

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

ARIS

FISIO

EIMG

TheBRIDGE

PADOVA 12 APRILE 2018
SALA ROSSINI
CAFFÈ PEDROCCHI VIA VIII FEBBRAIO 15

SCHOOL PADOVA
FOCUS ANNUALE SUL RAPPORTO PUBBLICO / PRIVATO NEL SSN

2018 MOTORE SANITÀ
Sanità Universale

Tavola Rotonda:

LA GESTIONE INTEGRATA DEL SSN



MARINO NONIS
RESP. PROGETTO IT-DRG
IST. SUPERIORE SANITÀ – MINISTERO SALUTE
marinononis@gmail.com



PREMESSA

Le brevi considerazioni che seguono, illustrate da alcune *slide* sono frutto di una comune riflessione sul tema con il **Direttore Generale dell'I.S.S., A. L. Del Favero**, che non potendo oggi essere presente, mi ha delegato per questa presentazione e di cui porto un caloroso saluto a tutti gli intervenuti, unito all'augurio di ottimo e proficuo svolgimento dell'iniziativa.

IL PRINCIPIO DEL PAGAMENTO A PRESTAZIONE NEL D.Lvo 502/92 (parità tra istituzioni pubbliche e private)

Art. 8 (comma 5)

5. L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza secondo gli indirizzi della programmazione e le disposizioni regionali. Allo scopo si avvale dei propri presidi, nonché delle aziende di cui all'art. 4, delle istituzioni sanitarie pubbliche, ivi compresi gli ospedali militari, o private, ad integrazione delle strutture pubbliche, e dei professionisti con i quali intrattiene appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa, con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (...)

ETIMO DEL TERMINE « *integrato* »

integrato e *intègro* *catal.* e *port.* *integro*; *ant. sp.* *entegro*, *mod.* *integrato*: corrisp. al *lat.* *INTEGRUM* accusativ. di *INTEGER*, quasi *INTÈTIGER* da *IN* per *non* e radicale di *TÀG-ERE* o *TÀNG-ERE* - *pass.* *TÈ-TI-GI* - *toccare* (v. *Tangente*).

Non tocco, e quindi Cui nulla è stato tolto, Cui nulla manca, Illeso, Intero; e *fig.* Puro, Schietto, Incorrotto.

Deriv. *Integèrrimo*; *Integràbile*, onde *Integrabilità*; *Integràle*; *Integrità*; *Integràre*, onde *Reintegràre*; *Intèro*.

CONSIDERAZIONI (1)

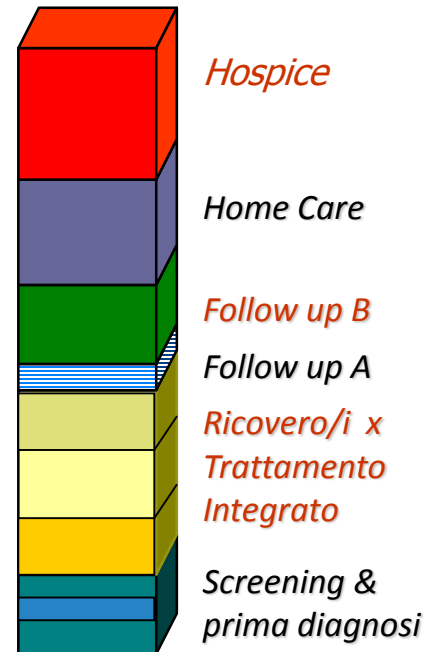
Dal combinato disposto delle due *slide* precedenti, ne deriva che:

- a. Istituzioni pubbliche e private (ad *“integrazione delle prime”*) **sono a pari diritto soggetti accreditati con il SSN, cui forniscono tutte le prestazioni “strumentali” (oggi le chiameremmo LEA);**
- b. L'erogazione delle singole prestazioni al SSN da parte dei soggetti accreditati (pubblici e privati) si basa sulla **corresponsione di specifiche (e paritarie) tariffe** per I servizi resi.

Sappiamo in realtà che a 25 anni dal DL 502, i rapporti nel SSN si siano evoluti in ben altra maniera.

EPISODI DI CURA (*PRESTAZIONI*), PERCORSO ASSISTENZIALE (*PDTA*) / *PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE*

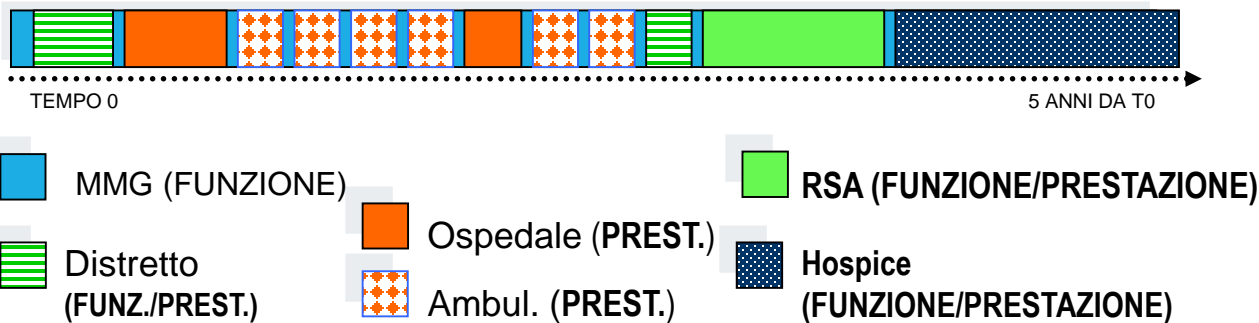
È notazione sempre più frequente nel nostro sistema sanitario (soprattutto in caso di quadri multipatologici a carattere cronico-degenerativo), che l'assistenza si dipani in una **serie di EPISODI DI CURA** (riferentisi a differenti *setting* assistenziali o erogatori). Quando si può parlare di logica e di un **PERCORSO (PDTA) o di PRESA IN CARICO?** Chi lo definisce o ne è responsabile?



FINANZIAMENTO E SOGGETTI CHE EROGANO EPISODI DI CURA

Osservando lo schema di un PDTA si può notare che:

- la modalità di remunerazione per singolo episodio di cura è diversa (ex art. 8 sex. D.Lvo 502/92): nel caso per «*quota capitaria*», a «*funzione*», a «*prestazione*» (come per i DRG), o per combinazione dei precedenti;
- diversi (ed inter-INdipendenti) sono i soggetti «*accreditati*» (pubblici o privati) che erogano le prestazioni.



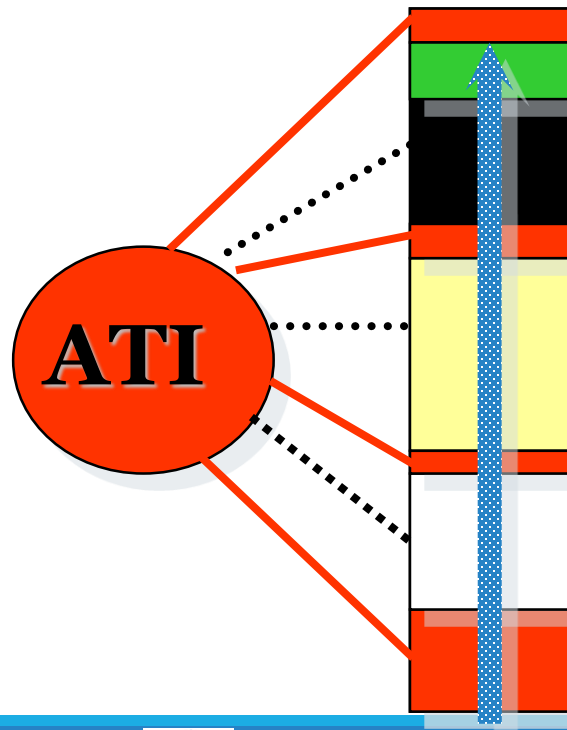
CONSIDERAZIONI (2)

- la definizione ed il finanziamento delle attività erogate dal SSN riguardano il solo ambito delle prestazioni (per quanto complesse) e non il percorso e/o la presa in carico del paziente per una determinata condizione clinica;
- il quadro si complica per la presenza di più soggetti accreditati che, a loro volta, erogano una o più tipologie di prestazioni;
- per situazioni complesse e in acuzie, è l'ospedale a garantire la continuità durante il ricovero (DRG), ma le esperienze sinora in campo per la gestione complessiva e/o extra-ospedaliera affidano la responsabilità a uno solo dei soggetti della catena (MMG, programma regionale o ASSL/ASST);
- **il problema comune è che chi esercita il coordinamento/controllo del percorso, non ha la responsabilità complessiva dell'erogazione di tutte le prestazioni/episodi di cura, con possibili, anzi inevitabili conflitti...da cui una riflessione con l'intento di *utile provocazione*.**

NUOVI MODELLI DI ACCREDITAMENTO ED INTEGRAZIONE: *UNA PROVOCAZIONE?*

Perché non pensare ad un nuovo livello di accreditamento basato sulla completa presa in carico del paziente da parte di un insieme di soggetti accreditati (ATI), con il compito di predisporre i contatti e/o episodi di cura, erogandoli in proprio (linea continua rossa) oppure prescrivendoli a soggetti terzi all'uopo 'associati' (linea nera tratteggiata)?

Ovviamente occorre definire regole a garanzia del paziente con nuovi ruoli per le istituzioni coinvolte.



POSSIBILE RUOLO DEL «PUBBLICO» E ISS

A partire dalla fine degli anni '90 (NHS, 1998) è emerso il modello della **CLINICAL GOVERNANCE**, ovvero *“un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di alti livelli di cure, attraverso la creazione di un ambiente che favorisce l'eccellenza professionale”*. E' questa un'indispensabile funzione di garanzia dei cittadini e controllo dei *processi, performances ed outcomes*, a tipica valenza “pubblica” per cui occorre attrezzarsi culturalmente e disporre di strumenti all'uopo. **Così è nata l'idea di una Struttura di Clinical Governance in seno all'ISS.**

PROGETTUALITÀ E ARTICOLAZIONI DELLA S.M.T. *CLINICAL GOVERNANCE* IN ISS

Convenzione
con il Ministero
della Salute

**It-
DRG
(A)**

Convenzione
con il Ministero
della Salute

**LEA
(B)**

Centro
nazionale

**HTA
(C)**

Centro
nazionale

**CNEC
(D)**

Centro
nazionale

**Tele
Med.
(E)**

INTERAZIONE CON I CENTRI COLLABORATORI ISS (Dir. Generale)

- Ministero della Salute
- AIFA
- AGENAS
- ricerca biomedica
- Accademia
- IRCCS
- SSR
- Cittadini
- ...

**ISS
setting
standards**

- Linee Guida
- Indicatori di Qualità e Sicurezza
- Health technology assessment
- (ri) definizione LEA
- Nosografia (DRG)
-

**SSN-R
Delivery of
care**

- Equità
- Appropriatelyzza clinico/organizz.va
- Partecipazione utenti
- Efficienza
- Costo efficacia/utilità

popolazione

- Misurazione degli esiti