



# ***Il problema della sostenibilità***

**Sarnico, 13 maggio 2016**

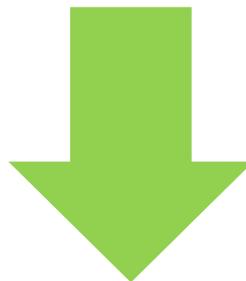
**Emanuele Porazzi**

**CREMS – Università Carlo Cattaneo LIUC**

# La situazione economica attuale

---

Dal 2008 il nostro Paese affronta un contesto economico segnato da una profonda sofferenza della produzione e dei consumi



Conseguenze pesanti anche nel settore sanitario, sia pubblico che privato



# Trend di Sistema



I Paesi a economia avanzata affrontano, fin dagli anni '60, una **continua crescita della spesa sanitaria** complessiva, pubblica e privata, dovuta a:

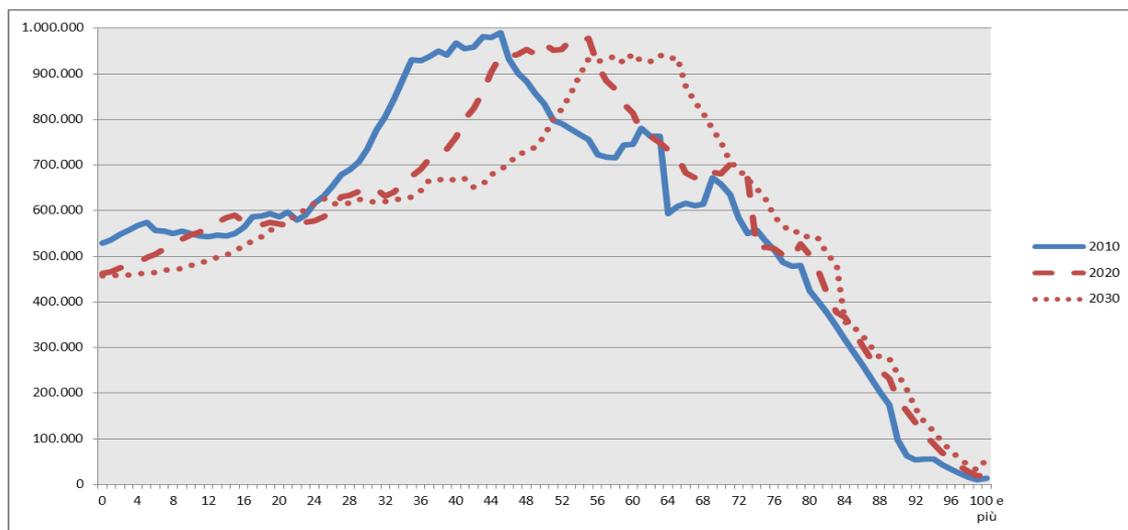
- **Cambiamento demografico** → invecchiamento della popolazione e aumento dei pazienti cronici e comorbose
- **Aumento delle aspettative di salute da parte dei cittadini** → evoluzione dei bisogni e continua richiesta di prestazioni sanitarie
- **Sviluppo di nuove tecnologie sanitarie** che giungono sempre più rapidamente sul mercato → Incremento dei costi di cura e assistenza sanitaria

# Cambiamento demografico

- Invecchiamento della popolazione nei paesi occidentali industrializzati
- Nuove malattie e cause di malattia legate allo stile di vita a di benessere
- Aumento di patologie di carattere sociale come disabilità e dipendenze



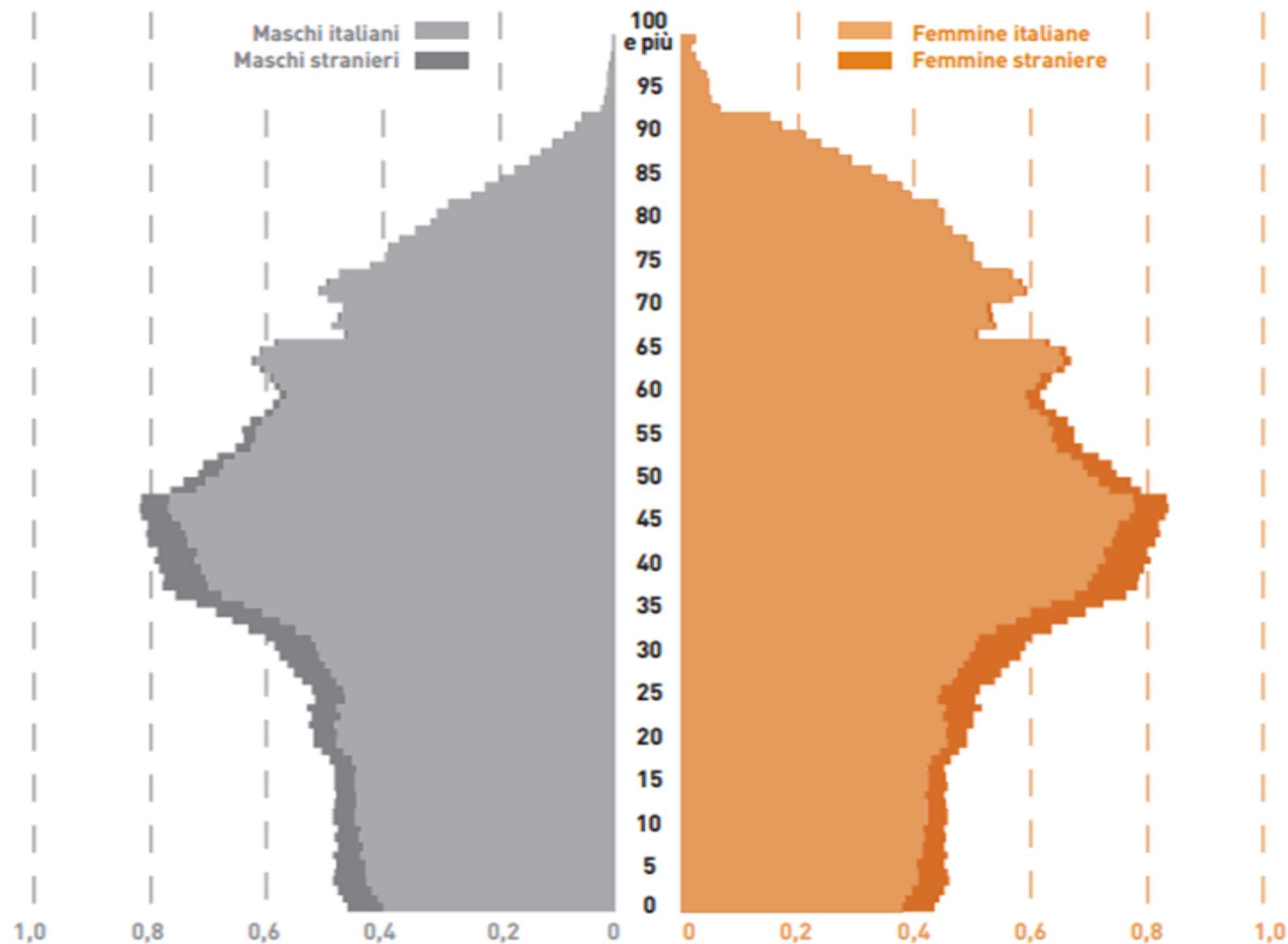
**Distribuzione della popolazione per fasce di età in riferimento alla popolazione 2010 e alla proiezione della popolazione italiana al 2020 e al 2030**



Fonte: Rielaborazioni CREMS su dati Istat

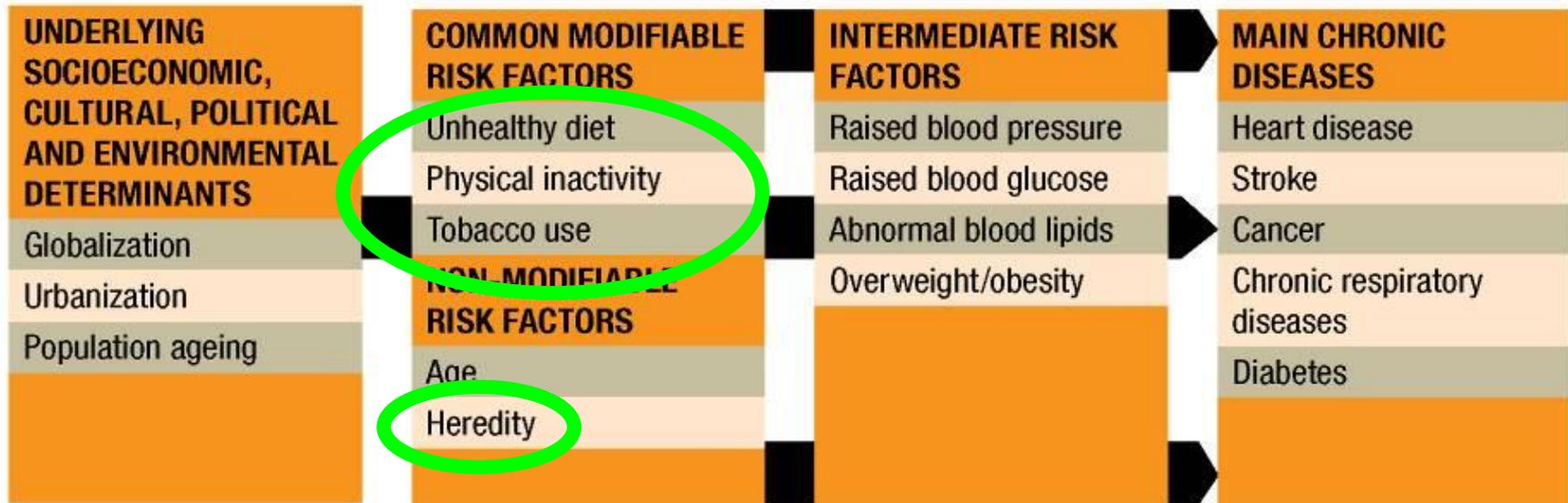
# PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CITTADINANZA

Censimento 2011, valori percentuali



# Le cause

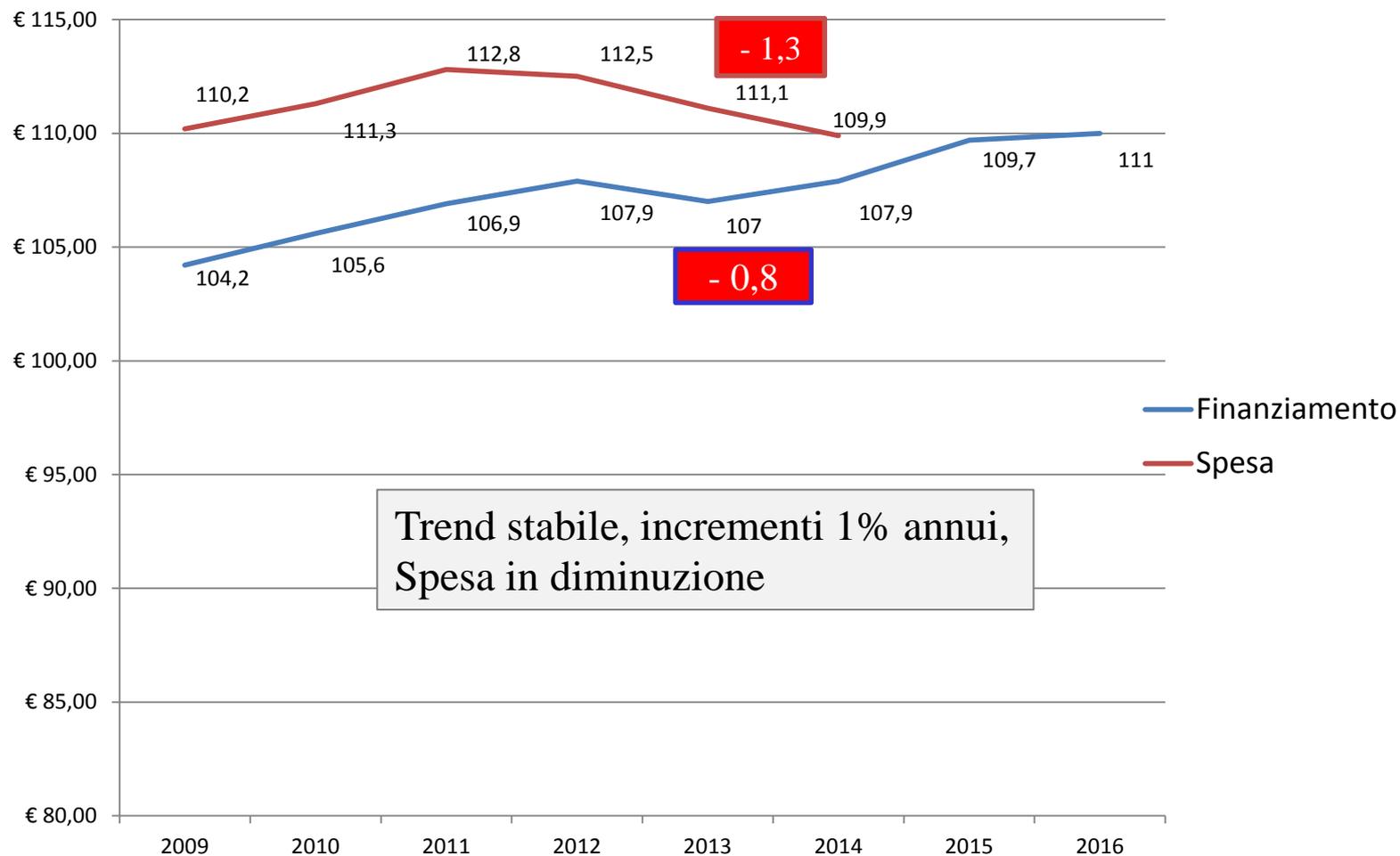
Interazione tra i «determinanti» che influenzano lo stato di salute e ne causano le differenze (o disuguaglianze)



I fattori di rischio modificabili sono:

- pochi
- comuni alle diverse patologie
- impattano sul prodotto del concepimento e quindi si amplificano

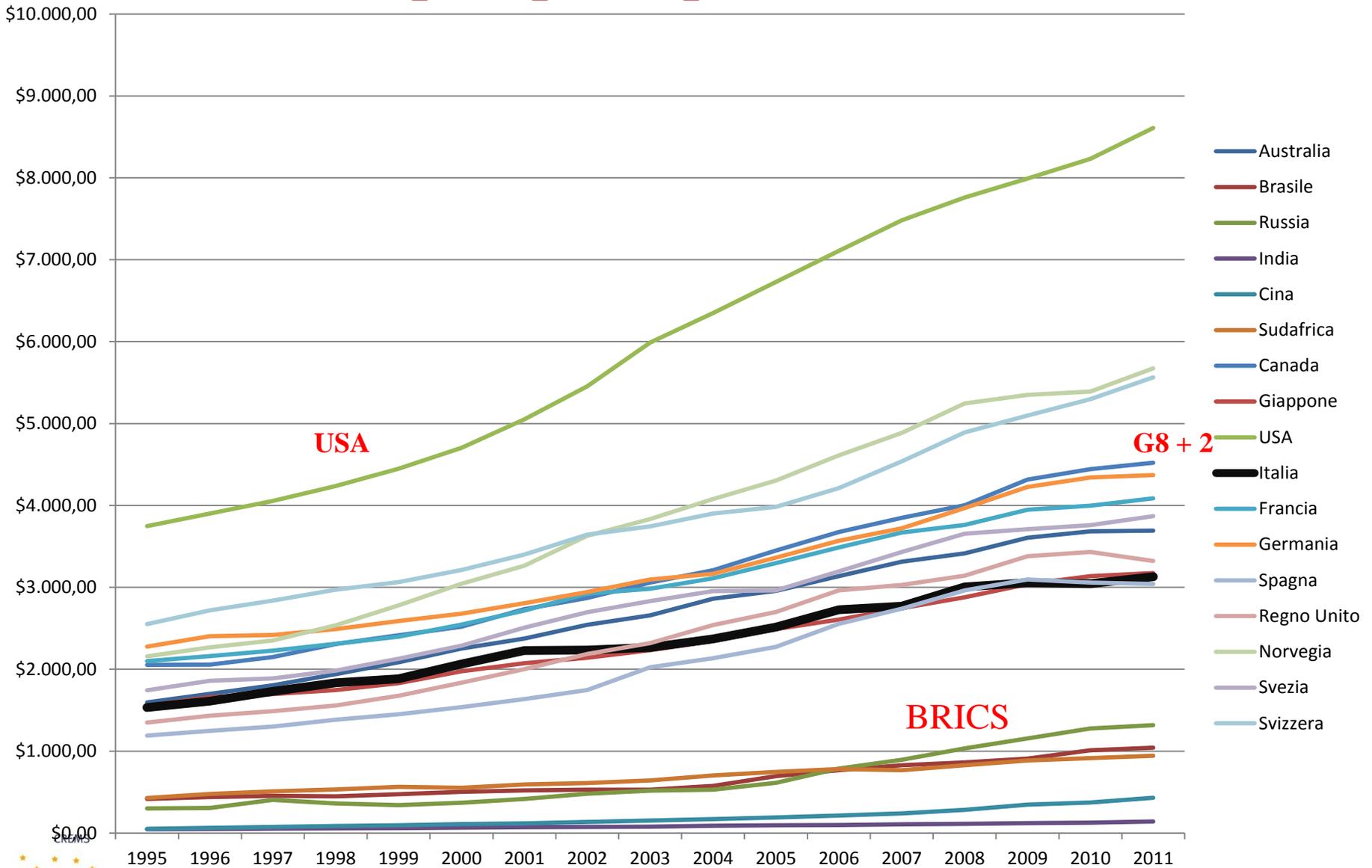
# Finanziamento e costi del SSN anni 2009-2016



FUNZIONI	1990	2009	Variazione
Servizi generali	12,8%	13,4%	0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,3%
Ordine pubblico e sicurezza	8,9%	7,9%	-1,1%
Affari economici	5,1%	4,5%	-0,6%
Protezione dell'ambiente	2,9%	3,3%	0,4%
Abitazioni e territorio	1,7%	1,9%	0,0%
<b>Sanità</b>	32,3%	37,0%	<b>4,7%</b>
Protezione sociale	4,2%	5,0%	0,8%
Attività ricr., culturali, di culto	2,2%	2,4%	0,1%
<b>Istruzione</b>	23,1%	17,7%	<b>-5,4%</b>

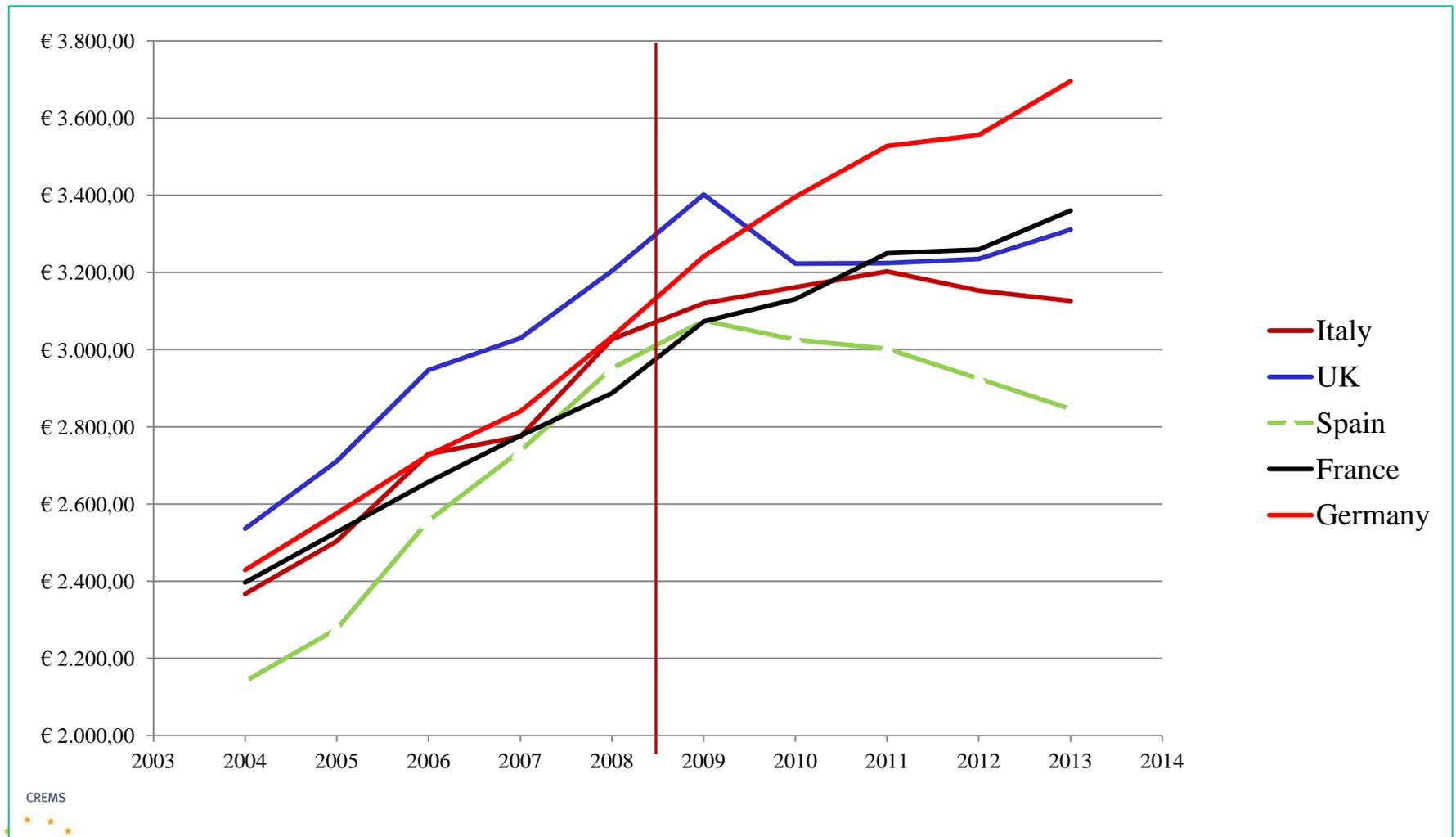
Piero Giarda, **Elementi per una revisione della spesa pubblica**  
**spesa per consumi collettivi,**  
 produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino (2012)

# Spesa pro capite in \$ PPP



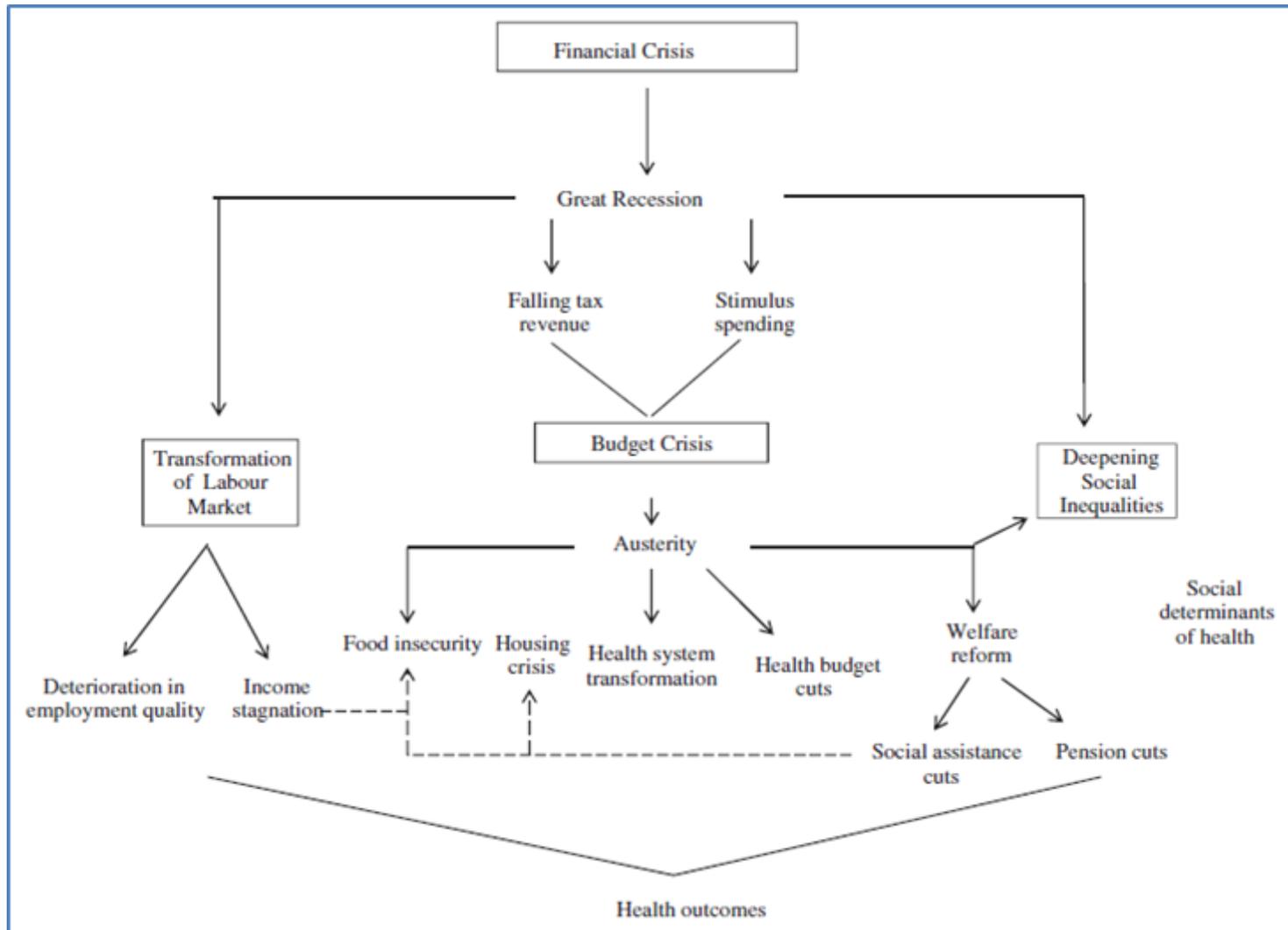
# Le differenze dalla crisi

## Spesa totale procapite in \$ PPP, Big five EC



CREMS

# La crisi e la popolazione - 1



# La crisi e la popolazione - 2

---

- Diminuzione del numero di prestazioni complessive del SSR
- Incremento delle fragilità (Milano 10% dei letti ospedalieri occupato impropriamente ogni giorno)
- Rinuncia a curarsi (dentista, dietologo, oculista le prime 3 specialità)
- Aumentare il finanziamento non serve occorrono programmi specifici
- Il SSN cresce intrinsecamente la spesa anno per anno (e.g. nuovi diabetici, infarti, HIV)
- Molte Regioni sono in piano di rientro, «richiesta» di centralizzazione del SSN/SSR
- Per il finanziamento: apertura alle assicurazioni
- Per l'assistenza: la gestione delle cronicità
  - Organizzazione e MMG (Balduzzi, UCCP)
  - Fragilità e bisogni

# Il contesto economico attuale va ad incidere sull'organizzazione



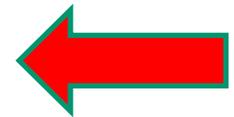
## Anzianità di laurea dei medici di medicina generale, per Regione - Anno 2011 Min. Sal.

Regione	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale
Piemonte	18	78	569	1.005	1.651	3.321
Valle d' Aosta	0	1	15	20	54	90
Lombardia	0	95	742	1.980	3.852	6.669
Prov. Auton. Bolzano	2	18	55	66	135	276
Prov .Auton. Trento	0	5	63	110	206	384
Veneto	1	69	493	995	1.884	3.442
Friuli Venezia Giulia	1	18	109	309	522	959
Liguria	0	12	150	350	772	1.284
Emilia Romagna	2	55	273	763	2.090	3.183
Toscana	5	69	199	707	1.951	2.931
Umbria	2	10	66	195	487	760
Marche	3	41	130	304	740	1.218
Lazio	0	102	636	1.533	2.591	4.862
Abruzzo	0	6	80	234	799	1.119
Molise	0	0	8	50	207	265
Campania	32	52	412	1.293	2.559	4.348
Puglia	2	16	363	1.072	1.853	3.306
Basilicata	0	1	39	135	332	507
Calabria	18	16	74	396	1.064	1.568
Sicilia	12	31	357	1.269	2.554	4.223
Sardegna	0	8	202	474	662	1.346
<b>ITALIA</b>	<b>98</b>	<b>703</b>	<b>5.035</b>	<b>13.260</b>	<b>26.965</b>	<b>46.061</b>

# La cronicità

Prevalenza ogni 1.500 ASSISTITI di un MMG

- **343** con **IPERTENSIONE ARTERIOSA**
- **15** con **SCOMPENSO CARDIACO**
- **55** con **CARDIOPATIA ISCHEMICA**
- **39** con **BPCO**
- **78** con **ASMA BRONCHIALE**
- **40** con **ESITI DI ICTUS ISCHEMICO**
- **99** con **DIABETE MELLITO TIPO 2**



Da soli?

# L'importanza del territorio

---



Diventa quindi importante **sviluppare e implementare modelli e strumenti** che:

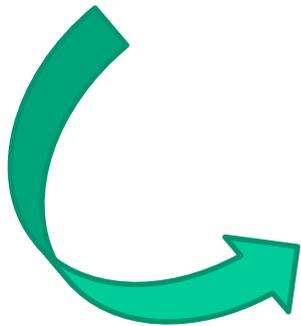
- + **semplifichino il servizio** erogandolo presso l'utenza **ad un costo complessivo inferiore** (meno viaggi, meno accettazioni);
- + **diminuiscano le prestazioni** da erogare presso gli ospedali;
- + **rilevino le corrette prestazioni** alle corrette **categorie professionali** (es. infermiere di triage al PS)



# Dalla cura ... al prendersi cura

---

I pazienti cronici rappresentano più del 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta, però, il 80% della spesa sanitaria relativa alle attività di ricovero e di cura, di specialistica ambulatoriale e ai consumi dei farmaci



C'è la necessità di un nuovo polo diverso da quello ospedaliero nei percorsi relativi alla cronicità in cui il territorio possa, in qualche modo, riconoscersi

# La «cronicità» della Lombardia

✓ Numero assistiti 2012:	10.157.474
✓ Numero Cronici CReG (*):	3.227.763
✓ Cronici su Assistiti	31,8%
✓ Spesa complessiva Cronici (**)	79,6%

(\*) n° pazienti classificati come cronici partendo da traccianti di consumo e da esenzione ticket

(\*\*) % di spesa degli Assistiti Cronici sul totale della spesa relativa a ricoveri ospedalieri, prestazioni Ambulatoriali, Farmaceutica, File F

	Prestazioni Ambulatoriali	Ricoveri	Prestazioni Farmaceutiche	File F	TOTALE
<b>ASSISTITI RL 2012</b>	€ 2.796.145.228	€ 4.750.212.115	€ 1.879.752.851	€ 855.352.331	<b>€ 10.281.462.525</b>
<b>CRONICI 2012</b>	€ 1.883.717.698	€ 3.864.832.776	€ 1.630.542.802	€ 808.783.523	<b>€ 8.187.876.799</b>
<b>Incidenza %</b>	67,4%	81,4%	86,7%	94,6%	<b>79,6%</b>

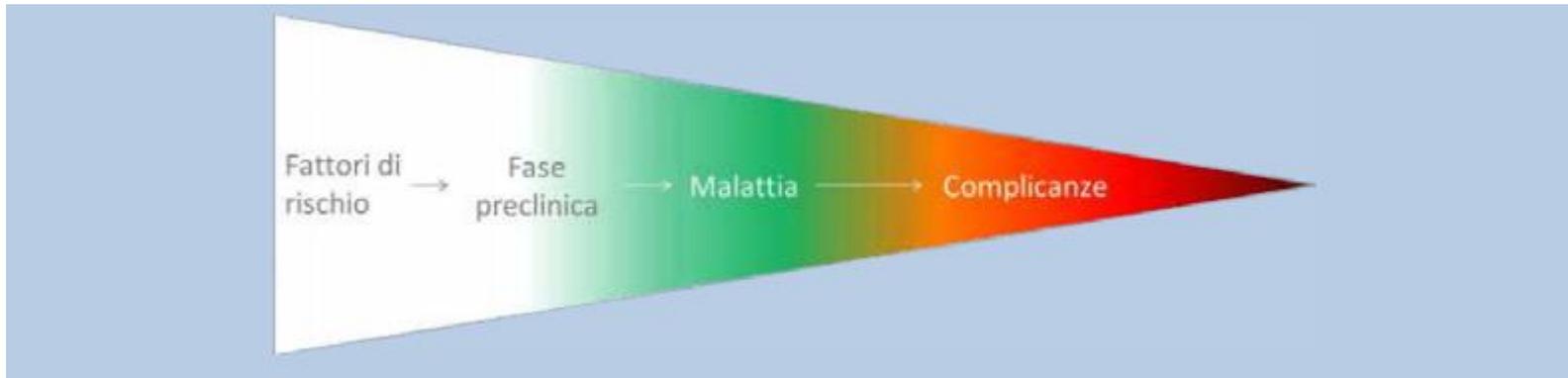
# Anticipare il futuro: i prossimi passi

---

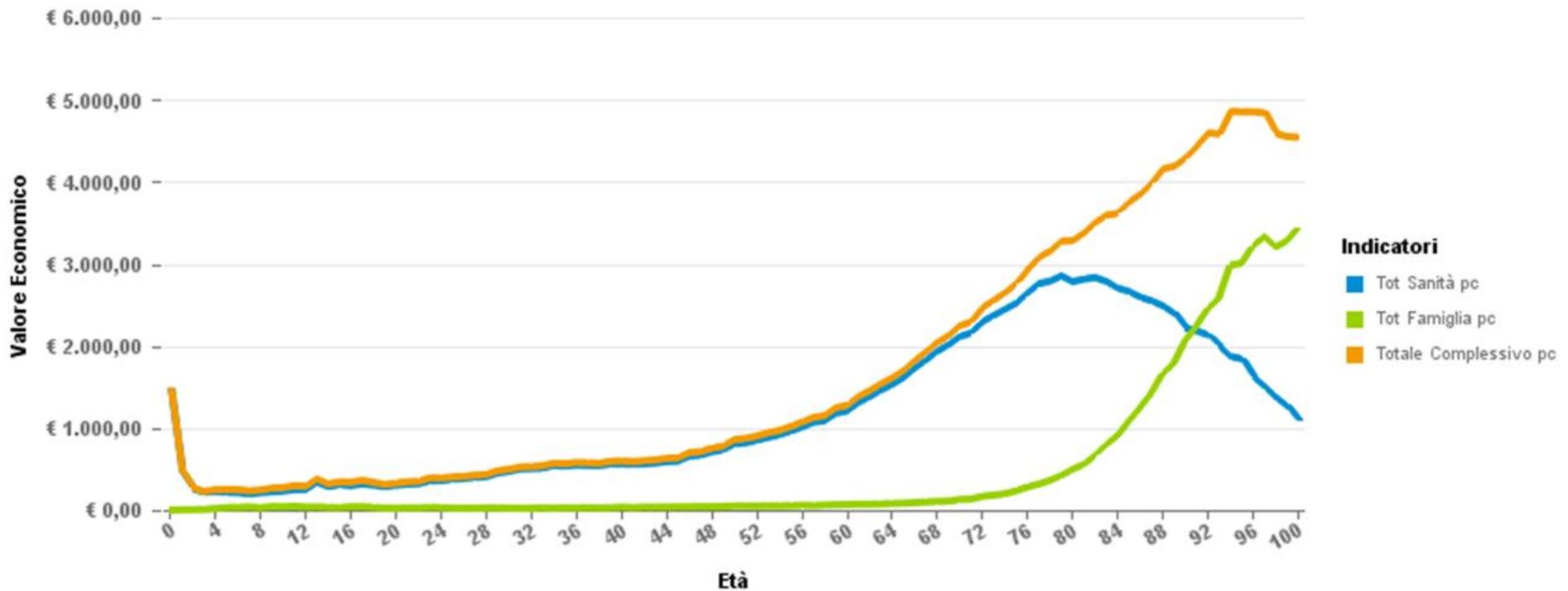
- Finanziamento stabile, concorrenza tra azioni
- Reti? Da soli non contiamo
- Mantenere la specificità nella complessità



# Percorso



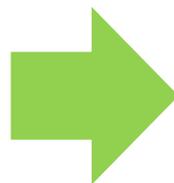
Spesa Lorda pro-capite



# LA NASCITA DELLA RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

**Deliberazione Regione Lombardia N° X / 5113 Seduta del 29/04/2016**

**Legge Regionale 23 del 2015** ribadisce l'orientamento alla **presa in carico della persona nel suo complesso**, nel rispetto della libera scelta, e **promuove l'integrazione operativa e gestionale tra erogatori** dei servizi sanitari, sociosanitario e sociale



È necessario sviluppare la **capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica**, riorientando in tal senso i processi erogativi utilizzando **strumenti che favoriscano l'integrazione dei servizi e un buon coordinamento della presa in carico**

**Regole di Sistema 2016**

(DGR n. X/4702 del 29/12/2015)

**Realizzazione della Rete Integrata di Continuità Clinico-Assistenziale**, quale strumento fondamentale per l'integrazione fra la componente sanitaria e sociosanitaria e per attuare nell'ambito della ASST la presa in carico delle persone in condizioni di cronicità e fragilità, garantendo continuità e appropriatezza



# RETE INTEGRATA DI CONTINUITÀ CLINICO ASSISTENZIALE (R.I.C.C.A)

La rete si caratterizza per il **lavoro comune, centrato sulla persona**, sui suoi contesti di vita e sulle sue relazioni affettive e sociali, basato su regole esplicite, di persone/gruppi afferenti ad enti distinti, ma la cui opera è interdipendente



La **persona fragile** è quella che presenta una **maggiore vulnerabilità**, con una limitazione delle attività quotidiane dovuta alla presenza di **pluripatologie** e un **deterioramento della salute e dello stato funzionale**, fino alla non autosufficienza

# R.I.C.C.A - Obiettivo

---

Preso in carico delle “persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l’appropriatezza nell’accesso alla rete dei servizi e delle Unità d’Offerta deputate all’erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali”



**ASST:** avviare e consolidare un sistema di presa in carico e di erogazione orientato verso questa specifica domanda di servizi



All’interno della rete viene quindi **soddisfatta la domanda sanitaria e sociosanitaria della persona con cronicità o della persona fragile**, attraverso la presa in carico e la conseguente erogazione delle prestazioni indicate nel **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**

# R.I.C.C.A – Il Piano Assistenziale Individuale



## PAI

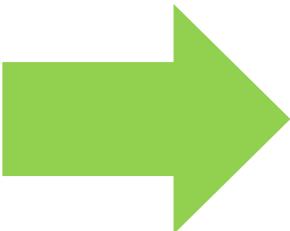
Forte elemento di collegamento e integrazione fra i punti/nodi della rete e viene proposto attraverso un **Patto di Cura**, cioè uno strumento di **responsabilizzazione (*empowerment*) del paziente** che sancisce la sua disponibilità ad essere curato nell'ambito della rete e traccia il suo consenso alla gestione dei dati personali nella rete che lo prende in carico

# R.I.C.C.A - Caratteristiche

---

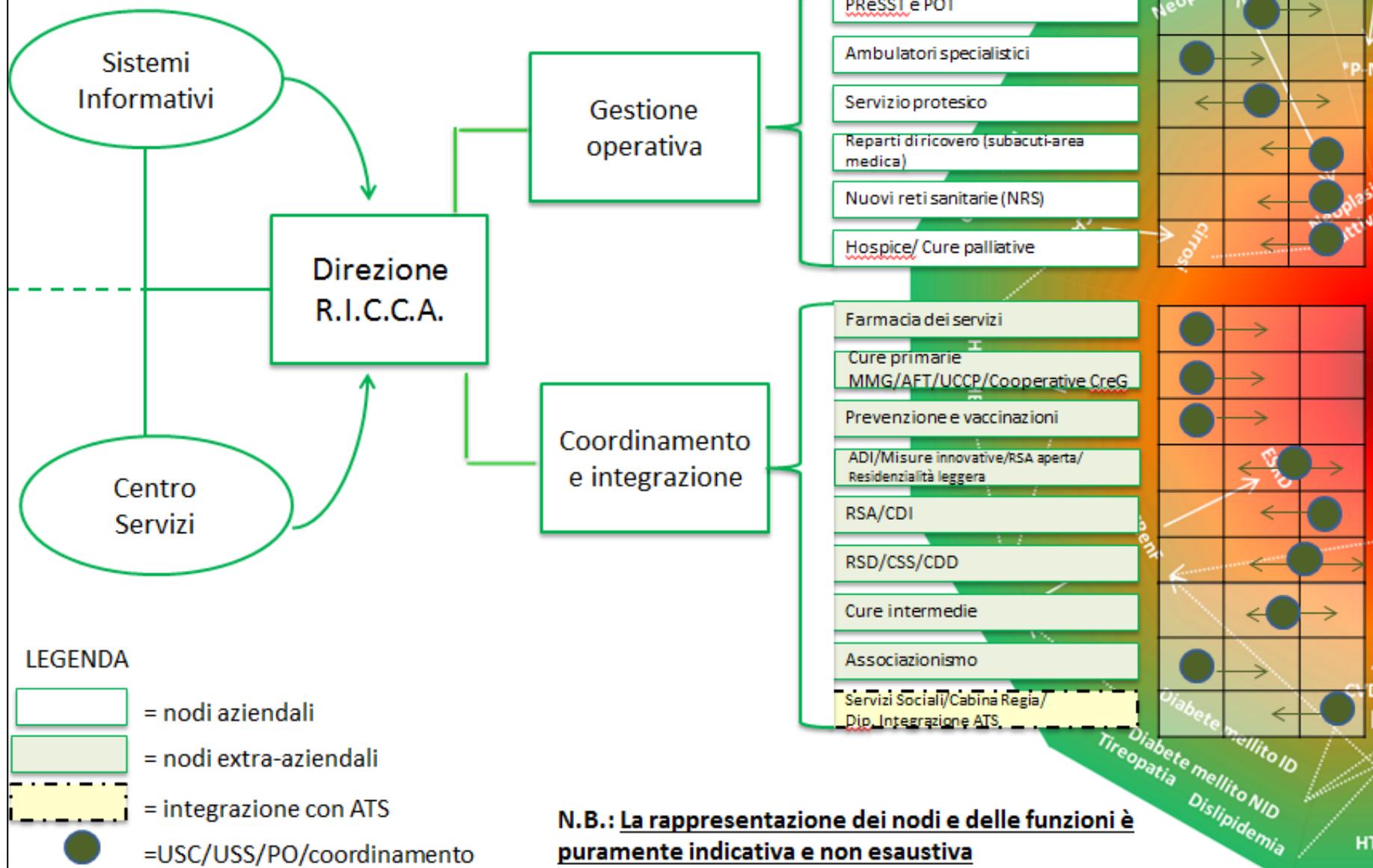


- **Unificazione e la semplificazione delle procedure** necessarie per facilitare l'accesso ai servizi
- Luogo privilegiato per lo **sviluppo permanente delle conoscenze e delle competenze** sulle tematiche della cronicità e della fragilità (dinamica domanda territoriale, evoluzione della popolazione, appropriatezza offerta)



**Sviluppo progressivo** che si consolidi nel tempo, attraverso una graduale **integrazione dei nodi delle rete** dell'ambito territoriale di riferimento e un **crescente incremento dell'offerta** in rapporto alle caratteristiche della domanda

# Rete integrata di continuità clinico-assistenziale (R.I.C.C.A.)



# R.I.C.C.A. – Caratteristiche dei nodi

---

- I nodi della rete sono **servizi che partecipano alla presa in carico del paziente**
- La **funzione** di ciascun nodo è di **attivare in modo proattivo la presa in carico del paziente, definire il PAI e stabilire una relazione orizzontale con i restanti nodi** della rete per predisporre, condividere, organizzare e attuare il PAI in modo da garantire al paziente una presa in carico unitaria, anche attraverso diversi erogatori
- Il coordinamento e l'integrazione tra i nodi della rete si realizzano sulla base di **protocolli e procedure** validati dalla Direzione della rete, in collaborazione con tutti i soggetti interessati.
- Ai nodi della rete a gestione **diretta viene assegnata una posizione e collocazione** conseguente alla complessità e alla situazione organizzativa e alla disponibilità di risorse di cui dispone ogni realtà aziendale affinché al nodo sia riconosciuto un ruolo e una posizione (posizione tale da caratterizzarlo all'interno dell'organizzazione aziendale

# R.I.C.C.A. – Il Centro Servizi e i Sistemi Informativi Aziendali

---

- **Centro servizi:** assicura al paziente assistenza nell'accesso alle prestazioni specialistiche necessarie e previste dal percorso di cura, assistenza nella gestione dell'agenda sanitaria (prenotazioni, contatto telefonico per ricordare; appuntamenti e accertamenti), operatori esperti che effettuano la presa in carico, di intesa con il Medico Curante e gestiscono le richieste di informazioni del paziente e/o di chi lo assiste
- **Sistemi informativi aziendali:** obiettivo di **rilevare costantemente la situazione della cronicità nell'ambito della ASST**, rilevare le dinamiche della domanda/offerta territoriale, integrare le informazioni aziendali in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, progettare e fornire all'area direzionale un sistema di reporting finalizzato al controllo operativo e alla verifica della efficacia e della efficienza della rete

# R.I.C.C.A – I nodi della rete

---

## ➤ **Presidi SocioSanitari Territoriali (PreSST)**

- luogo nel quale si realizza la presa in carico della persona cronica e della persona fragile e delle loro famiglie, in stretta connessione con le cure primarie
- modalità organizzativa volta ad assicurare i servizi e le prestazioni per fornire risposte ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale

## ➤ **Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)**

- strutture che erogano prestazioni sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale e domiciliare
- **integrano le funzioni del PreSST** e assicurano ricoveri medici a bassa intensità, subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery

## ➤ **Ambulatori specialistici**

## ➤ **Servizio Protesico**

## ➤ **Assistenza domiciliare Integrata (ADI)**

## ➤ **Reparti di ricovero (sub acuti – area medica)**

# R.I.C.C.A – I nodi della rete

---

## ➤ Cure intermedie

- nuova tipologia di unità d'offerta residenziale avviata (DGR 3383/2015), per la presa in carico dell'utente fragile
- **percorso finalizzato ad assistere l'utente per completare l'iter di cura**, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno

## ➤ Farmacia dei servizi

- ruolo della farmacia nell'ambito **dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e del monitoraggio del rispetto delle terapie**, costituisce un elemento di ottimizzazione delle cure, tale da produrre una sensibile riduzione dei costi complessivi per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche non trasmissibili
- la farmacia può svolgere **compiti di screening, arruolamento, registrazione dei consumi, informazione sull'appropriatezza d'uso, addestramento all'uso di dispositivi erogatori di farmaci**

# R.I.C.C.A – I nodi della rete

---

- **Cure primarie MMG/AFT/UCCP/Cooperative CReG**
  - facilitazione all'assistito **nell'accesso ai servizi, utilizzando strumenti come telefono, email e internet** nelle relazioni tra pazienti e professionisti
  - **coinvolgimento dell'assistito nei processi assistenziali** attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'auto-cura
  - **coordinamento delle cure e la continuità dell'assistenza**
- **Prevenzione**
  - integrazione tra programmi di Sanità Pubblica governati dall'ATS e azioni di promozione della salute/prevenzione intraprese in ambiti di cura
  - potenziare l'offerta diretta di opportunità e/o il raccordo tra nodi della rete
  - Rientra tra le attività della RICCA sostenere l'offerta di profilassi vaccinale ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio per patologia/status nell'ambito della presa in carico del paziente

# R.I.C.C.A – I nodi della rete

---

## ➤ **Associazionismo**

- Associazioni dei pazienti e dei loro familiari e, più in generale, quelle che si occupano di tutela degli assistiti costituiscono, nel contesto attuale di evoluzione del trattamento delle patologie croniche, una risorsa e un'opportunità da considerare per migliorare la cura dei pazienti

# R.I.C.C.A – I nodi della rete per unità di offerte specifiche

## Unità di offerta area anziani

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)
- Centri Diurni Integrati (CDI)
- Nuove Reti Sanitarie (NRS)
- RSA aperta
- Residenzialità leggera/assistita
- Assistenza post-acuta domiciliare

## Unità di offerta area disabili

- Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD)
- Comunità alloggio (CSS)
- Centri diurni per persone con disabilità (CDD)

## Unità di offerta area cure palliative

- Assistenza ospedaliera
- Assistenza in Hospice
- Assistenza domiciliari

# R.I.C.C.A – Il ruolo delle ATS

---

- **Governare l'individuazione e la valutazione della popolazione fragile** tramite gli erogatori incaricati
- **Garantire che sia assicurata, la presa in carico**, anche in modo proattivo, delle persone fragili da parte dei gestori della rete e garantire la continuità assistenziale
- **Assicurare agli erogatori l'integrazione nell'ambito rete territoriale**, definendo percorsi assistenziali a tutela delle persone fragili che assicurino agli utenti la libera scelta tra i vari erogatori
- **Promuovere modelli innovativi** di presa in carico in grado di integrare le diverse risposte ai bisogni complessi di utenti fragili
- **Governare le cure primarie** e gli altri servizi rimasti al distretto
- **Governare l'integrazione** con le prestazioni dell'ambito sociale



# R.I.C.C.A – Il ruolo delle ASST

---

- E parte delle strutture individuate per l'erogazione **della valutazione multidimensionale integrata**, sulla base delle indicazioni della ATS
- **Costruisce i percorsi intra-aziendali** necessari per garantire la continuità delle cure agli utenti, integrando gli ambiti ospedaliero e territoriale
- **Si integra con gli altri erogatori accreditati** per garantire i percorsi di continuità assistenziale interaziendali tramite prese in carico integrate o trasferimenti
- Nell'ambito della programmazione definita dalla ATS, può attivare **modelli innovativi di presa in carico (compresi POT e PreSST)** in grado di dare risposta, anche **in collaborazione con altri erogatori accreditati**, nel rispetto della libera scelta e del rispetto delle priorità di accesso alle prestazioni erogate da enti accreditati



# R.I.C.C.A. – Gli strumenti per l'integrazione

- **Valutazione multidimensionale:** integrazione degli elementi di fragilità (cronicità, disabilità e funzionalità) con i sostegni (risorse individuali, familiare e sociali) produce una coerente analisi dei bisogni e delle aspettative della persona e della sua famiglia
- **Classificazione:** esito della valutazione multidimensionale orientata a definire **tipologia ed intensità della risposta;**
- **PAI:** esito della declinazione degli **obiettivi attesi e descrizione del percorso** e del processo di presa in carico del paziente
- **Case manager:** è l'operatore responsabile della verifica della realizzazione del PAI della persona presa in carico e svolge il fondamentale ruolo di raccordo e collegamento fra i nodi della rete
- Istituzione di un **centro servizi** preposto al coordinamento degli interventi sia di tipo sanitario che amministrativo relativi alla presa in carico
- Condivisione del **piano strategico pluriennale e del piano annuale di programmazione** della rete coerente con gli obiettivi di sistema e la conseguente assegnazione di **obiettivi specifici ai nodi** della rete a gestione ASST
- l'implementazione di un **sistema informativo** che consenta la produzione e consultazione del PAI da parte di tutti i nodi della rete e la periodica verifica degli obiettivi attesi

# **R.I.C.C.A. – Il sistema operativo della rete**

---

## **1) Accesso del paziente cronico nella Rete:**

- per **iniziativa del paziente**
- su indicazione del **MMG**
- da parte di **uno dei nodi della rete**
- **in modo proattivo** attraverso azioni/ iniziative adottate da un nodo delle rete
- mediante la **realizzazione di azioni di reclutamento** secondo le indicazioni programmatiche definite dalla ATS

## **2) Valutazione multidimensionale:** è parte fondamentale del processo di presa in carico globale della persona e **si configura come un'operazione dinamica e continua che segue il paziente e la sua famiglia nel percorso all'interno della rete dei servizi e ne rappresenta nel tempo l'evoluzione**

Momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero principalmente la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la dimensione assistenziale, la situazione socio-relazionale-ambientale

# R.I.C.C.A. – Il sistema operativo della rete

**3) Definizione del PAI:** viene condiviso col paziente e viene garantita la sua visibilità e consultazione da parte di tutti i nodi della rete previa sottoscrizione del Patto di Cura da parte del paziente del PAI



Strumento operativo con cui vengono esplicitati gli obiettivi e i risultati attesi a medio-lungo termine nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute del paziente, individuando la tipologia di servizi in grado di rispondere ai bisogni dell'utente, le prestazioni sanitarie e sociosanitarie che dovranno essere erogate e la tempistica degli interventi

**4) Case Manager:** Viene individuato all'atto della stesura dell'avvio del percorso tra gli operatori di uno dei nodi della rete, in base alla prevalenza e alla intensità della risposta al bisogno



Figura fondamentale in grado di interfacciarsi, secondo protocolli prestabiliti, con gli altri nodi della rete e attivare risorse e servizi, anche erogate da enti diversi e dalla comunità, per assicurare una risposta complessiva ed integrata a bisogni complessi della persona

# R.I.C.C.A. – Classificazione della cronicità

---

- **Malattie croniche in stadio iniziale**, non complicate: malattie che richiedono solo supporto all'auto-cura, monitoraggio frequente o interventi di promozione della salute o di prevenzione secondaria
- **Malattie croniche complicate**: malattie già complicate, o casi con più condizioni morbose concomitanti, che richiedono l'intervento dello specialista, a volte anche in degenza ospedaliera, per indagini diagnostiche o interventi terapeutici di maggiore complessità, indispensabili per stabilizzare la malattia ed evitare l'insorgenza di eventi acuti
- **Malattie croniche complesse**: ultima fase evolutiva della malattia, nella quale confluiscono varie condizioni morbose che, pur provenendo da branche specialistiche diverse, sono assimilabili tra loro in termini di bisogni assistenziali e di cura. Si tratta di situazioni di complessità tale da richiedere spesso cure ospedaliere seguite da lunghe fasi riabilitative e dal follow-up territoriale nei casi in cui la malattia superi la fase acuta, oppure cure palliative domiciliari e ricovero in *hospice* per i casi terminali

# R.I.C.C.A. – Tariffe e Modelli di Remunerazione

I tradizionali modelli di remunerazione a prestazione (*fee-for-service*) tendono a frammentare il percorso assistenziale

## Alternative

- *Pay-for-coordination*: restituisce una quota al responsabile del percorso dell'assistito all'interno della rete finalizzata a garantire la continuità e l'appropriatezza del percorso
- *Bundled payment* definiscono la spesa tipica per un insieme di prestazioni in un determinato periodo di tempo che il responsabile del percorso utilizza per fornire i servizi di assistenza al paziente



La definizione della tariffa di presa in carico viene definita attraverso una valorizzazione, basata sui dati storici applicando tecniche attuariali, della spesa attesa basata sul rischio clinico, ovvero bilanciata sul livello di bisogni assistenziali, definito attraverso opportuni meccanismi di stratificazione



## 1 – ATS

1.1 Determinazione fabbisogno ed individuazione coorte assistiti da assegnare alla rete

1.2 Contrattualizzazione con ASST/Rete del Budget per la cronicità



## 2 – ASST

2.1 Arruolamento dei pazienti all'interno della rete, redazione del PAI e presa in carico

2.2 Invio flusso PAI ed eventuali aggiornamenti successivi

2.3 Erogazione delle prestazioni previste nel PAI ed integrazione e coordinamento dell'offerta socio-sanitaria



## 3 – ATS

3.1 Analisi a consuntivo delle prestazioni erogate, valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'efficacia della presa in carico da parte della rete

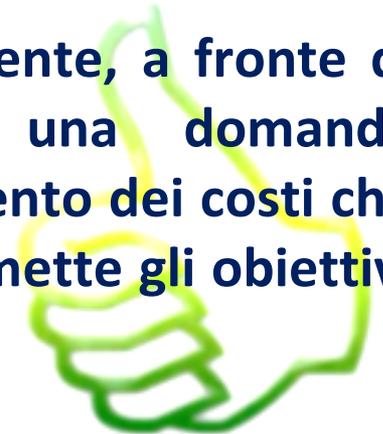
3.2 Remunerazione degli erogatori extra-rete (relativamente alla coorte assegnata)

3.3 Remunerazione della parte rimanente del budget relativo alla coorte di assistiti cronici alla rete + remunerazione per arruolamento e stesura PAI ai pazienti extra-coorte

# R.I.C.C.A. – Tariffe e Modelli di Remunerazione

---

- Il meccanismo di remunerazione indicato è finalizzato a generare **un'elevata responsabilizzazione del gestore** della rete e a stimolare la messa in atto di una serie di **comportamenti virtuosi**
- Il metodo proposto premia: l'attività e la capacità di lettura e analisi della domanda/offerta del fenomeno della cronicità in generale e dello specifico contesto; **l'appropriatezza dell'offerta; l'efficacia e l'efficienza erogativa; l'effettiva presa in carico dei pazienti cronici**; la gestione della domanda sanitaria e sociosanitaria all'interno della rete mediante il PAI; la fidelizzazione del paziente nei confronti della rete; **la collaborazione e l'integrazione della rete con i MMG**
- **E' interesse del gestore della rete evitare che il paziente, a fronte di un'insoddisfazione reale o percepita, sviluppi una domanda inappropriata e incontrollata con conseguente incremento dei costi che penalizza, sotto il profilo finanziario, la rete e compromette gli obiettivi evolutivi del SSR**



# *Grazie per l'attenzione*

## *Contatti*

*Emanuele Porazzi  
eporazzi@liuc.it*

## PREPARATI AL FUTURO

### Health system manager

il percorso per i professionisti  
dell'organizzazione e della gestione  
dei processi complessi nel settore sanitario

Laurea magistrale della Scuola di Ingegneria industriale  
della LIUC in partnership con  
l'Ospedale San Raffaele di Milano.

