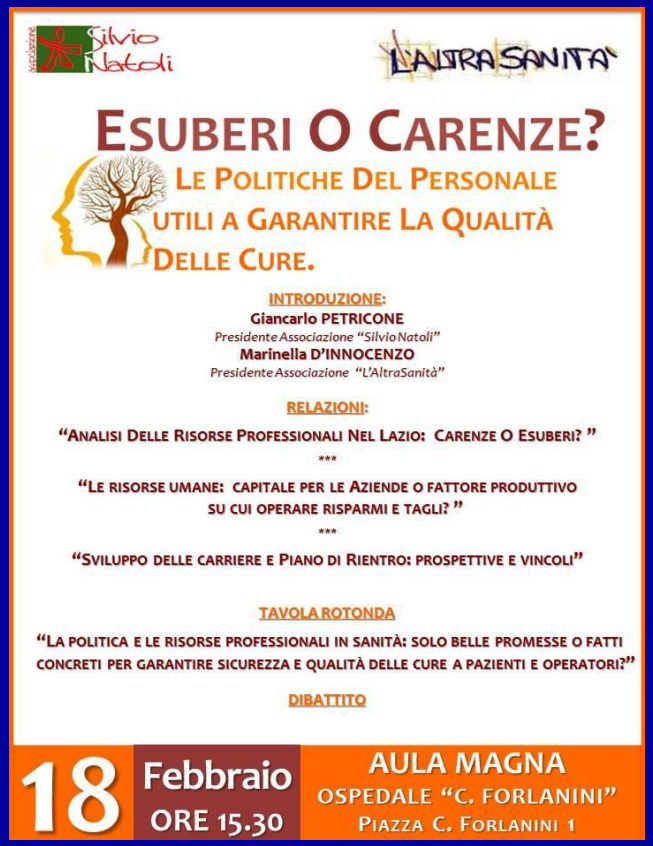


"Sviluppo delle carriere e piano di rientro: prospettive e vincoli"

di

Roberto Polillo

Quesiti preliminari

- Quale era la situazione del Lazio all'atto di sottoscrizione del Piano di Rientro?
- Cosa ha prodotto il PdR in termini di controllo della spesa e di miglioramento del servizio?

La situazione quo-ante

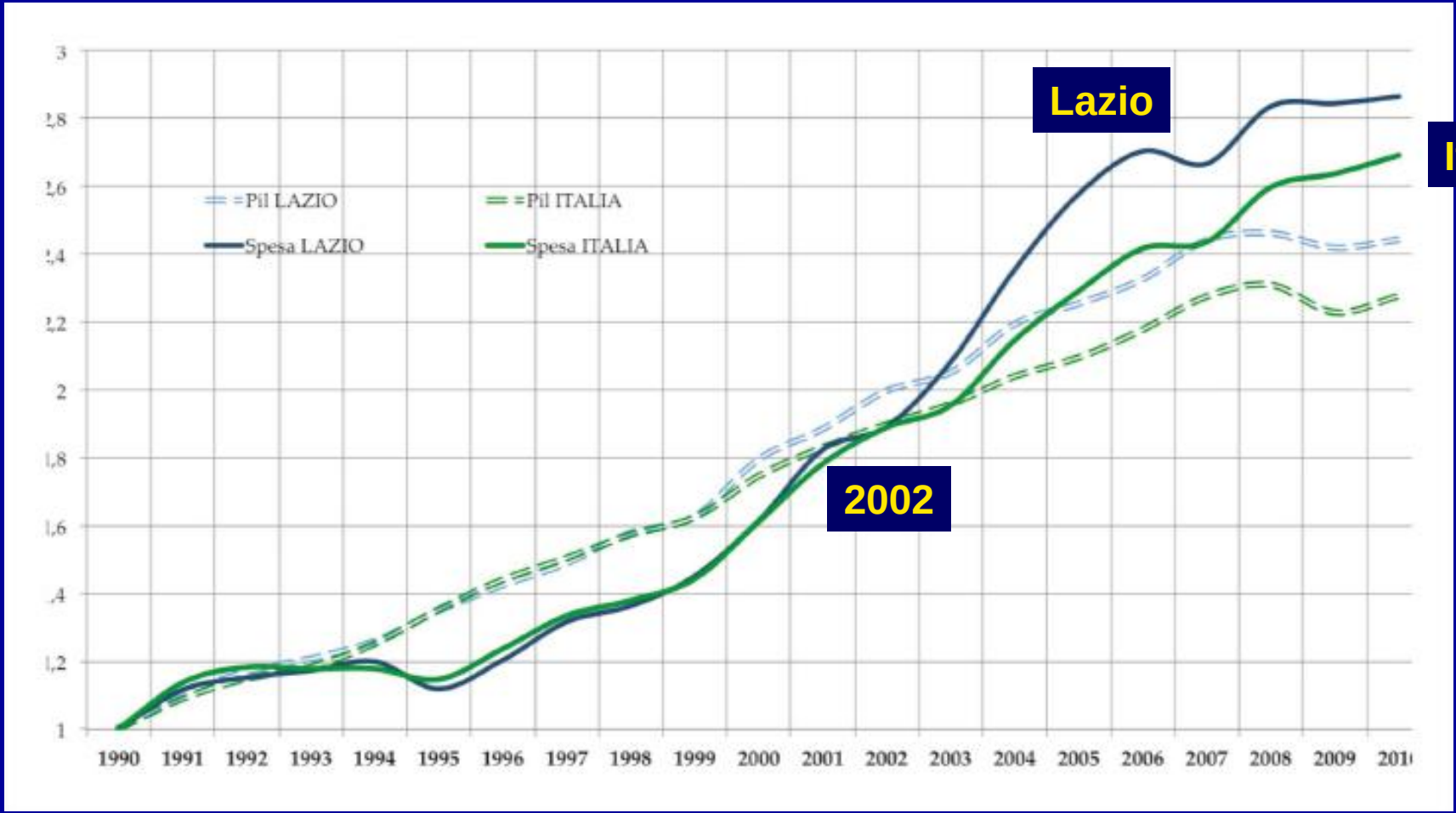
- Dissesto finanziario
- Scarsa qualità assistenziale
- Questione morale

Dissesto Finanziario

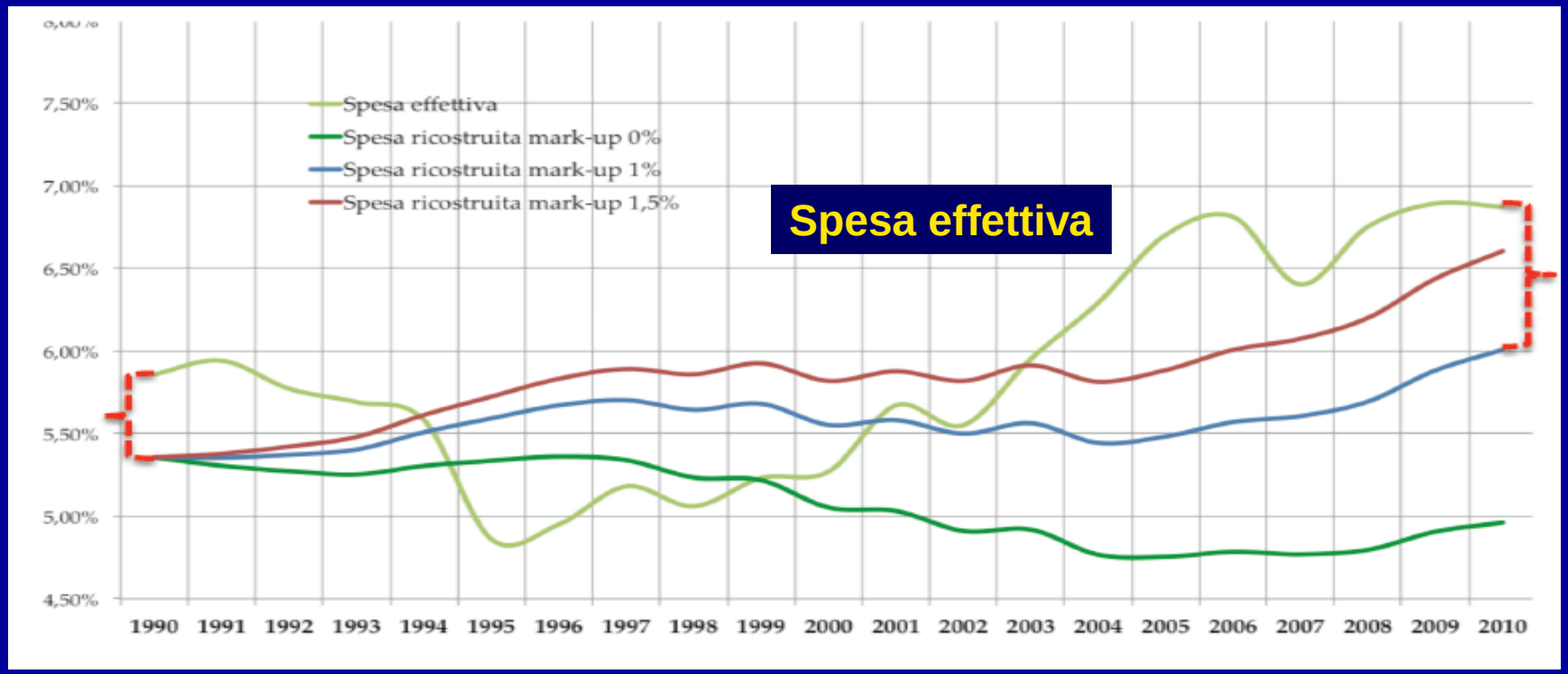
Il grande costruttore del debito: Storace

- Vendita di 49 strutture ospedaliere mettendo a carico della regioni affitto e manutenzione (senza nessun miglioramento del rating delle varie agenzie di valutazione)
- Triplicazione del deficit fino alla cifra di 9,9 miliardi tra transatto e non transatto
- Apertura di nuove strutture ospedaliere e Universitarie (creando una vera mostruosità con i cinque Policlinici Universitari) quando invece Emilia, Toscana e Lombardia ne avevano chiuse e riconvertite diverse decine tramite i fondi della edilizia ospedaliera che nel Lazio sono rimasti inutilizzati

Dinamica spesa PIL Lazio/Italia



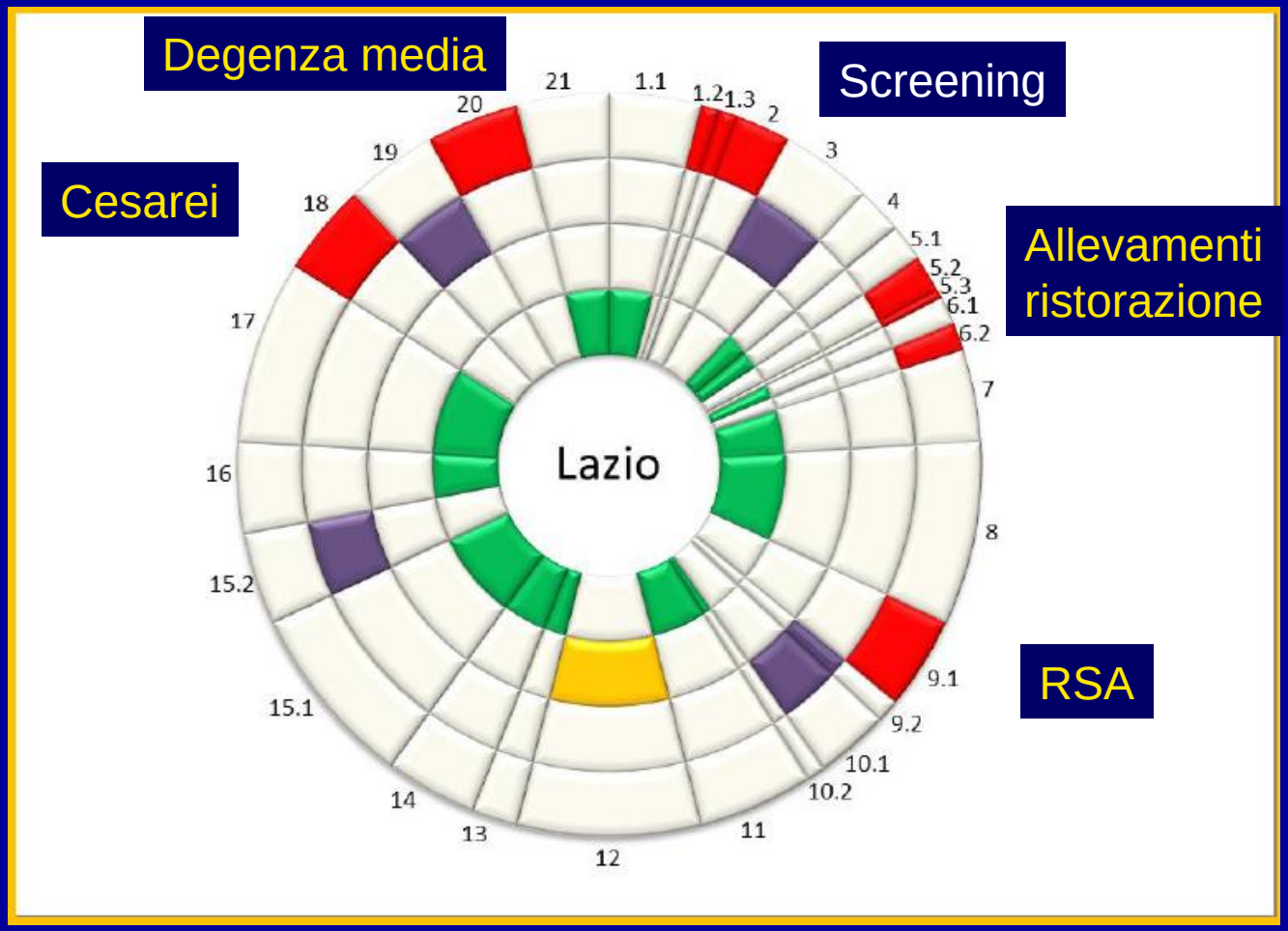
Spesa Ssn effettiva e ricostruita*, Lazio, % Pil Lazio (tre scenari di mark-up) *Salerno QS 2913*



Se il Lazio, oltre a condividere lo stesso tasso di crescita della spesa della media Italia, ne avesse condiviso anche il profilo di spesa pro-capite (Euro assoluti), nel 2010 l' incidenza sul Pil sarebbe stata inferiore di circa 0,8-0,9 p.p., equivalenti a circa 1,3 miliardi di Euro

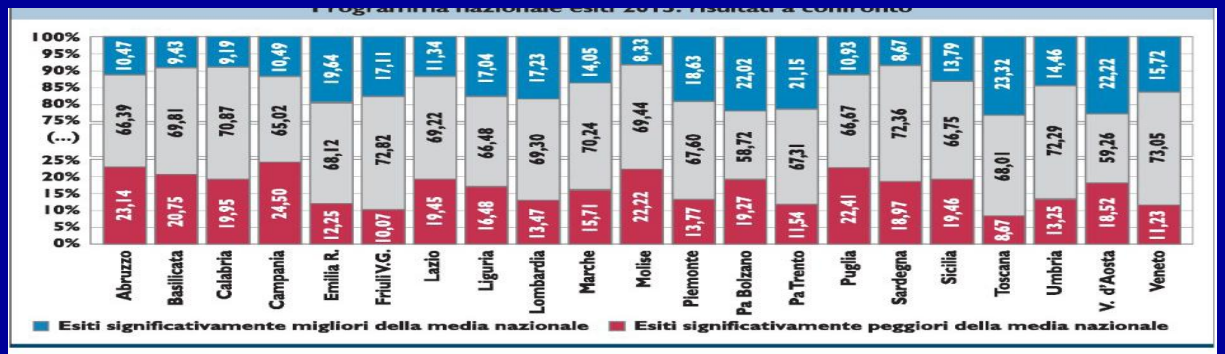
Scarsa qualità dell’assistenza

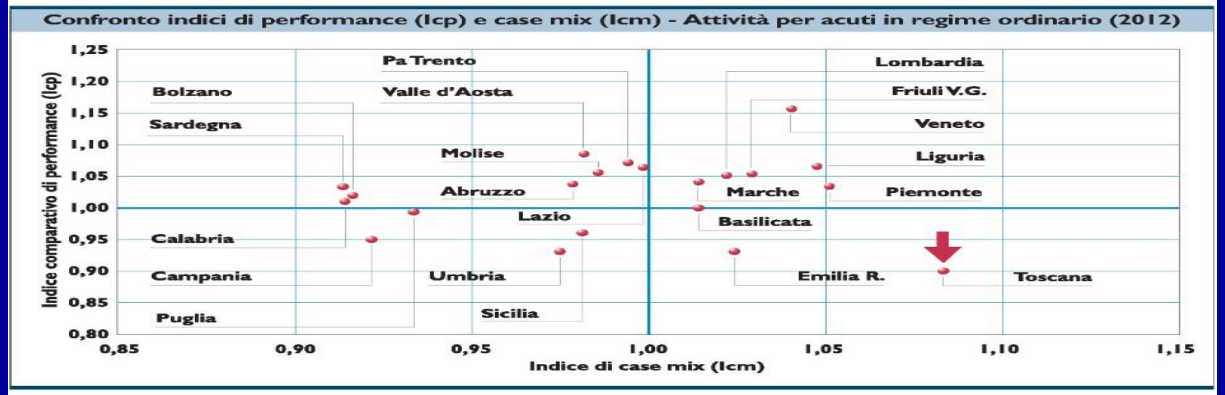
Lazio: adempiente con impegno su alcuni indicatori (2011)



Punteggio totale 130; miglioramento nel 2012 con punteggio provvisorio pari a 165

Indice comparativo performance indice case mix 2012

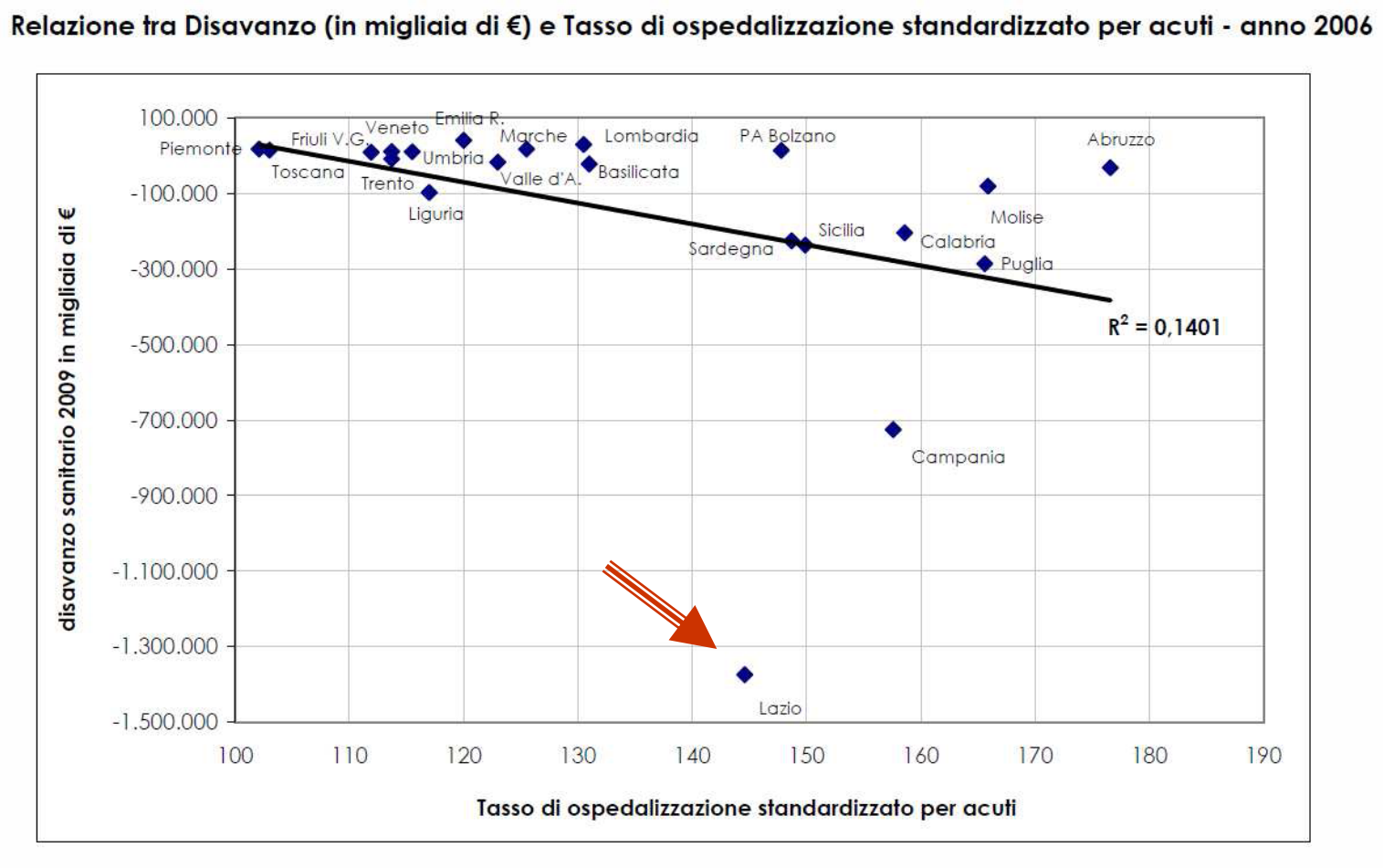




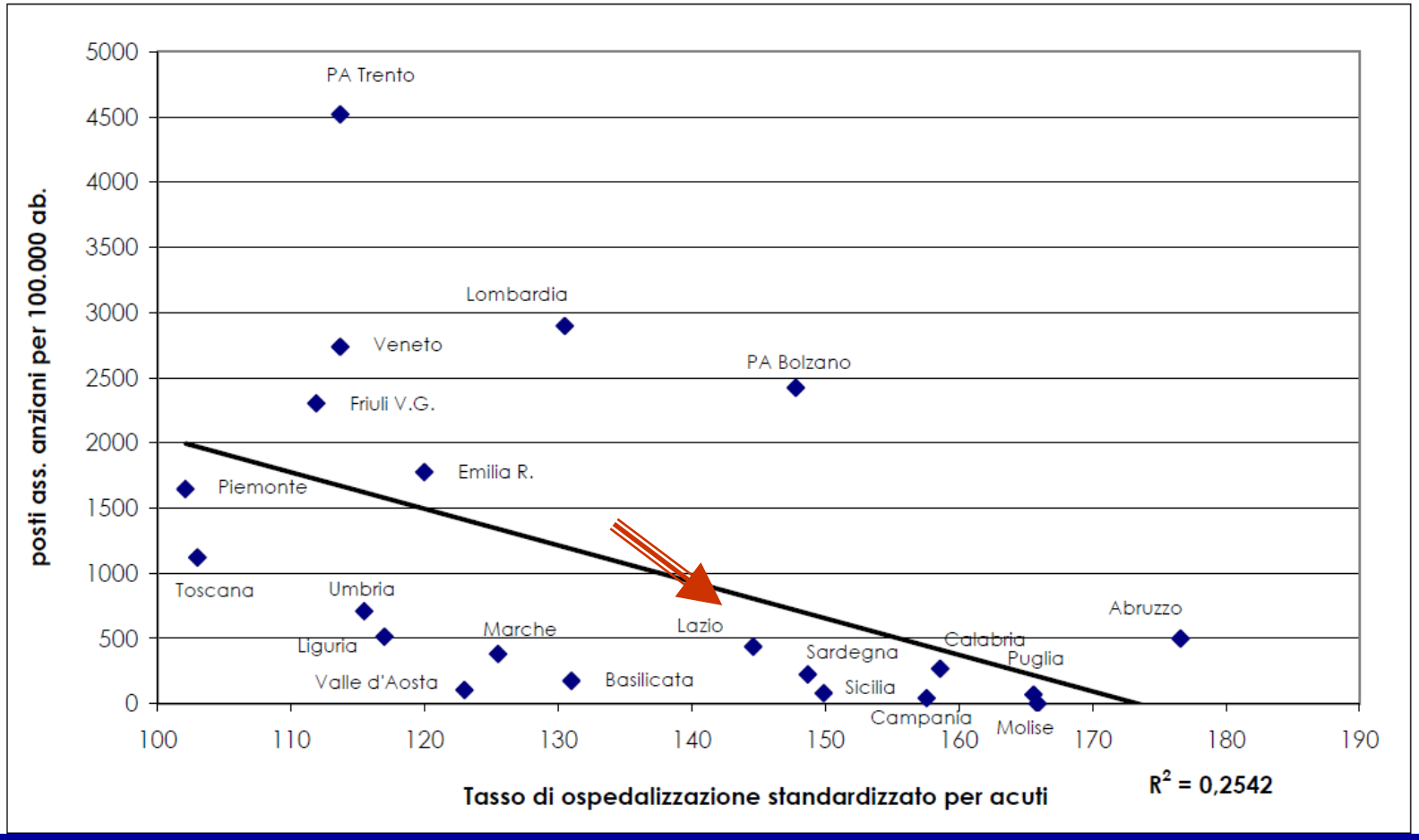
Il “circolo delle quinte” della inefficienza

- Tasso di ospedalizzazione eccessivo
- Scarsezza di PL in RSA
- Espansione della spesa

Relazione disavanzo/tasso ospedalizzazione



Rapporto PL per anziani/tasso ospedalizzazione



Il secondo quesito

Cosa ha prodotto il PdR in termini di controllo della spesa e di riorganizzazione del servizio?

I risultati Finanziari

Disavanzi annui prima delle coperture

2007	-1.696.481
2008	-1.673.478
2009	-1.419.449
2010	-991.396
2011	-775
2012	**-613,186**
2013	-611,311(stime)

Il miglioramento del deficit

Risanamento finanziario o riduzione dei servizi e del personale?

Le cause del dimezzamento del disavanzo degli ultimi anni

- Aumento delle entrate da FSN e fiscali regionali,
- Diminuzione della spesa per farmaci
- Diminuzione della spesa e del personale grazie al mancato rinnovo dei contratti di lavoro e al **blocco del turn-over** che ha portato alla decimazione di non pochi servizi pubblici.

Il modello Polverini
Squilibrio e inefficienza

- Eccesso di offerta ospedaliera (PL "privati accreditati " > 40% oltre il 50% dei ricoveri)
- Concentrazione delle strutture ospedaliere e delle alte specialità nella area metropolitana e desertificazione delle provincie
- Inappropriatezza clinica e organizzativa
- 5 Aziende ospedaliere Universitarie (2 private) da cui dipende gran parte dell'offerta formativa
- Grave carenza di posti in RSA e lungodegenza
- Scarso sviluppo delle cure primarie nonostante la riconversione di 24 ospedali

La desertificazione della provincia: PL/1000

Tabella 1. Popolazione del riparto, posti letto per acuti e rapporto del totale dei posti letto per 1.000 residenti per ASL. Fonte dati NSIS 2013 (dati aggiornati al giugno 2013) e popolazione del riparto del FSN 2011.

ASL	Pop Riparto	PL ordinari	PL DH	Totale PL	Rapporto PL/POP
ROMA (A-E)	2.784.890	10.698	1.642	12.340	4,43
RMF	317.496	201	33	234	0,74
RMG	494.704	490	108	598	1,21
RMH	551.574	1.204	182	1.386	2,51
VT	324.680	553	79	632	1,95
RI	160.857	324	42	366	2,28
LT	565.810	1.211	153	1.364	2,41
FR	511.206	876	86	962	1,88
TOTALE	5.711.216	15.557	2.325	17.882	3,13

Nota: in tabella sono considerati i 455 posti letto per acuti dell'OPBG, calcolati sui residenti del Lazio

Il Piano operativo 2013-2015 della Giunta Zingaretti Prospettive/vincoli

Piano operativo 2013-2015
D.A. 480/2013
Rimodulazione dell'offerta

- Riconfigurazione dell'offerta H per acuti partendo dalla rete dell'emergenza con DEA II, cui afferiscono DEA I e PS (con i relativi bacini territoriali). (30/06/2014)
- Realizzazione di un DEA di II livello nell'area sud della regione e il potenziamento del DEA di I livello a Viterbo
- Collegamento sistematico fra ARES 118 e DEA II, DEA I e PS e offerta territoriale omogenea di postazioni e mezzi di soccorso
- Ridefinizione dei bacini di riferimento per garantire tempi di accesso adeguati per le patologie "tempo-dipendenti" a più alta complessità

Piano operativo 2013-2015
D.A. 480/2013
Rimodulazione dell'offerta

- Riduzione di PL per acuti specie nell' area di Roma
- Salvaguardia delle specialità connesse con l'emergenza anche psichiatrica
- Appropriatezza organizzativa nei reparti di chirurgia attraverso *week hospital*
- Superamento delle UUOO di specialità; area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile)
- Creazione di moduli polispecialistici di DH medico e chirurgico (Pediatria e Psichiatria escluse).

Implementazioni reti assistenziali per intensità di cure (Hub&spoke)

- Rete cardiologica
- Rete trauma grave e neuro-trauma
- Rete Ictus
- Rete perinatale
- Rete trapianti
- Rete oncologica
- Rete emergenza/urgenza

Le carenze della programmazione

- Rete allergologica
- Salute della donna/riabilitazione del pavimento pelvico/ diagnostica prenatale

Case salute
da attivare in via prioritaria

ASL	Presidio
RMA	Nuovo Regina Margherita
RMG	Santissimo Salvatore di Palombara Sabina
	San Giovanni Battista di Zagarolo
RMH	A.C. Cartoni" di Rocca Priora
	Spolverini" di Ariccia
	Villa Albani" di Anzio
LT	San Carlo" di Sezze
	Luigi di Liegro" di Gaeta
	ex Ospedale di Minturno
RI	Francesco Grifoni" di Amatrice
FR	Ospedale Civile di Ceccano
	Presidio sanitario di Ferentino
	In memoria dei Caduti" di Isola del Liri

Nota: per quanto riguarda il Presidio Santa Croce" di Arpino, si rappresenta che tale struttura è adibita a funzioni scolastiche tramite concessione in comodato d'uso da parte dell'ASL di Frosinone a favore del Comune di Arpino.

Quesiti preliminari

- Quale era la situazione del Lazio all'atto di sottoscrizione del Piano di Rientro?
- Cosa ha prodotto il PdR in termini di controllo della spesa e di miglioramento del servizio?

I vincoli

1)Finanziari

2)organizzativi

Riduzione di PL (-892)
(628 in regime ordinario e 264 in DH)
750 nella città di Roma

Riduzioni più marcate

- Are chirurgica -527
- Area medica (-211)
- Materno infantile (-211)

Incrementi

- Area critica (+109)

Riduzione delle strutture
(UOC, distretti, dipartimenti) (-13/20 milioni €)

Risultati programmati:

- Riduzione del numero di unità operative in coerenza con gli standard elaborati dal Comitato Lea (entro 6 mesi);
- Riduzione del numero dei distretti (entro 1 anno);
- Riduzione del numero dei dipartimenti (entro 6 mesi).

Indicatori di risultato:

- Numero di unità operative (complesse e semplici) previste dai nuovi atti aziendali;
- Numero dei distretti previsti dai nuovi atti aziendali;
- Numero dei dipartimenti previsti dai nuovi atti aziendali;

Cronoprogramma

- Adozione linee guida regionali che recepiscono i parametri standard elaborati dal Comitato LEA per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN entro il 28/02/2014;
- Adozione atti aziendali entro il 31/5/2014

Impatto economico:

- Stimato tra 13 e 20 milioni di euro di risparmio di gestione.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Dirigente dell'Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale

La rimodulazione complessiva delle UOC e UOS esistenti DCA 2013 U00206, U00408

Strutture	Esistenti	Post	VAR. %
Unità complesse ospedaliere	1123	665	- 40%
Unità semplici ospedaliere	1771	803	-54%
Unità complesse non ospedaliere	651	431	-33,80%
Unità semplici non ospedaliere	1350	565	-58,15%

17,5 PL per UOC; 1,3 UOS per UO
13.515 residenti per UOC non ospedaliere

Universalità del rapporto prospettive/vincoli

- Il rapporto prospettive/vincoli non ha valore contingente ma universale in quanto il SSN non è uno *stato* ma un *processo*
- Il modello di razionalità più funzionale è quello "incrementale" in relazione alla mutevolezza intrinseca delle condizioni epidemiologiche e dello stato delle conoscenze.

Universalità del rapporto prospettive/vincoli

Per ogni fase, il punto di equilibrio è dato dalla convergenza tra elementi *regolativi* (le leggi e i vincoli di bilancio) *normativi* (i codici di comportamento e prerogative) e soprattutto *culturale-cognitivi* (logiche, modelli organizzativi e saperi)

Le prospettive come affermazione di logiche tese a valorizzare lavoro multiprofessionale, competenze e saperi

Dalla critica a un diverso set di logiche istituzionali

- Critica del *mercatismo* sanitario (competizione degli erogatori, pazienti nel ruolo di clienti)
- Critica del *prestazionismo*
- Critica della *privatizzazione* delle cure
- Critica del *corporativismo* e della svalorizzazione delle competenze

Il feticismo delle prestazioni:
il falso mito della produttività

Occultamento delle relazioni sociali che stanno dietro la prescrizione di prestazioni

1) Consumismo sanitario
2) Pressioni del complesso sanitario industriale privato
3) Medicina difensiva
4) Auto-incentivazione delle attività da parte del professionista

Valutazione del personale

- Definizione degli obiettivi da raggiungere annualmente e a fine incarico;
- Criteri di valutazione distinti per tipologia, punteggio, peso e valore;
- Gli indicatori di risultato, distinti per tipologia (efficacia, efficienza);
- Soggetto valutatore distinto per fascia dirigenziale da valutare;
- Procedura da attivare in caso di contraddittorio;
- Incidenza della valutazione annuale nell'ambito della valutazione complessiva dell'incarico;
- Rilevanza della valutazione negativa sia sulla gestione; dell'incarico sia sulla valutazione annuale dei risultati;
- Trasparenza e pubblicità del processo di valutazione.

Valutare il lavoro sanitario

Dalla quantità delle prestazioni

alla

quantità delle relazioni e degli esiti clinici

If you don't measure it,
You can't manage it

eReferral — A New Model for Integrated Care

Alice Hm Chen, M.D., M.P.H., Elizabeth J. Murphy, M.D., D.Phil., and Hal F. Yee, Jr., M.D., Ph.D.

- Originally piloted for gastroenterologyn services, eReferral is now used for more than 40 services At San Francisco General Hospital
- Every service has a designated specialist provider who reviews and responds to each referral

NEJM 2013

eReferral — A New Model for Integrated Care

Alice Hm Chen, M.D., M.P.H., Elizabeth J. Murphy, M.D., D.Phil., and Hal F. Yee, Jr., M.D., Ph.D.

- In the first nine medical clinics to adopt eReferral, the average waiting time for an initial consultative visit dropped from 112±74 days to 49±27 days (P = 0.02) within 1 year

NEJM 2013

Remodeling sanitario e Logiche di operatività

- Integrazione tra assistenza ospedaliera e cure primarie
- Cooperazione tra le strutture (Hub&spoke)
- Cooperazione tra diversi saperi e competenze nel lavoro in team
- Presa in carico e continuità delle cure
- Medicina d'iniziativa e *chronic care model*
- Partecipazione del cittadino

Specificità e reciprocità

Sistema Ospedaliero

"Paradigma dell'attesa"
la dimensione verticale

- Polo della "Intensività tecno-assistenziale"
- Orientato alla produzione di prestazioni e alla soluzione dei problemi clinici
- Presidia l'efficienza
- Tende all'accentramento per realizzare economie di scala
- Punta all'eccellenza e alla concentrazione delle conoscenze

Primary Care

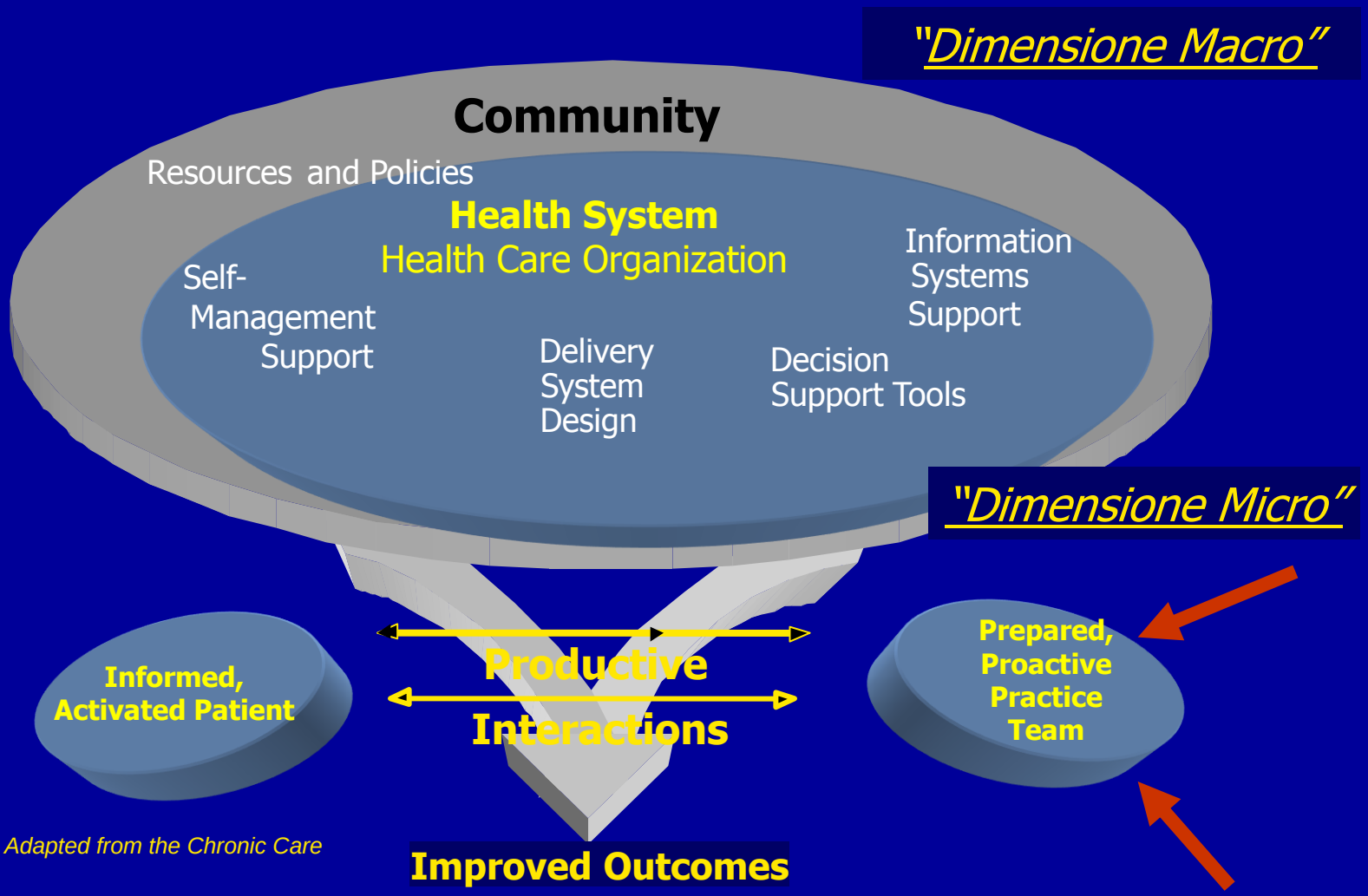
"Paradigma dell'iniziativa"
la dimensione orizzontale

- Luogo della "Estensività socio-assistenziale"
- Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla presa in carico
- Presidia l'efficacia e i risultati
- Tende al decentramento per valorizzare il capitale sociale
- Punta all'equità e alla diffusione e utilizzazione dei diversi saperi

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costruzione di un rete integrata i cui *nodi* sono i PUA, le strutture intermedie e di prossimità e le *maglie* sono i MMG, PLS e il personale con funzioni di Case manager

Care Model Systems Approach

"multidimentional solution to a complex problem"



- *Source: Adapted from the Chronic Care Model,*
- *Ed Wagner, MD, www.improvingchroniccare.org*

Ampliamento delle competenze

Ruoli/funzioni

- Case manager
- Disease manager
- Dirigente infermieristico
- Self care support management
- Family learning

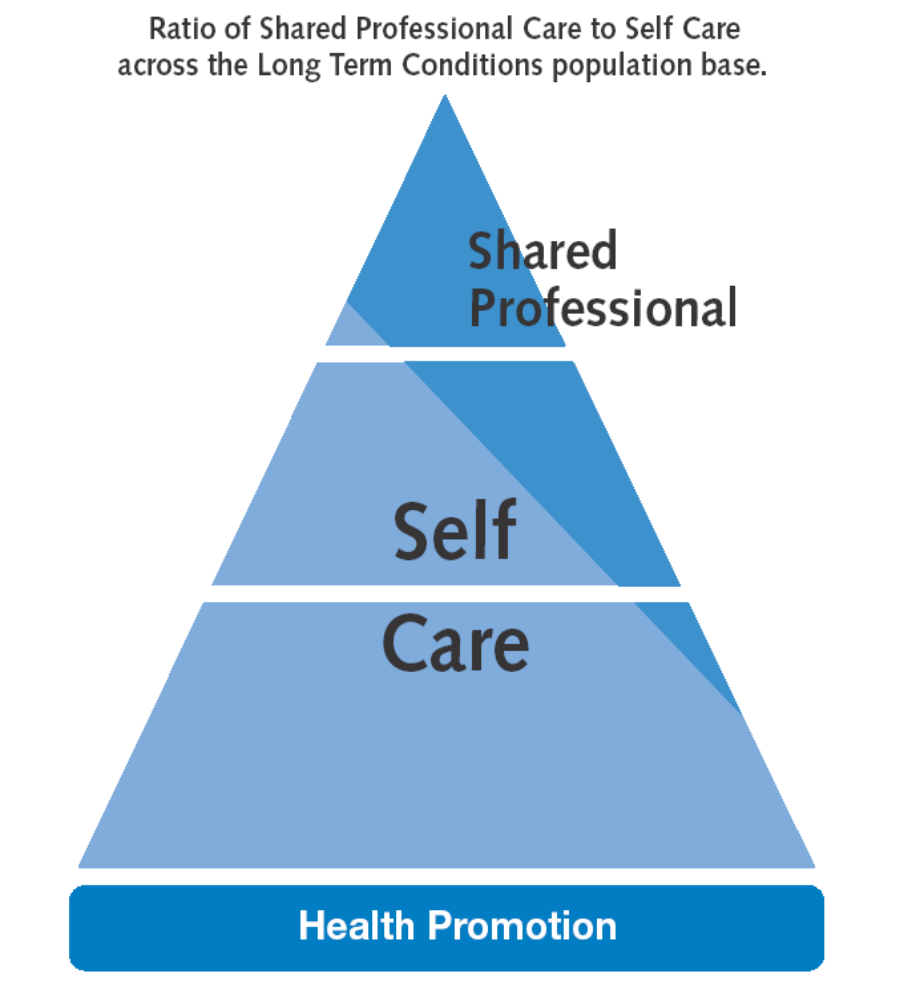
Contesti/ attività

- Medicina d'iniziativa
- Chronic care model
- Casa salute/degenza infermieristica
- Telemedicina e controllo *a-remoto* di BPCO, scompenso, diabete etc

Medicina d'iniziativa

stratificazione del rischio, registri di patologia e supporto decisionale

Self care support management



Personale

- Superamento del blocco del tournover
- Superamento del precariato

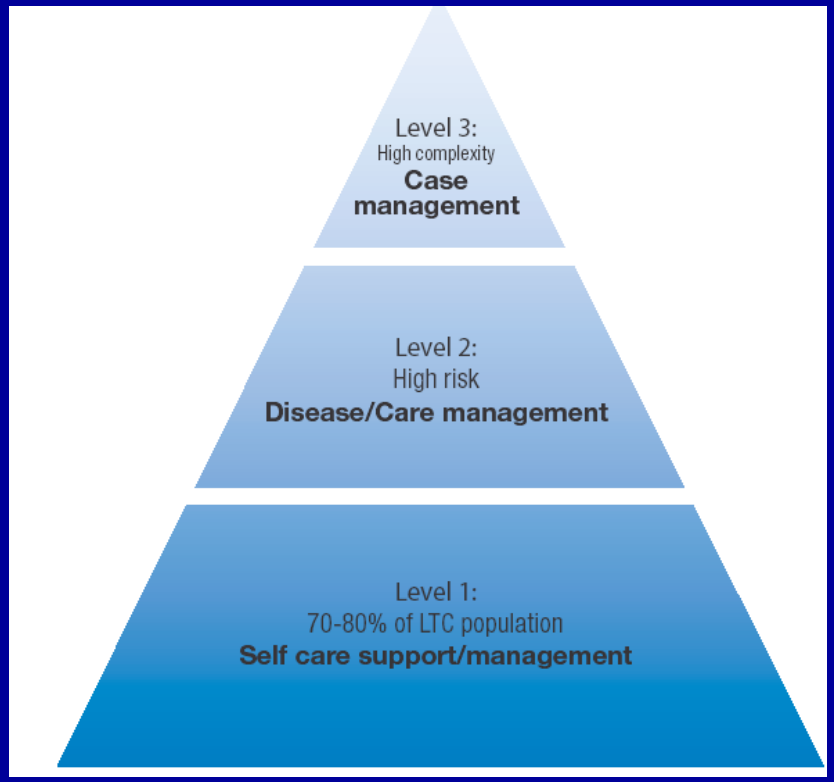
Attivazione sblocco del turn over e politiche di reclutamento del personale del SSR per gli anni 2013-2015

Qualifica	2012		2013		2014		2015	
	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti	Cessati	Assunti
Sanitario	1.112	242	502	111	496	51	492	50
Tecnico	277	7	81	28	80	8	79	8
Amministrativo	306	17	79	31	78	8	78	8
Professionale	16	14	2	2	2	-	2	-
Altro	17	10	-	-	-	-	-	-

Conclusioni

- La regione Lazio deve uscire dall'inazione del suo 1° anno di vita
- Il risanamento economico non è un *fine* ma un *mezzo* per rendere il SSR più rispondente alle attuali necessità
- Serve per questo un nuovo paradigma culturale-cognitivo che ripensi modelli assistenziali, scelte allocative, priorità.
- In tale processo i professionisti della salute devono svolgere un ruolo fondamentale essendo loro il principale fattore di produzione

Il CCM è adeguato per la promozione della salute della popolazione?



Level 0:
Determinants of Health
Health Promotion

Expanded chronic Care Model

Population health outcomes
Functional and clinical outcomes

- *Source: Victoria J . Barr et al*
- *Hospital Quarterly Vol 7 N° 1*