

Milano, 23/10/18

Convegno LIUC-AGESPI

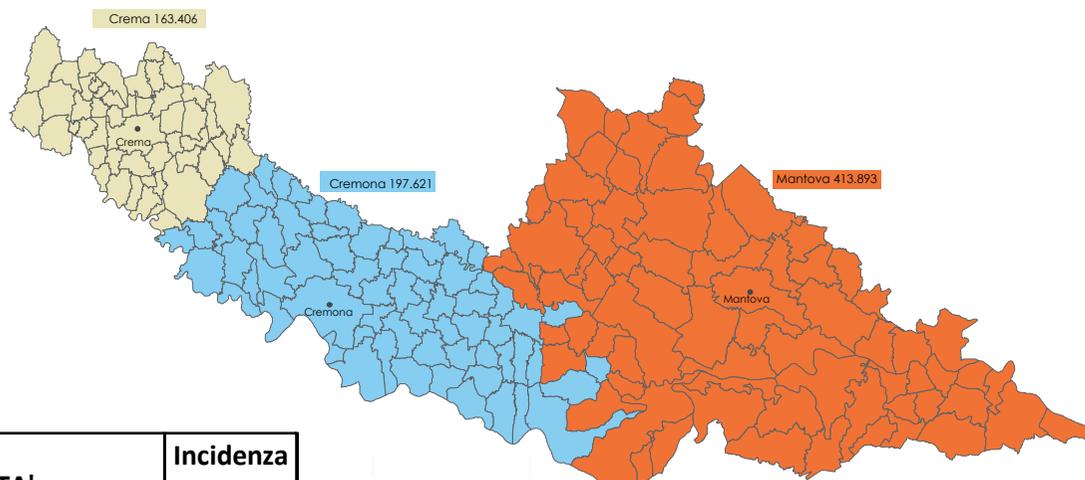
L'impatto economico-organizzativo delle attività burocratico-adempimentali nelle RSA
lombarde: prospettive di semplificazione

Dai controlli attuali verso un futuro più semplice

Diego Maltagliati - Direttore Sociosanitario ATS Val Padana

Contesto Territoriale – popolazione residente

- Il **TERRITORIO** di competenza dell'ATS Val Padana si estende su una superficie complessiva di kmq 4.180, comprendente 184 Comuni con 774.921 abitanti, articolato su 3 Distretti.



DISTRETTO	COMUNI	CLASSE D'ETA'			Incidenza % over 65
		Over 65	n. persone		
CREMA	48	Over 65	n. persone	34.800	21,3%
		Tutte le età	n. persone	163.406	
CREMONA	67	Over 65	n. persone	49.206	24,9%
		Tutte le età	n. persone	197.621	
MANTOVA	69	Over 65	n. persone	94.821	22,9%
		Tutte le età	n. persone	413.894	
TOTALE ATS	184	Over 65	n. persone	178.827	23,1%
		Tutte le età	n. persone	774.921	

La Direzione Sociosanitaria, il Dipartimento PIPPS e il Dipartimento PAAPSS tra ricerca d'identità e necessità d'integrazione

Alla luce della L.R. 23/2015

LEGGE 23/2015

**Assessorato al
Welfare che unisce il
sistema sanitario e
quello sociosanitario**

Dalla cura al prendersi cura

Dall'offerta all'analisi della domanda
espressa e del bisogno

Dalle singole prestazioni ai percorsi di
continuità di presa in carico dall'ospedale al
territorio

Dal focus sul soggetto all'attenzione alla
persona nel suo contesto (familiare, sociale,
economico, ecc.)

Dalla risposta standardizzata al Progetto
personalizzato a supporto del soggetto e
della famiglia

Dalla frammentazione all'integrazione delle
risorse

I PRINCIPI DELLA RIFORMA ex L.R. 23/2015

- **SCelta LIBERA**, CONSAPEVOLE E RESPONSABILE DI ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE (art 2/1b)
- **ORIENTAMENTO ALLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA NEL SUO COMPLESSO** (art 2/1c)
- **SEPARAZIONE DELLE FUNZIONI** DI PROGRAMMAZIONE, ACQUISTO E CONTROLLO DA QUELLE DI EROGAZIONE (art 2/1d)
- **PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA**, DELLA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA, ECONOMICA E ORGANIZZATIVA E DELLA QUALITA' PRESTAZIONALE (art.2/1f)
- **GARANZIA DEI CONTROLLI** E PIENA APPLICAZIONE DEI COSTI STANDARD (art.2/1g)

Nuove Funzioni di ATS

- La dotazione di Unità d'Offerta sociosanitarie è molto ricca e diversificata nel modello lombardo; si tratta complessivamente di strutture (per la maggior parte gestite dal privato sociale, fondazioni, cooperative, ...) regolate dalle procedure di accreditamento qualitativo; di accordo contrattuale con budget annuale; a libero accesso (spesso previa valutazione); e sottoposte a controlli di vigilanza e di appropriatezza (**funzioni del Dip.to PAAPSS di ATS**);
- Con l'evoluzione del modello lombardo si potenzia, nel contempo: l'analisi dei bisogni e dei percorsi di presa in carico; l'integrazione progettuale e/o a rete; il raccordo con il sistema sociale dei Comuni e del volontariato (**funzioni del Dip.to PIPSS di ATS**);

Nell' ATS le attività sono organizzate nei seguenti dipartimenti (art. 6 comma 6)

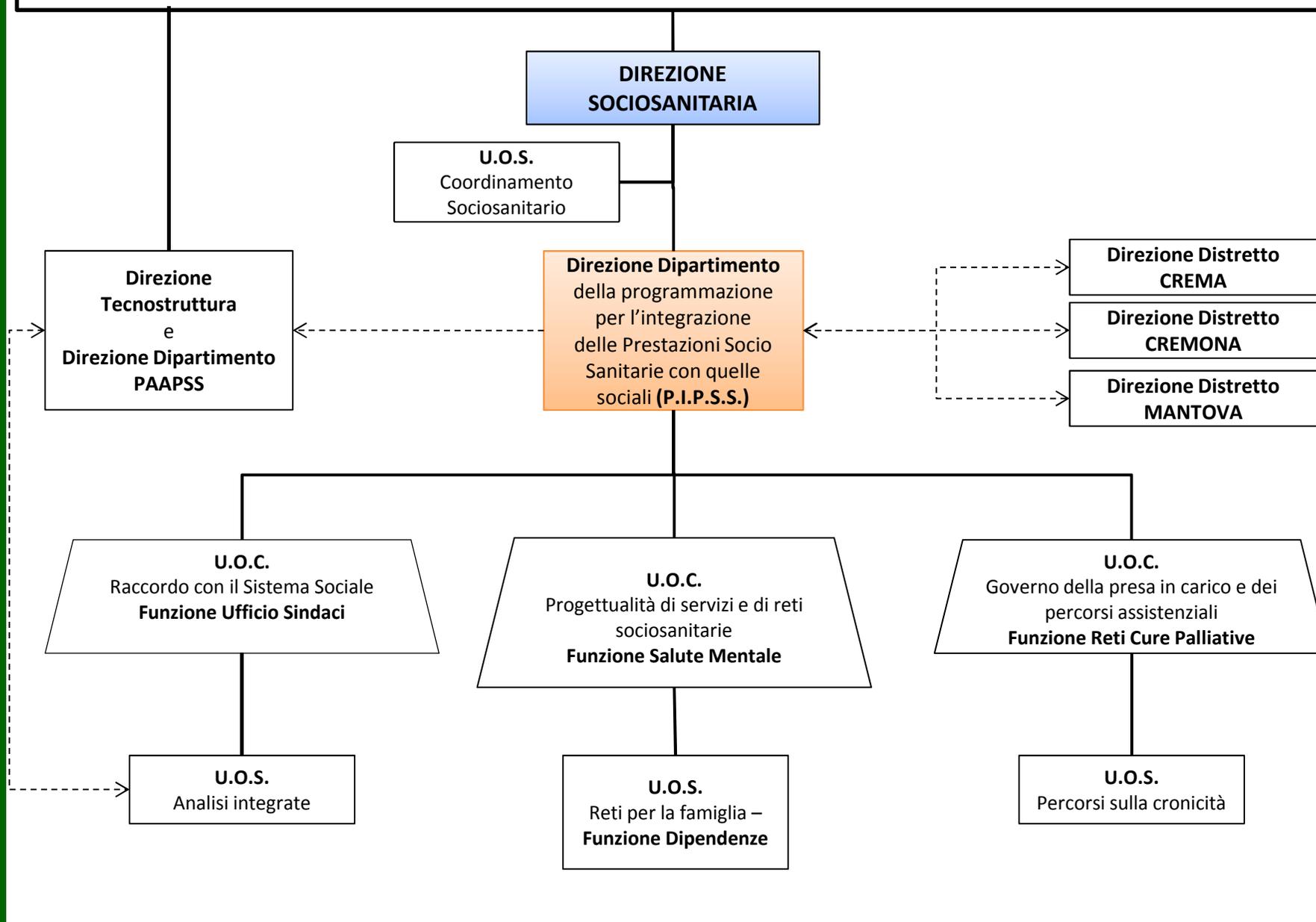


I DISTRETTI

In ogni ATS è costituito un numero di Distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime (art. 7 bis)
I distretti afferiscono direttamente alle Direzioni Generali delle ATS ed interagiscono con tutti gli erogatori insistenti sul territorio di loro competenza



DIREZIONE GENERALE STRATEGICA ATS DELLA VAL PADANA



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI (PIPSS)

MISSION

Rafforzare il ruolo dell'Agenda rispetto alla promozione dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale ed alla realizzazione di reti sussidiarie di supporto, con particolare attenzione all'analisi della domanda e al governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete

PRINCIPALI FUNZIONI

- Individuazione dei percorsi assistenziali in ottica d' integrazione sociosanitaria, in particolare quelli relativi alla presa in carico delle persone croniche e fragili
- Raccordo tra il sistema sociosanitario nel suo complesso ed il sistema sociale
- Coordinamento e monitoraggio delle progettualità sperimentali nell'ambito dell'offerta di servizi di integrazione tra le reti sociosanitaria e sociale
- Promozione e sviluppo delle Misure innovative sociosanitarie a sostegno dell'utenza fragile e delle loro famiglie
- Governo della presa in carico e dei percorsi assistenziali

PIPSS-Le principali aree di lavoro

D.G. Welfare

- Percorso Nascita
- Salute Mentale
- Reti Cure Palliative
- Presa in carico della cronicità e delle fragilità
- Misure innovative in ambito sociosanitario
- Sperimentazioni in ambito sociosanitario

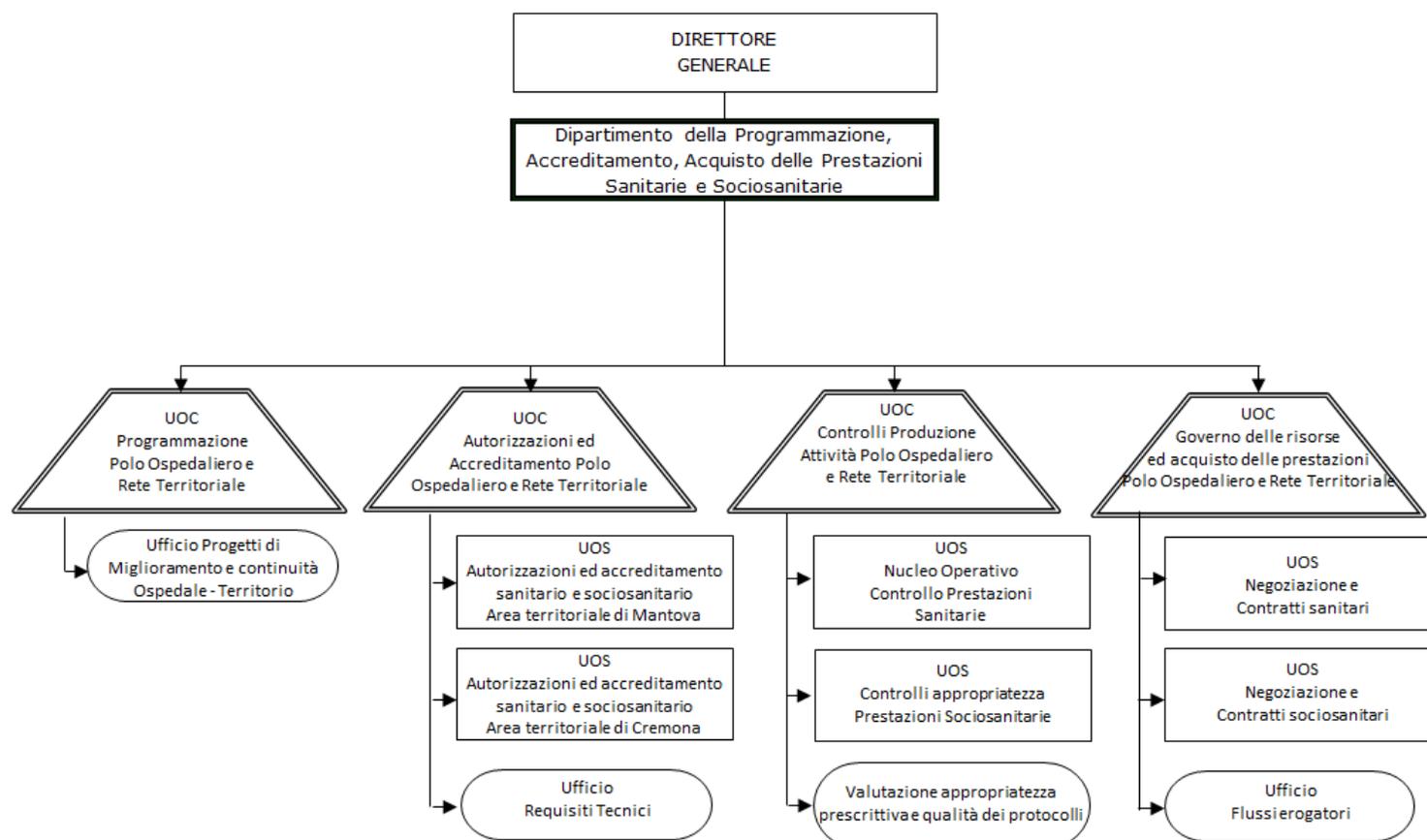
D.G. Politiche per la famiglia, genitorialità e pari opportunità

- Politiche per la famiglia
- Fattore famiglia
- Welfare aziendale
- Conciliazione vita-lavoro
- Rete Antiviolenza
- Tutela dei minori
- Misure a sostegno dei genitori separati
- Leva civica

D.G. Politiche sociali, abitative e disabilità

- Misure Reddito di autonomia
- Volontariato, Associazionismo e Terzo Settore (ambito sociale)
- Progetti e contributi a sostegno delle persone con disabilità
- Inclusione scolastica degli alunni con disabilità sensoriale
- Piani di Zona e risorse sociali

DIPARTIMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO, ACQUISTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE



DIPARTIMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE ACCREDITAMENTO ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE (PAAPSS)

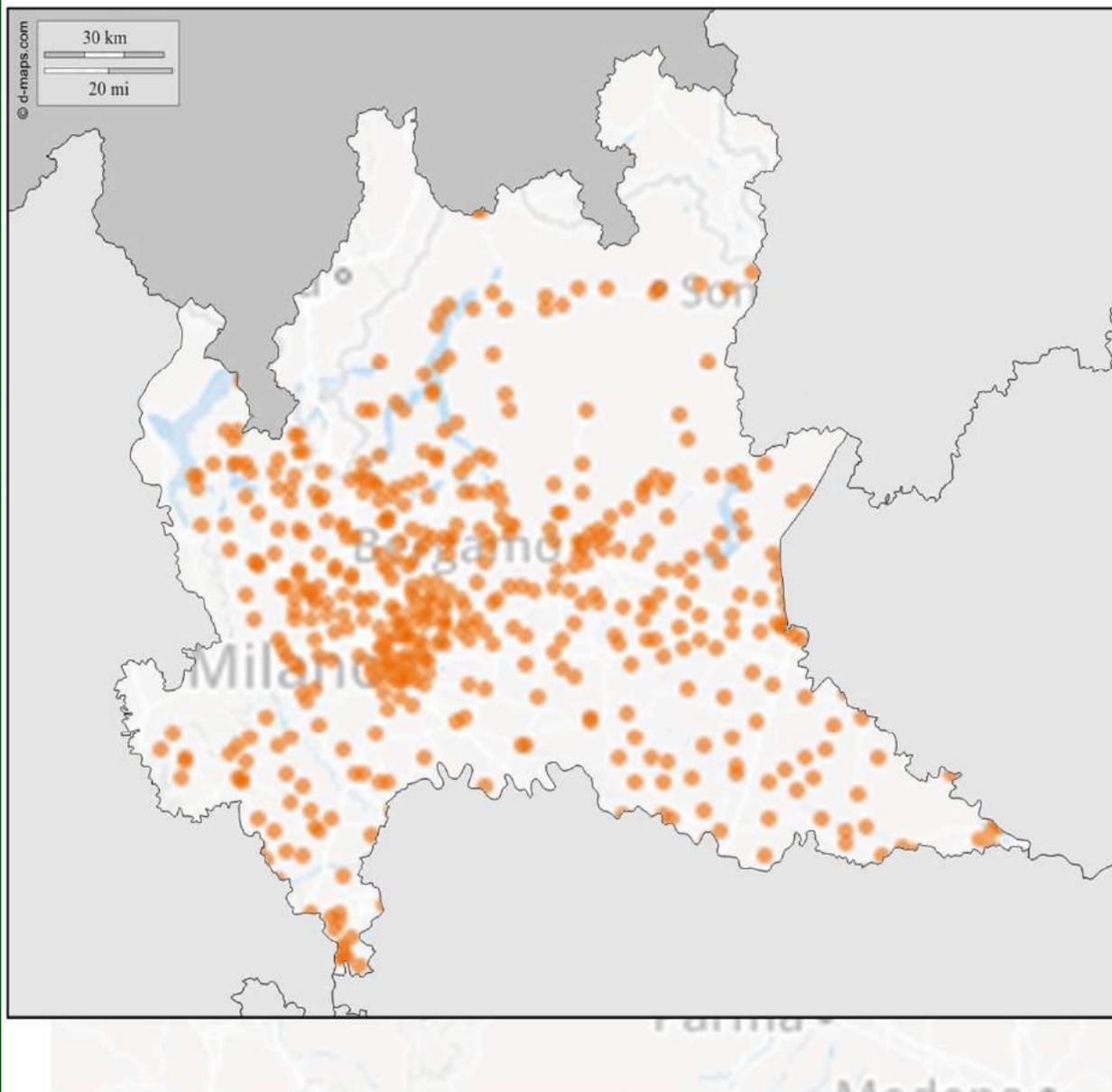
MISSION

Concorrere all'attuazione della programmazione interna di governo della domanda e dell'offerta sanitaria e sociosanitaria definita dalla Regione relativamente al territorio di propria competenza, al fine di assicurare, con il concorso di tutti i soggetti erogatori accreditati, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione.

PRINCIPALI FUNZIONI

- Programmazione, progettazione territoriale e realizzazione della rete dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso gli strumenti dell'accreditamento e della contrattualizzazione;
- Acquisto delle prestazioni dagli erogatori, secondo tariffe approvate dalla Regione, con formulazione dei contratti secondo le indicazioni e gli schemi regionali;
- Abilitazione/autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle strutture sanitarie e delle unità d'offerta sociosanitarie;
- Vigilanza in merito al possesso e al mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e delle unità d'offerta sociosanitarie, secondo le modalità e le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e del piano predisposto dall'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo;
- Controllo dell'appropriatezza delle prestazioni e dei servizi erogati, sia in ambito sanitario che sociosanitario, secondo le modalità e le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo;
- Controllo della qualità delle prestazioni erogate sia in ambito sanitario che sociosanitario;
- Vigilanza sulle unità d'offerta sociali.

R.S.A.



Le **Residenze Sanitario-Assistenziali** sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non assistibili a domicilio, un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di tutela assistenziale ed alberghiera generica.

Fonte Open data R.L. mag/18

RSA LOMBARDE

N. POSTI LETTO	Conteggio di RSA	Somma di POSTI_ACCREDITATI	Media di POSTI_ACCREDITATI/RSA
<60pl	178	6.612	37
60-119	353	27.819	79
120-179	120	15.499	129
180+	42	11.086	264
Totale LOMBARDIA	693	61.016	88

N. **693** RSA di diverse dimensioni;
La struttura è comunque organizzata in nuclei di vita di 20/25 p.l.

Ad eccezione dell'area metropolitana, la dotazione di PL per provincia è superiore allo standard programmatico regionale. I posti letto a gestione diretta pubblica sono meno del 10%.

N. POSTI LETTO	PRIVATO	PUBBLICO	Totale PL	POP 75+	STANDARD (5 Pl ogni 100 anziani 75+)
Bergamo	6.057	50	6.107	110.428	5,5
Brescia	6.960	304	7.264	133.057	5,5
Como	4.551	138	4.689	67.896	6,9
Cremona	3.412	365	3.777	44.346	8,5
Lecco	1.702	413	2.115	39.213	5,4
Lodi	1.219	80	1.299	24.127	5,4
Monza e Brianza	3.203	124	3.327	96.136	3,5
Milano	13.609	2.302	15.911	377.519	4,2
Mantova	3.331	385	3.716	50.669	7,3
Pavia	4.674	1.059	5.733	70.646	8,1
Sondrio	1.461	118	1.579	21.163	7,5
Varese	5.299	200	5.499	105.755	5,2
Totale PL	55.478	5.538	61.016	1.140.955	5,3

Fonte Open data R.L. mag/18

Distribuzione posti letto RSA per ATS

ATS Regione Lombardia



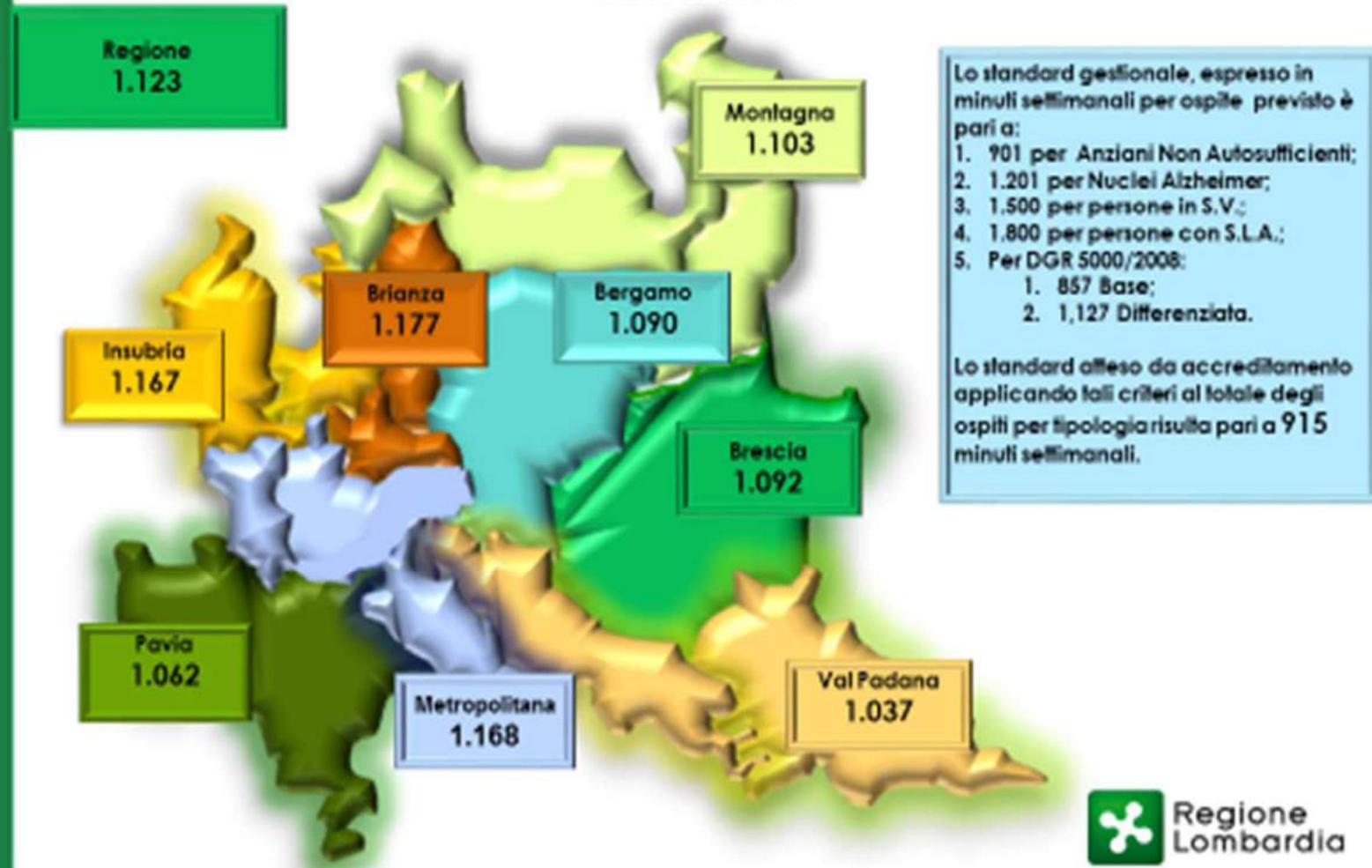
Dati regionali anno 2017; abitanti ≥ 65 anni: 2.130.622

P.L. solo autorizzati	2.667
P.L. solo accreditati	2.843
P.L. a contratto	57.906
Indice di dotazione (p.l./1.000 ab ≥ 65)	27,18

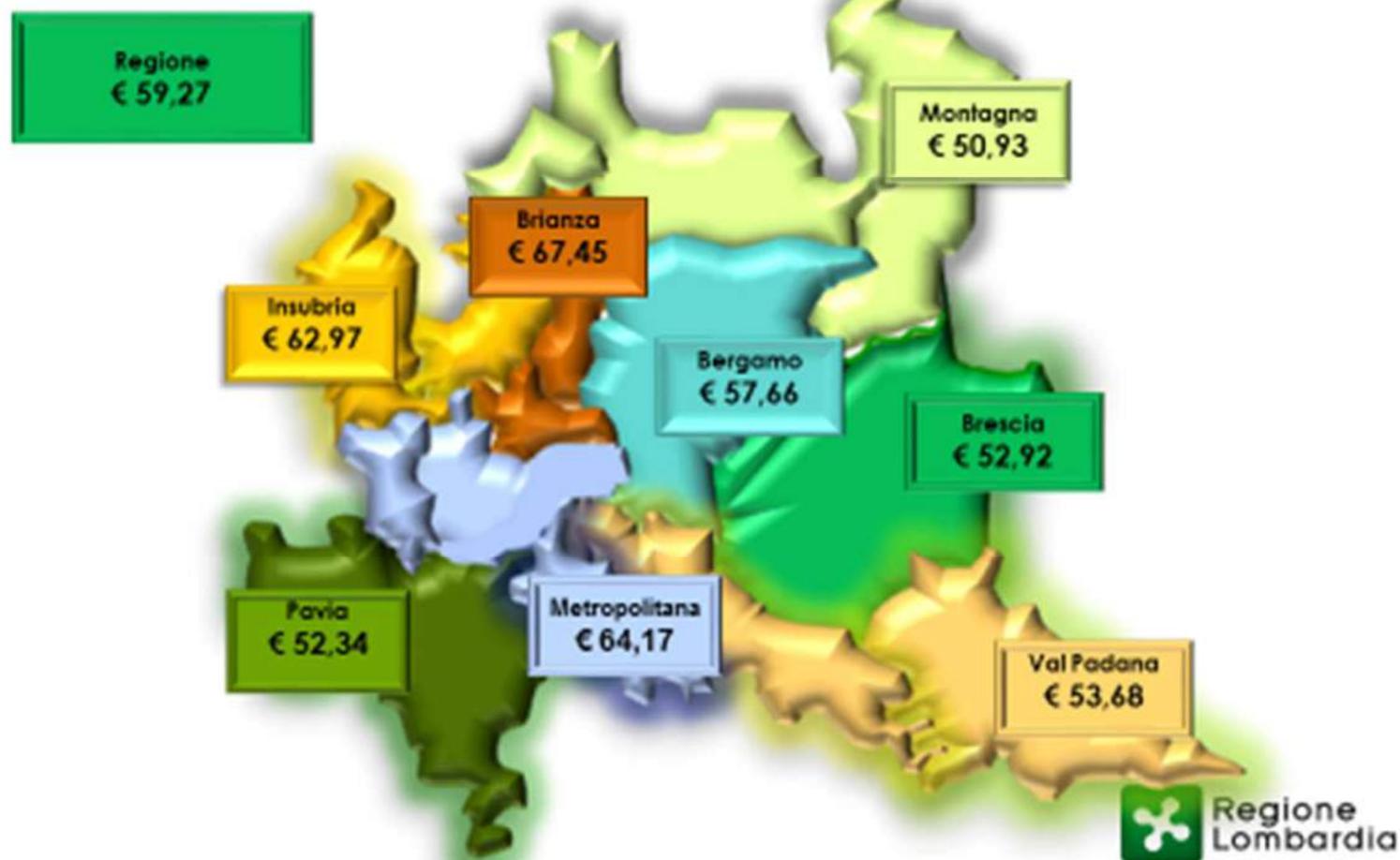
	Posti contr.	Indice
ATS Montagna	3.035	38,96
ATS Insubria	8.853	27,21
ATS Brianza	5.200	19,50
ATS Bergamo	5.437	24,10
ATS Brescia	6.105	25,17
ATS Val Padana	6.938	38,27
ATS Pavia	5.292	40,12
ATS Metropolitana	17.040	22,10



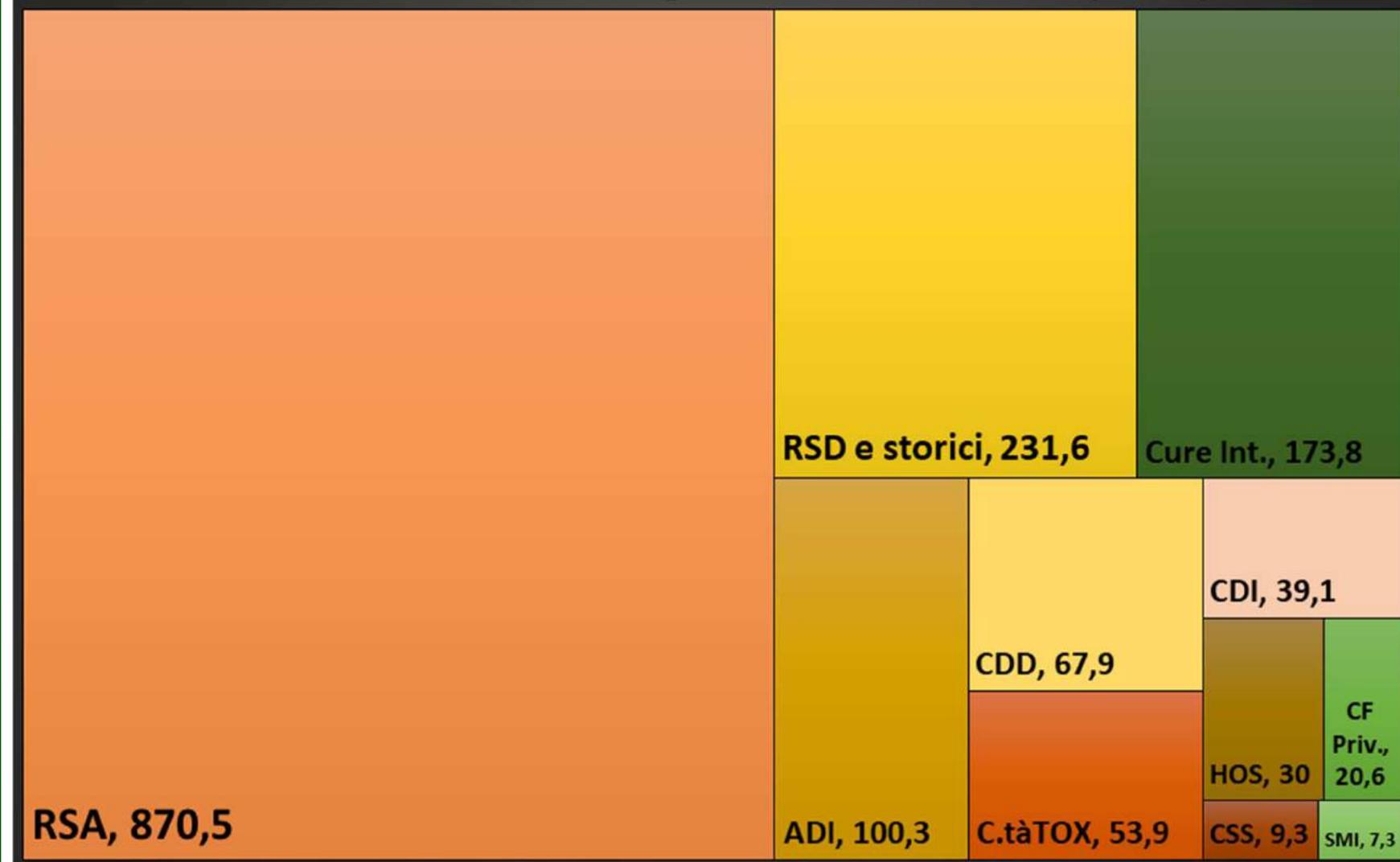
Lo standard gestionale Scheda 2017



Le rette praticate agli utenti Schede 2017-



UdO sociosanitarie a budget - Volumi anno 2017 (mil. €)



Fonte: ns. elaborazione su «Matrice ISSAD anno 2017» complessiva Regione Lombardia

«Misure» e sperimentazioni

- Negli ultimi anni (DGR 116/13) è iniziato un percorso di flessibilizzazione dell'utilizzo delle UdO sociosanitarie, al fine dare risposta a persone non accolte dalla rete strutturata dei servizi e/o per bisogni emergenti o di maggiore continuità tra sanitario e sociosanitario. Le misure più significative:
 - **RSA aperta**
 - Residenzialità assistita (comunità residenziali per anziani parzialmente autosufficienti)
 - Residenzialità per minori disabili gravissimi (*technical dependent*), percorsi residenziali per un numero limitatissimo di bambini
 - Comunità per minori: verifica e copertura del rilievo sanitario per minori in comunità alloggio educative/familiari
- Sono inoltre in progressiva strutturazione ulteriori sperimentazioni gestionali, finanziate direttamente da Regione

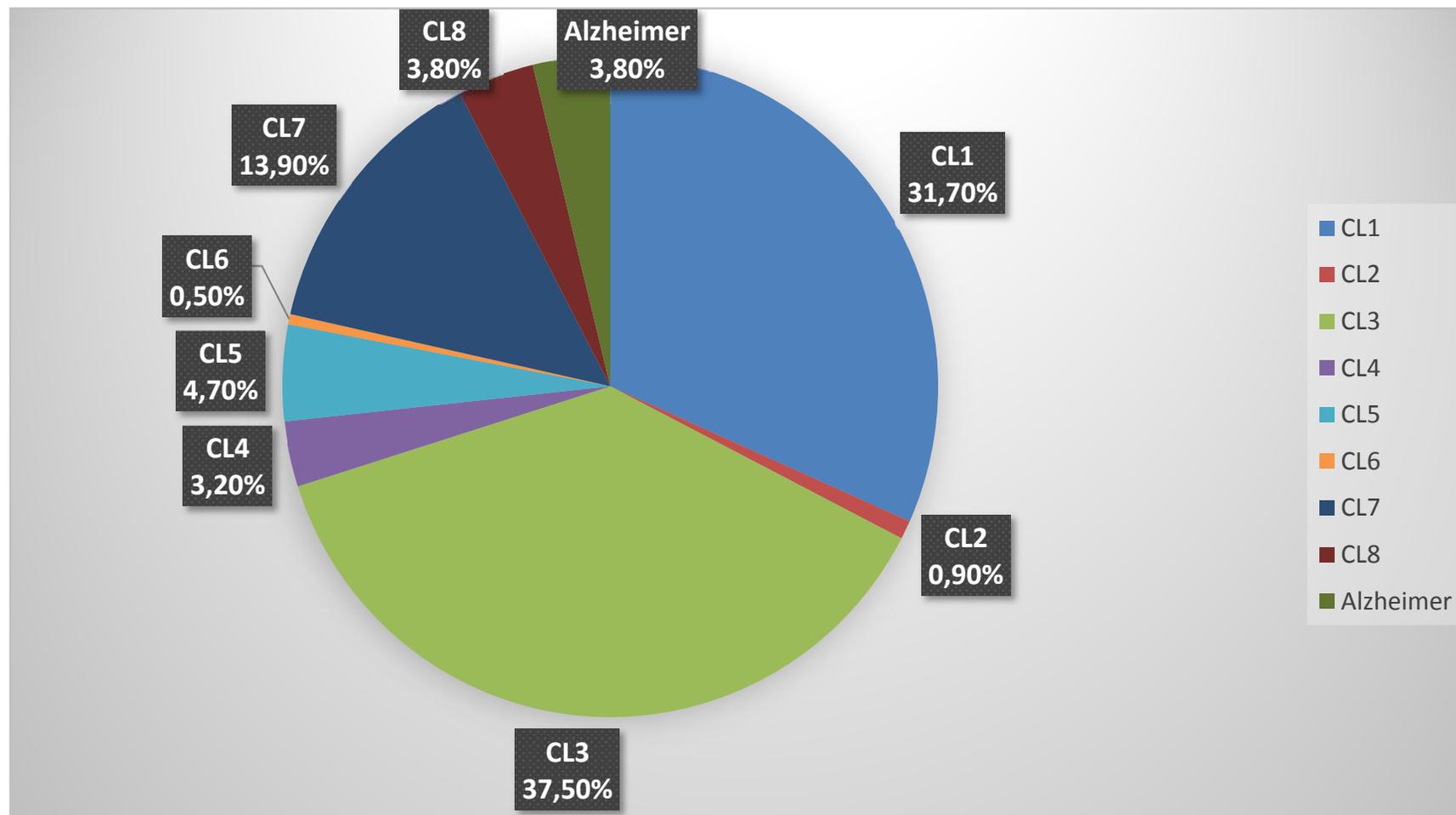
RSA APERTA

- Con questa misura particolarmente innovativa vengono erogate prestazioni domiciliari (più raramente in struttura) da parte di Enti gestori di RSA. Una «apertura» a bisogni non residenziali ma che richiedono elevata competenza e la definizione di piani individuali
 - Target: pazienti con Alzheimer, o grandi anziani non autosufficienti, che richiedono assistenza per rimanere al proprio domicilio
 - Supporto al care giver familiare
 - **Prestazioni sociosanitarie e sanitarie** (anche specialistiche) per un valore medio di 500€ mese
 - Piani pluri-mensili finalizzati al superamento di difficoltà nella gestione domiciliare, all'apprendimento di tecniche/procedure di cura; al sostegno temporaneo alla famiglia
- Il modello di presa in carico è simile a quello dell'ADI
- Il volume complessivo regionale ha raggiunto i 30 mil. annui (circa 60.000 mesi di cura per 10.000 persone)

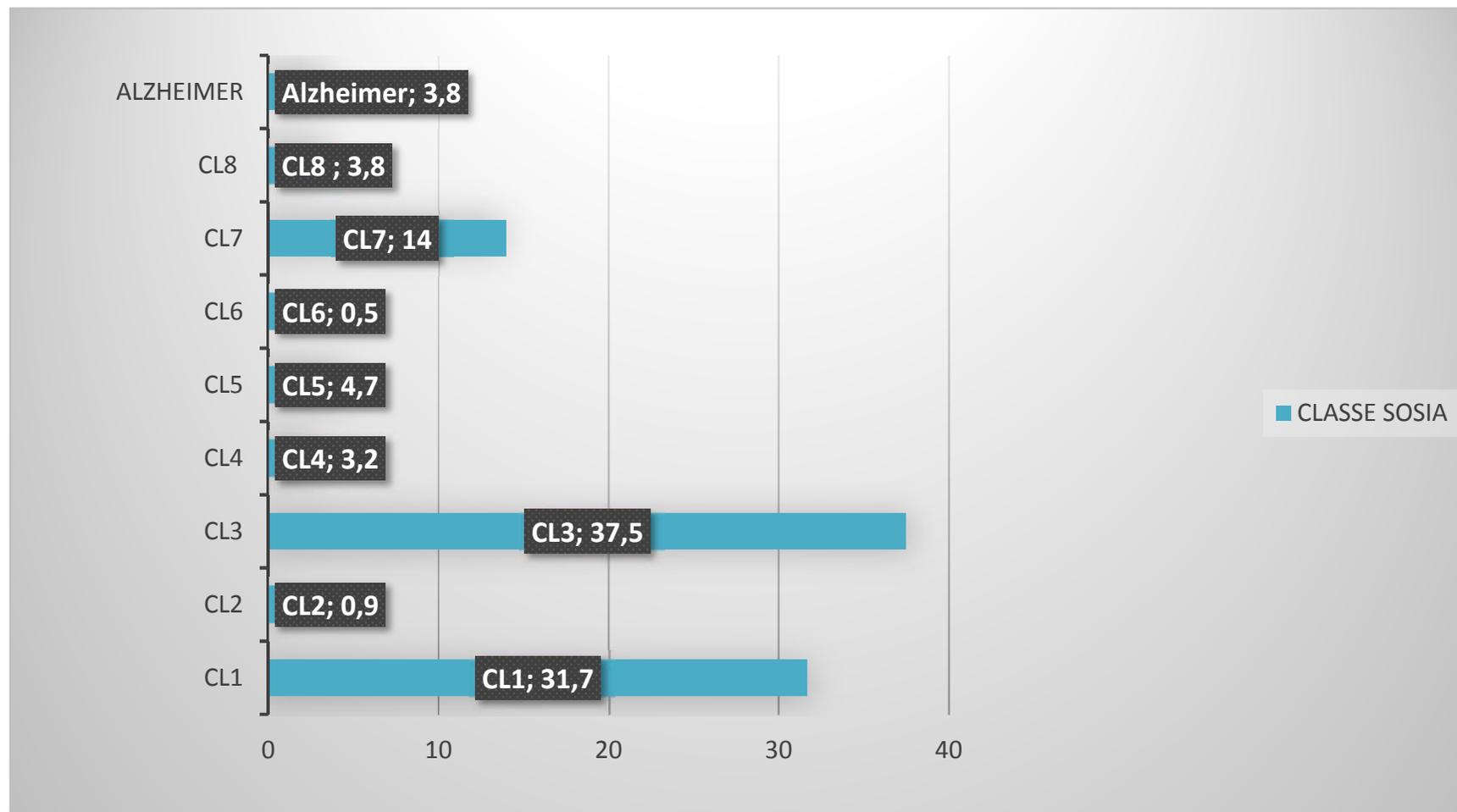
RSA DELLA ATS VAL PADANA: elementi significativi

- **Età media** di ricovero superiore a **85 anni**.
- **Saturazione** dei P.L. molto elevata (sup. al **99%**)
- Tariffa sociosanitaria diretta pari mediamente a € 15.000 per p.l./anno
- **Retta media** esposta all'utente definita dall'Ente Gestore, mediamente superiore a € 20.000 per p.l./anno
- Utenti con elevata compromissione (prime 3 classi SOSIA + Alzheimer) superiori al 75% degli ospiti
- Elevato turn over dei posti (> 40% anno); **durata media** del ricovero di **3,5 anni**
- Accesso a domanda individuale e libertà di scelta, in alcuni territori accordi di orientamento e/o di valutazione pre-ingresso, tra parte sanitaria (ATS, ASST, MMG), sociale (Comuni) e Enti Gestori

Classi SOSIA degli ospiti in RSA della ATS Val Padana



Classi SOSIA degli ospiti in RSA della ATS Val Padana



Distribuzione per ambito P.L. RSA ATS VAL PADANA anno 2017

RSA	Regione	ATS
P.L. solo autorizzati	1.078	250
P.L. solo accreditati	2.495	470
P.L. a contratto	57.835	6.938
Standard Offerta	27,14	38,38

Ambito	Posti contr.	Stand. Off.
Crema	790	22,38
Cremona	2.313	57,07
Casalm/Viadana	1.147	55,36
Asola/Guidizzolo	842	37,42
Mantova	1.080	28,85
Suzzara/Ostiglia	766	31,55
Totale	6.938	38,38



Lo standard di offerta rapporta i PL a contratto
ogni mille abitanti 65+

Dotazione strutture per anziani

Ats Val Padana

	AUTORIZZATI	ACCREDITATI	CONTRATTO
RSA	7695	7493	6938
CURE INTERMEDIE/POSTACUTI	723	714	696
CDI	1019	1014	872

RSA per Distretti

	CREMA	CREMONA	MANTOVA	TOTALE
STRUTTURE	10	24	51	85
P.L. A CONTRATTO	790	2890	3258	6938
P.L. NON A CONTRATTO	61	128	587	776

Indice di dotazione (p.l. x 100 ab \geq 65): 38.27 (Regione 27,18)

Assegnazione regionale delle risorse anno 2018 per ATS VALPADANA

RSA	103,5 ML
CURE INTERMEDIE POSTACUTA – RIA	40,5 ML
RSA APERTA	3,5 ML

La semplificazione possibile

Alla luce della L.R. 23/2015

La storia recente

- ❖ Dgr 4980/13: tentativo di omogeneizzazione
- ❖ Dgr 1765/14: ha elaborato strumenti : la check list
- ❖ Dgr 2569/14: revisione del sistema dell'esercizio e dell'accreditamento sociosanitari
- finalizzate ad **oggettivare il controllo**, appesantendo l'impegno degli operatori, ma garantendo tuttavia una **migliore qualità delle prestazioni**
- Spesso l'adempimento è eseguito in modo formale, senza comprendere che **seguire determinate prassi e protocolli è utile per l'assistito**

Incontri effettuati con Rappresentanti ARSAC e APROMEIA 2016-17

- 23 novembre 2016: avvio congiunto Tavoli della Programmazione e dei Controlli

Tavolo di PROGRAMMAZIONE	Tavoli di CONTROLLI (Appropriatezza e Vigilanza)	
16 gennaio 2017	19 gennaio 2017	Appropriatezza
17 febbraio 2017	21 febbraio 2017	Appropriatezza
20 marzo 2017	21 marzo 2017	Appropriatezza
	23 marzo 2017	Vigilanza
	30 marzo 2017	Vigilanza
	6 aprile 2017	Vigilanza
	20 aprile 2017	Vigilanza e Appropriatezza

- 20 aprile 2017 – Durante l'incontro finale del Tavolo dei controlli si è condiviso il documento di analisi e di interpretazione della check-list regionale della RSA
- 16 giugno 2017 – incontro congiunto di «restituzione» del lavoro dei due Tavoli

Esito incontri: **attenzioni condivise**

- Attenzione sulle necessità e sulle condizioni dei pazienti rilevate nei singoli territori, e sull'**appropriatezza dei percorsi di cura**: il governo della domanda e l'intercettazione dei bisogni, elemento fondante della «nuova» programmazione dell'offerta;
- Attenzione ai margini di autonomia programmatoria che rimarrà di ATS: il tavolo di programmazione potrà operare **accompagnando le strutture** verso le esigenze di flessibilizzazione, riconversione, delocalizzazione, qualificazione
- Attenzione alle questioni di carattere etico ed ai nodi relativi a temi di equità da affrontare coinvolgendo oltre agli attori già presenti i Comuni ed i MMG e/o i Gestori

Il Presente (1)

	2016				2017		2018 1° semestre	
	ex ASL CR		ex ASL MN		ATS		ATS	
	N° Controlli	% dgr 1765/14	N° Controlli	% dgr 1765/14	N° Controlli	% dgr 1765/14	N° Controlli	% dgr 1765/14
Appropriatezza	429	98,84 (82,7)	596	93,8	902	97,9 (57,90)	336	97,85% (88,5)
Vigilanza	22+7		38+4		44+21		15+19	

legenda:

Colonna "% dgr 1765/14": è riportata la % media di soddisfacimento degli indicatori di tutte le RSA, mentre il numero tra parentesi indica la RSA che ha ottenuto la % più bassa (quindi la performance minima di quell'anno)

Colonna "N° Controlli di Vigilanza": il primo numero indica i controlli di monitoraggio "routinari", il secondo i controlli per SCIA, Volturazioni, ecc. Ad esempio: nel 2016 a CR sono state vigilate 22 RSA + altre 7 viste per verifica SCIA, Volturazioni, ecc.

Il Presente (2)

- ❑ **Semplice** cosa significa? L'informazione è parte essenziale del processo di cura
- ❑ **Semplificare** significa porre l'attenzione giusta al momento giusto, implica il compenetrarsi di:
 - Efficacia
 - Efficienza
 - Appropriatezza
 - Soddisfazione
- ❑ Sono state introdotte nuove check list più semplificate
- ❑ Attraverso **accompagnamento** e **formazione** sono stati interiorizzati maggiormente i principi di base

Il Futuro (1)

Verso un modello di UdO qualitativo



- Sono stati visti (anche con incontri aggiuntivi e/o contatti ristretti) progettualità relative a tre aspetti di qualità, che non sono (ancora?) un progetto unico, e/o un modello spendibile a livello regionale.

Il Futuro (2)

- Controlli come **traccia** della presa in carico, non avulsi da questa prospettiva
- Semplificare i controlli non significa farne a meno
- Occorre garantire **accountability** e partecipazione, possibilmente **autodeterminazione** dell'ospite
- Muoversi verso la **qualità di vita** dell'anziano
- Controlli come **goal standard**, che favoriscano le sinergie, le specializzazioni, il miglioramento delle strutture

Il Futuro (3)

- Occorre puntare sull'**autocontrollo** come modalità interna di verifica
- Controlli basati sull'esito più che sul processo
- Occorre uscire dalla dinamica poliziotto-ladro
- Soprattutto occorre modificare gradualmente una **cultura** oggi ancora dominante – in un sistema a forte **integrazione** (anche nella funzione di controllo)

Integrazione e cultura aziendale

Premessa

È **impossibile** gestire un'organizzazione complessa solo attraverso sistemi di controllo abitudinari, che dipendono da regole, programmi, procedure, criteri prefissati per la corretta performance.

Oltre al lavoro di programmazione serve un **lavoro con le persone**.

Le aziende sanitarie, in quanto organizzazioni professionali, sono fortemente definite, rispetto ai risultati raggiungibili e alla qualità dei servizi erogati, dai **comportamenti delle persone** che vi operano più che dalla divisione del lavoro e dalla struttura organizzativa

Obiettivi e Strumenti utili all'integrazione

➤ A livello culturale, occorre:

- Garantire alle realtà che devono collaborare un'identità riconoscibile (identità non è uniformità)
- Mettere a disposizione di tutti (condividere) un nucleo «forte» di conoscenze
- Costituire un ambito di possibile maturazione ed elaborazione del sapere individuale (attraverso canali formali ma anche informali)
- Non avere la pretesa di garantire un accordo «assoluto» di tutti con tutti, di annullare i dissensi e di eliminare qualsiasi personalizzazione nell'organizzazione

Ostacoli all'integrazione

➤ A livello strutturale:

- moltiplicazione nelle linee di comando, pluralismo (caos) istituzionale
- affermazione troppo spinta della differenziazione organizzativa (eccesso di autonomia professionale)

➤ A livello culturale:

- mantenimento di pregiudizi reciproci e svalutazione professionale
- permanente sfiducia fra le istituzioni e fra i professionisti (questi ostacoli vanno rimossi prima possibile)
- idealizzazione del passato
- paura di perdere il potere, paura della perdita di autonomia e di identità

Costi dell'integrazione

- **Organizzativi**: Necessità di investire tempo e denaro in strutture, sistemi di integrazione e gestione delle persone
- **Gestionali**: necessità di investire energie in tempi di negoziazione e in gestione dei conflitti
- **Psicologici**: necessità di tradurre linguaggi diversi, sviluppare competenze nella gestione delle relazioni, mantenere un elevato grado di autonomia intellettuale

Inoltre è necessario saper **governare** l'aumento dell'**incertezza** e dell'**ambiguità** determinate dall'impossibilità di ottenere il
«controllo»

Cultura aziendale (1)

- Non esiste una cultura giusta o sbagliata, non c'è una cultura migliore o peggiore, se non in relazione a quello che l'organizzazione sta cercando di fare e a quello che permette l'ambiente in cui si trova ad operare
- La cultura incide sulla missione e sull'identità di un'organizzazione, nonché sul modo di correggersi quando non sembra in grado di raggiungere l'obiettivo
- La cultura incide anche sui modi di lavorare, sui confini e sulla natura delle relazioni, sulla premialità e sullo «status» dei membri dell'organizzazione

Cultura aziendale (2)

- La cultura aziendale è **difficile da cambiare**. I membri di un gruppo difendono con determinazione i propri assunti culturali, poiché forniscono loro significato e rendono la vita più prevedibile
- La cultura ha effetti sulla strategia, sugli strumenti da adottare, **soprattutto sui rapporti interni** e i probabili **conflitti** tra gruppi della stessa organizzazione portatori di sottoculture specifiche
- La cultura ha effetti anche sui problemi quotidiani, su eventi apparentemente minori, quali ad esempio la difficoltà nel **comunicare correttamente**, la sensazione d'impossibilità di dirsi chiaramente le cose nei confronti faccia a faccia, l'inutilità di molte riunioni o incontri

Cultura aziendale (3)

In definitiva occorre essere capaci di infondere nei componenti del gruppo una **significativa omogeneità** di approcci, punti di vista e priorità così da consentire loro la possibilità di conseguire delle risposte collettive e durature che risulterebbero impossibili se un gruppo di individui disorganizzati dovesse affrontare lo stesso problema.

La coercizione è quasi sempre inefficace.

**«100 che vogliono sono molto più forti
di 1000 che devono»**

Questo sforzo e questa prospettiva richiamano prepotentemente il tema della **leadership**

della serie..... Il meno è stato fatto!

Grazie per l'attenzione