

Il Distretto che conviene al Servizio sanitario nazionale

Este - Padova, 13 aprile 2012

Fulvio Moirano

Scenario

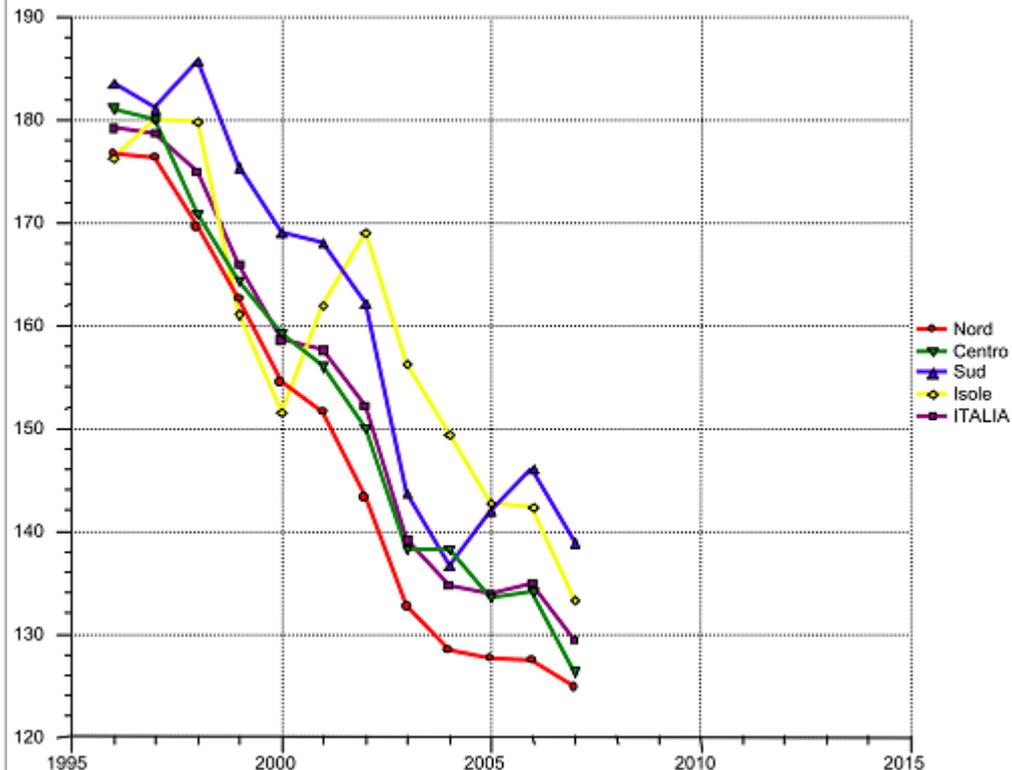
- Aumento della domanda di assistenza sanitaria
 - Sviluppo tecnologico;
 - Cambiamenti demografici;
 - Necessità di assistenza in termini di cronicità, fragilità e non autosufficienza;
 - Crescenti attese.
- Necessità di “integrazione” dell’assistenza sanitaria con altri settori, principalmente il settore sociale;
- Necessità di fornire *patient centred care*: passaggio dalla focalizzazione sul bisogno di assistenza ospedaliera per acuti a quella sull’integrazione e sviluppo di più servizi per l’assistenza a casa e nel contesto di comunità;
- Carenza di forza lavoro qualificata;
- Qualità;
- Sostenibilità.

Contesto di riferimento

1997 – 2007

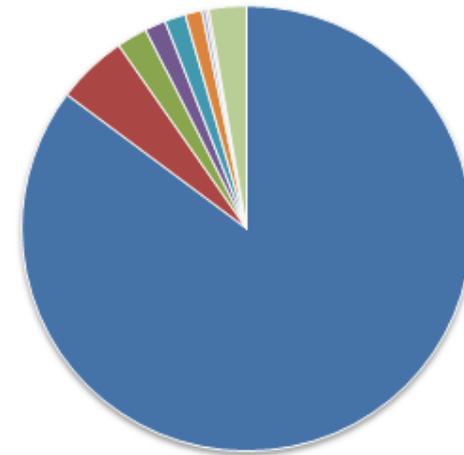
- diminuzione del 34% della dotazione di posti letto
- diminuzione del 28% del tasso di ospedalizzazione per acuti

Tasso grezzo (per 1000 abitanti) di ospedalizzazione per acuti in Italia per area geografica.



Health For All, Italia, 2011

Modalità di dimissione dei pazienti >65 anni



Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2007-2008 - Ministero della Salute

Contesto di riferimento

➤ spostamento di risorse dall'ospedale al territorio

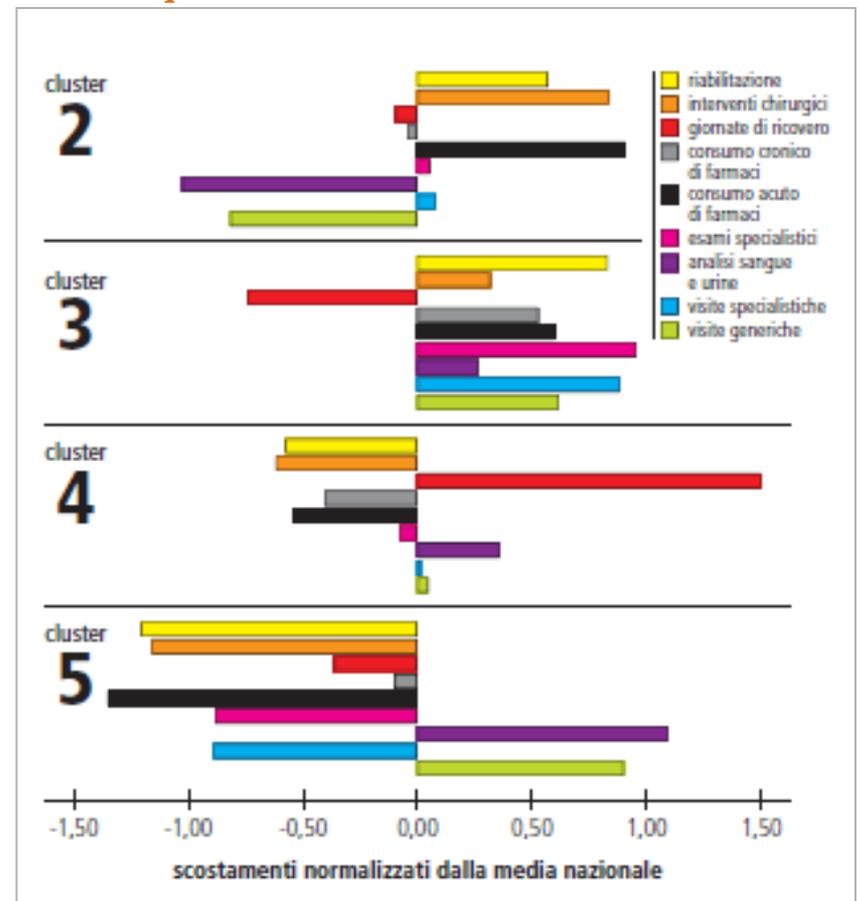
(valore % di riferimento per i LEA: 5 prevenzione; 44 ospedaliero e 51 distrettuale - PSN 2006-2008 e Patto per la salute 2010-2012)

➤ crescita lenta, e non uniforme, nello sviluppo dei servizi territoriali

Cluster omogenei per Regioni per tipologia di accesso ai diversi livelli assistenziali sanitari



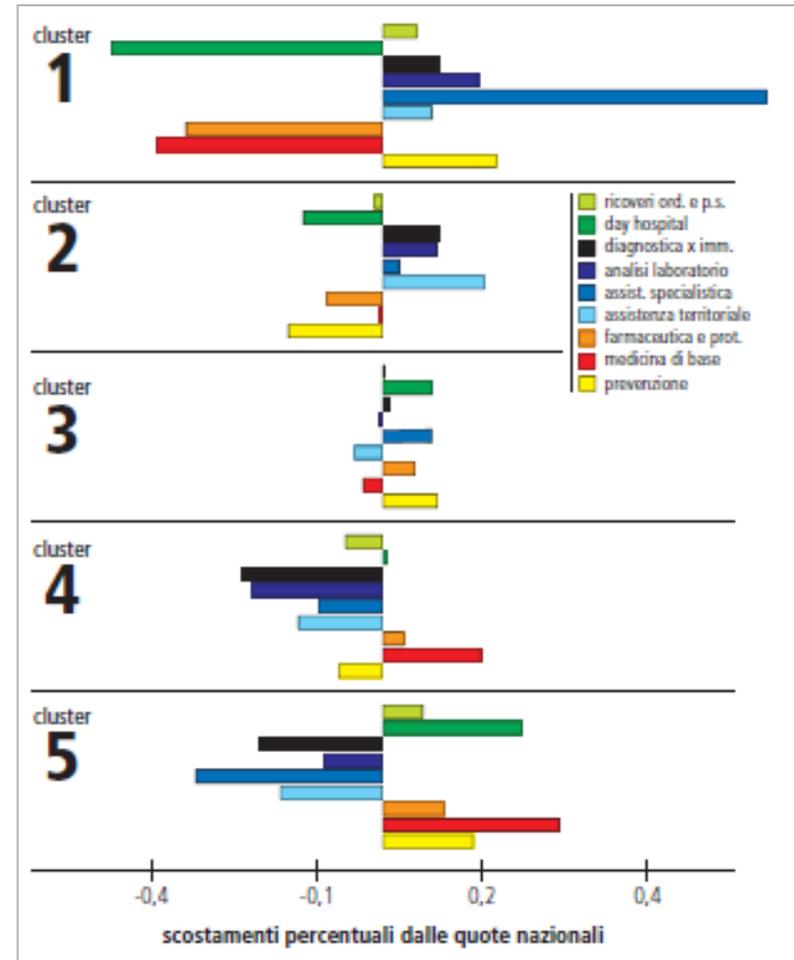
Frequenze di accesso ai servizi sanitari



Contesto di riferimento

Percentuali di spesa per i differenti livelli assistenziali

Spesa per i diversi livelli assistenziali (percentuale)						
Livello assistenziale	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Italia
prevenzione	5,03	3,68	4,65	4,01	4,88	4,30
medicina di base	3,98	6,02	5,87	6,96	7,66	6,05
farmaceutica e protesica	10,64	13,86	15,85	15,61	16,52	15,12
ass. specialistica e altro	14,29	9,28	9,72	8,17	6,50	9,05
analisi di laboratorio	3,53	3,34	3,07	2,48	2,82	3,09
diagnostica per immagini	3,64	3,63	3,38	2,64	2,73	3,35
assistenza territoriale	13,03	14,02	11,64	10,59	10,26	12,13
day hospital	3,46	5,18	6,32	5,92	7,12	5,88
ricoveri ordinari e p.s.	38,26	35,94	36,42	34,42	38,64	36,44



Le Regioni del Sud accedono molto meno ai servizi specialistici, mentre non difettano dell'accesso ai servizi ospedalieri

Piano sanitario nazionale 2011-2013

(Documento in fase di definizione - approvato dalla Conferenza Unificata il 22.09.2011)

Centralità delle cure primarie

In un contesto fortemente orientato verso il sapere specialistico vi è la necessità di una **visione integrata ed olistica dei problemi di salute**.

Tale compito è affidato anche alle cure primarie, in particolare alla medicina generalista e alle altre componenti dell'assistenza convenzionata, in una logica di rete.

I principali obiettivi ad esse affidati sono:

- Promuovere il benessere e affrontare i principali problemi di salute della comunità.
- Prendere in carico i pazienti in modo globale e completo.
- Favorire la continuità assistenziale.
- Concorrere ai processi di governo della domanda.
- Misurare il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute di singolo e comunità
- Favorire l'*empowerment* dei pazienti.

Le cure primarie sono riconosciute nelle strategie aziendali, nelle quali viene affidata al **distretto** la governance del sistema per l'erogazione di livelli appropriati.

Patto per la salute 2010-2012

(Intesa stato-Regioni 3 dicembre 2009)

Riduzione ricoveri in regime ordinario (RO)

3,3 p.l. per acuti/1000 ab. (può essere maggiorata non oltre il 5%

“in rapporto alle diverse condizioni demografiche, pop.>75 anni, delle regioni”)

Al fine di facilitare i processi di deospedalizzazione si prevede l'adozione di un *atto di programmazione integrata* con parametri sui posti letto di residenzialità e semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri pazienti non autosufficienti

l'ammissione alle varie forme di assistenza domiciliare e residenziale avviene tramite una valutazione multidimensionale effettuata con strumenti validati

Il Distretto ha come *mission* la garanzia dei LEA territoriali; rapporto tra attività e risorse tra Livelli di assistenza:

5% alla prevenzione

44% all'assistenza ospedaliera

51% all'assistenza distrettuale.

Il cambiamento nel processo di aziendalizzazione

Aziende più grandi:

Da **659** USL del 1992
a **145** ASL nel 2011
con 452.043 ab. in media

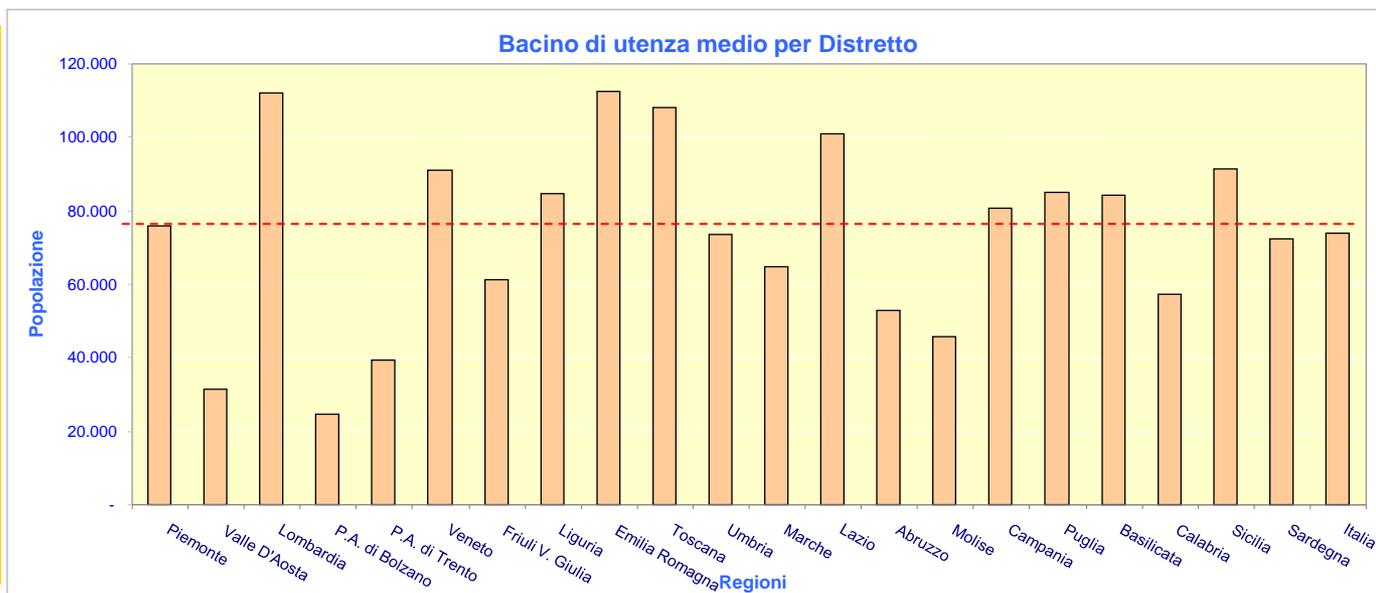
(min 127.065 Valle d'Aosta
– max 1.569.578 Marche)



Distretti più grandi:

Da **945** nel 1999
a **701** nel 2011 con media
di 73.308

(min 24.943 P.A. Bolzano - max
120.280 Lombardia)



Regioni	Popolazione residente 2011	USL 1992	ASL 2005	ASL 2008	ASL 2011	Bacino ut. Media ASL	Distretti 1999	Distretti 2005	Distretti 2008	Distretti 2009	Distretti 2011	Bacino ut. Media Distretti
Piemonte	4.457.335	63	22	13	13	342.872	66	65	62	58	58	76.851
Valle D'Aosta	128.230	1	1	1	1	128.230	14	4	4	4	4	32.058
Lombardia	9.917.714	84	15	15	15	661.181	105	85	86	81	81	122.441
P.A. di Bolzano	507.657	4	4	1	1	507.657	20	20	20	20	20	25.383
P.A. di Trento	529.457	11	1	1	1	529.457	13	13	13	13	4	40.727
Veneto	4.937.854	36	21	21	21	235.136	85	56	49	50	50	98.757
Friuli V. Giulia	1.235.808	12	6	6	6	205.968	20	20	20	20	20	61.790
Liguria	1.616.788	20	5	5	5	323.358	26	20	19	19	19	85.094
Emilia Romagna	4.432.418	41	11	11	11	402.947	46	39	38	38	38	116.643
Toscana	3.749.813	40	12	12	12	312.484	80	42	34	34	34	110.289
Umbria	906.486	12	4	4	4	226.622	13	12	12	12	12	75.541
Marche	1.565.335	24	1	1	1	1.565.335	36	24	24	23	23	68.058
Lazio	5.728.688	51	12	12	12	477.391	23	55	54	55	55	104.158
Abruzzo	1.342.366	15	6	6	4	335.592	73	73	44	25	25	46.288
Molise	319.780	7	1	1	1	319.780	13	13	7	7	7	45.683
Campania	5.834.056	61	13	7	7	833.437	113	113	97	72	72	81.029
Puglia	4.091.259	55	12	6	6	681.877	70	48	48	49	49	83.495
Basilicata	587.517	7	5	2	2	293.759	10	11	11	11	11	53.411
Calabria	2.011.395	31	11	5	5	402.279	34	35	35	35	35	57.468
Sicilia	5.051.075	62	9	9	9	561.231	62	62	62	62	62	81.469
Sardegna	1.675.411	22	8	8	8	209.426	23	25	23	23	22	72.844
Italia	60.626.442	659	180	147	145	455.048	945	835	762	711	701	73.308

Distretto

Struttura Operativa della ASL
deputata a contribuire alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
riferibili al sistema della Primary Health Care

Finalità principali

- Governo della domanda di servizi di assistenza sanitaria territoriale
- Integrazione sanitaria e sociosanitaria
- Produzione di servizi sanitari

Funzioni

Tutela e Committenza:

Capacità di leggere i bisogni delle persone ed individuare i servizi in grado di rispondervi, valutare quali servizi per quali bisogni e quali costi

Produzione:

Gestione dell'offerta dei servizi di assistenza primaria, relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, e coordinamento con l'attività dei dipartimenti, dei servizi aziendali, dei presidi ospedalieri

Indagine nazionale Distretti 2010



- Obiettivo: diretta ad evidenziare elementi comuni di miglioramento della governance pubblica del Distretto, non elementi di forza e debolezza delle diverse realtà regionali
- Svolta con un gruppo ristretto di esperti; condivisione di tutte le Regioni e Province Autonome
- Indagine svolta con il contributo dei Direttori di Distretto - 711 Distretti presenti nel 2009 (Tasso risposta 96%)
- Effettuata tra marzo e settembre 2010, marzo 2011 risultati
- Luglio 2011 - Premio di Eccellenza nei Public Affairs 2011



Risultati dell'indagine

Un Distretto Responsabile e Facilitatore dei processi di integrazione

- il Distretto esprime principalmente la funzione di integrazione nei servizi sanitari e sociosanitari tra diversi professionisti, organizzazioni e assistiti, facilitando, nel rispetto delle autonomie dei diversi attori, la crescita del protagonismo degli assistiti (processi di empowerment), la responsabilizzazione degli operatori, le capacità di programmazione e valutazione delle attività su obiettivi comuni di assistenza.

Un sistema che trova nella formazione una leva fondamentale

- La formazione svolge, infatti, un ruolo strategico nel creare non solo una rete professionale, ma una rete organizzativa tra i diversi attori che si muovono nel sistema complesso “Distretto”.
Uno spirito di squadra (teaming up) per la realizzazione di percorsi assistenziali e nella collaborazione agli obiettivi di salute del Distretto.

Risultati dell'indagine

Ciò si concretizza nella:

- gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con patologia cronica o bisogno di salute complesso;
- facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, sostenibilità, mediante la ricomposizione dei saperi specialistici e tecnici delle diverse autonomie professionali;
- rendicontazione e comunicazione di azioni svolte nell'intero sistema di *primary health care*;
- azione di *advocacy* verso i cittadini, ossia sostegno e promozione di programmi di tutela della salute, favorendo la loro attiva partecipazione alla realizzazione di un reale sistema di attenzioni primarie per la salute.

Risultati dell'indagine

Il Distretto emerge come:

- *luogo di integrazione professionale, di globalità della presa in carico e della risposta all'utente;*
- *luogo in cui si assicura la produzione dei servizi sul territorio;*
- *luogo di allocazione e gestione delle risorse rispetto ad obiettivi predefiniti;*
- *luogo di prevenzione e medicina pro-attiva, da svolgersi mediante i professionisti del territorio, rafforzando ed ampliando i programmi e le azioni rilevanti in termini di efficacia (screening, vaccinazioni, chronic care model e attività fisica adattata);*
- *luogo dove l'integrazione diviene sempre più strutturale e fisica;*
- *luogo riconoscibile e di ricomposizione di una rete di servizi sempre più articolata.*

Grazie per l'attenzione