

*Dopo la presentazione del “modello lombardo”
di Cota e Ferrero*

Come recuperare efficienza

**La proposta del Partito Democratico
per la sanità piemontese**

Quattro premesse

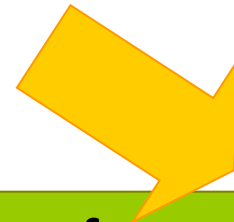
1. Qui non parliamo di come migliorare ancora la qualità – efficacia: si può fare ma è già alta
2. Razionalizzare è invece necessario perché è alto il disavanzo coperto con fondi regionali: l'efficienza va migliorata
3. La causa dell'inefficienza sta soprattutto nella rete ospedaliera e nel suo eccessivo peso rispetto a prevenzione e territorio
4. Ci sono ancora molte azioni possibili, non solo negli ospedali, per recuperare efficienza

Negli scorsi cinque anni

- È stato ridotto il numero delle aziende sanitarie da 30 a 21
- È stato condotto un importante lavoro di razionalizzazione all'interno di ogni azienda, ancora da proseguire
- Sono stati previsti strumenti (es. aree di coordinamento sovra zonale, acquisti collettivi, SCR) per contenere i costi
- È stata solo avviata la programmazione sovra aziendale per il recupero dell'efficienza

La situazione della rete ospedaliera

- Gli ospedali sono troppi
- Ci sono duplicazioni di specialità tra ospedali vicini
- Non è chiara per molti presidi la vocazione: gli ospedali di ASO fanno anche prestazioni generaliste, mentre gli ospedali di ASL fanno anche alte complessità



Ci vuole una forte e autorevole
programmazione sovra zonale

Cosa dicono le leggi nazionali

- Le Leggi 833, 502 e 229 definiscono i fondamenti del SSN
- La continuità ospedale – territorio e le specialità ospedaliere generaliste sono assicurate entro le Aziende sanitarie locali
- Le Aziende ospedaliere assicurano le prestazioni di alta complessità a valenza sovra aziendale e sovra territoriale; entro le ASO è anche collocata l'attività di insegnamento e ricerca universitaria

Questa è l'organizzazione di 19 regioni su 20!

Cosa propongono Cota e Ferrero

Come funziona il modello lombardo

- Tutti gli ospedali entro le ASO
- Alle ASL restano prevenzione, territorio e l'acquisto delle prestazioni ospedaliere dalle ASO o dagli ospedali accreditati
- Viene istituito un dipartimento delle fragilità per garantire percorsi pre e post ospedalieri
- In Piemonte vi sarebbe una quasi corrispondenza territoriale tra una ASL e una ASO

Rischi e limiti del modello lombardo che Cota vuole

- La Gran Bretagna, che ha adottato questo modello, ha un servizio sanitario nazionale né efficace né efficiente
- Il modello svuota progressivamente gli ospedali “generalisti” (di secondo livello) e concentra progressivamente l’attività in pochi ospedali di primo livello
- Vi è una maggiore spinta a prestazioni ospedaliere costose e a comportamenti opportunistici
- Vi è meno interesse a dimissioni rapide, day hospital, day surgery se pagano altri (cioè le ASL)
- Aumentano i costi amministrativi e di transazione

Rischi e limiti del modello lombardo che Cota vuole

- Può funzionare solo se il budget è interamente dato alle ASL (ma sarà possibile in Piemonte dove il budget è assegnato sul costo storico?)
- Sarebbe più difficile la continuità ospedale – territorio (oggi i medici di famiglia sono nei pronto soccorso e informati dei ricoveri, gli specialisti si scambiano tra ospedale e territorio, ecc.).
- In Piemonte non c'è l'offerta (notevole) presente in Lombardia, tra cui poter scegliere, con il rischio di incentivare nuova ospedalità privata

La nostra proposta

- Non serve separare ospedale e territorio
- Non serve una ulteriore offerta privata
- Oggi in Piemonte occorre ottimizzare l'attuale capacità produttiva, cioè utilizzarla pienamente e ridurla se non serve

La nostra proposta

Applichiamo pienamente la 833: a ciascun ospedale la sua vocazione

- Gli ospedali di territorio devono restare nelle ASL ed essere sempre di più il luogo che risponde alla grande maggioranza dei bisogni di cura ospedaliera dei cittadini
- Le specialità di base oggi presenti nelle ASO in misura eccedente a quella funzionale alla cura delle alte complessità e all'insegnamento dovranno essere progressivamente trasferite negli ospedali di territorio
- Gli ospedali di territorio non dovranno più sviluppare al proprio interno alte complessità e quelle esistenti dovranno essere progressivamente ricollocate nelle ASO

La nostra proposta

Scomporre e ricomporre

- Occorre quindi scomporre e ricomporre le specialità
 - Tra ASL e ASO
 - Tra ASL e ASL, tagliando i doppioni
 - Tra ASO e ASO accorpendo le alte complessità sul modello delle piattaforme produttive nelle fabbriche di automobili

La nostra proposta

Un piano degli investimenti credibile

- Occorre un piano di investimenti che punti a ridurre il numero di ospedali: di due o tre se ne faccia uno nuovo, ma gli altri si chiudano (come dovrebbe essere per l'ospedale di Verduno)
- Usare il fondo immobiliare e i fondi FAS (nostro emendamento)
- Va sviluppata o semplicemente acquistata una progettazione modulare, da riprodurre per tipologia di ospedale o poliambulatorio

La nostra proposta

Esempi di altre misure per recuperare efficienza

- Benchmarking ovunque
- Mobilità personale
- Protocolli terapeutici e percorsi clinici consolidati
- Appropriatelyzza (es. meno case di cura, più RSA)
- Controllo su prescrizioni diagnostiche da ospedalità privata
- Controllo centralizzato su prescrizioni
- DRG rimodulati su standard nazionali e internazionali

La nostra proposta

Altri esempi di misure per recuperare efficienza

- Eliminazioni o accorpamenti di strutture semplici e complesse se sottoutilizzate
- Pieno utilizzo delle sale chirurgiche
- Recall per visite specialistiche onde evitare doppie prenotazioni
- Sovracup per tutti, anche con i privati accreditati
- Contratti di riuso nei software
- Bene la proposta dei costi standard
- Bene le misure previste nei piani di rientro
- ecc.

La nuova geografia delle Aziende Sanitarie proposta con la delibera del 29 gennaio 2010

	ASL	ASO	Totale
<i>Torino e provincia</i>	4	3	7
<i>Altre province</i>	7	3	10
<i>Totale</i>	11	6	17

La nuova geografia delle aziende sanitarie

Dove porta la proposta del centro destra

- Più che una riorganizzazione per aree dimensionali ottimali, sembra una riorganizzazione per contee, dove i valvassori amministrano politicamente i loro possedimenti

La nuova geografia delle aziende sanitarie

Dove porta la proposta del centrodestra

- Secondo la gerarchia degli ospedali annunciata, quasi tutti gli ospedali di primo livello o di riferimento sono entro le città capoluogo di Regione o di Provincia
- In Provincia di Torino questa organizzazione penalizza fortemente i territori fuori del capoluogo

La nuova geografia delle aziende sanitarie

La nostra proposta

- Le ASL, che devono continuare a garantire la continuità prevenzione - ospedale – territorio, restano come sono: sono già state ridotte tre anni fa
- Le ASO concentrandosi su alte complessità, ricerca e insegnamento, possono essere ridotte da otto a cinque:
 - due in provincia di Torino
 - una con sede a Novara, una con sede a Cuneo, una con sede ad Alessandria

La nuova geografia delle aziende sanitarie

La nostra proposta

- Gli ospedali di Novara, Cuneo e Alessandria, oggi solo sede di ASO, potrebbero essere attribuiti in parte alle ASL territoriali e in parte alle ASO
- Dovrà essere ridisegnata la rete ospedaliera torinese, garantendo il funzionamento di un ospedale di secondo livello anche nell'area di Torino sud est

In conclusione la loro proposta è:

- Una copia della Lombardia, che però si sostiene solo grazie al “turismo” sanitario
- Prevalentemente ospedalocentrica
- Un modo per attribuire ai direttori generali il compito di razionalizzare, non volendo farlo loro direttamente dal centro
- Complicata e lunga da realizzare
- Squilibrata perché penalizza la provincia di Torino e le aree diverse dai capoluoghi
- Con molti limiti e rischi prima descritti
- Pensata per far entrare massicciamente i privati in sanità