forme innovative di apporto dei privati al finanziamento del sistema possono individuarsi in:

- Le sperimentazioni gestionali pubblico – privato;
- Il project financing;
- Le mutue e le società di muto soccorso;
- Le assicurazioni private.



Le criticità istituzionali per la gestione dell’integrazione.

La difficoltà nel governare la complessità dell’integrazione determina criticità da affrontare:

- scarsa chiarezza nella definizione e configurazione nel nuovo contesto connesso all’avvio della *devolution* del ruolo dei poteri centrali;
- tensioni conseguenti tra Parlamento, Conferenza Stato Regioni e Conferenza Stato Città con nodi di attribuzioni e di ruoli non ancora risolti in modo condiviso;
- perdurare di vecchie e nuove forme di centralismo da parte del Governo e delle Regioni;
- diversità strutturali e di P.I.L. nelle diverse Regioni del Paese che determinano criticità difformi da governare;
- modalità di finanziamento dei sistemi sanitari e sociali da ripensare e articolare mantenendo livelli di equità e universalità nell’offerta dei servizi in tutte le Regioni;
- possibile implosione in un insieme di sistemi regionali difformi e non equi.

La modellistica regionale


L’evoluzione del dibattito di politica sanitaria oggi è tale da richiedere un confronto reale sulle esperienze in atto per verificare la possibilità o meno di mantenere il più possibile il carattere universalistico del diritto alla salute pur nelle diverse declinazioni regionali e l’unitarietà del sistema.

Temi tipici, centrali, per supportare questo processo, sono la creazione dei circoli virtuosi di confronto e di miglioramento delle esperienze regionali e aziendali con particolare riferimento a:

- monitoraggio delle politiche regionali sanitarie e sociali;
- definizione dei ruoli per la “*governance*” dei sistemi regionali sanitari e sociali;
- valorizzazione delle conoscenze e delle competenze interne alle aziende sanitarie e ai servizi sociali dei Comuni nei processi di programmazione e di regolazione della produzione dei servizi;
- qualificazione delle gestioni e qualità degli outcomes;
- monitoraggio dei fabbisogni finanziari e delle forme di copertura adottate su base regionale;
- monitoraggio delle politiche di contenimento dei costi dei sistemi sanitari e sociali regionali;
- analisi della spesa sanitaria e sociale e dei suoi trend infra annuali a annuali;
- l’uso delle risorse disponibili in modo efficace e efficiente;
- analisi dei fabbisogni formativi e di acquisizione di risorse qualificate sanitarie e sociali;
- monitoraggio delle esperienze di sperimentazioni gestionali, di project financing, di altre forme di partecipazione pubblico e privato;
- monitoraggio delle esperienze di Fondi Integrativi, di Mutue e di Assicurazioni;
- monitoraggio e promozione delle esperienze sulle procedure di assicurazione della qualità;
- monitoraggio dell’uso delle tecnologie innovative nelle gestioni dei servizi sanitari e sociali;
- monitoraggio delle esperienze di organizzazione Distrettuale e di rapporti con i MMG;
- partecipazione e governo nei processi di integrazione tra sanità e sociale;
- Lo studio dell’impatto di tutte queste azioni sullo stato di salute dei cittadini e le prove della loro efficacia.

I Piani Sanitari Regionali.

La centralità e l’assunzione di responsabilità delle Regioni verso la sanità con la “*devolution*” deve comportare lo sviluppo di capacità autonome di analisi dei fabbisogni e di riprogettazione riquilibrata dei SSR. Il vincolo allo sviluppo delle attività delle Regioni in specie nelle Regioni del mezzogiorno è nell’ammontare dei PIL regionali. Il volume dei trasferimenti nazionali è inadeguato e sollecita forme di fiscalità regionale integrativa. Gli obiettivi macro dei PSR sono: dai vincoli nazionali all’assunzione di responsabilità diretta; determinazione degli obiettivi di salute per la popolazione residente; riquilibrata dell’offerta regionale di servizi ospedalieri e socio sanitari; la riconversione dei SSR; risorse necessarie e autonomia impositiva delle Regioni; la nuova fiscalità sanitaria delle Regioni; la modellistica regionale dei SSR. I PSR presentano come soluzione principale la razionalizzazione dei sistemi di offerta e la costituzione di reti di servizi. Ciò vale non solo per l’ambito ospedaliero, ma anche per le aree dei servizi socio-sanitari. Spesso normative specifiche regolano la costituzione e gestione di reti specifiche. Vedi come esempio le reti di “servizi sanitari e socio-sanitari per la popolazione anziana non autosufficiente”. Reti a cui afferiscono solitamente i servizi di geriatria, i consultori demenze senili, le strutture residenziali protette - strutture residenziali a bassa intensità assistenziale, i centri diurni, la assistenza domiciliare integrata, la assistenza domiciliare di sostegno domestico. Porta di accesso alle Reti: U.V.G. ; M.M.G. , Geriatri; I.P. ; A.S.. Il primo filtro sono comunque: M.M.G. / A.S. Le esperienze maturate in area anziani sono riproducibili in ogni, altra area socio-sanitaria.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

L’organizzazione dei servizi sanitari e sociali nelle Regioni.

La scelta strategica da parte di diverse Regioni di valorizzare lo sviluppo della integrazione tra sanità e sociale discende, non solo, dalla condivisione, e quindi, dalla corrispondente applicazione delle normative nazionali (fino ad ora) di riferimento (PSN 1998/2000; d.leg.vo 229/’99; atto di indirizzo e coordinamento ex art. 3 septies d. leg.vo, etc...), ma anche dalla storia vissuta, da una esperienza cresciuta nel corso degli anni ‘80/’90 che, anche quando ha messo in discussione alcune forme della integrazione istituzionale (ad es. le deleghe), non ha mai sminuito o rinnegato il valore della integrazione, sempre riconoscendo i presupposti e i risultati che ne sanciscono la essenzialità. Di essi troviamo ripetuti riferimenti, peraltro, nei Piani Regionali degli ultimi anni. I presupposti sono, come sempre: la crescita esponenziale delle patologie invalidanti e della “attesa di vita”, ovvero, più anziani e più non autosufficienza; l’ampliamento dell’area delle patologie invalidanti di “confine”, multi fattoriali e multi diagnosi quali la salute mentale, alcool-tossicodipendenze e le demenze senili; i nuovi bisogni legati all’accoglienza e integrazione di fasce svantaggiate quali la immigrazione, le nuove povertà e le crescenti marginalità sociali.

I risultati attesi sono: maggiore efficacia nell’aggredire bisogni multi dimensionali; maggiore efficienza nell’evitare sovrapposizioni inutili di intervento; maggiore razionalità per evitare eccessi di concentrazione (alcune tipologie di servizi), oppure vuoti totali (altre tipologie); maggiore fruibilità di accesso da parte della utenza (riduzione della sindrome della “pallina da flipper”).

Il disegno della integrazione tra sanità e sociale si realizza con particolare riferimento ai seguenti campi di azione: i processi di programmazione integrata; la integrazione di natura istituzionale; le soluzioni organizzative e gestionali; le forme di integrazione professionale; la definizione delle competenze finanziarie fra SSR e Enti Locali. A premessa una scelta di fondo in molte Regioni: gli ambiti associativi intercomunali o altre forme locali di associazione tra Enti Locali coincidono con i territori distrettuali.

Gli strumenti della programmazione socio sanitaria delle Regioni.

L’esplicita valorizzazione dello sviluppo dell’assistenza territoriale come condizione essenziale e concorrente per una risposta adeguata ai bisogni di salute dei cittadini in termini di efficacia, qualità ed equità è il dato più rilevante ed innovativo del quadro di governo del SSN dal punto di vista normativo (D.Lgs. 229/99, L.328/2000), programmatico (PSN 2002/2004), clinico (DPCM 19/11/2001 – LEA), organizzativo ed economico (Assistenza Distrettuale). Particolarmente intenso è stato, in questi anni, spesso in anticipo sulle scelte nazionali, l’impegno di molte Regioni ed Aziende Sanitarie nella progettazione e sperimentazione di modelli innovativi (organizzativi, clinici, gestionali) di governo e di sviluppo dell’assistenza territoriale (governo manageriale della medicina generale, definizione di percorsi per patologia, sistemi informativi territoriali, nuove modalità di accesso alla rete dei servizi, definizione di strumenti operativi di integrazione socio-sanitaria). La stessa riorganizzazione della funzione ospedaliera, sotto il profilo dell’appropriatezza, si realizza e viene percepita positivamente a condizione che l’ospedale sia in grado di interagire con le altre componenti dell’assistenza sanitaria territoriale e sociale adeguatamente sviluppate. La riforma del titolo V della Costituzione, ha aperto, peraltro, importanti spazi di autonomia e di sperimentazione, a livello regionale e locale, di modelli di sviluppo dell’assistenza territoriale anche sensibilmente differenziati rispetto ad obiettivi ampiamente condivisi.


I processi di programmazione tra sanità e sociale si articolano nelle esperienze delle Regioni in una serie di prodotti programmatici:

- Piani per La Salute (PPS) o Piani sanitari Regionali (PSR);
- Programmi delle Attività Territoriali (PAT);
- Piani di Zona (PDZ);
- Piani Annuali di Attività (PAA);
- Piani Attuativi Locali (PAL).

Il primo e l’ultimo – PPS e PAL - sono programmazioni “cornice”.

PPS Piani per la Salute.

Disegnano il quadro degli impegni di tutte le componenti istituzionali e sociali per raggiungere obiettivi di salute (oggettivi e percepiti come tali) agendo su varie determinanti: sviluppo socio-economico; ambiente; stili di vita; servizi; trasporti; casa; culturali e ricreativi; sociali; sanitari, etc. Nei PPS la programmazione socio-sanitaria rappresenta una porzione orientata a pochi, selezionati obiettivi.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

PAL Piani Attuativi Locali.

Agiscono in termini di efficienza allocativa definendo le strategie applicative dei PSR (triennale) (peculiarmente in area ospedaliera). Le programmazioni specifiche d’area corrispondono ai PAT e ai PDZ. Entrambe le tipologie di Piani contemplano, nell’ambito di ciascun prodotto programmatico, la programmazione dei servizi e delle attività socio-sanitarie: attività sanitarie di distretto; attività socio sanitarie; attività sociali di ambito associativo.

All’unicità dell’argomento corrispondono due, possibili modalità elaborative:

- programmazioni sanitarie e sociali distinte, poi sintesi integrata, a posteriori, tramite apposita intesa fra Associazioni Intercomunali o Consorzi di Comuni e ASL competenti;
- programmazione integrata unica. Molte realtà aziendali e intercomunali hanno praticato questa soluzione.

PAA Piani Annuali di Attività.

Si sostanziano nella sintesi (criticità; obiettivi, attività; risorse) dei PAT a questa aggiungendo la programmazione inter-distrettuale. Sono, di conseguenza, la base annuale programmatica del bilancio di previsione. La componente socio-sanitaria di competenza delle ASL vi trova la necessaria copertura finanziaria, frutto di specifica negoziazione - selezionatrice di priorità - fra Direzione Generale e Direttori di Distretto. La corrispondente quota sociale (di spettanza comunale) viene definita in accordo con il Comitato di Distretto (coincidente con l’insieme dei Sindaci dell’Associazione Inter-comunale o del Consorzio di Comuni).

Gli Accordi di Programma.

Sanciscono la composizione dei contenuti programmatici (PDZ) definiscono - in assenza di delega - le modalità della integrazione operativa: quali servizi socio-sanitari (tipologia); quali attività sanitarie, quali sociali; come garantire la integrazione (protocolli allegati o richiamati); come informare sull’andamento e sui risultati. Definiscono le modalità di gestione delle reti di servizio (integrazione gestionale) ovvero: criteri di accesso; strumenti di filtro e orientamento; risorse per la gestione della rete; programmazione e sistema informativo della rete.

I Piani di Sviluppo Aziendali

I soggetti centrali nel processo di “gestione” delle scelte di politica sanitaria, acquisite ai vari livelli di governo del sistema, sono le aziende sanitarie quali soggetti unitari di perseguimento dei migliori equilibri possibili nel tempo, per perseguire gli obiettivi dati, nella combinazione e nell’uso delle risorse disponibili finanziarie, professionali, tecnologiche, e tramite l’acquisizione di beni e servizi da terzi. I presupposti per la definizione dei PSA sono:

- l’affermazione del ruolo di sintesi gestionale delle aziende sanitarie;
- la constatazione che AUSL e Aziende Ospedaliere esprimono due mondi diversi di compatibilità;
- l’affermazione delle Aziende Sanitarie come momenti di sintesi e di snodo della programmazione sanitaria e sociale: tra le Regioni e le Comunità Locali;
- l’unicità di gestione tra governo clinico e assistenziale e governo economico nei territori;
- l’affermazione del passaggio dalla gestione finanziaria a quella economico finanziaria tramite l’applicazione delle normative U.E.;
- l’applicazione della gestione budgetaria: bilancio preventivo e consuntivo;
- la certezza del finanziamento delle Aziende Sanitarie: i tempi reali dei trasferimenti pubblici;
- l’individuazione delle criticità del sistema e il ruolo di catalizzatori delle stesse delle Aziende Sanitarie.

I nuovi Distretti socio-sanitari.

La costruzione del nuovo Distretto socio-sanitario è la chiave di volta del processo di sviluppo dell’assistenza territoriale. Il Distretto si configura, infatti, non più solo come struttura operativa dell’ASL, collocata sul versante della produzione di servizi, ma come vera e propria area di governo a cui è affidato il mandato di rispondere in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico territorio. Al Distretto compete, in questo senso, di assicurare i servizi di assistenza primaria relativi all’attività sanitaria e socio-sanitaria assicurando, anche, le funzioni di coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, divenendo, quindi, titolare delle attività territoriali, garante dell’appropriatezza e dell’esigibilità dei livelli essenziali di assistenza, responsabile dell’ottimizzazione delle risorse assegnate.

Le esperienze più avanzate, in sede regionale e locale, si sono dovute confrontare, dando luogo ad esperienze e ad esiti molto diversi, con la complessità della declinazione operativa, in relazione alla programmazione aziendale e alle risorse assegnate, delle macro-funzioni del Distretto:



- Accoglimento, analisi, valutazione ed orientamento della domanda ed organizzazione della risposta (l’Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale come porta di accesso alla rete dei servizi);
- Concorso dell’attività di pianificazione e di programmazione aziendale mediante l’analisi e la valutazione dei bisogni di salute;
- Gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel “livello di assistenza distrettuale” avvalendosi di operatori e di unità operative proprie oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori e mediante strumenti gestionali “esternalizzati” (società miste, Fondazioni, Società della salute, ecc.)
- Governo dei consumi di prestazioni “indirette” (farmaceutiche, specialistiche, ambulatoriali ed ospedaliere) attraverso attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, l’integrazione nell’organizzazione distrettuale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (strumenti ed obiettivi di governo manageriale della medicina generale).
- Realizzazione dell’integrazione tra sanitario e sociale a livello gestionale ed operativo, a livello istituzionale e comunitario (ASL, Comuni, Privato Sociale) e a livello professionale come condizione essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati dal P.A.T. e dal Piano di Zona dei servizi alla persona.

Lo stesso dimensionamento del Distretto nel rapporto popolazione/territorio non può essere semplicemente ricondotto alla logica delle economie di scala. Il concetto di territorio distrettuale è ben diverso da quello che lo identifica in una superficie neutra su cui collocare servizi. La definizione del territorio del Distretto deve necessariamente tenere conto, per adeguare l’offerta alla domanda di servizi e garantire l’esigibilità di livelli essenziali di assistenza, della struttura della popolazione, della struttura del mercato, del fatto che il territorio è caratterizzato da esternalità o internalità positive o negative.

Oltre i Distretti: le Società della Salute in Toscana.

Nel nuovo Piano Sanitario 2002 –2004 della Regione Toscana la principale novità è senza dubbio la istituzione delle “Società della Salute”. Si tratta di una nuova forma di organizzazione per la gestione dei servizi socio-assistenziali a cui sono chiamati a partecipare la USL, i Comuni, le parti sociali (associazioni, sindacati, volontariato, privato e privato sociale), i medici di famiglia.

Le società della Salute hanno un budget proprio fornito in maniera differenziata da tutti i soggetti che ne fanno parte e l’obbligo di raggiungere il pareggio di bilancio. Di fatto si tratta di una società senza scopo di lucro che ha l’obbligo di reinvestire i risparmi in servizi migliori o in nuove ed aggiuntive prestazioni. E’ governata da una Giunta in cui tutti i soggetti sono rappresentati e, alla direzione, è previsto un manager nominato dalla stessa. La proposta di costituzione della Società parte dalla Conferenza di Sindaci e dalla Usl competente. Il livello territoriale di riferimento è il distretto (o una unione di distretti).

Nella fase cosiddetta di avvio la Società per la Salute dovevano elaborare un progetto autonomo che viene valutato e finanziato dalla stessa Regione.

Nella proposta della Toscana, attraverso la Società della Salute si rafforza la garanzia dell’universalismo e dell’equità. E’ lo strumento che consente alla Comunità locale di diventare protagonista della tutela della salute e del benessere sociale, partecipando ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e divenendo co-gestore dei servizi socio-sanitari territoriali.

A livello teorico si possono prefigurare *tre modelli* di Società della Salute, avendo come riferimento il rapporto tra Comuni e Azienda USL.

Il *primo* concepisce la Società della Salute come una struttura con potere di gestione mantenuto in capo all’Azienda USL, che lo esercita attraverso una direzione tecnocratica. Il ruolo degli Enti Locali si limita all’esercizio di una funzione di consulenza forte sulla produzione di servizi. La funzione di indirizzo e controllo degli Enti Locali è comunque resa superiore a quella attuale, grazie alla partecipazione azionaria alla società. Pertanto la funzione di committenza e di erogazione di servizi è assommata nell’azienda USL con la variante che tale funzione di committenza è svolta tenendo conto dell’orientamento forte formulato dai Comuni.

Un *secondo* modello vede la Società della Salute come azienda di Comuni. Il titolare dei servizi territoriali è la Società della Salute, che ha funzioni anche di tipo sanitario, ma non solo. Essa infatti eroga un mix di servizi a carattere prevalentemente sociale il cui target è costituito sostanzialmente dagli anziani. La quota di servizi sanitari è assicurata dalla Società della Salute tramite l’Azienda USL, che fornisce quanto richiesto in base ad una sorta di negoziazione con la società medesima. La funzione di committenza è quindi attribuita alla società della salute, che si avvale di strutture e dei servizi sanitari della stessa Azienda USL.



Nella *terza* ipotesi si intende una società mista tra azienda USL e Comuni, in cui l’Azienda USL conferisce alla società le risorse attualmente impiegate nelle attività distrettuali ed i Comuni conferiscono invece quelle impiegate nelle attività socio-assistenziali ed eventualmente i fondi integrativi. La Società della Salute funziona con due “contratti di servizi”, in virtù dei quali eroga le prestazioni sanitarie alla Azienda USL e quelle socio-assistenziali ai Comuni. La funzione di committenza è quindi riservata sia all’azienda sanitaria sia agli enti locali.

La “*quantità di potere*” all’interno della società è determinata in base alla “*quantità di quote*” conferite. Si realizza quindi una corresponsabilità proporzionale alla partecipazione azionaria. E’ un modello organizzativo senza dubbio più sfumato dei precedenti, ma che determina maggiori difficoltà di gestione, vista la necessità di collaborazione ed integrazione tra due enti che hanno natura e missioni diverse. L’Azienda USL tende a realizzare una produzione efficiente, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate, mentre i Comuni sono portati naturalmente a massimizzare il consenso attraverso l’ampliamento dei servizi.

Andare incontro alle volontà dei Comuni e delle popolazioni di riorganizzare i servizi sanitari per fronteggiare un caduta di consenso dei cittadini e disaffezione crescente degli operatori, porrà fine all’*“eterno ripiano”* con una corresponsabilizzazione economica di tutti i soggetti che determinano la spesa: questi, di fatto, gli obiettivi che la Regione intende perseguire con Le Società della Salute.

Le Aziende Sanitarie.

Le aziende sanitarie italiane sono state oggetto di continui processi di modifica sia dei loro profili giuridici, che della loro morfologia gestionale. Di fatto sono state oggetto di continue scelte esterne da parte dei stakeholders della sanità istituzionali, con una forte interazione da parte del sindacalismo e dall’associazionismo sanitario.

1990-1991 - Dai Comitati di gestione agli Amministratori straordinari

Con l’avvio della riforma sanitaria nazionale la rete sanitaria pubblica fu fortemente connessa al mondo degli enti locali e delle comunità locali.

<i>Usl corrispondente</i>	<i>Assemblea</i>	<i>Comitato di gestione</i>	<i>Presidente dell'Usl</i>
al territorio di un Comune	consiglio comunale	nominato dal consiglio comunale	nominato dal comitato di gestione
al territorio di una Circoscrizione	consiglio comunale	nominato dal consiglio comunale o dal consiglio di circoscrizione	Nominato dal comitato di gestione
al territorio di una Comunità montana	assemblea della Comunità montana	nominato dalla giunta esecutiva della Comunità montana	presidente della giunta della Comunità montana
al territorio di più Comuni	Assemblea delle associazioni intercomunali; rappresentanze dei Comuni	nominato dall'assemblea; dall'associazione intercomunale	

I problemi che emersero nella gestione delle prime USL furono:


- crescita fuori controllo della spesa sanitaria conseguente al piè di lista...;
- sperequazioni nella distribuzione dei servizi...
- inefficienze produttive...

1991-1992 – Riordino del SSN.

Il primo riordino del SSN avvenne con una serie di provvedimenti legislativi, come segue:

- In attesa del riordino del SSN, il “Commissariamento” delle USL (L. n.111/91)
- Passaggio della responsabilità di spesa alle Regioni (L. n.421/92)
- Distinzione ruolo politico di indirizzo da quello di gestione: si istituisce la nomina regionale degli Amministratori Straordinari (n. 6.611 candidati di cui 20% dal privato...per 672 incarichi)
- Si afferma il ruolo dei comitati dei Garanti....

(Sole 24 Ore del 16.06.1991- “ULS in balia dei partiti. Altro che manager...” di R.Turno).

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

1992-1999 - Dagli Amministratori straordinari ai Direttori Generali:

Con successive modifiche legislative si è passati dagli Amministratori Straordinari ai Direttori Generali e dall’Unità Sanitaria Locale all’Azienda Sanitaria Locale.

- Con l’Art.10 L.n.833/78 si definiscono le USL come strutture operative dei Comuni, quale complesso dei presidi, degli uffici, dei servizi dei Comuni, singoli o associati e delle Comunità montane i quali in ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale.
- Con l’Art.3 D.Lgs. n.502/92 si afferma che l’azienda sanitaria sono “Azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica”. Si istituisce il ruolo del Direttore generale e quello del Sindaco o Conferenza dei Sindaci che formula indirizzi sulla programmazione; formula osservazioni sul bilancio della ASL; verifica l’andamento aziendale .
- La Riforma Bis del SSN (D.Lgs. N.502/92 – D.Lgs. N.517/93) sembra aprire una stagione di speranze sembra soffiare la voglia di privato!
- Con la L. n.833/78 vengono definiti: i doveri del funzionario; i costi a piè di lista, sulla spesa storica; l’attenzione alle procedure; il criterio di “tutto a tutti subito”; la definizione dei Rapporti gerarchici.
- Con il D.Lgs. n.502/92 a sua volta vengono introdotti e istituiti: il diritto del cittadino; la quota capitarla e le tariffe; l’attenzione ai risultati; l’assistenza uniforme compatibile con le risorse; la negoziazione e il budget.
- A sua volta con la L. n.833/78 si definiscono: la classificazione delle strutture, dei reparti e dei servizi; il bacino di utenza; i controlli; il modello dell’ospedale come “isola”.
- Infine con il D.Lgs. n.502/92 si introducono: l’accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private; i Dipartimenti all’interno delle strutture di terapia e cura; la libera scelta del cittadino; la concorrenza amministrata tra diverse tipologie di strutture pubbliche e private; gli obiettivi di assicurazione della qualità, l’auto valutazione, e la trasparenza; il modello dell’ospedale “a rete”.

Infine l’ultimo rilevante provvedimento legislativo è stata la Riforma TER del SSN (D.Lgs. n.229/99) che ha definito e istituzionalizzato: il passaggio dai Livelli Unitari di Assistenza (LUA) ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); la trasformazione del Collegio dei Revisori in Collegio dei Sindaci delle aziende sanitarie; l’adozione dell’Atto aziendale da parte delle aziende sanitarie; la formazione manageriale obbligatoria con l’avvio del programma nazionale di Educazione Continua dei Medici (ECM); l’affermazione della autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie pubbliche (AUSL e Aziende Ospedaliere).

I LEA quali livelli di determinazione dell’offerta reale sanitaria

Applicare i Livelli Essenziali di Assistenza


Il SSN deve assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dei seguenti principi (d.lgs n°229/99):

1. il principio di dignità umana, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti, indipendentemente dalle caratteristiche personali;
2. il principio del bisogno di salute;
3. il principio dell’equità all’accesso all’assistenza;
4. il principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo le specifiche esigenze;
5. il principio dell’economicità nell’impiego delle risorse

In Europa, USA e Canada le prestazioni da garantire a tutti i cittadini devono avere queste caratteristiche :

- sono considerate priorità o scelte difficili ma in nessun caso devono comportare un razionamento delle prestazioni;
- l’assistenza sanitaria è un bene fondamentale e le scelte ad essa collegate devono essere guidate da principi etici e ispirate a valori sociali;
- l’individuazione dei LEA deve essere riconducibile a criteri di efficacia clinica e di appropriatezza delle prestazioni erogate e dei servizi garantiti.

In Italia il finanziamento per quota capitaria e le indicazioni sui livelli di assistenza sono i parametri a base della programmazione sanitaria. Negli ultimi PSN e PSR si passa dalla de-ospedalizzazione alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	--

I parametri rimangono: la de-ospedalizzazione: qualità, efficacia ed efficienza; gli ospedali di eccellenza: i parametri OMS e la concentrazione dei casi; la riorganizzazione dei servizi territoriali; risorse disponibili, LEA e fabbisogno sanitario; limiti al mantenimento dell'offerta del sistema.

Circa i LEA i temi fondamentali sono due: l'impatto dei LEA sul sistema e nel nuovo contesto di regionalizzazione; le politiche aziendali dopo la determinazione dei LEA.

L'impatto dei LEA sul SSN e sulle Regioni

L'introduzione dei livelli di assistenza ha stimolato processi di analisi, di misurazione di costi delle prestazioni in diversi contesti: i costi dell'assistenza, equilibrio, risorse, livelli da assicurare; sarà da stimolo al mondo scientifico e a quello aziendale, per implementare i percorsi dei prontuari terapeutici.

Molte aziende sanitarie pubbliche hanno lavorato sull'introduzione dei LEA non sempre con risultati significativi dal punto di vista del risultato economico, spesso, diciamo, soddisfacenti, sotto un profilo, culturale della crescita anche dell'integrazione, tra medici del territorio e medici ospedalieri, però, ancora modesti come impatto sui costi e sul sistema di organizzazione aziendale.

La medicina sempre più basata sull'evidenza e sull'appropriatezza.

Temi di grande attualità che stimolano lo sviluppo di tecniche *benchmarking* anche se embrionali, per verificare costi e benefici di vari modelli, perché ciascuno possa prendere, poi, il meglio dall'esperienza altrui, in una visione assolutamente laica e non ideologica dell'impianto delle politiche sanitarie. Tutto questo spinge in seguito anche ad alcune analisi e ad una revisione della programmazione sanitaria regionale e a una riorganizzazione della rete di offerta.

Questi sono in termini aziendali i temi di riflessione più forti stimolati dai LEA, ma in generale dal tema: *appropriatezza*, equilibrio. Le risorse e le esigenze sono quelle di conoscere in dettaglio i processi di produzione, i dati di attività, i sistemi dei costi, quindi, vuol dire che, nelle varie aziende devono svilupparsi con forza sistemi di controllo di gestione per una reale conoscenza dei dati di produzione del territorio e dell'ospedale, la contabilità economico-finanziaria raffinata, una contabilità analitica che faccia da supporto a questi due, e da collegamento a questi due elementi.


LEA, appropriatezza e ottimizzazione delle risorse disponibili.

Occorre investire molto sull'*engineering* ospedaliero. L'ospedale va reinventato come percorsi, come proprio layout, come distribuzione di spazi e servizi, come il potenziamento della rete distrettuale con i relativi sistemi di controllo. Non c'è una cultura di sistema. Dove non si riesce a governare e a controllare i processi molto spesso viene comprata molta *inappropriatezza*.

Una valutazione, su quale sarebbe il risparmio, se fossero applicati tassativamente le indicazioni del provvedimento dei LEA: sarebbe circa di 8.800 miliardi immaginando anche il costo della riconversione dei DRG in interventi o ambulatoriali o in *day-surgery*, che vuol dire l'8% del costo ospedaliero. Un risparmio però che sarà possibile solo se verrà rivista la rete, perché se la rete ospedaliera, se la rete d'offerta, rimane la stessa, il risparmio è virtuale, perché si andrà a risparmiare solo sui costi variabili, che sono il 15%, 20%, 25% a seconda delle strutture. Il vero risparmio, si fa, invece, dove si incide sulla rete d'offerta e quindi sui costi di struttura, è lì, l'operazione e la sfida. Analizzato in termini di posti letto in questa realtà, se applicata ai LEA, si potrebbero ridurre i letti del 11%, e non è poco.

I LEA sono molto puntuali su tutta la dinamica ospedaliera, e sono più sfumati sulla dimensione territoriale. L'*inappropriatezza* non è solo un problema del sistema ospedaliero, e occorre essere attenti a non spostare l'*inappropriatezza* dall'ospedale al territorio, perché sul territorio, molte delle prestazioni che vengono erogate sono quasi totalmente determinate dalla domanda. Sul territorio, laddove non ci sono unità distrettuali, unità di valutazione multi disciplinare distrettuale, o altri filtri di accesso tutto quello che viene chiesto, viene puntualmente erogato a costi unitari che poi difficilmente si riesce a governare e a controllare, quindi attenzione a non spostare l'*inappropriatezza* sul territorio.

Il territorio in termini di governo dei fattori produttivi della qualità, è un'area grigia, oggi poco nota, quindi, sarebbe utile lavorare sullo sviluppo del sistema informativo distrettuale, che ponga al centro delle prestazioni il paziente, codificato per sub-livelli di assistenza, quindi la specialistica ambulatoriale, la farmaceutica, aspetti che possono essere conosciuti aziendalimente per tipologia di paziente, con la relativa codifica e valorizzazione, anche dove il nomenclatore regionale oggi non prevede un dato preciso. Sono tutti dati da stimare. I sistemi di governo e controllo sono i soliti: budget ristretto al governo dell'offerta; medici di medicina generale che sono il punto di equilibrio o di squilibrio della bilancia tra domanda e offerta; l'unità multi disciplinare che valuti i bisogni, e quindi che disciplini l'accesso della domanda.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

Senza questo ci troveremo a spostare l'*inappropriatezza* da un'area all'altra.

Fondi sanitari integrativi e applicazione dei LEA.

Sui Fondi Integrativi sorgono così alcuni quesiti: perché, se la spesa del privato in Italia è di circa 45.000 miliardi, il settore assicurativo ha ancora in Italia una consistenza così modesta? quali sono gli impedimenti e le prospettive? se in Italia il sistema sanitario nazionale copre la quasi totalità delle patologie da ricovero, quali spazi ci sono per le assicurazioni sostitutive oggi? c'è uno spazio o meno per il privato, non convenzionato? quali sono gli spazi per le attività collaterali, di supporto e di miglioramento della qualità, soprattutto il confort alberghiero, per attività già prestate dal servizio sanitario nazionale? la definizione dei LEA quale spazi offre? si sta riflettendo con il Ministero del Lavoro come mettere sotto assicurazione, il *long-term*, cioè per gli anziani quale è l'approccio?

Nel 2000 il 21% della popolazione è oltre i 65 anni, 28% nel 2010, 32% nel 2020. Quindi sono valori preoccupanti, per chi sa cosa significhi l'invecchiamento della popolazione in termini di domanda aggiuntiva di prestazioni, sia sociali che ospedaliere. I tassi di disabilità sono a prevalenza degli anziani. Una buona metà, circa la metà degli ultraottantenni, è in condizioni di disabilità, e lo è il 30% degli ultra settantacinquenni. Una simulazione sui costi stima un costo complessivo che va dai 23.000 miliardi ai 32.000 miliardi del 2010, ed ai 38.000 miliardi del 2020. Il sistema nazionale, oggi, non è in grado di reggere una realtà di questo tipo, senza il supporto di assicurazioni integrative, anche direttamente da parte del paziente.

Il decreto legislativo 229, istitutivo dei LEA.

Prevedeva che il servizio sanitario dovesse assicurare i livelli di assistenza nel rispetto dei seguenti principi: il *principio di dignità umana*, secondo cui tutti hanno gli stessi diritti indipendentemente dalle caratteristiche personali, il *principio del bisogno di salute*, il *principio dell'equità all'accesso dell'assistenza*, il *principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza* riguardo le specifiche esigenze, e infine il *principio dell'economicità nell'impegno delle risorse*. Il concetto dei LEA era già previsto all'interno della L.N. n. 833, ma poi è il decreto legislativo n. 229 che lo esplicita in questo modo.

In tutto il mondo il dibattito sui LEA è sempre stato un dibattito molto acceso e diciamo che in Europa, negli Stati Uniti e in Canada, il minimo comune denominatore che riguardava la questione dei livelli di assistenza, e quindi le prestazioni da garantire a tutti i cittadini, potevano essere così sintetizzate: sono considerate priorità o scelte difficili, ma in nessun caso devono comportare un razionamento delle prestazioni. Questo è un principio molto importante, l'assistenza sanitaria è un bene fondamentale e le scelte ad essa collegate devono essere guidate da principi etici e ispirate a valori sociali, e infine l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza deve essere riconducibile a criteri di efficacia clinica e di appropriatezza delle prestazioni erogate e dei servizi garantiti, che sono anche i principi a cui ci siamo ispirati anche noi.

Le tappe per la definizione dei LEA.

Le tappe per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sono state:

- Tavolo di lavoro tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e le Regioni, con il supporto dell'ASSR, per associare ai diversi livelli di assistenza i relativi costi (Conferenza Stato-Regioni, 22 marzo 2001)
- Accordo in materia sanitaria (Conferenza Stato-Regioni, 8 agosto 2001)
- Provvedimento di approvazione dei LEA (DPCM 30 novembre 2001)

E' stato istituito con una Decisione della Conferenza Stato-Regioni del 22 marzo 2001 un tavolo di lavoro tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e le Regioni con il supporto dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, per associare ai livelli di assistenza i relativi costi. C'è stato l'accordo, che viene chiamato Patto di Stabilità in materia sanitaria. Nella Conferenza Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e alla fine, in tempi assolutamente rapidi, e entro i termini previsti, è stato approvato il provvedimento sui Livelli Essenziali di Assistenza con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 novembre 2001. La ASSR è stata di supporto soprattutto per la rilevazione dei costi, è stato predisposto un questionario, che è stato compilato da 11 Regioni, quindi con una copertura del 67% della popolazione.

I parametri a base della determinazione dei LEA per tipologia di assistenza.

I risultati della rilevazione, e quindi, il rapporto tra costi e le aree di assistenza per l'anno 2000 sono i seguenti:

- la *prevenzione*, cioè l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che ha un valore medio del 3,6%, però con picchi notevoli in alto e in basso, si passa dal 5,3% della Val d'Aosta al 2,2% del Lazio;



SIQuAS

Società Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria

RACCOMANDAZIONE 2012
"La qualità nell'integrazione tra sociale e
sanitario"

Bozza
Rev.0
del 10.02.2012

- la *assistenza distrettuale* invece è al 46,6% di tutta la spesa, e anche qui si va da un picco dell'Emilia con il 51,6%, quindi l'Emilia evidentemente fa molta assistenza distrettuale, a un minimo del Lazio col 38,8%;
- la *assistenza ospedaliera*, vede un 49,8% di media, ha un 44,5% dell'Emilia e un 59% del Lazio;
- la *assistenza distrettuale*: per l'assistenza farmaceutica la media è del 12,6% con un minimo della Val d'Aosta del 8,7% e un massimo della Liguria del 14,9%; l'assistenza cosiddetta domiciliare, territoriale, ambulatoriale domiciliare, si va da un minimo della Lombardia dello 0,5%, un po' incredibile, a un massimo dell'Umbria del 5,6%, mentre se prendiamo l'assistenza territoriale residenziale, troviamo la Lombardia al 9%, quindi molto elevata e invece il Lazio al 2,7%.

I valori di riferimento dei LEA per il triennio 2002-2004.

Sulla base di questi dati sono stati stabiliti quelli che dovrebbero essere i valori di riferimento per il triennio 2002-2004 per le attività di programmazione sanitaria:

- dovrebbe esserci più prevenzione, quindi la prevenzione dal 3,6% dovrebbe passare al 5%;
- dovrebbe esserci più assistenza territoriale, che dovrebbe passare dalla media dell'anno 2000 del 46,6% al 49,5% con interessanti dati all'interno. Il decreto prevede che la farmaceutica passi al 13%, la specialistica dovrebbe leggermente diminuire dall'11,8% al 10,7%, mentre l'assistenza territoriale, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, dovrebbe aumentare di ben 3 punti, dal 10,1% al 13%;
- l'attività di emergenza dovrebbe aumentare dallo 0,8% all'1,4%;
- l'assistenza ospedaliera è destinata a diminuire dal 49,8% al 45,5%.

I valori di riferimento dei LEA per il triennio 2002 - 2004.

Distribuzione Risorse 2002-2004	Valori % 2000	Valori % Per Triennio 2002-4
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,6	5
Assistenza distrettuale totale	46,6	49,5
- Assistenza	5,8	5,8
- Assistenza	12,6	13
- Assistenza	11,8	10,7
- Assistenza	10,1	13
- Attività di emergenza	0,8	1,4
- Altro	5,5	5,6
Assistenza Ospedaliera	49,8	45,5

Incidenza costi per Macro aree di Assistenza - Anno 2000

Livelli Assistenza	Regioni rilevate Valore MEDIO	Valle	Lombardia	Veneto	Emilia-	Umbria	Lazio	Puglia	Toscana	Piemonte	Liguria	Marche
		d'Aosta			Romagna							
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro TOTALE per Residenti	3,6%	5,3%	3,8%	4,2%	4,0%	4,1%	2,2%	3,0%	4,4%	3,9%	2,8%	4,0%
B.1 Assistenza distrettuale TOTALE per Residenti	46,6%	39,8%	50,0%	44,3%	51,6%	44,7%	38,8%	43,1%	50,1%	47,7%	45,4%	47,1%
C.1 Assistenza ospedaliera TOTALE per Residenti	49,8%	54,9%	46,3%	51,4%	44,5%	51,2%	59,0%	53,9%	45,5%	48,4%	51,8%	48,8%
TOTALE COSTI COMPLESSIVI DEI LIVELLI per RESIDENTI (in milioni di lire)		358.325	520.365.738	380.078.159	789.973	1.931.479	1.138.700	603.142	2.562.330	1.071.638	1.330.532	2.577.194



Valore massimo



Valore minimo



Incidenza costi Livello di Assistenza Distrettuale - Anno 2000

Regioni rilevate	Valle d'Aosta	Lombardia	Veneto	Emilia-Romagna	Umbria	Lazio	Puglia	Toscana	Piemonte	Liguria	Marche
Valore MEDIO											
B.1 Assistenza distrettuale TOTALE per Residenti	46,6%	39,8%	50,0%	44,3%	51,6%	44,7%	38,8%	43,1%	50,1%	47,7%	45,4%
Assistenza di base	5,8%	5,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,7%	6,0%	5,6%	5,6%	4,9%
Attività di emergenza sanitaria	0,8%	3,4%	0,8%	1,1%	1,2%	0,4%	0,7%	0,0%	0,6%	1,1%	0,6%
Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie territoriali	12,6%	8,7%	11,9%	11,4%	11,9%	14,0%	14,7%	14,3%	11,9%	11,4%	14,9%
Assistenza Integrativa	0,5%	0,4%	0,0%	0,4%	0,3%	0,9%	0,4%	0,5%	0,6%	1,5%	0,5%
Assistenza Specialistica ambulatoriale	11,8%	6,7%	14,3%	13,0%	13,7%	4,1%	8,0%	7,2%	13,4%	12,8%	10,8%
Assistenza protesica	0,8%	0,7%	0,6%	0,8%	0,9%	1,1%	1,2%	0,7%	0,5%	1,0%	0,5%
Assistenza Territoriale ambulatoriale e domiciliare	2,4%	2,3%	0,5%	3,0%	5,3%	5,6%	1,8%	2,5%	4,5%	0,6%	3,1%
Assistenza Territoriale semi-residenziale	2,1%	0,1%	2,1%	0,5%	1,4%	3,5%	2,3%	0,0%	3,5%	2,9%	1,4%
Assistenza Territoriale residenziale	5,6%	2,8%	9,0%	5,7%	6,1%	3,3%	2,7%	3,9%	4,6%	4,8%	6,4%
Assistenza Termale	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Costi generali	3,9%	9,3%	3,6%	2,3%	4,0%	5,6%	2,0%	5,2%	3,8%	5,9%	3,9%
TOTALE COSTI COMPLESSIVI DEI LIVELLI per RESIDENTI (in milioni di lire)	358.326	20.365.733	10.078.152	9.789.973	1.931.479	13.138.705	59.031.422	8.562.330	11.071.638	4.330.532	

Valore massimo Valore minimo

Gli allegati al provvedimento istitutivo dei Livelli Essenziali di Assistenza:

Il documento istitutivo dei Lea aveva i seguenti allegati:

- *Primo allegato:* Ricognizione della normativa vigente con l'indicazione delle prestazioni e dei servizi erogabili;
- *Secondo allegato:* Elenchi di prestazioni da escludere totalmente o parzialmente dai LEA;
- *Terzo allegato:* Indicazioni alle regioni per erogazione dei LEA, in particolare indicatori di appropriatezza per assistenza ospedaliera;
- *Quarto allegato:* Ruolo delle Regioni nella determinazione dei criteri di erogabilità dei LEA in relazione alle risorse disponibili.

Il secondo allegato ai Livelli Essenziali di Assistenza indica le prestazioni da escludere e quelle da erogare in presenza di determinate condizioni cliniche:

2A: elenco prestazioni da escludere dai LEA:

- chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite; medicine non convenzionali;
- alcune prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale; ecc.

2B: elenco prestazioni erogabili solo in presenza di determinate condizioni cliniche

- densitometria ossea limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica;
- chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri erogabile limitatamente a casi particolari; alcune prestazioni di medicina fisica riabilitativa; ecc.

2C: elenco 43 DRG ad "alto rischio di inappropriatazza" se erogati in regime di degenza ordinaria



Successive scadenze operative per l’applicazione dei LEA:

Entro il 31 marzo 2002

- costituzione di uno specifico comitato nazionale con il compito di includere tra le prestazioni erogabili nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi e diagnostici conseguenti al progresso scientifico e tecnologico e di escludere quelle obsolete
- revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale anche sulla base delle indicazioni contenute nell’allegato 2B

Entro il 30 giugno 2002

- indicazione da parte delle Regioni di un valore percentuale/soglia di ammissibilità al ricovero ordinario per i 43 DRG di cui all’allegato 2C
- individuazione di appropriate procedure da parte delle Regioni per l’armonizzazione e la regolamentazione della mobilità sanitaria interregionale

I contenuti del decreto istitutivo dei LEA.

Stabilisce innanzitutto, in un primo allegato, quali sono i livelli, la ricognizione della normativa vigente con l’indicazione di tutte le prestazioni dei servizi erogabili, mentre il secondo allegato contiene degli elenchi di prestazioni da escludere totalmente o parzialmente dai LEA. In particolare il primo elenco, è l’elenco 2A, di prestazioni da escludere dai LEA, ad esempio la chirurgia estetica non conseguente da incidenti, malattie, malformazioni congenite, le medicine non convenzionali, alcune prestazioni di medicina fisica-riabilitativa ambulatoriali, tutto questo non deve rientrare nei livelli essenziali di assistenza.

C’è poi un secondo elenco, l’elenco 2B, che dà indicazioni sulle prestazioni che sono erogabili solo in presenza di determinate condizioni cliniche, la chirurgia refrattiva, col laser, alcune prestazioni odontoiatriche, alcune prestazioni di medicina fisica-riabilitativa, eccetera, e alla fine, l’allegato 2C contiene l’elenco dei 43 DRG ad alto rischio di *inappropriatezza*, se erogati in regime di degenza ordinaria.

Questi DRG ad alto rischio se erogati in regime di degenza ospedaliera, tra cui abbiamo a ben guardare dati molto elevati, questi 43 DRG rappresentano il 25,83% di tutti i ricoveri ospedalieri, cioè sono 3.283.000 ricoveri su 12.715.000 ricoveri.


Il 68,7% dei ricoveri attribuiti ai 43 DRG incriminati sono a rischio di inappropriatezza se utilizzati in ricovero ordinario e non in Day Hospital. L’impatto economico è stimato in 1,55 mld di Euro.

<i>I 43 DRG a “Rischio inappropriatezza”</i>
006 decompressione del tunnel carpale
019 malattie dei nervi cranici e periferici senza cc
025 convulsioni e cefalea età > 17 senza cc
039 interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040 interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 17
041 interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età 0-17
042 interventi sulle strutture intraoculari eccetto retinairide e cristallino
055 miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola
065 alterazioni dell'equilibrio
119 legatura e stripping di vene
131 malattie vascolari periferiche senza cc
133 aterosclerosi senza cc
134 ipertensione
142 sincope e collasso senza cc
158 interventi su ano e stoma senza cc
160 interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età > 17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)
162 interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc (eccetto ricoveri 0-1 g.)



163	interventi per ernia eta' 0-17 (eccetto ricoveri 0-1 g.)
183	esofagite gastroenterite e miscellanea mal app diger eta' >17 senza cc
184	esofagite gastroenterite e miscellanea mal app diger eta' 0-17
187	estrazioni e riparazioni dentali
208	malattie delle vie biliari senza cc
222	interventi sul ginocchio senza cc
232	artroscopia
243	affezioni mediche del dorso
262	biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
267	interventi perianali e pilonidali
270	altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella senza cc
276	patologie non maligne della mammella
281	traumi della pelle del tessuto sottocut e della mammella eta'>17 senza cc
282	traumi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella eta' 0-17
283	malattie minori della pelle con cc
284	malattie minori della pelle senza cc
294	diabete eta' > 35
301	malattie endocrine senza cc
324	calcolosi urinaria senza cc
326	segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie eta' > 17 senza cc
364	dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne
395	anomalie dei globuli rossi eta' > 17
426	nevrosi depressive
427	nevrosi eccetto nevrosi depressiva
429	disturbi organici e ritardo mentale
467	altri fattori che influenzano lo stato di salute

Utilizzo percentuale del DH per i 43 DRG "ad alto rischio di inappropriatazza"

1	EMILIA ROMAGNA	35,80	9	FRIULI VENEZIA G.	26,98	14	CAMPANIA	18,93
2	VENETO	34,32	10	LOMBARDIA	25,17	15	PUGLIA	18,84
3	UMBRIA	33,66	11	MARCHE	24,48	16	CALABRIA	15,86
4	LIGURIA	31,90	ITALIA 24,47 		17	LAZIO	15,65	
5	VALLE D'AOSTA	31,07			18	ABRUZZO	14,63	
6	PIEMONTE	30,15	12	SICILIA	23,79	19	BASILICATA	14,49
7	TOSCANA	29,84	13	SARDEGNA	22,41	20	MOLISE	6,22
8	TRENTO	27,21				21	BOLZANO	5,77

Fonte: Elaborazioni ASSR su dati del Dipartimento della Programmazione - Ministero della Salute

Da un'analisi ponderata sui dati tra le Regioni, posto che la media italiana è del 24,47%, ci sono alcune Regioni, che sono al di sopra di questa media, tra cui spicca l'Emilia-Romagna col 35,80% dei ricoveri fatti in day-hospital, e invece la provincia di Bolzano, che ha solo il 5,77% e tutto il resto fatto in ricovero ordinario. Questi sono dati di grande interesse.



Se dovessimo prendere per ogni DRG la Regione più virtuosa, cioè quella che fa più interventi in day-hospital, per quel tipo di DRG e analizzando tutti i dati su questa base l'AGENAS ha notato che potrebbe esserci, qualora passassimo dal ricovero ordinario al *day-hospital*, per questi 43 DRG ci sarebbe un risparmio di più di €. 1.000.000.000,00.

L'impatto dell'applicazione dei LEA a livello nazionale e regionale.

Quando alla fine di agosto 2002 è stato affrontato il problema, dopo l'accordo dell'8 agosto, c'era stata una correlazione tra finanziamenti decisi per gli anni successivi e LEA.

La decisione di finanziamento per gli anni successivi è stata importante, perché pur avendo avuto un DLgs n. 502 che parlava di aziende, in realtà, in una logica di tipo aziendalista, non c'eravamo ancora arrivati, perché spesso i finanziamenti erano noti dopo, e non prima, e questo è in contrasto con la logica di fare le previsioni e costruire dei modelli organizzativi sulla base delle previsioni.

Finalmente si è partiti in questa direzione, però era anche altrettanto vero che sono stati legati quei finanziamenti a un concetto, a una definizione: i Livelli Essenziali di Assistenza.

In questo caso per collegare i finanziamenti a una definizione era necessario introdurre all'interno un *concetto di misura*, di misura tramite opportuni indicatori, quindi individuare delle grandezze misurabili, costruire degli indicatori su queste grandezze e convenire che questo fosse il principio fondamentale sul quale incominciare a camminare.

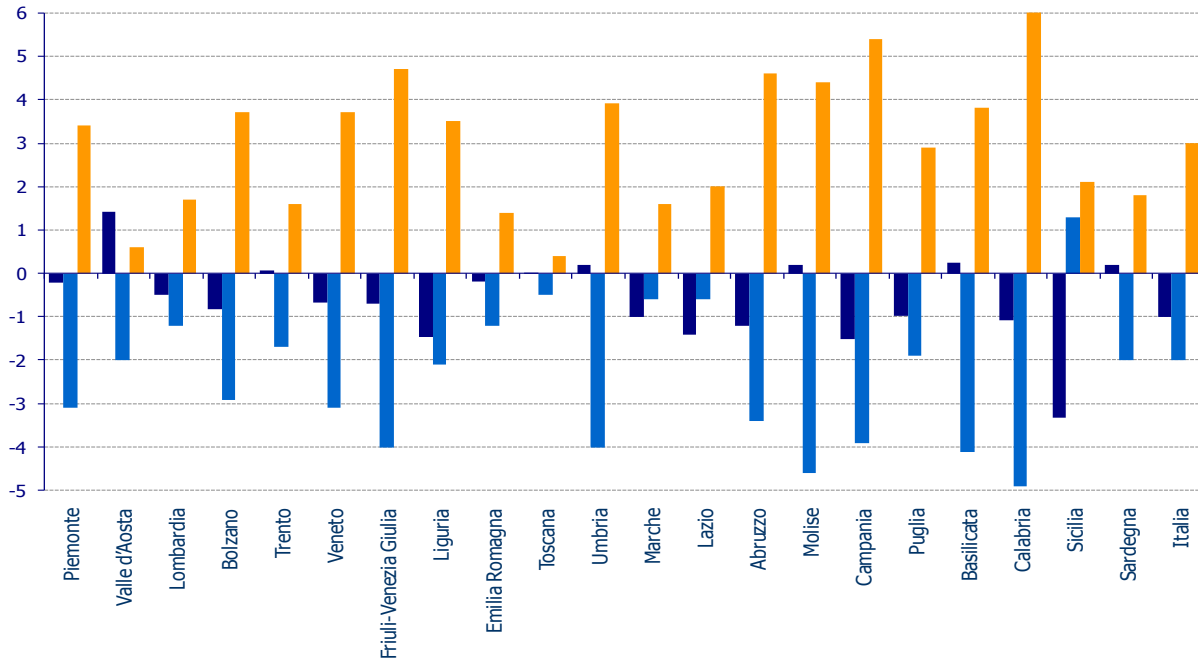
Lo stesso accordo dell'agosto 2002 portava in quella direzione, non si poteva certo pensare che un finanziamento di 150.000 miliardi, potesse essere vincolato, collegato, a sole parole, perché nel qual caso, non si sarebbe mai potuto verificare: *primo*, che assistenza veniva erogata, *secondo*, quanto costava, *terzo*, se i finanziamenti erano adeguati.

*Quote obiettivo di riparto del Fondo Nazionale
per il Servizi Sanitari Regionali (ex FSN), 2002-2008*

Livello Assistenziale	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Assistenza collettiva	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Assistenza distrettuale	49%	50%	50%	50%	51%	51%	51%
Assistenza agli anziani	4,10%	5%	5%				
Assistenza territoriale		12,10%	12,10%	17,10%	18,10%	18,10%	18,10%
Medicina di base		6%	6%				
Pediatria L.S.	19,70%	0,90%	0,90%	6,90%	6,90%	6,90%	6,90%
Specialistica	12,20%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Farmaceutica	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Assistenza ospedaliera	46%	45%	45%	45%	44%	44%	44%



Differenza in punti percentuali tra fabbisogno e spesa per livelli di assistenza



Essenzialità e appropriatezza delle prestazioni erogate.

Dopo quello di misura, l'altro passaggio logico è stato che cosa significa *essenziale*, e le esperienze anche internazionali non hanno molto aiutato su questo argomento, è stato il concetto che non si poteva considerare essenziale la prestazione se non era *appropriata*.

Quindi nella realtà è stata spostata la logica da essenzialità ad *appropriatezza*, e questo è stato un altro passaggio logico molto importante.

Nell'articolo 32 della Costituzione, nella quale, al di là delle "*devolution*" in corso in questo periodo molto complesse ed articolate, rimane fissa la responsabilità dello Stato, nella garanzia del livello di salute al cittadino.

Questo porta il nostro sistema in condizioni molto diverse da quelli prettamente assicurativi, dove la salute è vissuta come rischio, in modo non dissimile dalla copertura automobilistica, vedi il modello americano. Quindi c'è sempre uno Stato che garantisce questo fatto, ma per garantirlo dovrà individuare con correttezza che cos'è essenziale, e quindi è stato tradotto il concetto di essenzialità sul concetto di *appropriatezza* nel Decreto sui LEA.

Circa i Fondi Integrativi vi era una loro aspettativa nel cercare di conoscere quale prestazione, di qualunque tipo di elenco, potesse essere finanziata dal SSN e quale, invece, non finanziata, prestandosi, quindi, a uno spazio di finanziamento di altro tipo.

Nella realtà dei fatti, se passiamo dal concetto di essenzialità a quello di *appropriatezza* è ragionevole dire che l'*appropriatezza* è collegata al corretto utilizzo della prestazione e non alla prestazione in sé. Stiamo entrando dentro la logica di quello che in termini aziendali si può chiamare il processo produttivo: cioè non è la risorsa, è il corretto utilizzo della risorsa, che determina effettivamente, se è appropriata o no, e quindi, se è essenziale, e quindi da pagare. Quindi non è la prestazione, il costo della prestazione, o la sua tipologia, è come la stai utilizzando, che determina l'*appropriatezza* o meno, e quindi, la sua essenzialità e, come nell'elenco già citato dei DRG a rischio di *inappropriatezza*, pochissime sono le prestazioni che sono state classificate non essenziali.

Gli indicatori di appropriatezza.

Questi indicatori, che si trovano nell'accordo e quindi nella legge, stanno cercando di individuare la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate. L'obiettivo di qualunque sistema sanitario nazionale nel mondo è quello che gli americani chiamano il "*balance in constant quality*" che è di gran lunga la cosa più difficile, bilanciare qualità e costi. E' certamente l'obiettivo di sistemi che erogano un bene pubblico, tutelato dal pubblico.



Entrare all'interno dei meccanismi di un corretto utilizzo delle risorse lo si può fare a diversi livelli. Il livello che è stato adottato inizialmente, poi è stata costituita una Commissione che progressivamente sta adottando indicatori sempre più adatti a individuare le *appropriatezze*, scendendo sempre più in profondità dell'approccio diagnostico e terapeutico, per definire i primi indicatori è stato basato sulle grandi evidenze, e le evidenze sono state sostanzialmente concentrate sui livelli ai quali vengono erogate le prestazioni. I dati dei 43 DRG suddetti vanno verificati all'interno del processo produttivo, grazie al PRUO, per individuare le durate di degenza associate alle singole fasi del processo produttivo - è questa la strada che verosimilmente dovrà essere percorsa.

Se si vuole bilanciare qualità con costi e partiamo dalla considerazione che il fondo sanitario è inadeguato, soprattutto in una prospettiva di dinamica degli anziani, sarà solo utilizzando correttamente le risorse che sono disponibili che possiamo eventualmente liberarle per assistere una popolazione cronica. Tendenzialmente a fronte di un'assistenza di una popolazione acuta, questo bilanciamento, che aumenterà la sua capacità di analizzare le situazioni man mano che migliorerà la definizione degli indicatori di *appropriatezza*, è uno strumento fondamentale.

In questa ricerca del processo produttivo e del suo miglioramento è la sfida che inizia con l'applicazione dei LEA; tendenzialmente, con questa nuova fase di tutela della salute, si vorrebbe cercare di omogeneizzare il sistema sanitario in termini di qualità e quantità delle prestazioni, però quantità e qualità devono camminare insieme. E' la ricerca dell'*appropriatezza* la sfida e non è la ricerca della quantità, certamente è sempre la ricerca della qualità, e quindi il livello di erogazione corretto è quello che si sta cercando per riuscire a contenere la crescita del finanziamento negli ospedali.

Gli obiettivi dell'applicazione dei LEA sono: contrazione del finanziamento nel ricovero ospedaliero e dilatazione del finanziamento sul territorio, l'operazione è più facile da dire che da fare, è molto complesso lo spostamento delle risorse, umane soprattutto, perché qui dire risorse finanziarie vuole poi dire risorse umane. In sanità sostanzialmente significa riconversione di alcune competenze, formazione, forse resistenze umane, assolutamente comprensibili, ma al tempo stesso necessarie da affrontare. E' questo il processo gestionale in corso e sempre di più le Regioni saranno attori di questo cambiamento

La prospettiva per i Fondi Integrativi.

Non è nel finanziamento delle singole prestazioni la corretta aspettativa di finanziamento dei Fondi. L'aspettativa che solo alcune prestazioni potessero essere finanziate ed altre no, alludeva in qualche modo all'approccio che è alla base della logica dei Livelli Essenziali di Assistenza, come indicati dalla legge.


Un Fondo Integrativo può sicuramente integrare sulla base di un finanziamento personale una eventuale polizza sostitutiva o integrativa. Per i fondi in realtà si apre a una grandissima opportunità, una grande opportunità sulla quale anche la riflessione politica e istituzionale è in corso.

La dinamica della popolazione anziana è notevolissima. Quindi la dinamica delle prestazioni cresce, più che linearmente, con l'aumento della popolazione anziana, perché la popolazione anziana è, anche nei dati attuali, un consumatore di prestazioni sanitarie, quindi, la dinamica delle prestazioni sanitarie sarà certamente molto rilevante, e ci sono delle carenze di finanziamento.

La stima al 2020 è di una carenza di circa 20.000 miliardi. La stima per l'Italia dei conti ha coinciso abbastanza con quello che è il sistema di finanziamento tedesco, che per primo ha camminato in questa direzione. In Germania stimano un fabbisogno all'incirca intorno ai 30.000 miliardi, ma hanno una popolazione proporzionalmente più elevata di quella italiana.

Mentre registriamo e conosciamo una buona dinamica, certamente, della popolazione anziana; abbiamo una relativamente buona stima della classificazione degli anziani, in termini di maggior o minor livello di autosufficienza; siamo molto meno a conoscenza circa la non autosufficienza, a cosa corrisponda come attività sociali e sanitarie, quindi, quali prestazioni sociali, quali prestazioni sanitarie, sono attese per gli anziani non autosufficienti. Questa è una sfida grossa, non c'è moltissimo tempo, perché la dinamica è in corso, e quindi, è su questi punti che ci sono degli spazi.

Infatti la sfida dei Fondi Integrativi e delle Assicurazioni, non sarà soltanto nella logica del denaro contro denaro, come ben sa chi ha seguito il processo evolutivo delle Assicurazioni, nel campo della malattia per gli acuti. La sfida nel settore degli anziani, per le Assicurazioni e i Fondi sarà dare una funzione di denaro contro prestazioni, creando una rete razionale di assistenza e contribuendo in collaborazione con le Regioni, con le ASL a creare questo tipo di rete. Dopo aver definiti i LEA; individuate le risorse finanziarie adeguate, con l'impegno del Governo a non incrementare i LEA se non con fondi aggiuntivi; raggiunta la piena responsabilizzazione delle Regioni nella gestione del SSN; sarà più facile stabilire in quali aree sviluppare i fondi integrativi.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 10.02.2012</p>
---	---	---

I due principali modelli organizzativi affermatasi nei SSR.

Il modello a centralità della ASL (esempio: Emilia Romagna) , basato sul finanziamento a quota capitarla, che si pone quali obiettivi macro:

- autosufficienza produttiva per ridurre la mobilità passiva;
- auto limitazione della produzione per i residenti;
- governo dell’offerta per governare la domanda.

Il modello basato sulla separazione tra acquirenti e fornitori di servizi (esempio: Lombardia) , che a sua volta si pone come obiettivi macro:

- scorporo dell’ospedale dal territorio;
- governo del rischio di inflazione produttiva degli ospedali;
- istituzione di tetti di attività ospedalieri;
- negoziazione dell’attività tra ASL e Ospedali;
- Competizione forte sull’efficienza e sui volumi.

Talvolta le soluzioni adottate nelle Regioni rappresentano un mix dei due modelli. Entrambi i modelli pongono al centro del sistema il governo della domanda e dell’appropriatezza, ovvero, l’uso proprio dei fattori produttivi.

Due sono le componenti condizionanti i risultati dei SSR:

- il comportamento medico orientato all’efficacia e disinteressato ai costi;
- la dinamica aziendale orientata a minimizzare i costi a parità di efficacia.

Le aziende sanitarie hanno interesse a liberare la capacità produttiva ospedaliera, a riorganizzare l’offerta dei servizi territoriali, a tarare il portafoglio dei servizi in base al quadro epidemiologico locale.

Le aziende sanitarie per il governo dei servizi territoriali devono definire il loro rapporto con i medici di medicina generale, porte di ingresso ai sistemi sanitari territoriali, affrontando con loro rilevanti temi, quali:

- il governo economico;
- il governo clinico e i processi di qualità (LEA);
- i sistemi informativi;
- i modelli organizzativi e di partecipazione;
- il confronto delle esperienze.

Per il governo economico le criticità sono nel rapporto con i MMG:

- coerenza tra le attività erogate e le risorse assorbite (qualità-costi);
- mancanza di una classificazione dei servizi per il territorio;
- sistemi informativi e contabili spesso inadeguati;
- pochi Distretti organizzati quali centri di responsabilizzazione negoziale.

Da questo deriva la necessità di:

- una classificazione e di un accreditamento delle attività territoriali e la definizione di un sistema di finanziamento a tariffa per prestazione;
- la definizione di un budget di Distretto per la rilevazione dei costi diretti e indotti;
- la definizione di budget per MMG per tradurre in azioni e valori economici i patti e la strategie aziendali.

I LIVEAS quali livelli di determinazione dell’offerta reale socio sanitaria.

La de-ospedalizzazione è la scelta strategica del sistema sanitario pubblico.

I nuovi obiettivi di qualificazione del SSN e dei SSR sono: la centralità del socio sanitario e del socio assistenziale, la pluralità delle istituzioni preposte, dei soggetti e degli operatori coinvolti.

A base della declinazione dei LIVEAS per territori omogenei sono:

- Lo sviluppo della prevenzione e i percorsi terapeutici;
- Il ruolo dei medici prescrittori quali determinanti della spesa sanitaria;
- La riorganizzazione e lo sviluppo dei servizi socio sanitari: la riconversione del sistema;
- Lo sviluppo dei Distretti e delle Società della Salute quali tentativi di ottimizzazione dei servizi socio sanitari;
- Le comunità e i costi sociali del socio sanitario tramite la definizione di forme possibili di partecipazione al finanziamento del sistema.