

**Motore Sanità**

**MODELLO LOMBARDO**

**LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

**Giovanni Daverio**

**Milano, 29 novembre 2017**



## Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23

### Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33

#### (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

#### Art. 9

##### (Modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile)

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.
4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.

# IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

Il Piano Nazionale della Cronicità, tra le macroattività e linee di intervento proposte, ai fini della presa in carico e gestione del paziente cronico attraverso il piano di cura, prevede tra gli altri:

- la riorganizzazione delle attività dei Medici di Medicina Generale (MMG);
- la differenziazione tra responsabilità clinica e responsabilità organizzativa. La responsabilità clinica (stesura PAI) è del MMG fatta salva la situazione nella quale il paziente è seguito da un servizio specialistico; in tal caso la redazione del PAI è a carico dello specialista ambulatoriale;
- la realizzazione di un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi);
- la creazione di una rete assistenziale a forte integrazione sul territorio e di continuità;
- la creazione di una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale;
- l'utilizzazione di indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- la sperimentazione di modelli di remunerazione adeguati al malato cronico.

# COMPLESSITÀ DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO

**Natura delle patologie**  
stadio ed evoluzione  
necessità assistenziali

**Capacità di assistere e curare** competenze, abilità, sensibilità individuali e interazione organizzativa

**Domanda** popolazione che esprime bisogno di salute

**Offerta**  
produce prestazioni

**Finanziamento** raccoglie e distribuisce le risorse necessarie

# L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

## I PUNTI SALIENTI

- Riequilibrio dell'asse di cura ospedale – territorio
- Reale integrazione tra sanitario e sociosanitario nella presa in carico della persona
- Nuovi modelli per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità
- Separazione delle funzioni (programmazione, erogazione, controllo)
- Superamento della frammentazione dell'organizzazione territoriale
- Incentivazione all'attività di ricerca
- Sviluppo della rete ospedaliera e territoriale

# STRATIFICAZIONE DELLA DOMANDA

N.  
Soggetti  
potenziali

150.000

1.300.000

1.900.000

3.000.000

3.500.000

| Tipologia Pazienti   | Domanda   | Bisogni   |
|--|---|---|
| <b>Fragilità clinica</b> (quattro o più patologie) es. demenza severa, gravi disabilità, gravi patologie psichiatriche | Prevalentemente di tipo Ospedaliero e/o Residenziale                                | Integrazione Ospedale, Socio San (RSA, ADI, RIA,..)   |
| <b>Cronicità polipatologica</b> (2-3 patologie) es. dipendenze, demenza e disabilità di grado moderato                 | Prevalentemente extra ospedaliera ad elevati accessi ambulatoriali (frequent users) | Coordinamento e promozione del percorso di terapia (prev. farmacologica), gestione proattiva del follow up (più visite ed esami all'anno) |
| <b>Cronicità in fase iniziale</b> (1 patologia) / es. demenza in fase iniziale e disabilità lieve                      | Richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali integrati                            | Percorsi ambulatoriali riservati/di favore. Controllo e promozione dell'aderenza terapeutica  |
| <b>Soggetti non cronici</b>  | Prime visite/accessi ambulatoriali veri   | Accesso a tutte le agende ambulatoriali disponibili sul territorio  |
| <b>Non utilizzatori</b>  | Potenziali utenti   |   |

# REGIONE LOMBARDIA - CONTESTO



- 23.863 Km<sup>q</sup>, 10.000.000 ab.
- 140.000 operatori sanitari
- 8.100 MMG e PLS
- 2.500 farmacie
  
- 220 presidi ospedalieri, 18 IRCCS
- 2.322 strutture sociosanitarie (682 RSA, 91 RSD)
- 6 Università
- 600 strutture ambul. Priv.
- 3,7 pl x 1.000 ab.
- 58.000 pl in RSA
- 5 aree sperimentazione CReG (200.000 pazienti arruolati)
  
- 18,5 Mln € budget 2017
- 1,6 Mln ricoveri
- 160 Mln prestazioni ambul.
- 60 Mln ricette farmac.

# RISORSE ECONOMICHE STANZIATE AMBITO SANITARIO E SOCIOSANITARIO

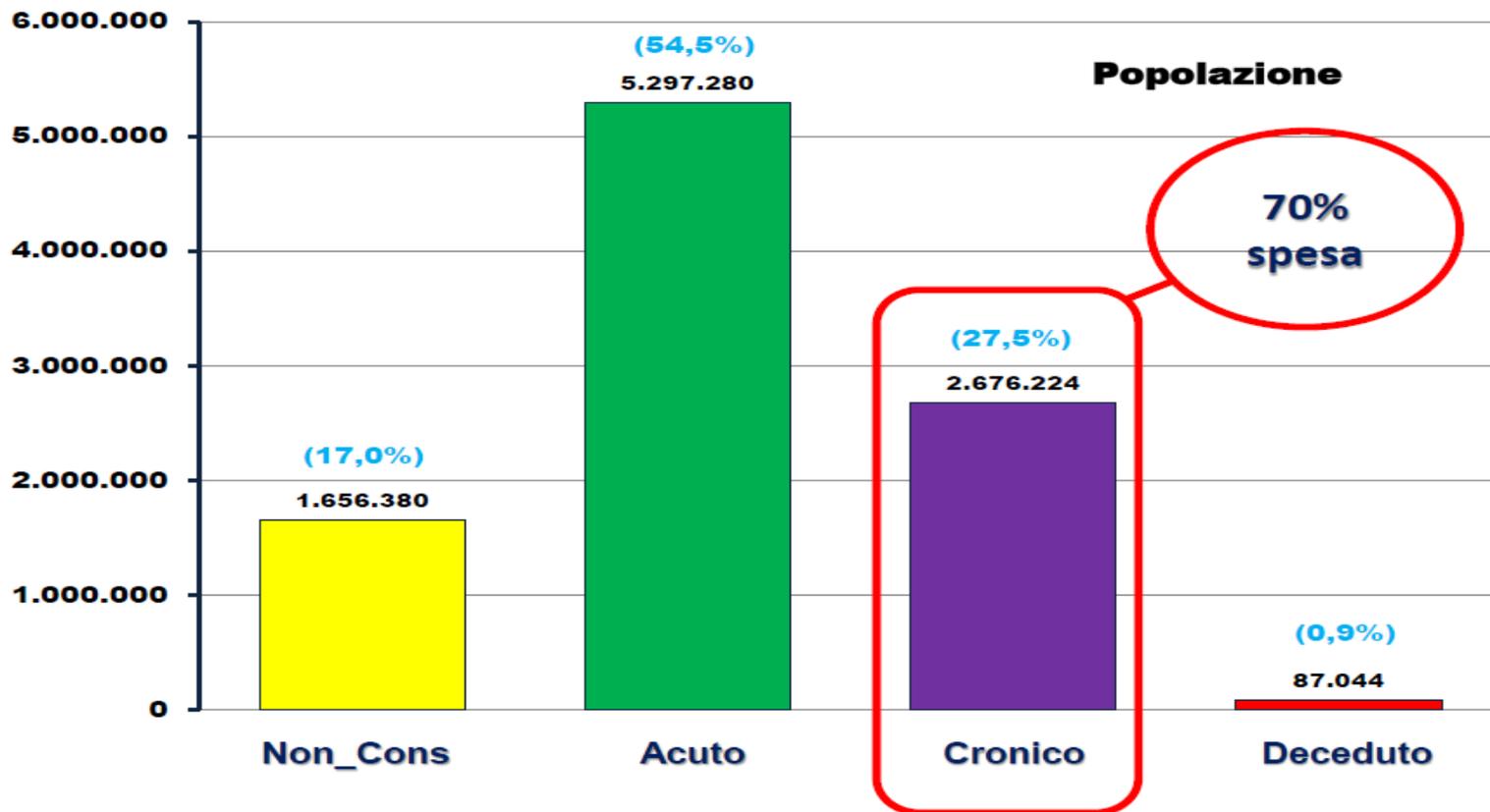
## FINANZIAMENTO FSR 2017: CONTESTO DI RIFERIMENTO REGIONALE

| DISPONIBILITA' TOTALE                 | 2017          |
|---------------------------------------|---------------|
| Quota indistinta                      | 17.439        |
| Quota vincolata                       | 313           |
| Saldo mobilità                        | 538           |
| <b>TOTALE</b>                         | <b>18.290</b> |
| PAY BACK                              | 60            |
| ENTRATE AGGIUNTIVE                    | 3             |
| <b>DISPONIBILITA' PREVENTIVO 2017</b> | <b>18.353</b> |

| DISPONIBILITA' TOTALE                 | 2017          |
|---------------------------------------|---------------|
| <b>DISPONIBILITA' PREVENTIVO 2017</b> | <b>18.353</b> |
| TOTALE COSTI SISTEMA REGIONALE        | 1.771         |
| TOTALE COSTI S.S.R. 2016              | 16.582        |
|                                       | <b>18.353</b> |

# I BISOGNI DI SALUTE EMERGENTI: INVECCHIAMENTO E CRONICITÀ

in Lombardia il 70% della spesa sanitaria è dei pazienti cronici



# OBIETTIVI L.R. N. 23/2015

- passaggio della «cura» al «prendersi cura» per assicurare una migliore integrazione sul territorio con tutti gli attori che costituiscono il sistema e per seguire il paziente durante l'intero percorso assistenziale
- nuovo modello organizzativo che separa le funzioni chiave dell'intero sistema: la **programmazione** (Regione e ATS), l'**erogazione delle prestazioni** (ASST e erogatori privati accreditati) e il **controllo** (Agenzia di controllo del SSL in raccordo funzionale con le ATS)
- maggior appropriatezza nelle cure finalizzata all'**integrazione con il territorio** assicurando il percorso nell'ottica dell'efficacia degli interventi e corretta valorizzazione senza frammentazione



# UNA NUOVA RISPOSTA NEL NUOVO CONTESTO

**MUTAMENTO EPIDEMIOLOGICO  
E DEL TREND DEMOGRAFICO**

Aumento  
pazienti cronici

**MEDICINA DIFFUSA**

Telemedicina  
Telemonitoraggio

**S.S.L.**

**DIFFERENZIAMENTO  
PROFESSIONALE**

Identificazione  
di nuovi ruoli

**DOMANDA DI SALUTE  
DA PARTE DELLA POPOLAZIONE**

Rilevazione  
di nuovi bisogni

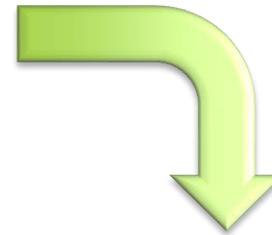
# UN OBIETTIVO SFIDANTE

- **CULTURALE:** nuovo approccio ai bisogni, sia dal punto di vista degli attori del Sistema che dal punto di vista del paziente
- **ORGANIZZATIVO:** nuovi processi, nuove modalità, nuovi percorsi
- **GESTIONALE:** nuove reti di servizi e nuove responsabilità



# L'AVVIO DEL NUOVO SISTEMA

**1° «Governo della domanda:**  
avvio della presa in carico di  
pazienti cronici e fragili»  
DGR n. X/6164 del 30.1.2017



**2° «Riordino della rete di offerta e  
modalità di presa in carico dei pazienti  
cronici e/o fragili»**  
in attuazione dell'art. 9 della L.R. 33/2009  
DGR n. X/6551 del 04.05.2017

# ATTUAZIONE PERCORSO DI PRESA IN CARICO

Hanno aderito al modello di presa in carico, su tutto il territorio lombardo

- 294 gestori
- 1072 erogatori
- 2.575 medici di medicina generale pari al 48% del totale
- 402 pediatri di libera scelta pari al 36% del totale

# LA SPECIFICITA' DEL CONTESTO LOMBARDO

La Regione Lombardia presenta elementi di forte caratterizzazione



la scelta di investire sulla rete socio-sanitaria, che rappresenta un unicum a livello nazionale (e non solo), e su un insieme di servizi sanitari intermedi (riabilitazione, cure intermedie etc.).

Caratteristiche dei servizi sociosanitari:

- sono articolati secondo una pluralità di unità d'offerta che spazia dal residenziale al domiciliare passando per tutti i servizi intermedi,
- offrono una articolata risposta ai bisogni espressi, marginalizzando l'inappropriatezza nell'accesso ai servizi sanitari e in particolare al ricovero ospedaliero in modo disordinato e casuale.

- Regione Lombardia ha preso le mosse dall'analisi dei dati per stratificare la domanda di salute e investire su percorsi di presa in carico "personalizzati" a forte valenza assistenziale, aggiornando la dialettica sui modelli di integrazione tra sanitario e sociosanitario.
- Dopo un ventennio in cui il modello lombardo ha consolidato i più elevati standard internazionali nella cura delle acuzie, la l.r. 23/2015 ha posto le basi per proseguire nell'integrazione tra dimensione ospedaliera e territoriale.
- Siamo all'inizio di un percorso nuovo che ha l'ambizione di coniugare l'eccellenza nei servizi sanitari con la presa in carico della persona a forte valenza assistenziale. La centralità della persona e del suo bisogno guidano la rete d'offerta e favoriscono una progressiva integrazione dei modelli.

# ALCUNE RIFLESSIONI DI PROSPETTIVA

- **Istituzione di contenitori istituzionali dedicati alla raccolta di fondi per la non autosufficienza.** L'auspicata autonomia della Regione Lombardia sarà il terreno fertile per far crescere iniziative in questa direzione. La gestione centralistica dell'INPS di tutte le risorse e le modalità erogative sotto forma di monetizzazione impediscono alle regioni di integrare le politiche e ampliare l'offerta di servizi. A livello centrale spendiamo troppo e male.
- **Integrazione/separazione:** uno dei tratti caratteristici del modello lombardo è il superamento della dimensione sanitaria e di quella sociosanitaria a favore della presa in carico della persona e dell'accompagnamento rispetto ai suoi bisogni. Ancora una volta è la centralità della persona che guida la rete d'offerta e non viceversa, le rigide separazioni (sia organizzative che istituzionali) tipiche delle esperienze europee (ad es Francia e Germania) mostrano il limite di segmentare il bisogno e conseguentemente offrire una risposta parziale.

- **Governo dei percorsi:** Regione Lombardia ha fatto un grande investimento organizzativo, ideando la figura del gestore della presa in carico, sia per coordinare i percorsi e assicurare un unico punto di riferimento per la persona, che per raccordare i diversi livelli di governo chiamati ad intervenire in relazione al bisogno e al livello di responsabilità.
- Rispetto ai nuovi bisogni e ad una domanda crescente, Regione Lombardia sta investendo sulla **sanità digitale** e sulle sfide che le nuove tecnologie esponenziali sono destinate ad apportare. Attraverso l'analisi del dato fisiologico, oggi disponibile in tempo reale, i nuovi modelli di presa in carico e di prevenzione avranno il pregio di anticipare il bisogno e assicurare risposte diffuse e universali.