



CdL Scienze Motorie

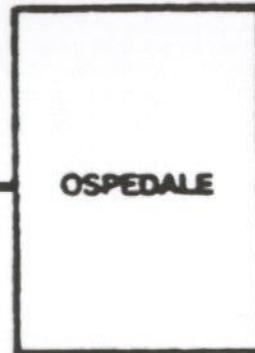
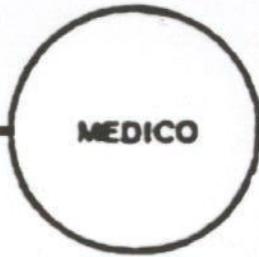
“ ORGANIZZAZIONE SANITARIA ”



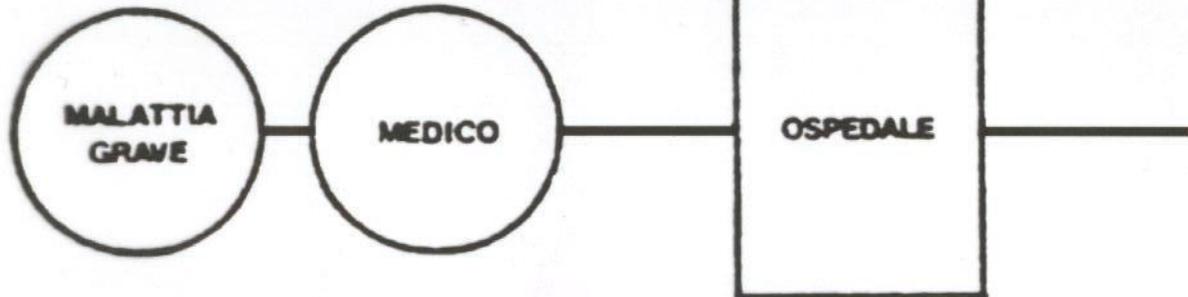
STEFANO TARDIVO

ANNO ACCADEMICO 2018/2019

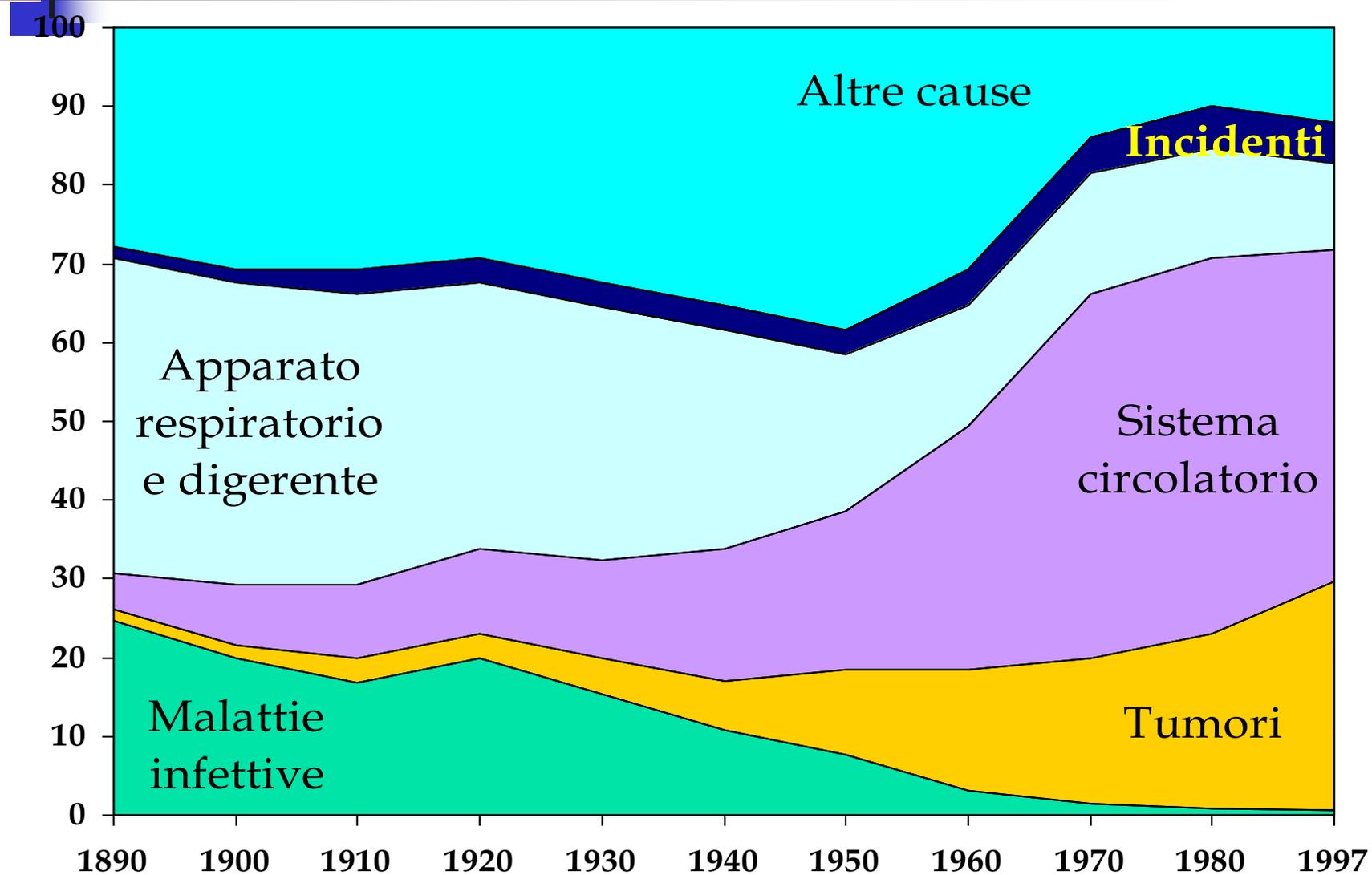
1900



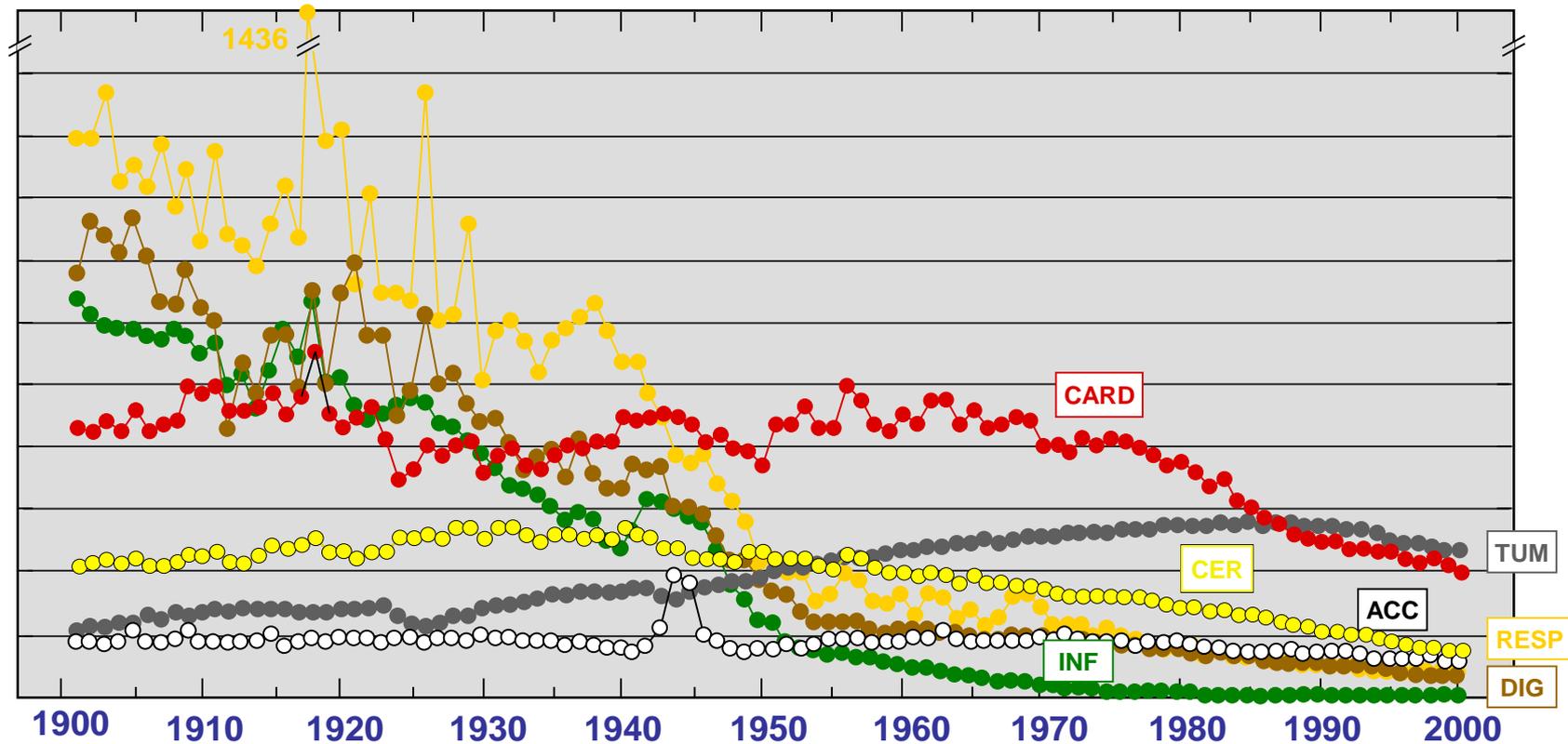
**DIMISSIONE
LUNGO DEGENZA
MORTE**



Transizione epidemiologica - Italia - 1890-1997

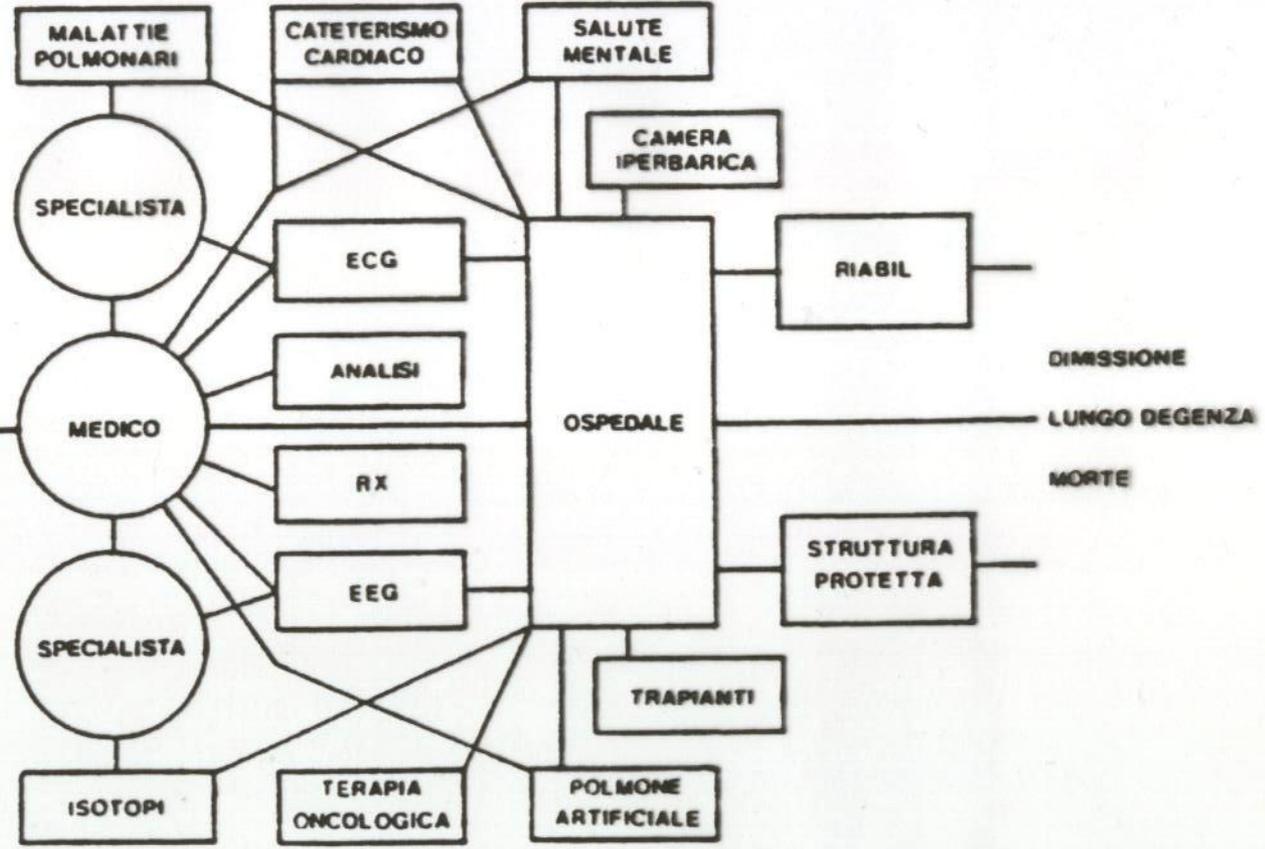


Transizione Epidemiologica



ITALIA, DATI DI MORTALITÀ STANDARDIZZATI PER ETÀ'

1970



Rif. 16

110

Impatto malattie cronico-degenerative

Italy

(Non communicable disease mortality)

2010 total population: 60 550 848

Income group: High

NCD mortality

2008 estimates	males	females
Total NCD deaths (000s)	256.1	280.8
NCD deaths under age 60 (percent of all NCD deaths)	9.8	5.6
<i>Age-standardized death rate per 100 000</i>		
All NCDs	399.8	244.9
Cancers	158.0	90.7
Chronic respiratory diseases	24.6	9.4
Cardiovascular diseases and diabetes	156.3	102.0

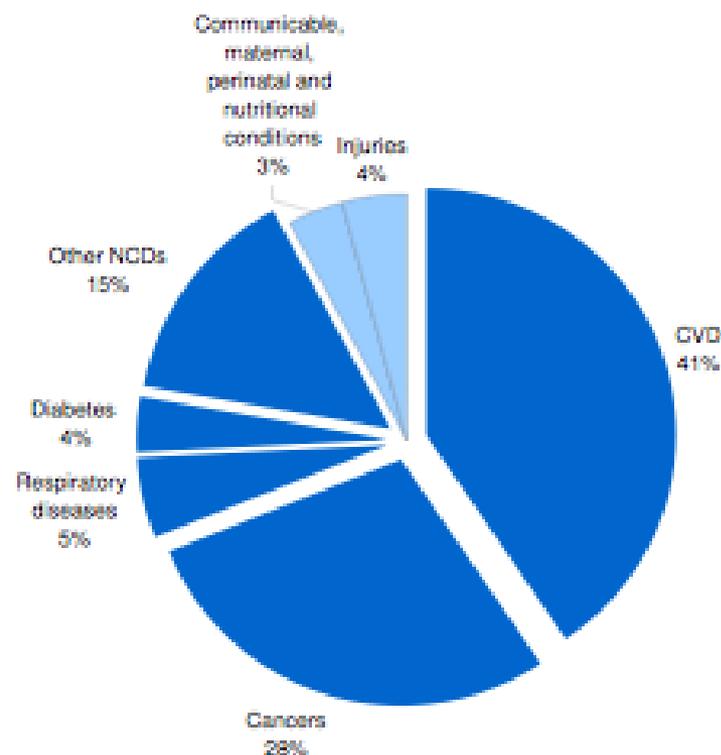
Behavioural risk factors

2008 estimated prevalence (%)	males	females	total
Current daily tobacco smoking	26.3	13.5	19.6
Physical inactivity	51.0	61.8	56.6

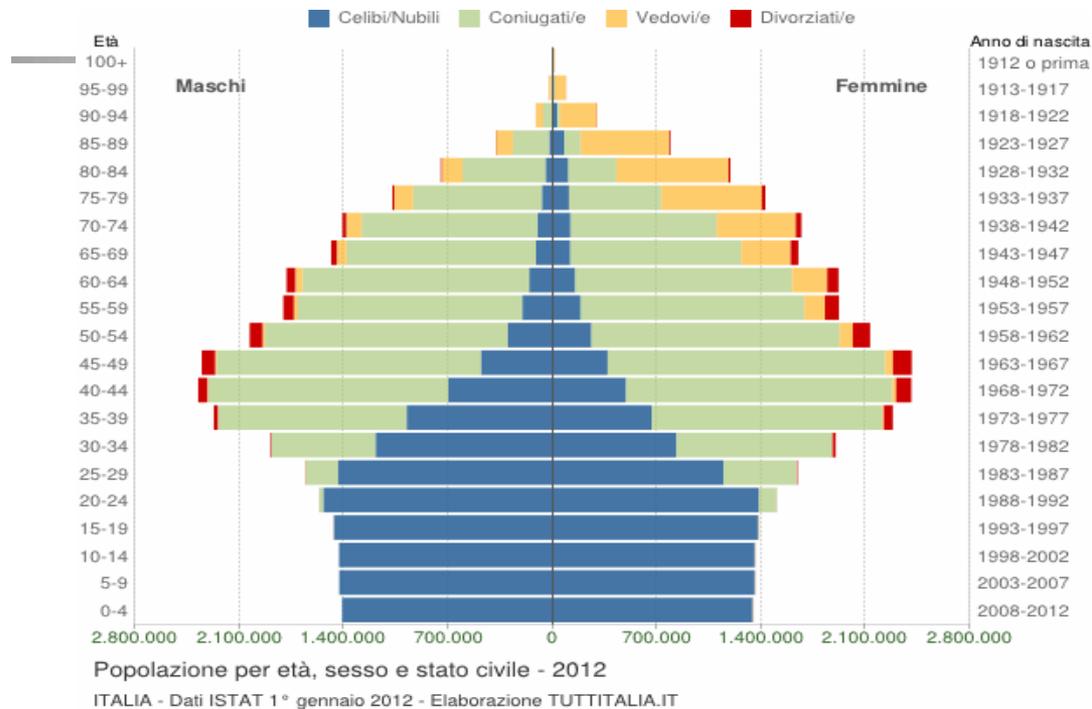
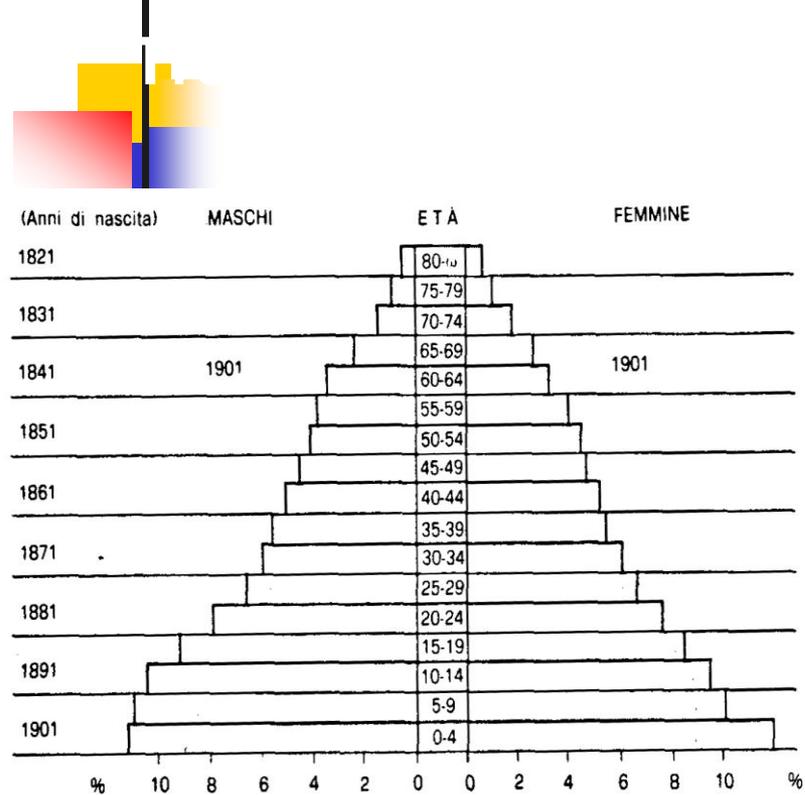
Metabolic risk factors

2008 estimated prevalence (%)	males	females	total
Raised blood pressure	47.9	44.4	46.1
Raised blood glucose	10.6	7.6	9.1
Overweight	61.8	47.1	54.1
Obesity	21.2	18.5	19.8
Raised cholesterol	63.5	66.8	65.2

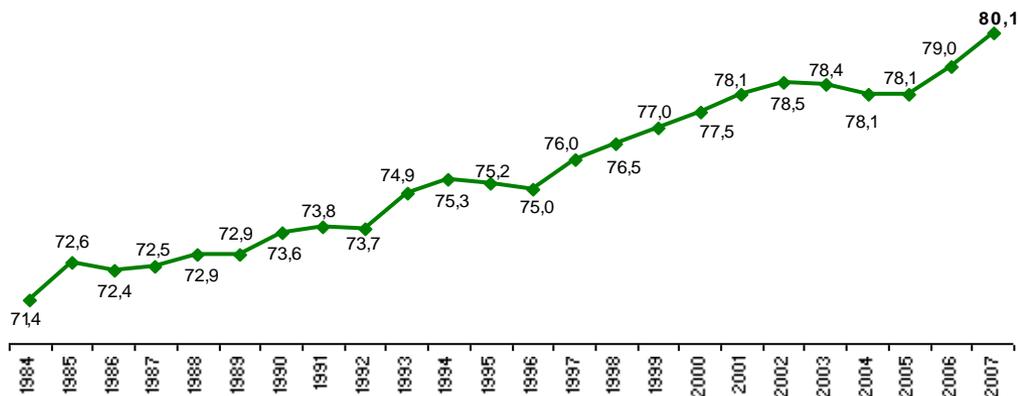
Proportional mortality (% of total deaths, all ages)



NCDs are estimated to account for 92% of all deaths.



Comune di Verona: età media alla morte

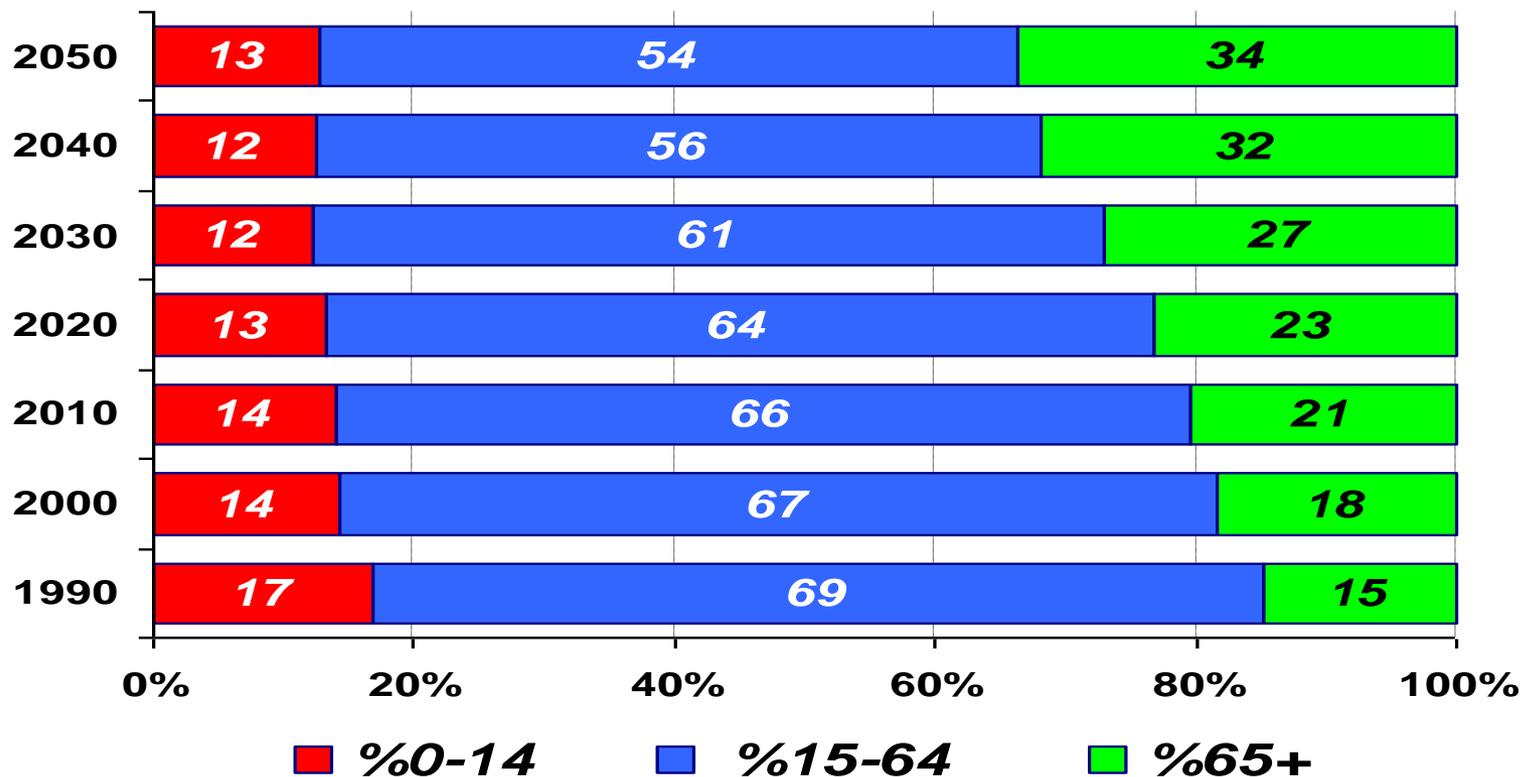




Demographic, economic and social data on 258 cities across Europe

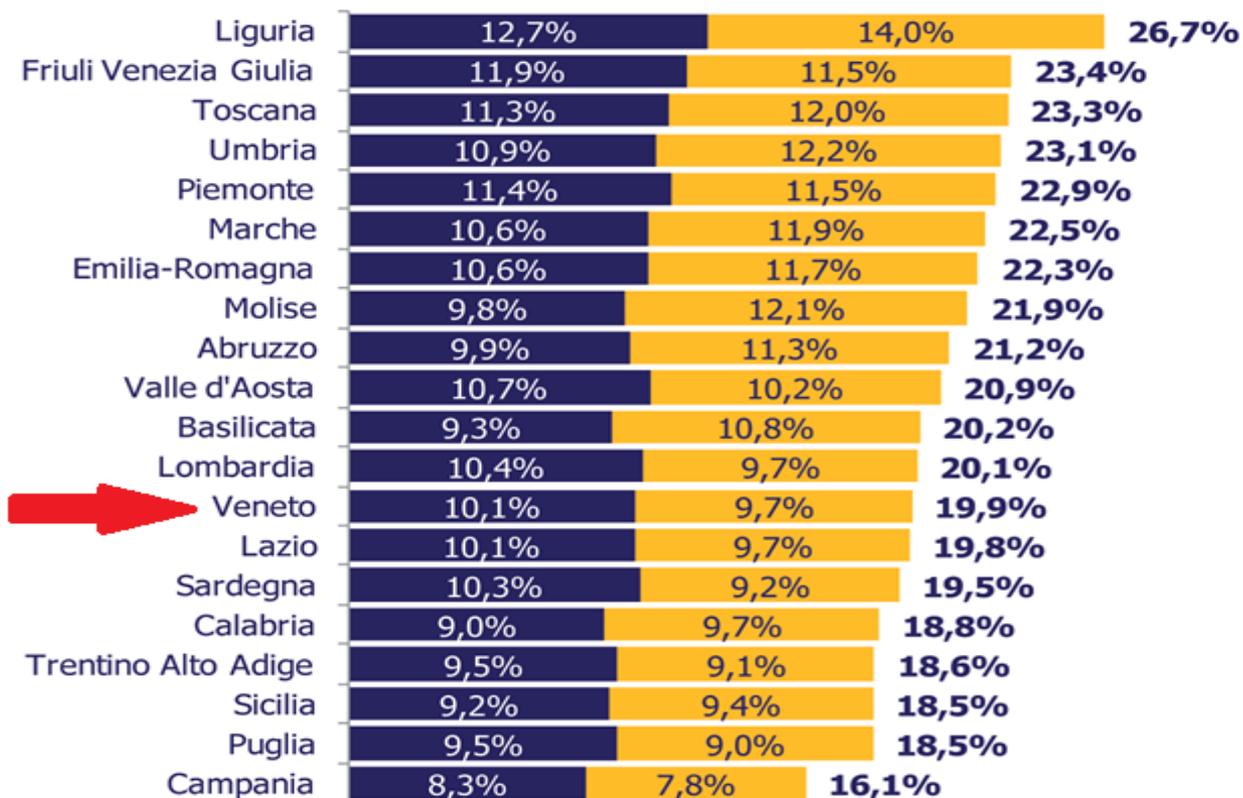
Aged under 15: the ten highest			Aged over 75: the ten highest		
FR	Cayenne	30.1%	IT	Trieste	13.2%
FR	Saint Denis	25.5%	IT	Bologna	13.0%
UK	Derry	25.0%	IT	Firenze	12.3%
FR	Pointe-a-Pitre	22.4%	FR	Nice	11.8%
PT	Ponto Delgada	22.1%	IT	Genova	11.7%
UK	Birmingham	22.0%	IT	Ancona	11.0%
UK	Bradford	21.9%	IT	Verona	10.9%
PL	Suwalki	21.6%	IT	Cremona	10.8%
FR	Fort-de-France	21.2%	PT	Lisboa	10.3%
UK	Stevenage	21.1%	ES	Barcelona	10.2%

Il futuro



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005 - 2050

Popolazione > 65 anni

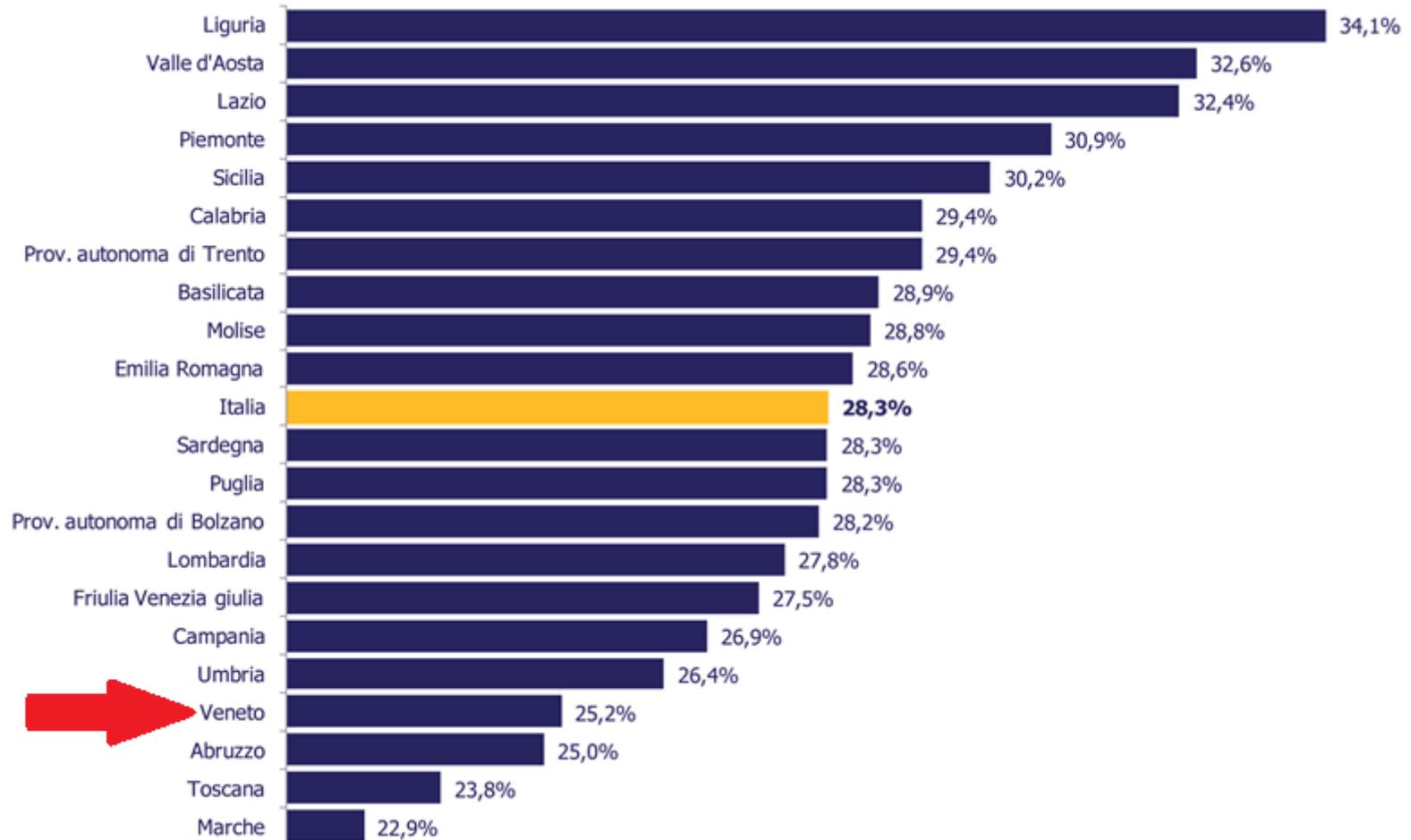


■ Popolazione con età pari compresa tra 65 e 74 anni

■ Popolazione con età superiore a 74 anni

Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, 2012

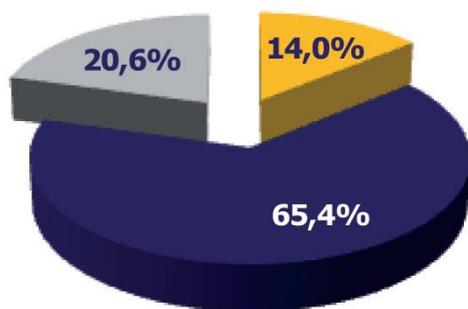
Popolazione >65 che vive sola (%), 2009



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati Istat, Health for All-Italia, 2012

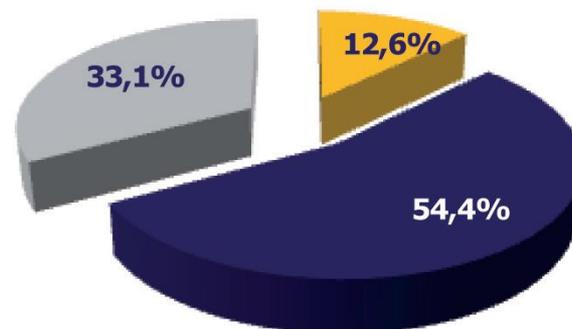
Popolazione per fasce di età in Italia, 2011 - stima 2050

Anno 2011: 60.626.442



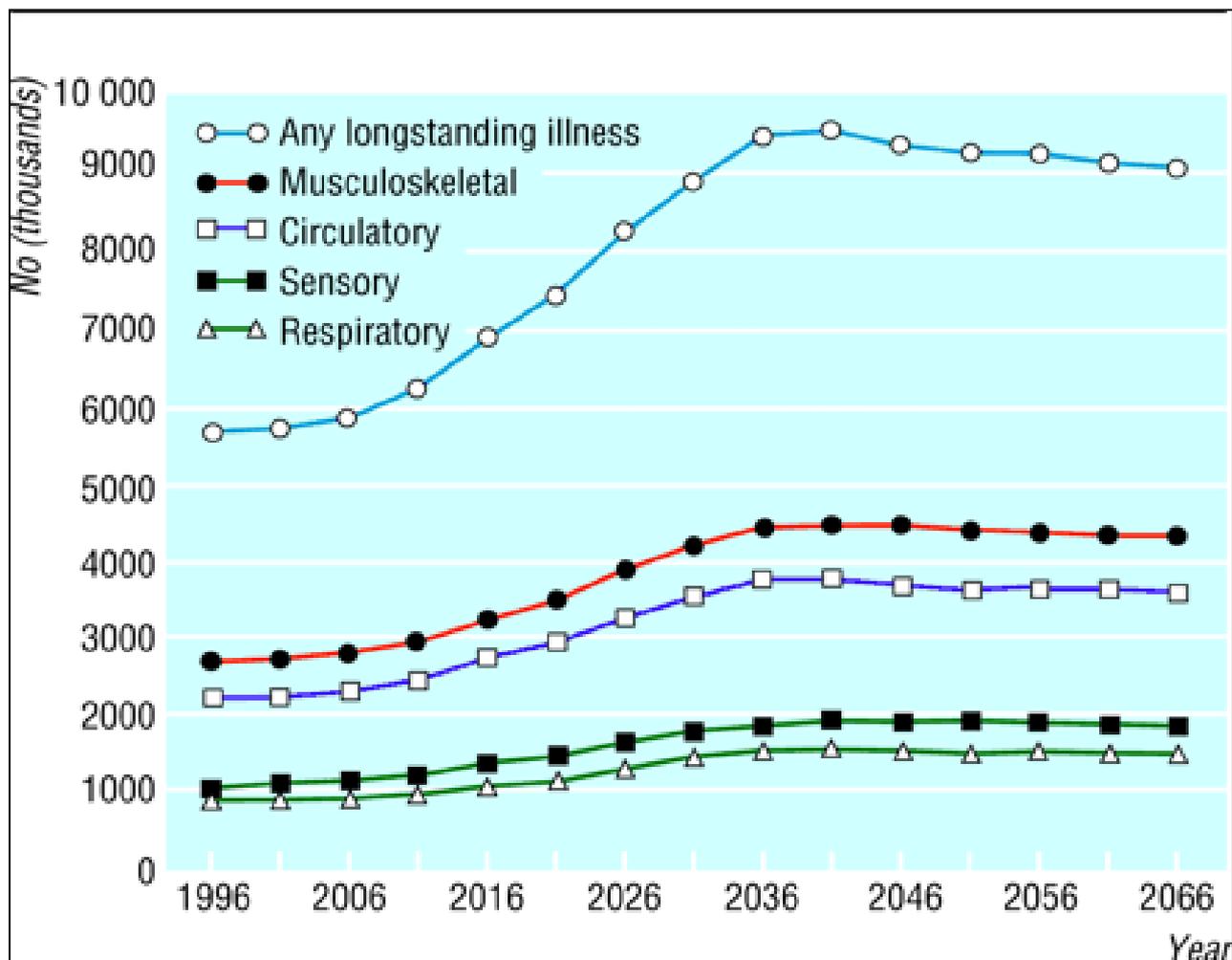
- Popolazione con età inferiore ai 15 anni
- Popolazione con età pari o compresa tra i 15 ed i 64 anni
- Popolazione con età superiore ai 64 anni

Anno 2050: 63.493.595



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti su dati "Previsioni nazionali demografiche" Istat, 2012

Il futuro ...



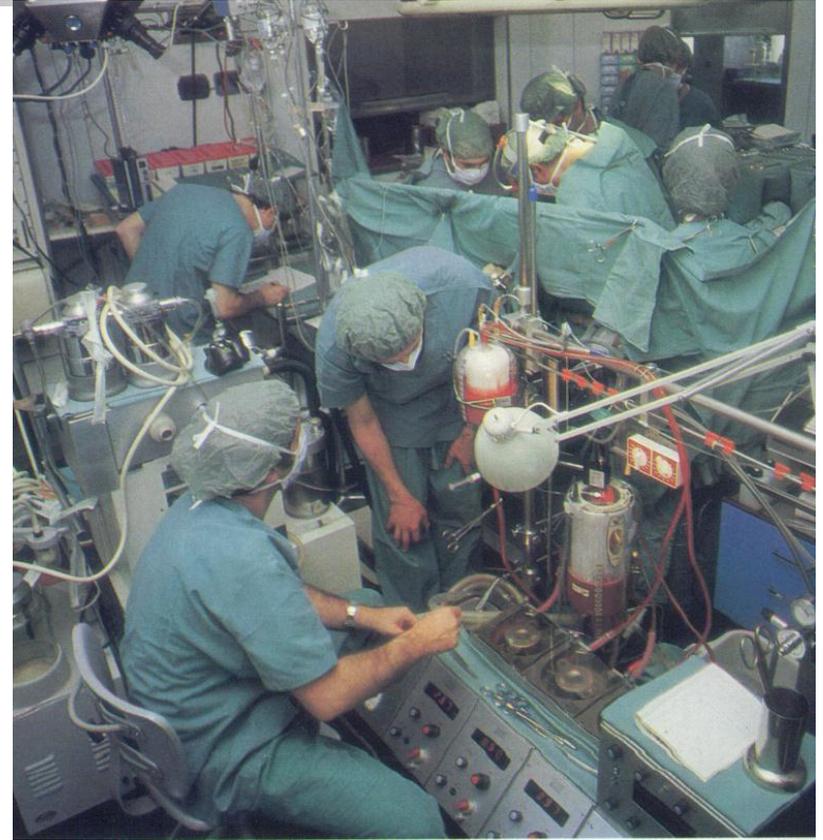
Proiezione del n. di persone > 60 anni con malattie croniche in Gran Bretagna dal 1996 al 2066

Transizione tecnologica



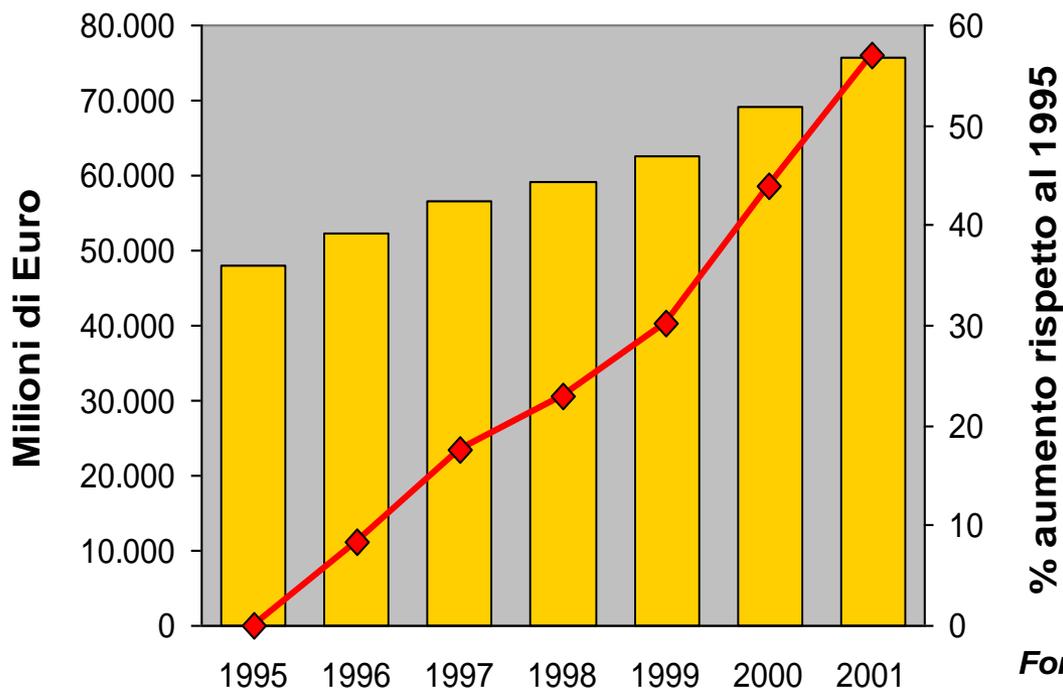
... la rivoluzione biomedica dell'ultimo decennio, grazie alla quale è disponibile per la popolazione che invecchia una vasta gamma di nuovi trattamenti, comporta un aumento inarrestabile dei costi ... e un sistema sanitario pieno di grandi promesse e di iniquità ...

New York Times 11 agosto 2002



La crescita della spesa sanitaria

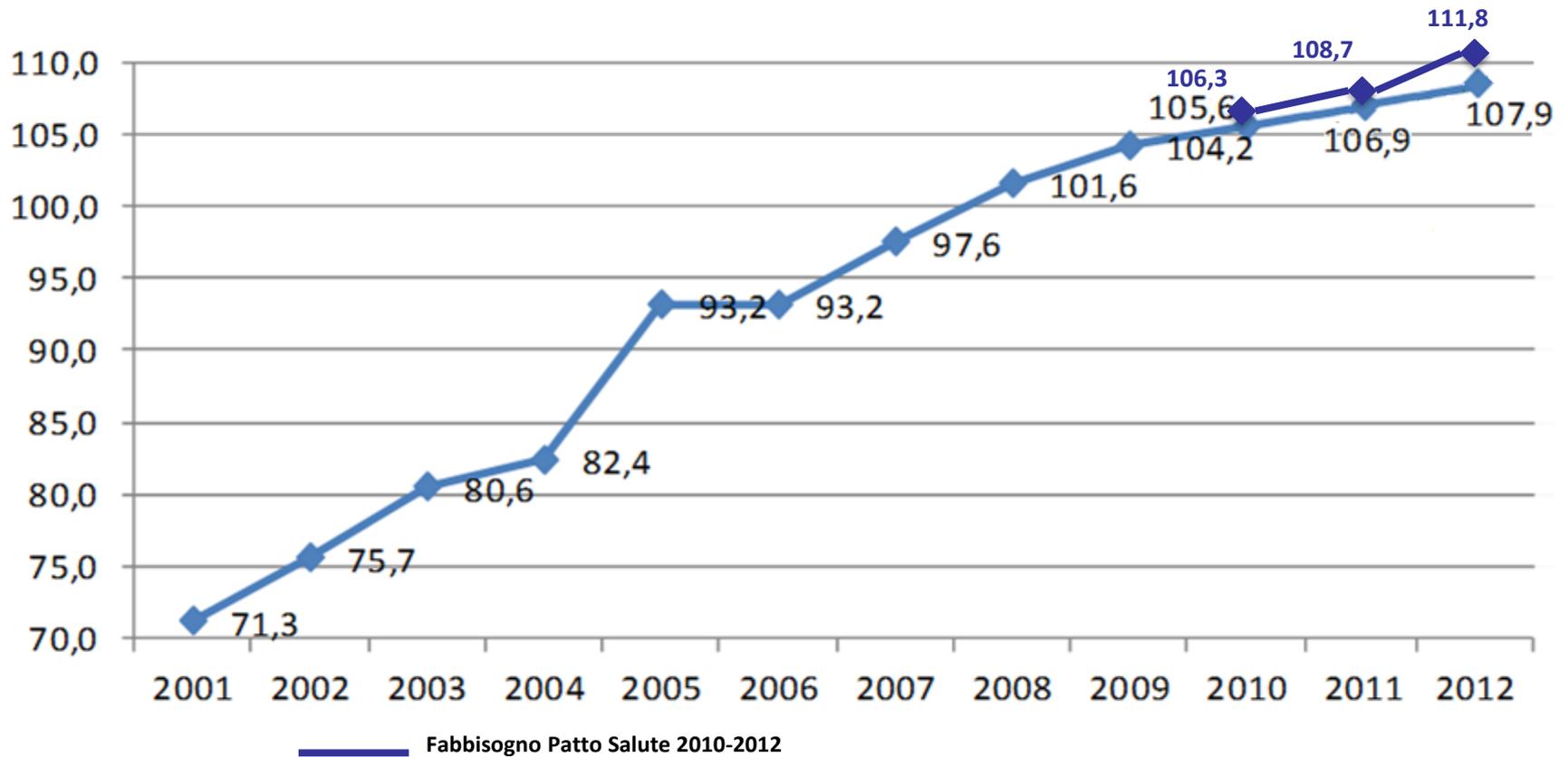
Evoluzione della spesa corrente del SSN



Fonte: ASSR su dati SIS

In 6 anni la spesa sanitaria complessiva è cresciuta del 57,5%, passando da 48.136 a 75.818 milioni di Euro, confermando una dinamica evolutiva superiore a quella del costo della vita.

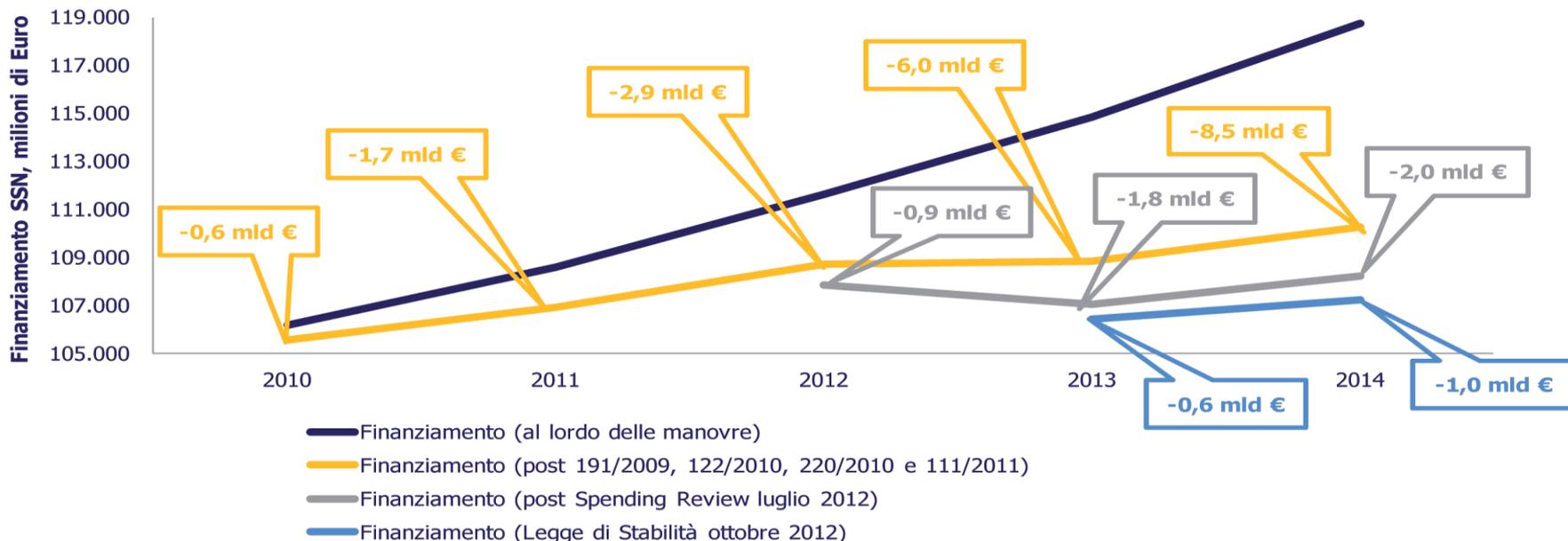
Finanziamento SSN a carico dello Stato



Fonte: elaborazione DGPROG su dati NSIS e OCSE

Finanziamento della Spesa Sanitaria

Con le manovre del 2011, la *Spending Review* e il Disegno di Legge di Stabilità, la **riduzione del finanziamento per il 2012 è pari a 3,8 miliardi di euro** con una crescita progressiva per gli anni successivi.



Fonte: rielaborazione The European House-Ambrosetti 2012

Popolazione pazienti cronici e spesa per le patologie croniche, suddivise per classi di gravità – Regione Lombardia

Classe di gravità della patologia	Patologie di riferimento	Incidenza sul totale della popolazione cronica	Incidenza sul totale della spesa per la cronicità
Lieve	lupus, asma, neoplasie (non attive), epilessia, ipercolesterolemia, diabete, ipertensione	80%	55%
Media	artrite reumatoide, BPCO, neoplasie attive, demenze, parkinson, insufficienza renale cronica, cardiopatie, malattie rare in stadio precoce, HIV	16%	25%
Grave	sclerosi multipla, malattie respiratorie che implicano ossigenoterapia, neoplasie attive, demenze, parkinson, insufficienza renale cronica con dialisi, scompenso, trapianti, malattie rare in stadio avanzato, HIV	4%	20%

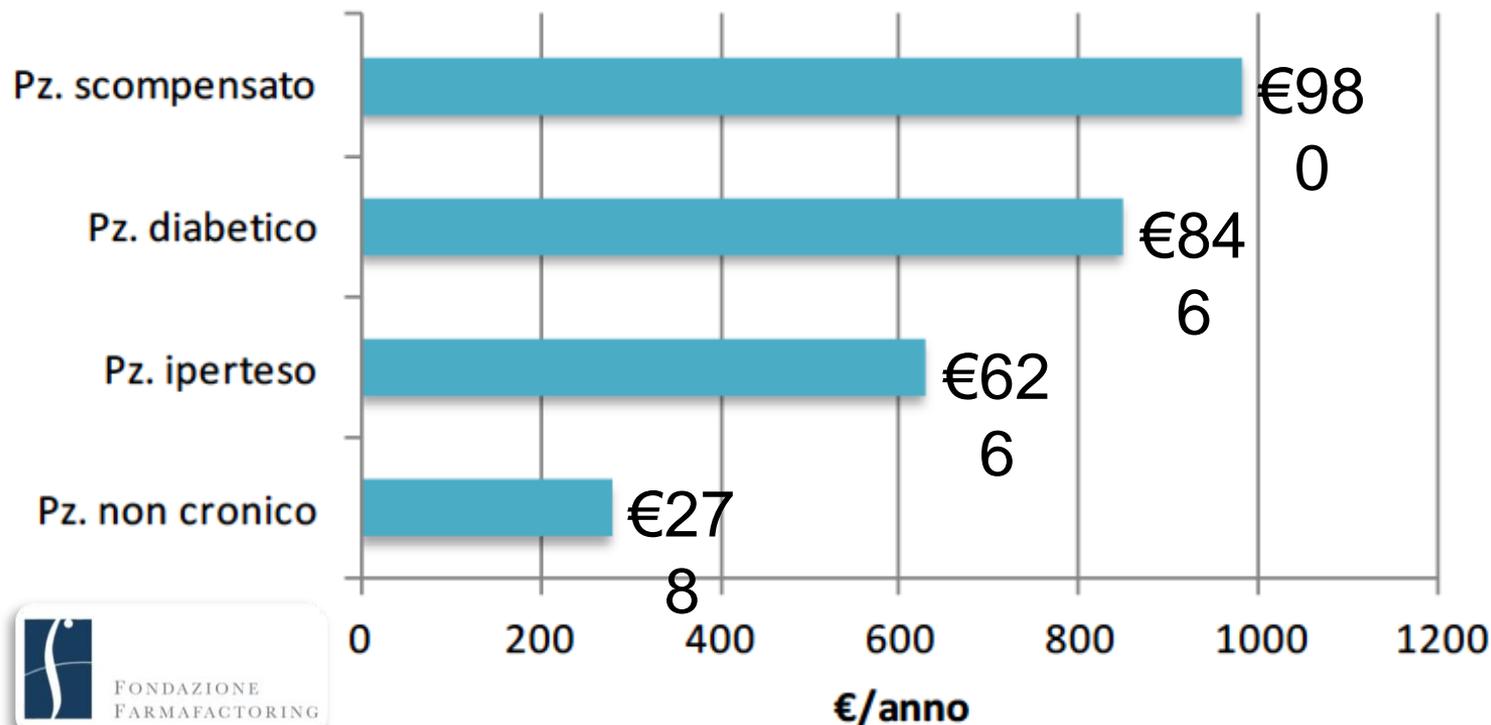
Agnello et al.,

2011

Il 30% dei “consumatori” di prestazioni sanitarie sono classificati come “pazienti cronici” e utilizzano il 70% della spesa totale

Fonte dei dati: Banca Dati Assistito

Spesa annuale media registrata dai MMG (€)



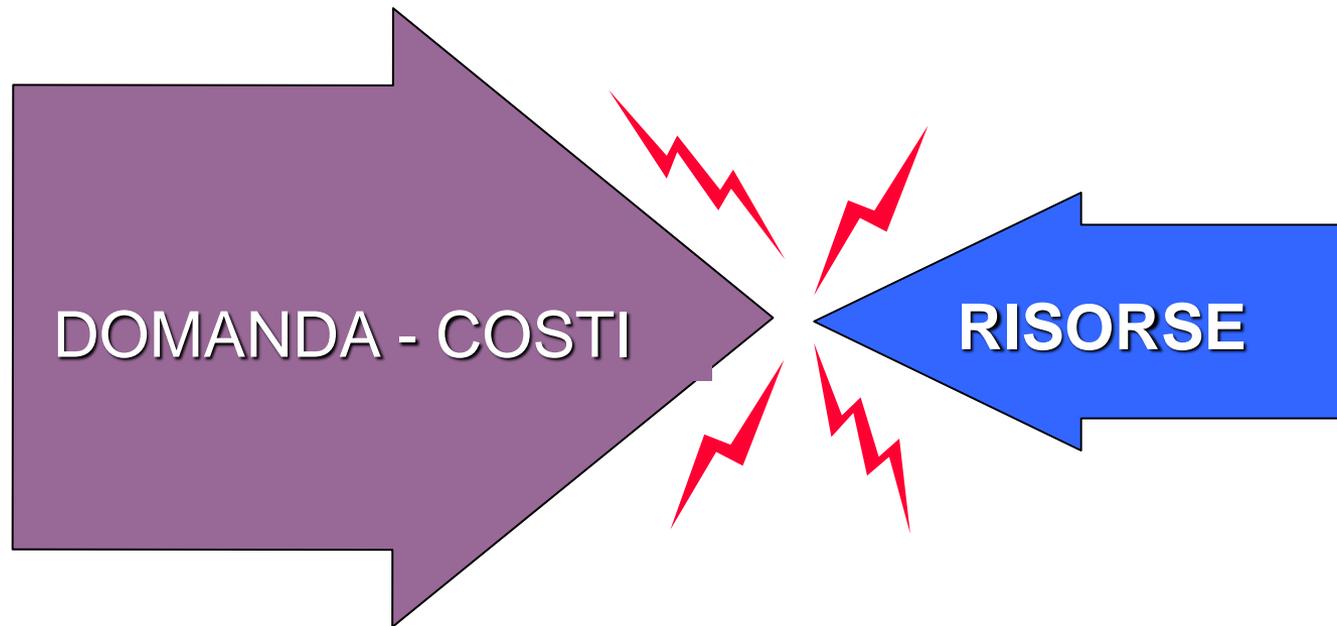
→ La spesa sanitaria territoriale registrata include farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritti dai MMG (sono esclusi i ricoveri) – dati forniti dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

Una ricerca condotta da Regione Lombardia nel 2009 è in linea con questi dati: **la spesa pro-capite dei cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici** (Agnello et al., 2011).

Spese medie annuali a carico del paziente

Badante	€ 9.082
Retta strutture residenziali o semiresidenziali	€ 7.390
Adattamento dell'abitazione	€ 3.771
Prevenzione III (diete particolari, dispositivi, attività fisica...)	€ 1.585
Supporto psicologico	€ 1.247
Assistenza domiciliare non coperta dal SSN	€ 1.070
Parafarmaci (creme, integratori alimentari...)	€ 901
Dispositivi medici (assorbenti, cateteri, siringhe, sacche..)	€ 737
Farmaci non rimborsati	€ 650
Visite ed esami in intramoenia o nel privato	> € 600
Protesi ed ausili	€ 537

Risorse e costi: un difficile equilibrio



Le risorse per quanto possano essere incrementate restano comunque insufficienti per assicurare a tutti, ciò che scienza e tecnologia ci mettono a disposizione

Occorre fare delle scelte

Perché fare delle scelte?

1. Variabilità
2. Sovrautilizzo
3. Sottoutilizzo
4. Benefici di diversa entità
5. Costi
6. Punti di vista diversi



Pattern di Multimorbidità cronica nella popolazione anziana

Comorbidità (Comorbidity): combinazione di ulteriori malattie al di là di un disturbo indice

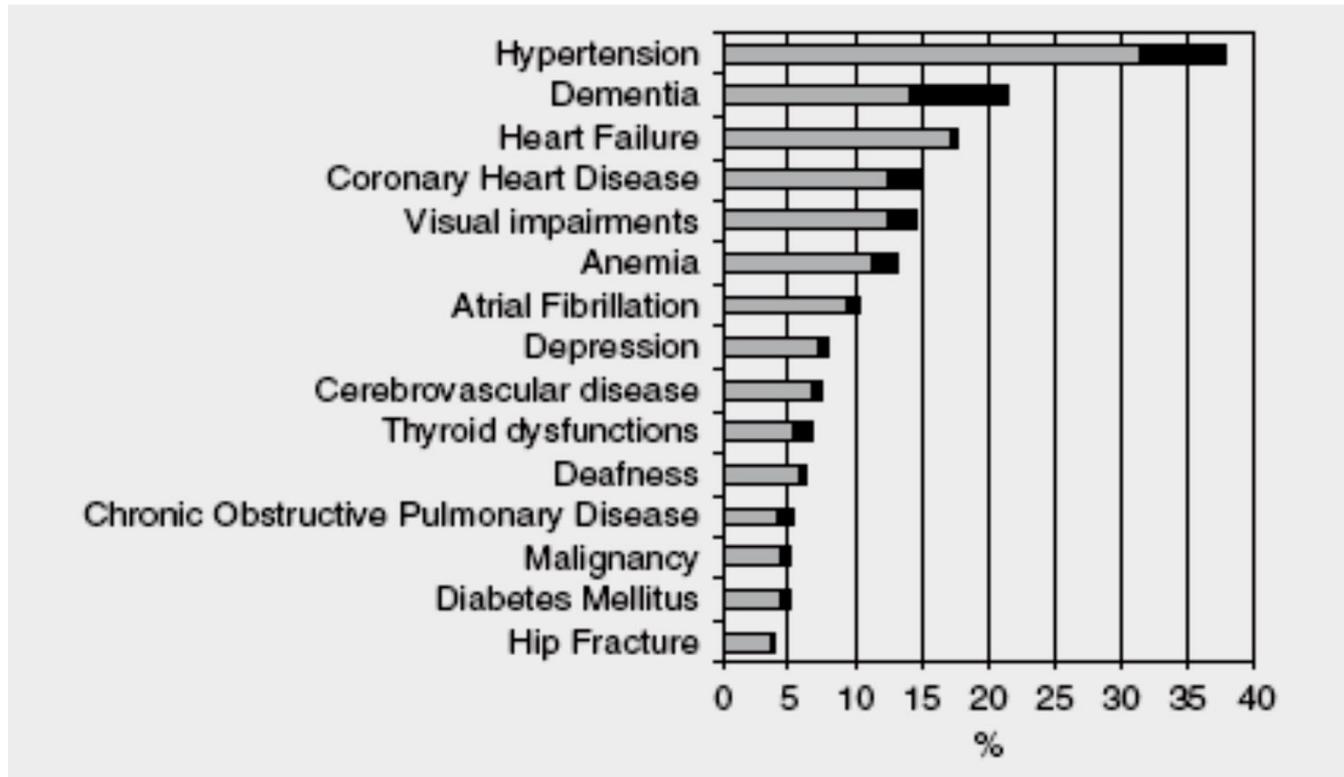
Multimorbidità (Multimorbidity): qualsiasi co-occorrenza di due o più malattie croniche o acute all'interno di una sola persona, che indica uno spostamento di interesse da una determinata condizione di indice per le persone che soffrono di disturbi multipli

**Disease
based
perspective**



**Individual
based
perspective**

Pattern di Multimorbidità cronica nella popolazione anziana

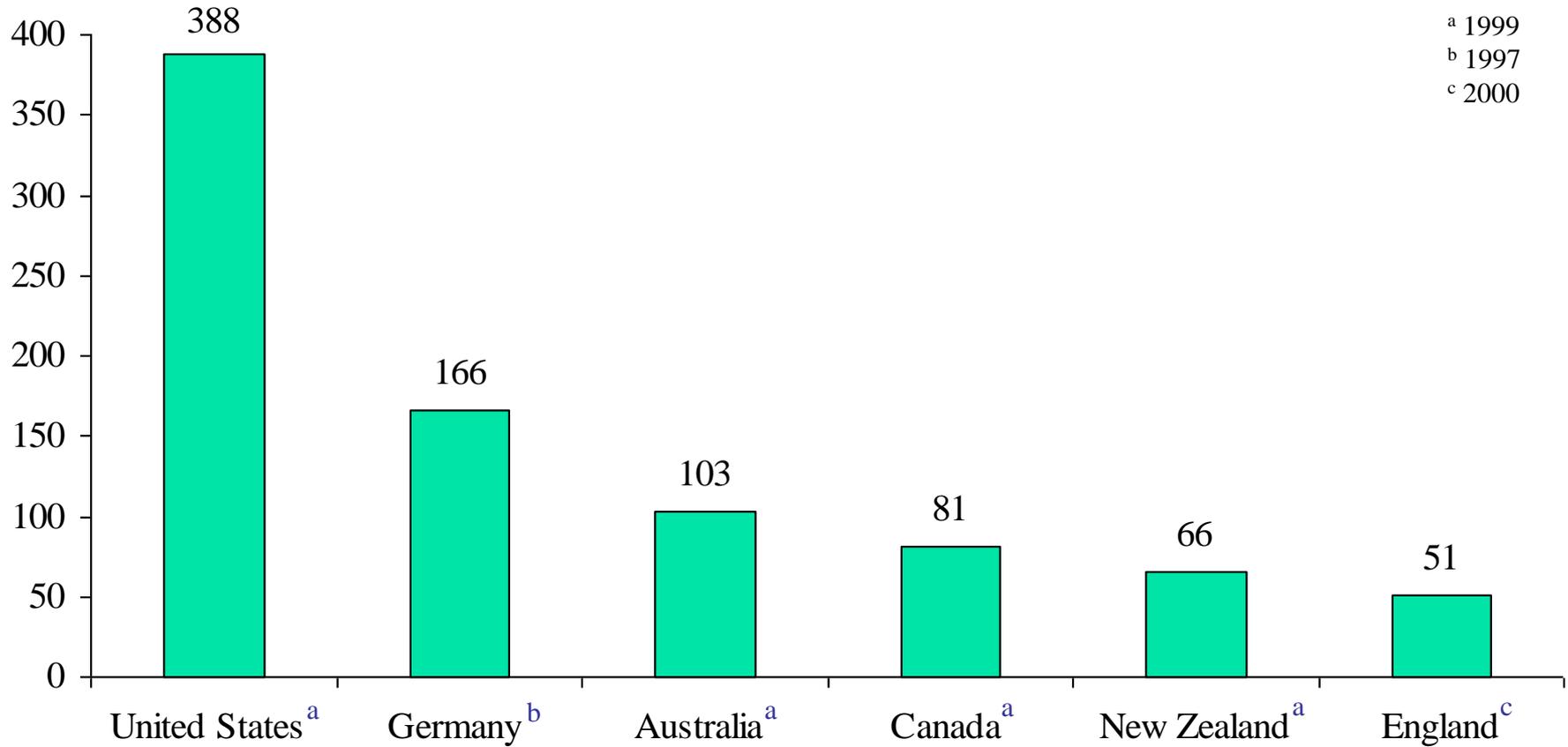


Prevalenza per 100 delle più frequenti malattie croniche che si verificano indipendentemente da comorbidità (GRIGIO) o senza comorbidità (NERO).

Terapia quotidiana in una donna di 79 anni affetta da BCPO, ipertensione, diabete, osteoporosi e artrosi secondo le Linee Guida

Time	Medications†	Other
7:00 AM	Ipratropium metered dose inhaler 70 mg/wk of alendronate	Check feet Sit upright for 30 min on day when alendronate is taken Check blood sugar
8:00 AM	500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 12.5 mg of hydrochlorothiazide 40 mg of lisinopril 10 mg of glyburide 81 mg of aspirin 850 mg of metformin 250 mg of naproxen 20 mg of omeprazole	Eat breakfast 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
12:00 PM		Eat lunch 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
1:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D	
7:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler 850 mg of metformin 500 mg of calcium and 200 IU of vitamin D 40 mg of lovastatin 250 mg of naproxen	Eat dinner 2.4 g/d of sodium 90 mmol/d of potassium Low intake of dietary saturated fat and cholesterol Adequate intake of magnesium and calcium Medical nutrition therapy for diabetes‡ DASH‡
11:00 PM	Ipratropium metered dose inhaler	
As needed	Albuterol metered dose inhaler	

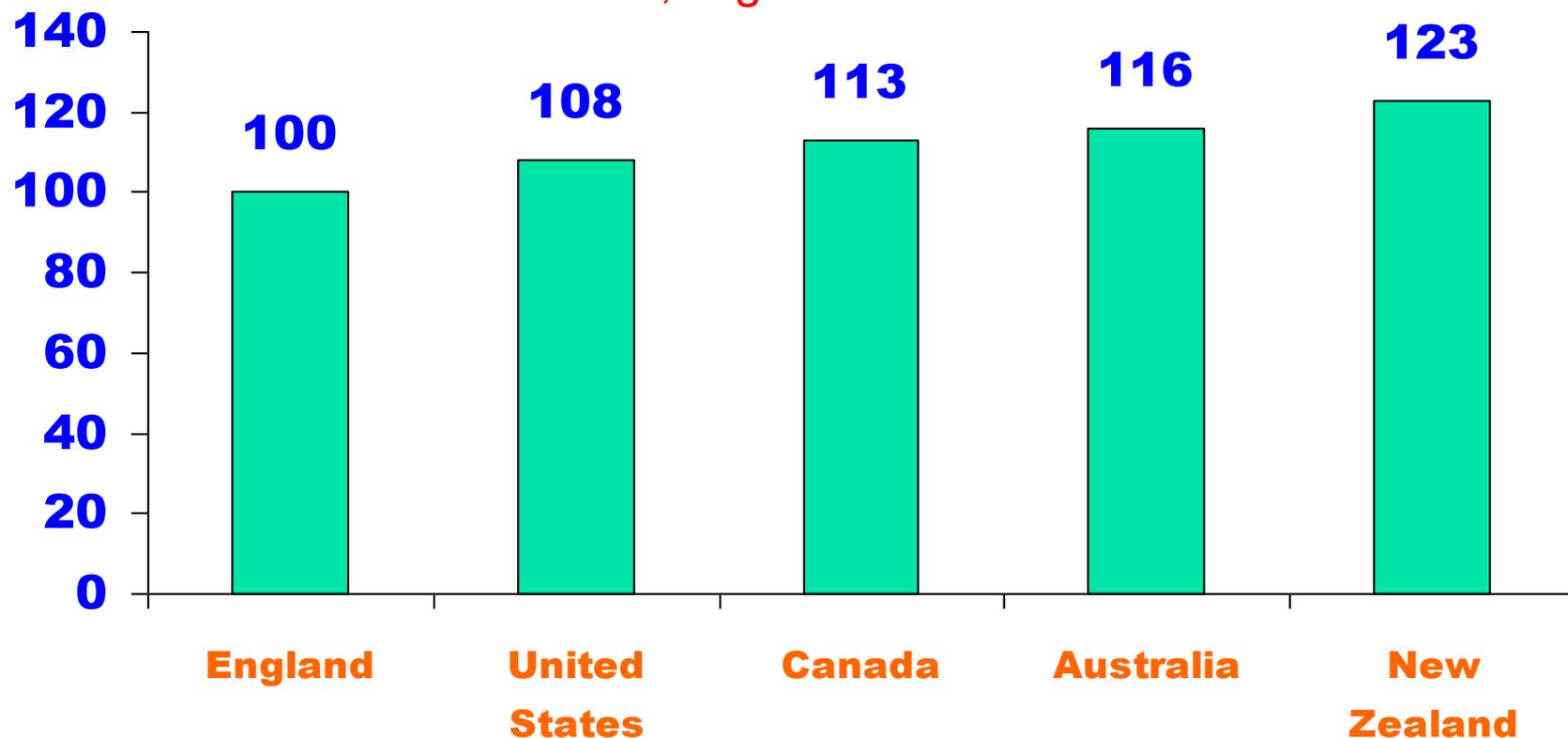
Variabilità in medicina: Coronary Angioplasty Procedures per 100,000 Population



Sources: OECD Health Data 2002; U.K. Department of Health
Courtesy: Steve Schoenbaum, Commonwealth Foundation

Colorectal Cancer 5-year Relative Survival Rate

Standardized Performance on Quality Indicator
100=Worst Result; Higher Score=Better Results



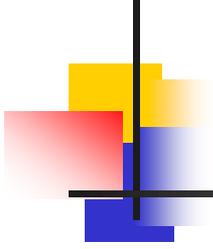
Source: P.S. Hussey, G.F. Anderson, R. Osborn et al., "How Does the Quality of Care Compare in Five Countries?" *Health Affairs* (May/June 2004).

Courtesy: Steve Schoenbaum, Commonwealth Foundation

Variabilità nell'uso delle tecnologie

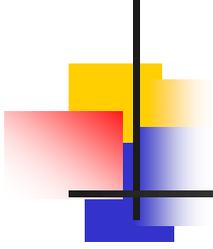
- **Variabilità nei tassi di utilizzo di alcune procedure mediche o chirurgiche in 13 aree geografiche degli USA (Chassin NEMJ 1986).**

Procedura	Tasso di utilizzo x 10.000 ab.		
	Massimo	Minimo	Rapporto
Emorroidectomia	17	0.7	24.3
Protesi di ginocchio	20	3	6.7
Mastectomia	21	8	6.4
Endoarteriectomia	23	6	3.8
Bypass aorto-coronarico	23	7	3.3
Angiografia coronarica	51	22	2.3
Appendicectomia	5	2	2.5
Colecistectomia	52	34	1.5



Sovrautilizzo di interventi sanitari

- 17 % angioplastiche coronariche (*Chassin JAMA 1987*)
- 32 % endoarteriectomie carotidee (*Chassin JAMA 1987*)
- 16% isterectomie (*Bernestein JAMA 1993*)
- 20% dei pacemaker (*Greenspan N Engl J Med 1988*)
- 12.000 decessi/anno per interventi chirurgici non necessari negli USA (*Starfield JAMA 2000*)
- Follow-up intensivo di pazienti operati per cancro del colon
- Trapianto di midollo osseo e cancro della mammella



Sottoutilizzo di interventi sanitari

- Screening del cancro della cervice uterina
- Diagnosi e trattamento della depressione
- Diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria
- Trattamento del dolore
- Diagnosi prenatale
- Diagnosi e trattamento dell'ipertensione
- Prevenzione secondaria dell'ictus
- Vaccinazioni
- Goodman C: Introduction to Health Care Technology Assessment. The Lewin Group, 1998 (www.nlm.nih.gov).

I benefici attesi sono di diversa entità

La realizzazione di studi clinici sempre più grandi consente di dimostrare benefici sempre più piccoli.



- Lo studio **WOSCOP** ha permesso di svelare nei soggetti trattati con pravastatina una riduzione di mortalità per coronaropatia del **2,45%**.
- In altri termini, su **10.000** pazienti a cui viene somministrato il farmaco per 5 anni, **9.755** non ottengono alcun beneficio. (*Freemantle BMJ 1998*).

A parità di benefici, costi diversi

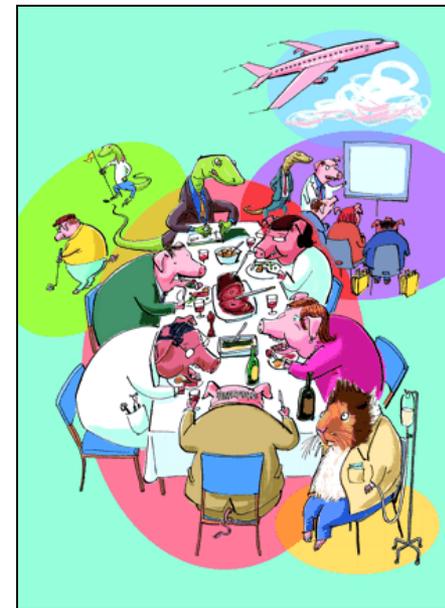
Costo di alcuni interventi per anno di vita guadagnato, aggiustato per qualità della vita (QALY) (Mason BMJ 1993).

■ Tipo di trattamento	Costo per QALY in Sterline (1990)
■ Intervento di neurochirurgia per traumi cranici	240
■ Consiglio di smettere di fumare da parte dei medici di famiglia	270
■ Trattamento antiipertensivo per prevenire l'ictus cerebrale	940
■ Bypass coronarico (angina severa)	2.090
■ Trapianto di rene	4.710
■ Screening per i tumori del seno	5.780
■ Trapianto di cuore	7.840
■ Emodialisi domiciliare	17.260
■ Emodialisi in ospedale	21.970
■ Trattamento dializzati con eritropoietina per anemia	54.380
■ Interventi neurochirurgici per tumori maligni intracranici	107.780

Perché la variabilità è così ampia?

Vi sono ampi margini di discrezione nella scelta delle cure sanitarie. Molte variabili, non sempre correlate al processo clinico, possono influire sulle decisioni:

- modalità di finanziamento
- interessi economici
- valori sociali dominanti
- prestigio professionale
- incertezza delle conoscenze scientifiche
- norme legislative
- conseguenze medico-legali.



BMJ 31 maggio 2003

DUE MODELLI EUROPEI DI SISTEMA SANITARIO

MODELLO BISMARCK (1883)

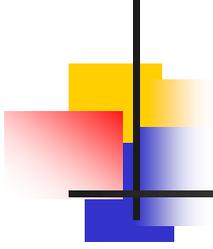
SISTEMA MUTUALISTICO Assicurazioni sociali obbligatorie

- finanziamento con contributi condivisi lavoratori / imprenditori nei confronti di un'ass. sociale
- copertura assistenziale molto elevata della popolazione (90-95%)
- medici libero professionisti impiegati a contratto
- relazione fra prestazioni fornite dalla mutua ed entità della contribuzione (ogni mutua ha propri piani tariffari e prevede prestazioni diverse a seconda del piano contributivo)

MODELLO BEVERIDGE (1948)

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE [SSN]

- finanziamento tramite fiscalità generale
- copertura assistenziale totale della popolazione (100%)
- medici dipendenti pubblici e libero professionisti convenzionati (MMG, PLS, spec.)
- salute come diritto: tutte le prestazioni essenziali sono fornite gratuitamente indipendentemente da localizzazione geografica o da capacità economica o da classe sociale di appartenenza



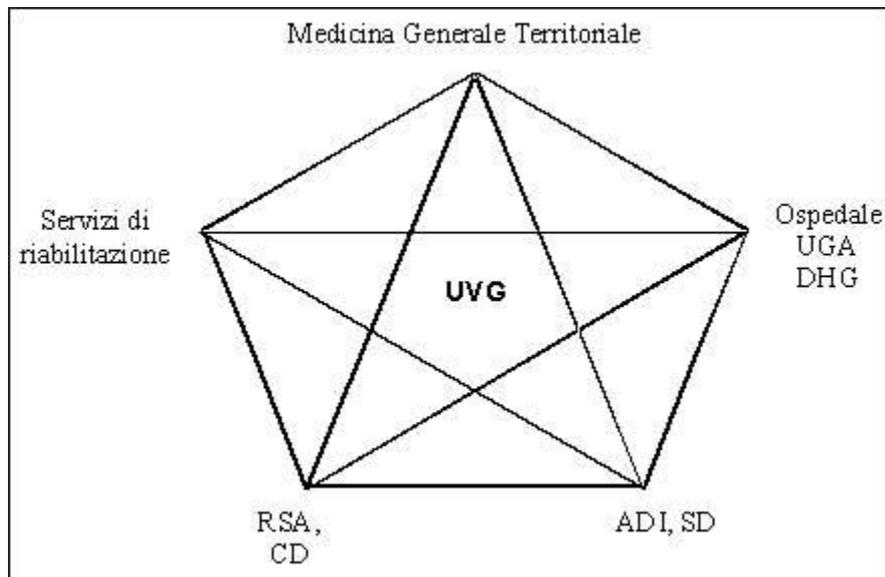
I punti di vista possono essere diversi

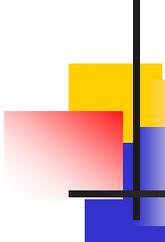
- Il **paziente** desidera ricevere il massimo di ciò che è disponibile.
- Il **medico curante** tende a comportarsi come se le risorse fossero illimitate.
- L'**amministratore** è costretto a considerare la possibilità di un uso alternativo delle risorse.
- ***Se si desidera mantenere la fiducia del cittadino, le motivazioni che stanno alla base delle priorità e delle misure adottate in sanità devono essere formulate e discusse apertamente.***

Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in health care: Ethics, economy, implementation. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995:5

4. Transizione organizzativa: le Reti “ad arcipelago”

I nodi della rete sono tra loro diversificati e complementari. Ogni nodo è appropriato per la risposta a determinati e specifici bisogni





XX secolo cambio di paradigma dell'assistenza sanitaria:

1. Tutela della salute come investimento “globale” e non solo come consumo di servizi (stili di vita, prevenzione primaria, politiche intersettoriali)
2. Crescente investimento nell'assistenza erogata a soggetti affetti da patologie croniche o in generale “fragili”, orientato al rafforzamento della prossimità delle cure, alla prevenzione secondaria e terziaria, alla promozione dell'integrazione e del coordinamento tra operatori sanitari e socio-sanitari
3. Ampliamento delle opportunità offerte dall'area delle cure intermedie e della residenzialità socio-sanitaria
4. Progressivo cambiamento del ruolo tradizionale dell'ospedale
 - concentrazione delle casistiche complesse
 - rapidissimo avanzamento della complessità e dell'efficacia tecnica e tecnologica (con costi molto elevati degenze sempre più brevi e limitate alle fasi iperacute)
 - crescente integrazione in rete
 - sviluppo delle attività “a distanza” (teleradiologia, teleconsulto, teleassistenza, robotica)
5. Confronto con le risorse a disposizione



H per acuti
ricoveri ordinari

RIABILITAZIONE
COD. 56

UTIC - Stroke Unit

Day Hospital

UNITA' SPINALI

MEDICINA D'URGENZA
OSSERVAZIONE BREVE

Day Surgery

UGCA-RAI

UGCA

DEA 1°-2° livello

SPDC

DAY
SERVICE

LUNGODEGENZA

118

OBI

CENTRI SALUTE MENTALI

Riabilitazione
post-acuta

Casa famiglia

Residenze e semiresid.
ANZIANI DEMENZE

RIABILITAZIONE
INTENSIVA E ESTENSIVA

Residenze
protette

Gruppi
appartamento

Residenze ASS.LI

RSA disabili

USAP

FARMACIA

RSA Disabilità Età evolutiva

Medicina in associazione, rete, gruppo

Poliambulatori

Nuclei, Unità,
Gruppi C.P.

Eq. terr.li

Pres
Amb.
Dis.

MMG - PLS
MCA - GT

Coop.servizi

Ospedali
comunità

HOSPICE

Aggreg. Funz.
Territoriale

UTAP

U.O. CP

Ass. e Amb. Terr. Integ.

Casa della Salute

Consultori

DIP.TO PREVENZIONE: SISP-SIAN-SPSL -S.VET

SerT - Comunità terapeutiche
Res. e semires. - Unità strada



Cure Domiciliari Prestazionali

CURE
DOMICILIARI
ADI

Cure palliative per malati terminali

Cure Domiciliari Integrate
di primo e secondo livello

Cure Domiciliari Integrate di
terzo livello

Tre diversi modelli istituzionali

■ SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- Riconosce a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione il diritto alla tutela della salute; è finanziato attraverso la fiscalità generale ed eroga in forma gratuita o semi-gratuita tutte le prestazioni sanitarie ritenute efficaci. [Gran Bretagna; ITALIA, a partire dal 1979]

■ SISTEMA MUTUALISTICO (o delle assicurazioni sociali)

- Si avvale di fondi e di casse di malattia organizzati in genere per settori produttivi e finanziati prevalentemente attraverso contributi di malattia [Germania; Francia]

■ ASSICURAZIONI PRIVATE

- Finanziato attraverso i premi pagati da coloro che scelgono liberamente di sottoscrivere una polizza assicurativa. I premi sono commisurati al rischio al quale è esposto ogni singolo individuo e variano sensibilmente con l'età o lo stato di salute dell'assicurato [STATI UNITI]

Nella realtà dei paesi sviluppati, nessun sistema opera esclusivamente in base ad uno solo dei modelli esposti.



Sviluppo del servizio assistenziale in Italia

Legge 22.12.1888 n. 5849

- Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, nota come Legge "Crispi-Pagliani"
 - Norme sull'assistenza medico-chirurgica, Farmaceutica, Ostetrica e Zoiatrica
 - Vengono sottoposte a vigilanza le professioni sanitarie e le altre attività
 - Disposizione sull'igiene del suolo e dell'abitato, sulle bevande e gli alimenti
 - Sull'esercizio della polizia mortuaria
 - Sulle misure per il controllo delle malattie infettive



Situazione sanitaria

INDICATORE	1880-1890	1900-1905
Popolazione	24.400.000	32.400.000
Mortalità generale	26x1000	20x1000
Mortalità delle malattie infettive	8.1 x 1000	5.3 x 1000
Speranza di vita	35 anni	43 anni

Testi unici leggi sanitarie del 1907 e del 1934

- Molteplici disposizioni di legge riguardanti la prevenzione della pellagra, sui vaccini, sui manicomi, sull'assistenza sanitaria e sull'igiene degli abitati
- Nel secondo (1934) vengono ridefiniti i ruoli e le funzioni del governo centrale (Istituzione dell'ISS), delle province (laboratori provinciali di igiene e profilassi)
- Si sviluppa il sistema mutualistico
 - degli enti locali (INADEL)
 - degli enti statali (ENPAS)
 - dei dipendenti dell'industria (INAM)
- Costituita l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Nuova proposta di riforma sanitaria

- Creazione di organi periferici (denominati Uffici comunali o consortili di Sanità e Assistenza) esecutori delle norme igienico-assistenziali
- Fusione delle attività igienico-sanitarie e assistenziali (mutue) in un unico organismo di controllo
- Indipendenza degli organi igienico-assistenziali dagli organi politico-amministrativi
- Decentramento su base regionale delle strutture di governo e gestione della sanità

Fondamenti del SSN

- Casse mutue (moltiplicate e coprenti una elevata varietà di categorie di lavoratori)
- Gli ospedali (riorganizzati con una legge nel 1968)
- Gli enti locali (province e comuni) responsabili
 - dell'igiene pubblica
 - dei manicomi
 - dell'assistenza ai poveri

Ulteriori tappe importanti

- Legge 296/58
Istituzione del Ministero della sanità
- Legge 132/68
Riforma ospedaliera
- Legge 349/77
Messa in liquidazione degli Enti Mutualistici



Prima riforma del sistema sanitario: L.833/78: istituzione del SSN

- Determina il passaggio dal sistema mutualistico, in cui l'assistenza era garantita da enti diversi con proprio ordinamento, ad un sistema statalizzato ad accesso universale

Legge 833/78: fondamenti

- Globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione
- L'uguaglianza dei cittadini di fronte al servizio assistenziale
- Tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse per la collettività, da attuarsi nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana
- Programmazione nazionale delle attività sanitarie
- Necessario coinvolgimento del cittadino nell'attuazione del servizio mediante la partecipazione

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

- È costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali....

(art. 1, L. 833/1978)

Struttura formale

- **Stato**: provvede alla programmazione nazionale, al coordinamento ed al finanziamento dell'intero assetto assistenziale (PSN approvato in Parlamento)
- **Regioni**: dotate di autonomia esecutiva, più politica che finanziaria, dispongono dell'applicazione delle direttive imposte dal PSN e alla gestione di alcune aree di competenza regionale (PSR)
- **Unità sanitarie locali**: strutture operative il cui assetto è definito dalle singole Regioni

UNITA' SANITARIA LOCALE

- Complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del SSN

(art. 10, L. 833/1978)



Problematiche insorte

- Indebitamento della finanza pubblica
- Inserimento della compartecipazione degli utenti alla spesa farmaceutica
- Aumento delle aliquote delle categorie soggette a contribuzione
- Declino dei posti letto
- Blocco assunzione personale
- Gestione del prontuario
- Determinazione dei prezzi ed introduzione del ticket

Seconda riforma del sistema sanitario

- Emanazione D.L.vo 502/1992 e successive modifiche
- Universalismo delle garanzie e approfondisce gli aspetti di gestione e di organizzazione
- Razionalizzazione dell'attività sanitaria
- L'economia sanitaria si propone di avviare interventi, che a parità di risultato, garantiscano un uso ottimale delle risorse

PRINCIPALI NOVITA' D.LGS. 502/92

- Istituite le Aziende USL e le Aziende ospedaliere (AO)
- Direttore generale coadiuvato da direttore sanitario e direttore amministrativo
- Assistenti e Aiuti divengono Dirigenti di I livello
- Dirigenti di II livello con nomine per 5 anni
- Accreditemento e pagamento per prestazione (DRG)
- Specializzazione obbligatoria



Elementi innovativi 502/92

- livelli essenziali di assistenza
- aziendalizzazione
- decentramento delle autonomie e delle responsabilità
- l'integrazione dei servizi
- il sistema di finanziamento
- l'accreditamento

Livelli essenziali di assistenza

- La determinazione dei livelli di assistenza spetta allo stato
- Possono essere definiti tenendo conto della programmazione socio economica nazionale e degli obiettivi di tutela della salute
- Devono essere coerenti con il finanziamento del SSN
- Esigenza di garantire ai cittadini un trattamento sanitario certo, definito uniforme
- Definire in maniera univoca quali attività sono finanziabili dal Fondo Sanitario Nazionale
- Garantire alle Regioni la certezza del finanziamento

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Sono definiti **ESSENZIALI** i livelli di assistenza che prevedono prestazioni sanitarie **necessarie** (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute degli individui), **efficaci** ed **appropriate** (rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni, e compatibili con le risorse disponibili), che debbono essere uniformemente **garantite su tutto il territorio nazionale e a tutta la popolazione**, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute

Fonti Normative

1. **Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502** “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”
2. **Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229** "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419“
3. **Legge 16 novembre 2001, n. 405** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria“
4. **Decreto Presidente Consiglio Ministri 29 novembre 2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

I LEA consistono nei servizi sanitari da fornire in risposta a determinati bisogni, ai quali la collettività ritiene di dover dare risposta attraverso risorse pubbliche, reperite a carico della fiscalità generale

I tre livelli principali (macrolivelli) sono articolati in sotto-livelli individuati con riferimento ai settori di intervento, ai fattori di spesa, alle modalità di organizzazione dell'offerta e alle specifiche categorie di utenti ai quali si rivolgono, tenuto conto delle specificità e delle esigenze conoscitive dei diversi settori di intervento.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

(suppl. G.U. n° 19 del 23 gennaio 2002)

Livelli di assistenza sanitaria *articolazione per aree di offerta*

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- A. Profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- B. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- C. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro
- D. Sanità pubblica veterinaria
- E. Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- F. Attività di prevenzione rivolte alla persona:
 - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
 - programmi di diagnosi precoce
- G. Servizio medico-legale

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Livelli di assistenza sanitaria *articolazione per aree di offerta*

2. Assistenza distrettuale

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347
- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative
- diagnostica strumentale e di laboratorio

F. Assistenza protesica

- fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Livelli di assistenza sanitaria *articolazione per aree di offerta*

G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

H. Assistenza residenziale e semiresidenziale

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività san. e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
- attività san. e sociosanitaria rivolta a pazienti in fase terminale
- attività san. e sociosanitaria rivolta a persone con infezione da HIV

I. Assistenza termale

- cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Livelli di assistenza sanitaria *articolazione per aree di offerta*

3. Assistenza ospedaliera

- a) Pronto soccorso
- b) Degenza ordinaria
- c) Day hospital
- d) Day surgery
- e) Interventi ospedalieri a domicilio
- f) Riabilitazione
- g) Lungodegenza
- h) Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione emoderivati e servizi trasfusionali
- i) Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto organi e tessuti

Nell'ambito dei tre macrolivelli figura anche l'assistenza a patologie particolari: diabete mellito, nefropatici cronici, fibrosi cistica, malattie rare,...

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Prestazioni totalmente escluse dai LEA in quanto non hanno come fine diretto la tutela della salute, o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto al costo risulta sfavorevole:

- a) chirurgia estetica non conseguente ad incidenti, malattie o malformazioni congenite;
- b) circoncisione rituale maschile;
- c) medicine non convenzionali (agopuntura - fatta eccezione per le indicazioni anestesilogiche - fitoterapia, medicina antroposofica, medicina ayurvedica, omeopatia, chiropratica, osteopatia nonché tutte le altre non espressamente citate);
- d) vaccinazioni non obbligatorie in occasione di soggiorni all'estero;
- e) certificazioni mediche (con esclusione di quelle richieste dalle istituzioni scolastiche ai fini della pratica non agonistica per i propri alunni, ai sensi dell'art. 31 del DPR 270/2000 e dell'art. 28 del DPR 272/2000) non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge (incluse le certificazioni di idoneità alla pratica di attività sportiva, agonistica e non, idoneità fisica all'impiego, idoneità al servizio civile, idoneità all'affidamento e all'adozione, rilascio patente, porto d'armi, ecc.)
- f) le seguenti prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale: esercizio assistito in acqua, idromassoterapia, ginnastica vascolare in acqua, diatermia a onde corte e microonde, agopuntura con moxa revulsivante, ipertermia NAS, massoterapia distrettuale riflessogena, pressoterapia o presso-depressoterapia intermittente, elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, ionoforesi, laserterapia antalgica, mesoterapia, fotoforesi terapeutica, fotochemioterapia extracorporea, fotoforesi extracorporea.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA:
prestazioni che potranno essere fornite ai cittadini solo a condizione che venga rispettato il principio dell'appropriatezza clinica e organizzativa, vale a dire:

1. che lo stato di salute del paziente sia tale per cui quella specifica prestazione può portare un **effettivo beneficio** (appropriatezza clinica);

2. che il **regime di erogazione** della prestazione (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio) sia quello che garantisce l'uso più **efficiente** delle risorse in rapporto alle caratteristiche dell'intervento e alle condizioni del paziente

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Prestazioni parzialmente escluse dai LEA:

- a) **assistenza odontoiatrica**, limitatamente alle seguenti prestazioni: programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità
- b) **densitometria ossea** limitatamente alle condizioni per le quali vi sono evidenze di efficacia clinica
- c) **medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale**: l'erogazione delle prestazioni ricomprese nella branca è condizionata alla sussistenza di taluni presupposti (quali la presenza di quadri patologici definiti, l'età degli assistiti, un congruo intervallo di tempo rispetto alla precedente erogazione, ecc.) ovvero a specifiche modalità di erogazione (es. durata minima della prestazione, non associazione con altre prestazioni definite, ecc.), fatto salvo quanto previsto nell'elenco 1 punto f.
- d) **chirurgia refrattiva con laser ad eccimeri** erogabile limitatamente a casi particolari di pazienti con anisometropia grave o che non possono portare lenti a contatto o occhiali.

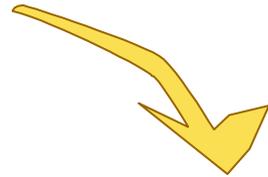
Tendenze nel SSN e appropriatezza

- Potenziamento e crescita del ricovero diurno o dell'attività ambulatoriale
- Definizione dei LEA (dal 2001 DPCM n.26 19.11.2001)
- Introduzione del principio di (D Lgs 229/99 e succ.)
 - Efficacia
 - Appropriatezza
 - Economicità nell'erogazione delle prestazioni
- Sviluppo ed implementazione di
 - Linee guida cliniche
 - Linee guida clinico organizzative
 - Percorsi assistenziali

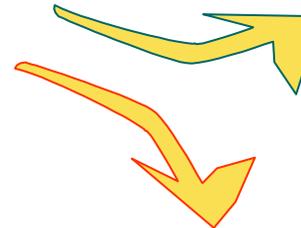
PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Setting assistenziale appropriato

Ricoveri
ordinari
(110 DRG LEA
DGR 4277/09)



Day hospital
Day surgery
(Decreto 40/12)



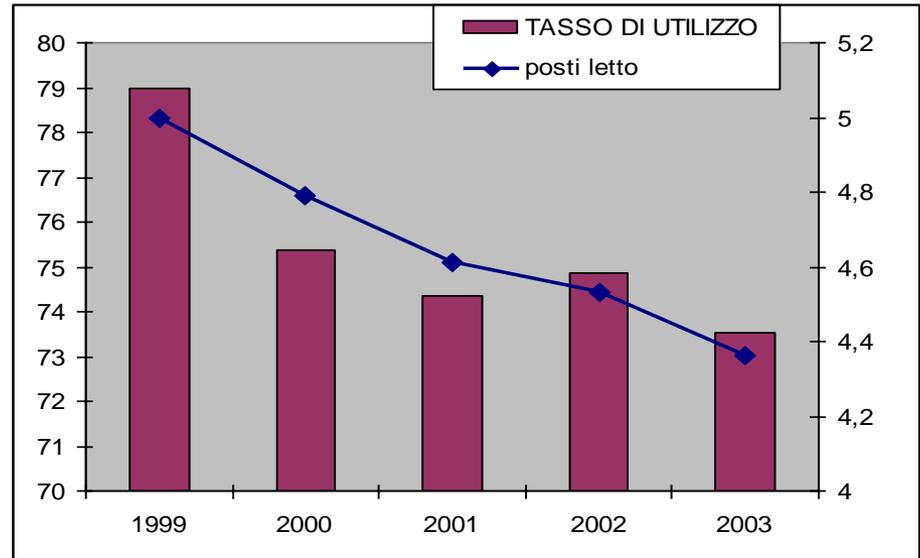
Day service
Ambulatoriale
(DGR640/2012)

Prestazioni
ambulatoriali
(DGR 859/11)

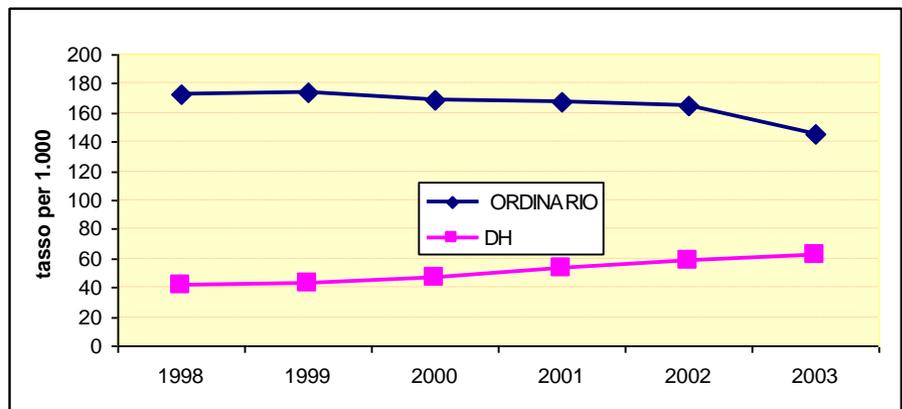
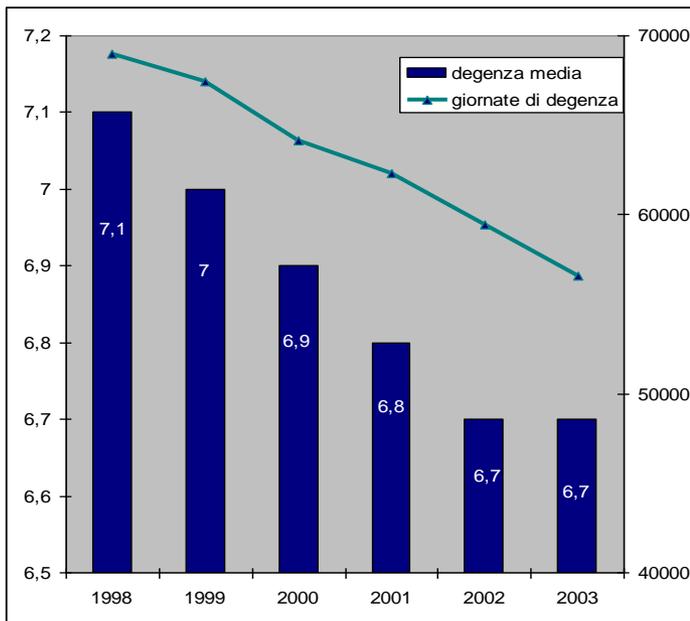
Principali risultati attesi

Riduzione dei posti letto e
stabilità nei tassi di utilizzo
(ordinario)

Riduzione delle giornate di
degenza e della degenza media
(acuti, ordinario)



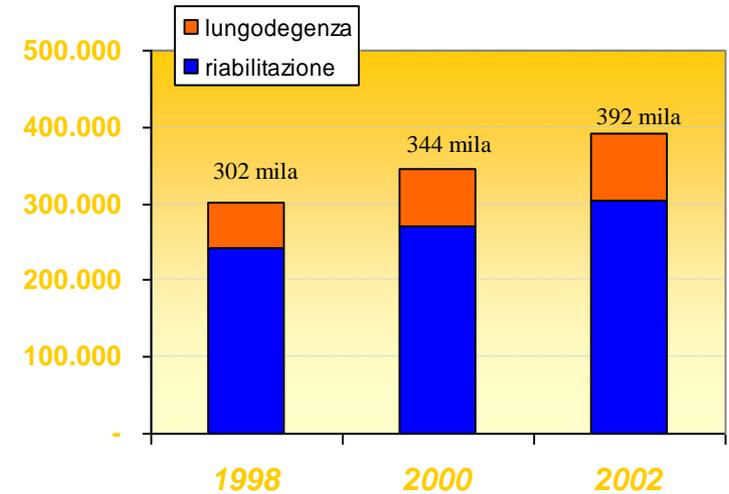
Riduzione dell'ospedalizzazione
ordinaria e aumento del day hospital



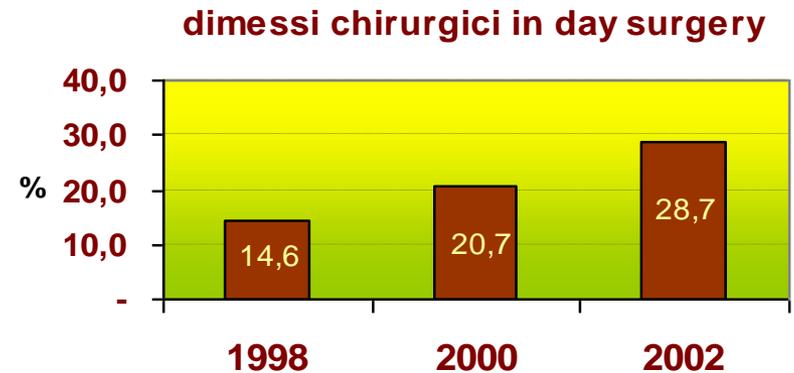


Principali risultati attesi

- Aumento dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza



- Incremento dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno





Principali risultati attesi

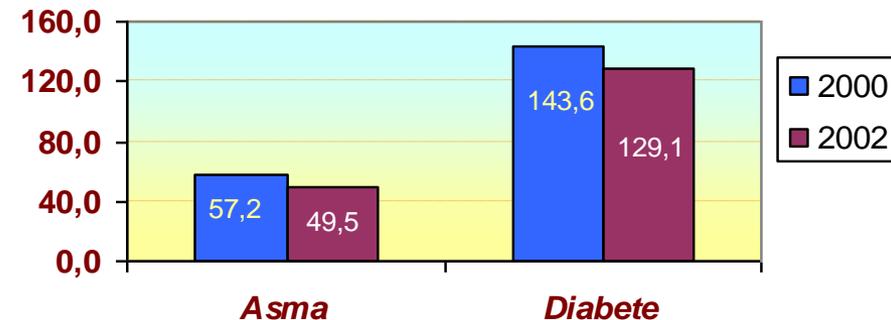
Aumento “appropriatezza”

- ◆ Aumento day hospital per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in modalità ordinaria
- ◆ Minor ricorso al ricovero per diagnosi trattabili in altre modalità assistenziali

% dimessi in D.H.

DRG	2001	2002
Interventi sul cristallino	47%	62%
Interventi per ernia inguinale e femorale	24%	31%
Interventi sul ginocchio senza CC	20%	26%
Legatura e stripping di vene	31%	40%
Decompressione tunnel carpale	66%	73%

Tassi di ricovero per 1.000 ab.



INDICATORI LIVELLO OSPEDALIERO

appropriatezza organizzativa (LEA-1)

Indicatore	Sottolivello	Significato e utilità
% “ Day Surgery ”+” One day Surgery ” per interventi catatratta, stripping vene...	Day Hospital (DH)	Limitare ricorso improprio ricovero ordinario
Giornate DH rispetto a Ricovero Ordinario	Day Hospital	Favorire sviluppo DH
% giornate DH medico su Ricovero ordinario	Day Hospital	Ridurre ricorso DH di tipo diagnostico
% ricoveri brevi	Ricovero Ord.,DH assistenza extraosp.	Ridurre occupazione impropria reparti ord.
% ricoveri degenza prolungata per diagnosi	Ricovero Ordinario assistenza residenzial	Limitare ricoveri vs assistenza non ospedal.
Degenza media preoperatoria	Ricovero Ordinario sale operatorie	Ridurre utilizzo improprio reparti

INDICATORI LIVELLO OSPEDALIERO

appropriatezza organizzativa (LEA-2)

Indicatore	Sottolivello	Significato e utilità
Degenza media grezza e corretta per case-mix	Ric. Ord	Ridurre utilizzo improprio reparti
% ricoveri 0-1 giorno medici su totale ricoveri medici	Ric. Ord	Ridurre occupazione impropria reparti ordinari
% dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Sale operatorie e reparti chirurgici	Favorire miglior uso reparti chirurgici
% casi medici oltre soglia & età >65 anni su totale casi medici età>65 anni	Ricovero Ordinario	Trasferire ricoveri ordinari verso regimi a più bassa intensità assistenziale
Peso medio ricoveri di paz anziani	Ricovero Ordinario e assistenza extraospedaliera	Ridurre ricorso al ricovero per condizioni semplici e trattabili in ambito extraospedaliero

INDICATORI LIVELLO OSPEDALIERO

appropriatezza organizzativa (LEA-3)

Indicatore	Sottolivello	Significato e utilità
% di parti chirurgici cesarei		Limitare l'indicazione inappropriata a intervento chirurgico
Tassi di ospedalizzazione per interventi chirurgici ove esista uno standard di appropriatezza		Limitare il ricorso a interventi chirurgici non necessari, rispetto ad altre modalità di cura
% di prostatectomia TURP rispetto alla via laparoscopica		Limitare l'indicazione inappropriata a una tecnica superata

Ministero della Salute, adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA”: risultati 2011

- forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e all’interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili



Legenda

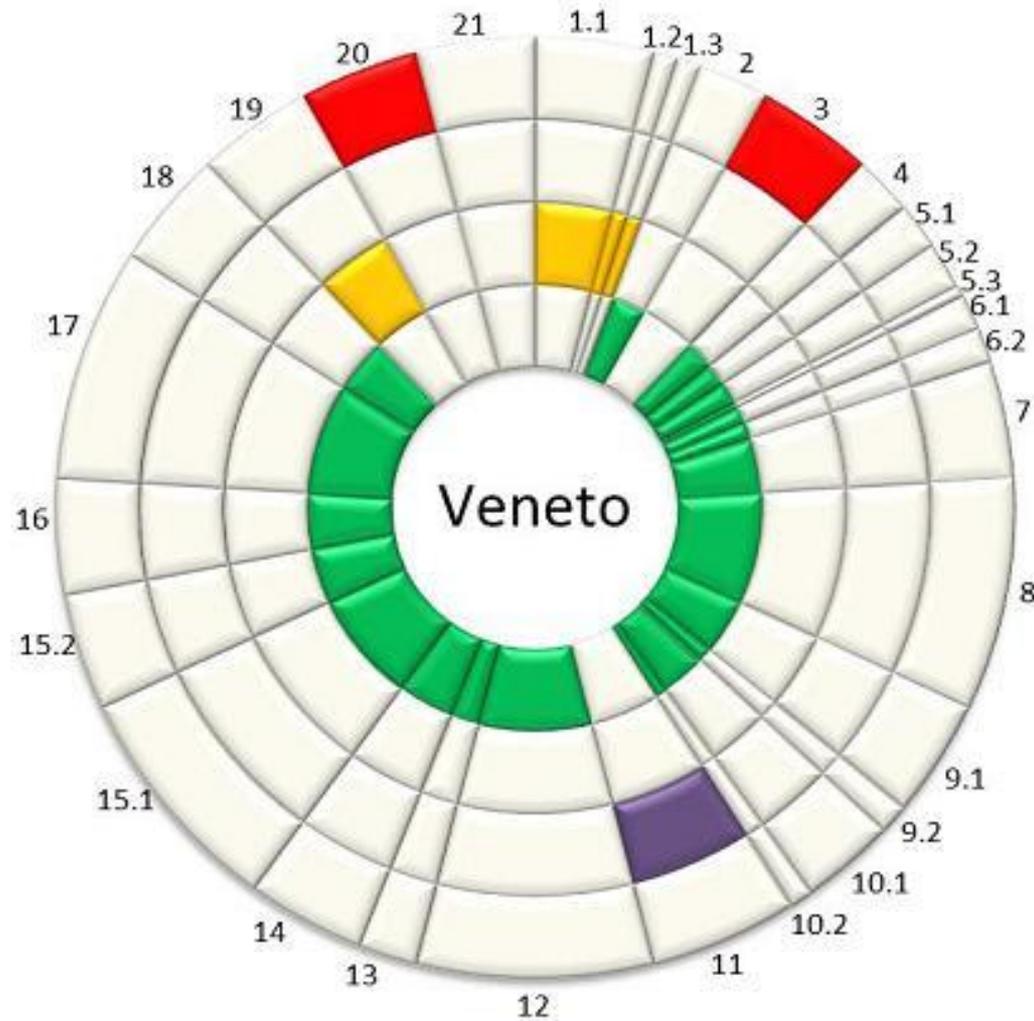
-  adempiente
-  adempiente con impegno su alcuni indicatori
-  critica
-  non sottoposta a verifica

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
bilighi inform. economici	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI
bilighi inform. statistici	SI, con impegno	SI	NO	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI							
bilighi inform. veterinari	SI															
ntenimento erogazione SA	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	SI	SI, con impegno	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI
ti Letto	SI	SI, con impegno	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	SI	SI, con impegno	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI
proprietà	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI	SI
te d'attesa	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI
ntrollo spesa acuitica	Valut congiunta															
onferimento dati al SIS	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI, con impegno	SI									
ntabilità analitica	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
nterferibilità D.G.	SI															
ostituti medici	SI	SI, con impegno														
trib. diretta farmad cl.	SI	SI, con impegno														
uzione assist. dallera erogata	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI
sistenza domic. e enziale	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI, con impegno	Si rinvia a PDR	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI, con impegno	SI

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
iffe ospedaliere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ino Nazionale rzione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ino nazionale agg nale	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI						
ordi successivi al 29.11.2001	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI, con impegno	SI	SI						
A aggiuntivi	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI
illizia sanitaria	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
creditaento	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI								
erimentazioni nali	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
rganizzazione rete tori	SI	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI
tela salute luoghi di 2	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ontrollo cartelle te	SI	SI, con impegno	NO	NO	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI, con impegno	SI	SI
ssistenza protesica	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI, con impegno	SI	SI, con impegno						
ure palliative	Si rinvia a PDR	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
anità penitenziaria	SI	SI, con impegno	NO	SI, con impegno	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI
nsunimi ospedalieri edicinali	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI
ozza del pzienti	SI	SI	Si rinvia a PDR	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sicilia	Toscana	Umbria	Veneto
ntuazione dell'art 11 ntesa Stato-Regioni del 3 dic in materia di certificabilità dei 3 sanitari	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile	Non valutabile
istema CUP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
acquisizione dati di ass in genza-urgenza NSIS-EMUR	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI
acquisizione dati di ass illiare NSIS-SIAD	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI, con impegno	SI
acquisizione dati di ass anziane e semiresidenziale -FAR	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI
Acquisizione dati di ass per a mentale NSIS-SISM	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	SI	SI	SI
Acquisizione dati relativi a denza da sostanze facenti NSIS-SIND	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
sistema Fascicolo Sanitario onico-FSE	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI
attività trasfusionale	Si rinvia a PDR	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI
percorso nascita	Si rinvia a PDR	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI, con impegno	SI
emergenza-urgenza	SI	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	Si rinvia a PDR	Si rinvia a PDR	SI, con impegno	SI, con impegno	SI
cure primarie	SI	SI	SI	Si rinvia a PDR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
tabilizzazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI, con impegno	SI	SI	SI, con impegno

La performance della Regione Veneto



La performance della Regione Veneto

- Due gli indicatori che sono risultati critici, evidenziati nel rosone dal colore rosso :
 - 3) Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
 - 20) Degenza media trimmata standardizzata per case-mix
- Quattro gli indicatori per i quali si richiede un certo grado di impegno, evidenziati dal colore arancione:
 - 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
 - 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
 - 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
 - 19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario
- Infine, un solo indicatore risulta essere critico, ma in via di miglioramento (evidenziato in viola): il numero 11, relativo ai posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore.

L'aziendalizzazione

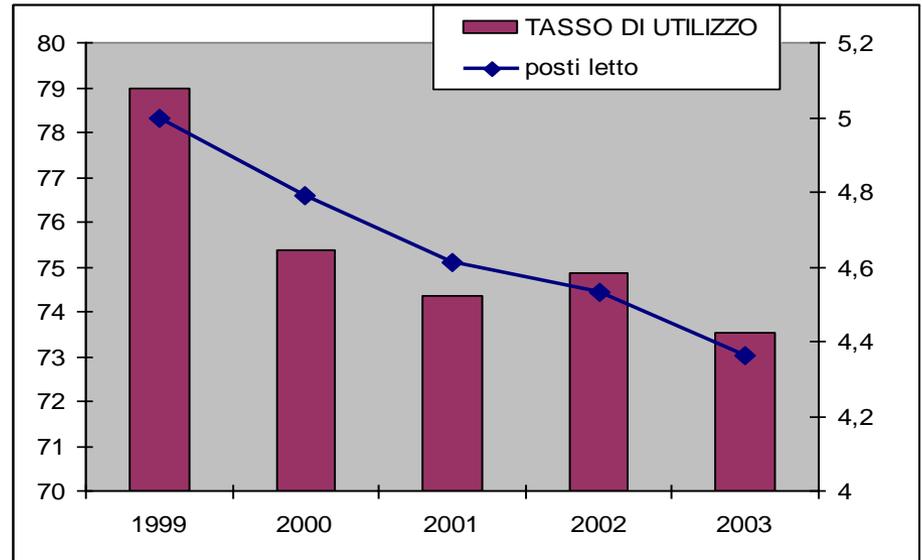
- Qualificazione dell'Azienda ULS (ASL), con personalità giuridica ed autonomia amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica
- Rappresenta la sintesi di un principio guida per l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari finalizzato alla continua ricerca di miglioramento dell'efficienza produttiva, distributiva ed allocativa delle risorse sanitarie
- Compete il raggiungimento dei livelli di assistenza del proprio ambito territoriale
- Fra i nuovi ruoli il Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo (Sociale) e il Controllo di gestione

Tendenze nel SSN e appropriatezza

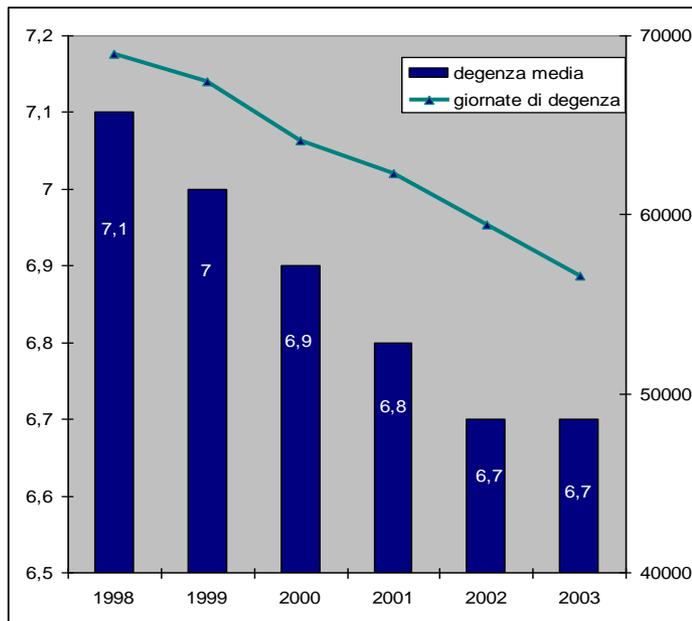
- Potenziamento e crescita del ricovero diurno o dell'attività ambulatoriale
- Definizione dei LEA (a partire dal 2001 Dpcm n.26 19.11.2001)
- Introduzione del principio di (D Lgs 229/99 e succ.)
 - Efficacia
 - Appropriatezza
 - Economicità nell'erogazione delle prestazioni
- Sviluppo ed implementazione di
 - Linee guida cliniche
 - Linee guida clinico organizzative
 - Percorsi assistenziali

... dopo 12 anni ...

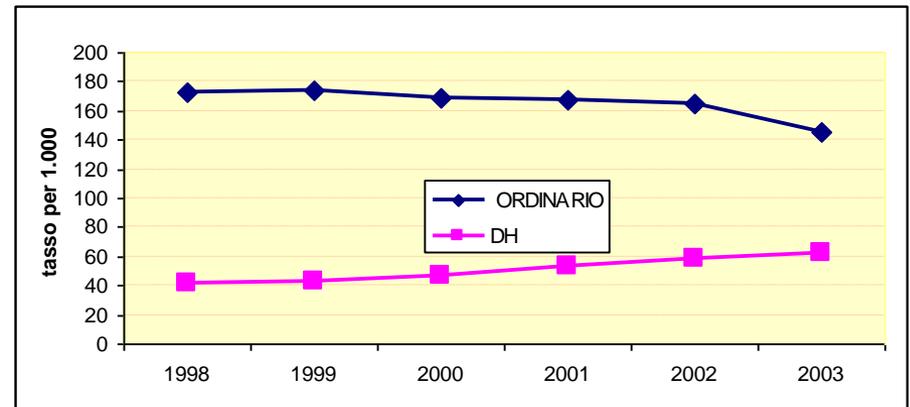
**Riduzione dei posti letto e
stabilità nei tassi di
utilizzo (ordinario)**



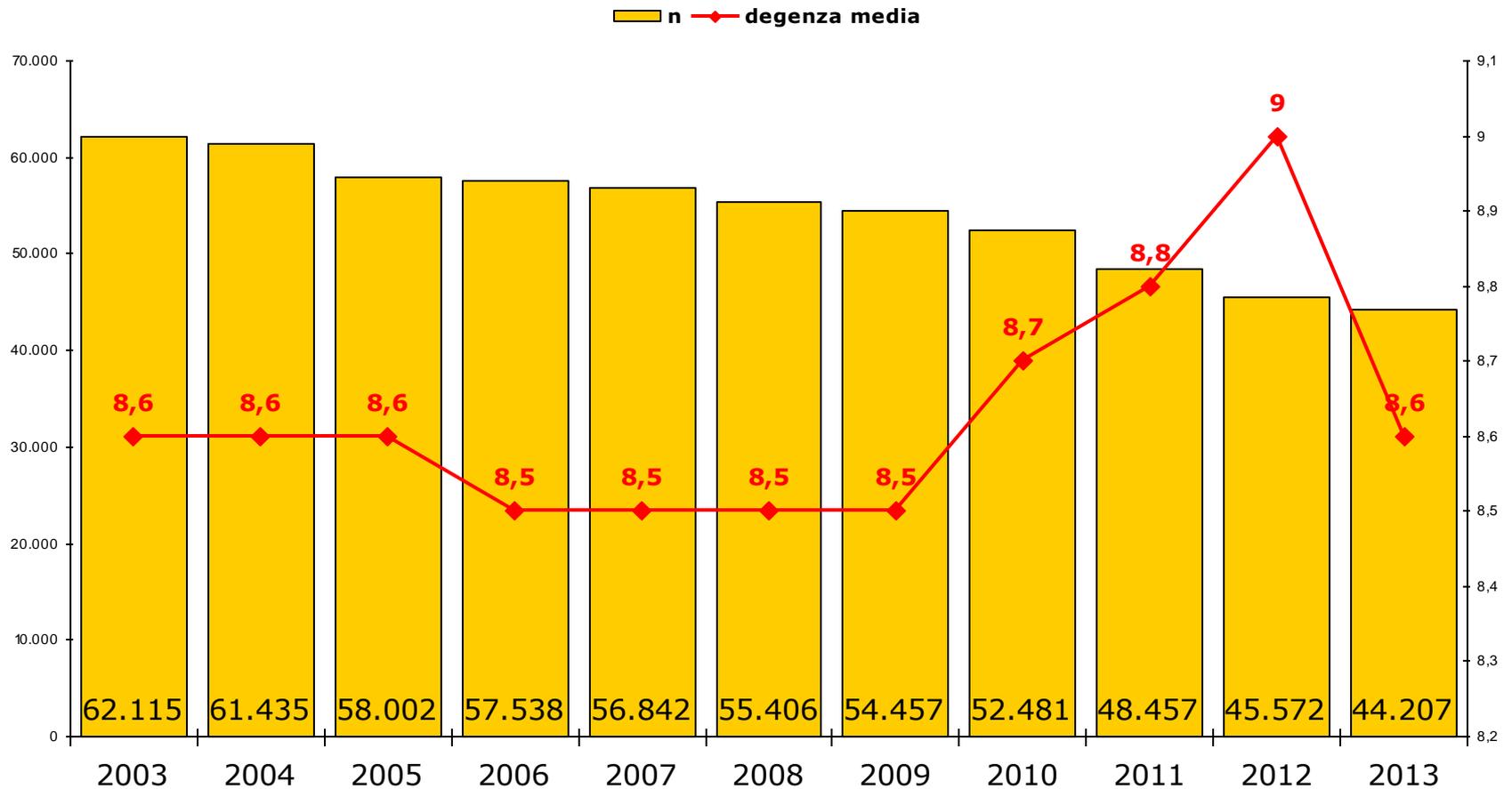
**Riduzione delle giornate
di degenza e della
degenza media (acuti,
ordinario)**



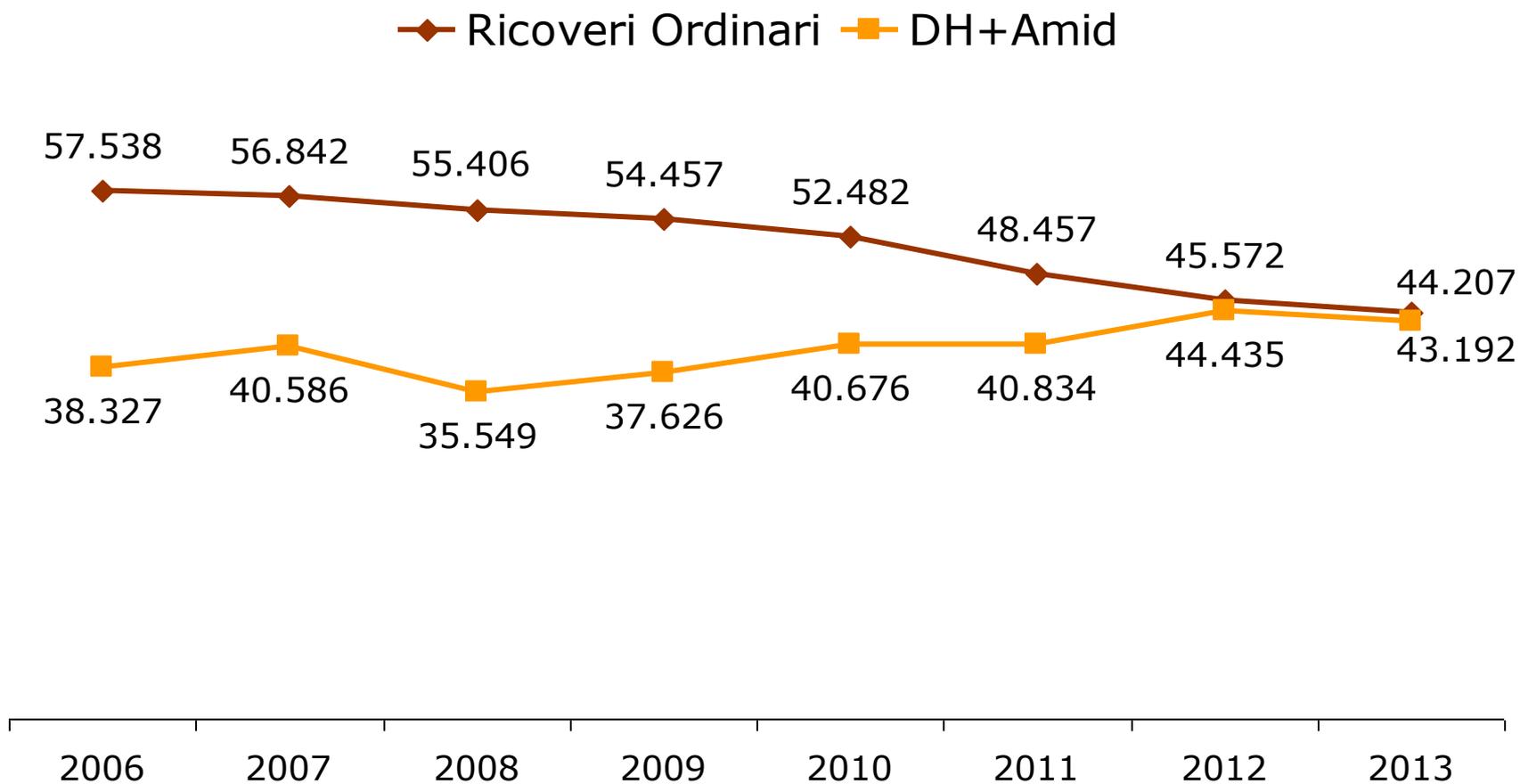
**Riduzione dell'ospedalizzazione
ordinaria e aumento del day
hospital**



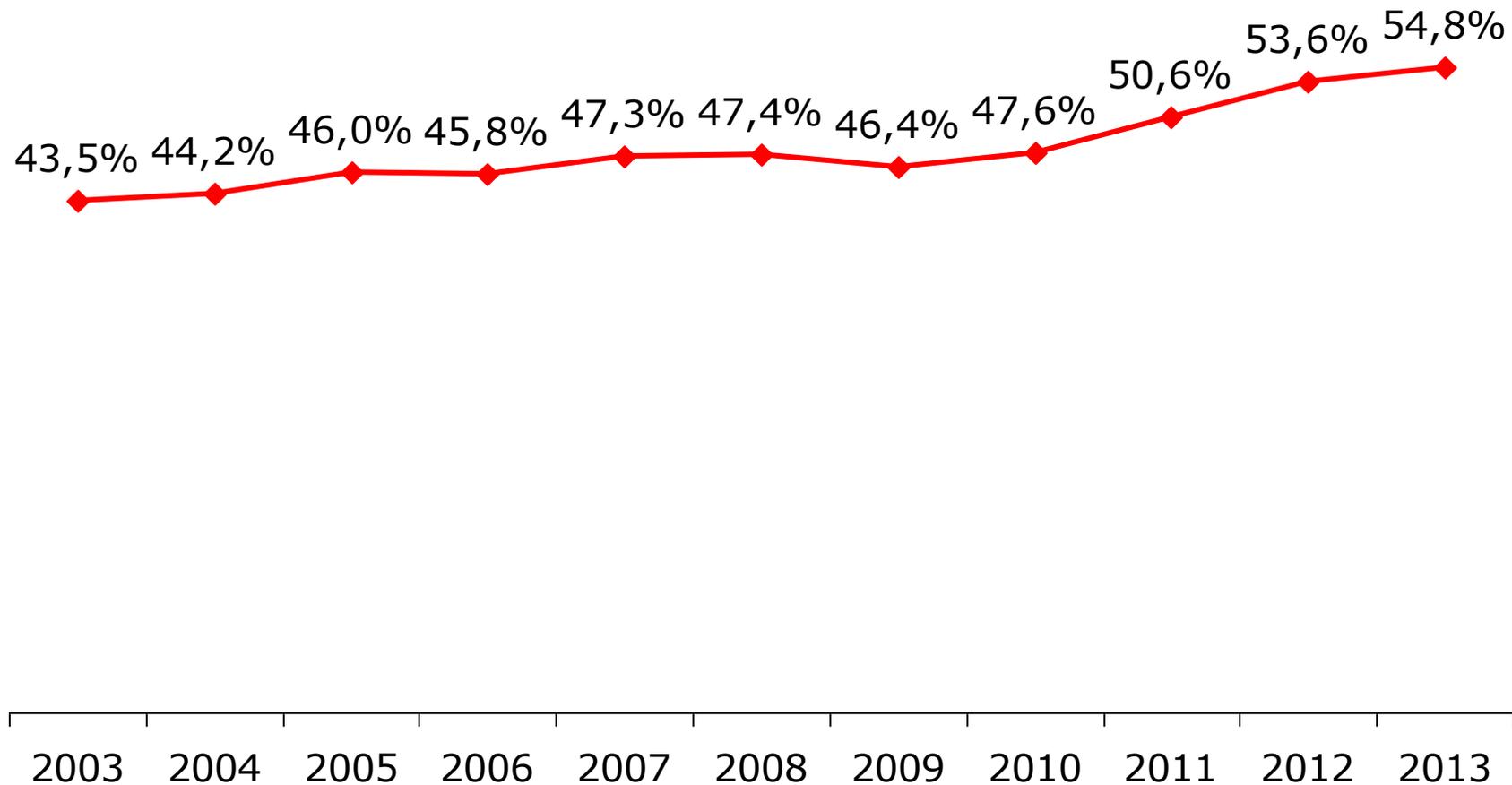
AOUI Verona: Ricovero ordinario e degenza media: trend 2003-2013



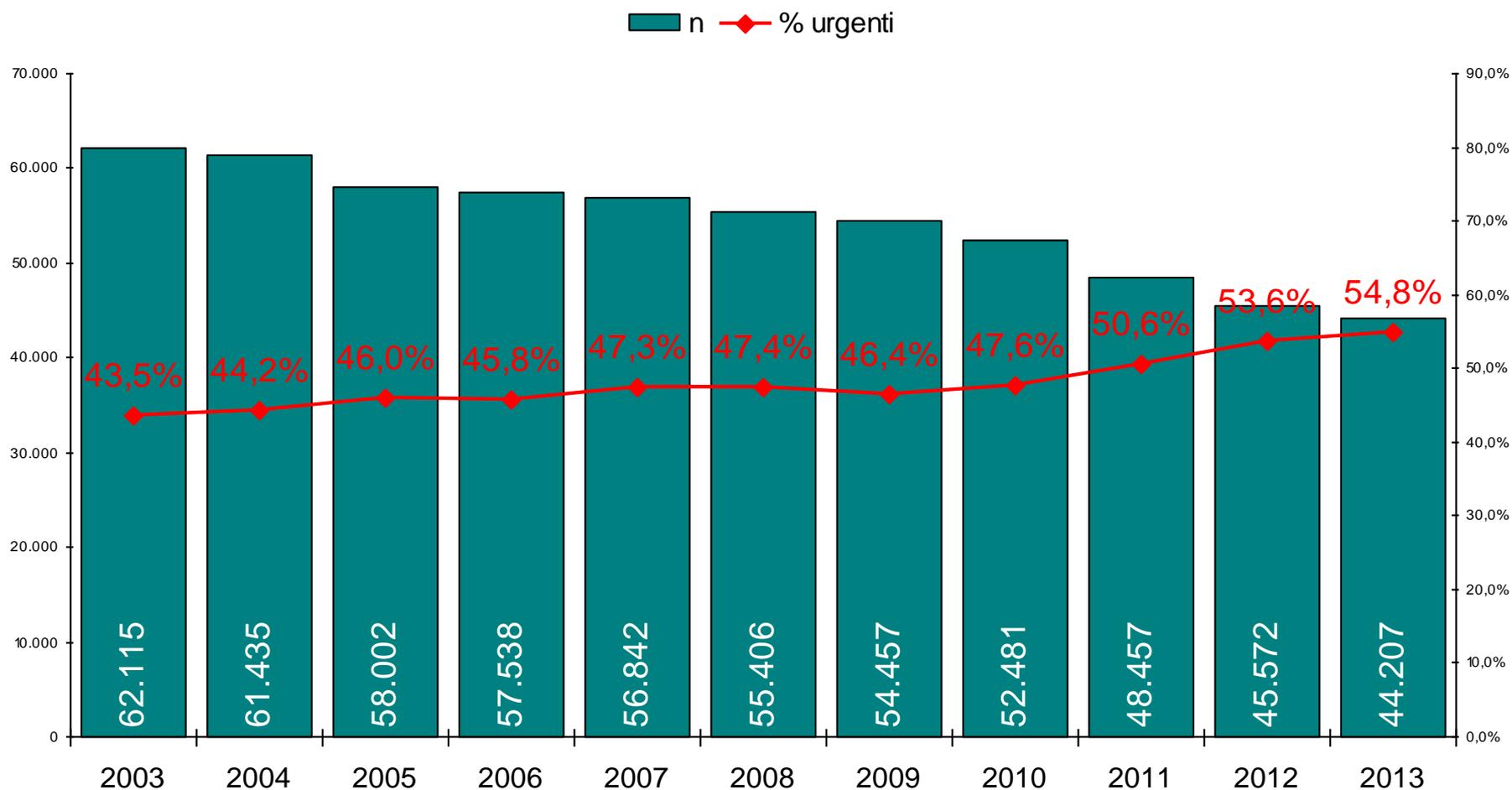
AOUI Verona: Tipologia attività



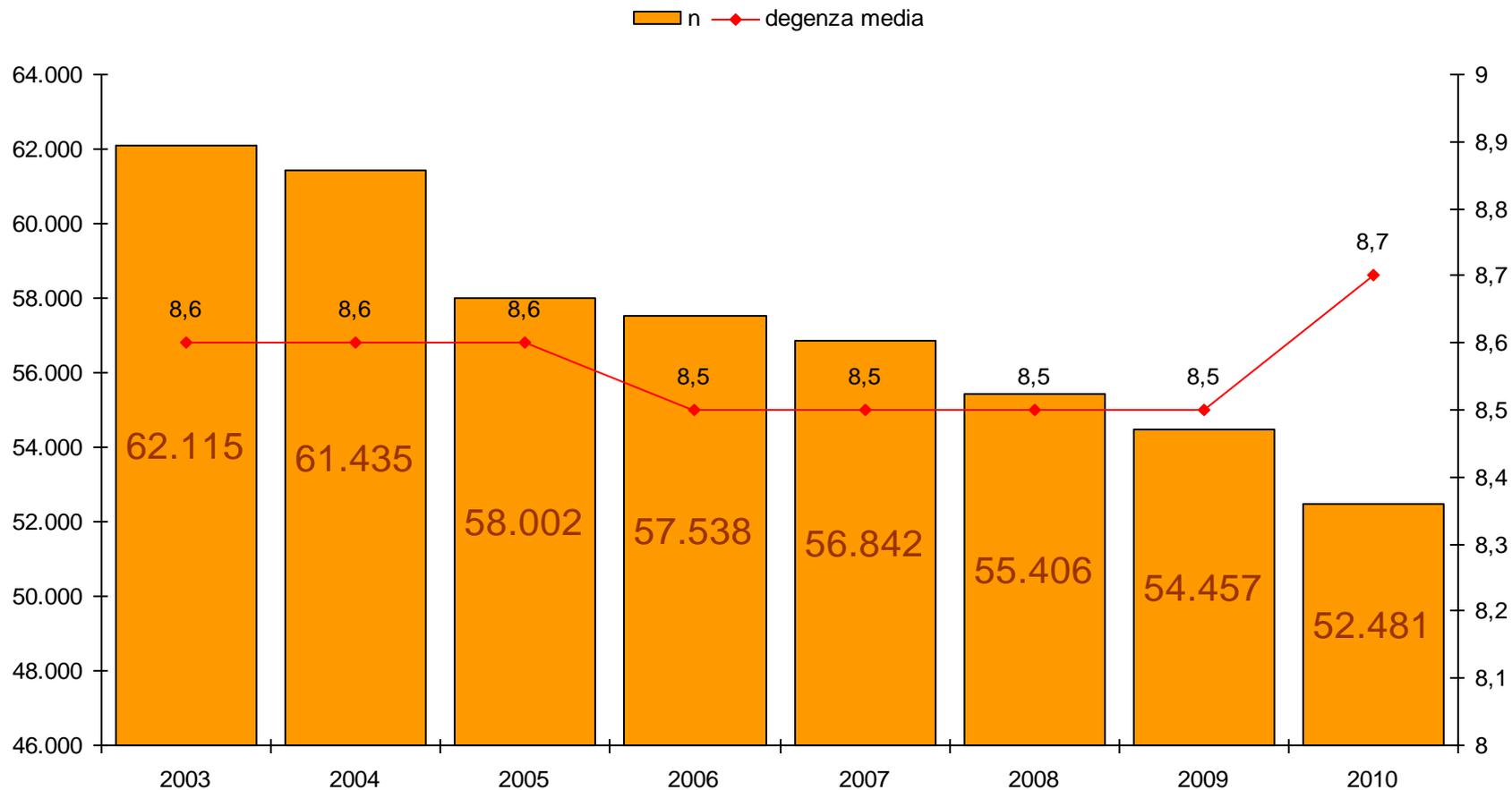
AOUI Verona: % ricoveri urgenti



AOUI Verona: Ricovero ordinario e % casi urgenti (trend 2003-2013)



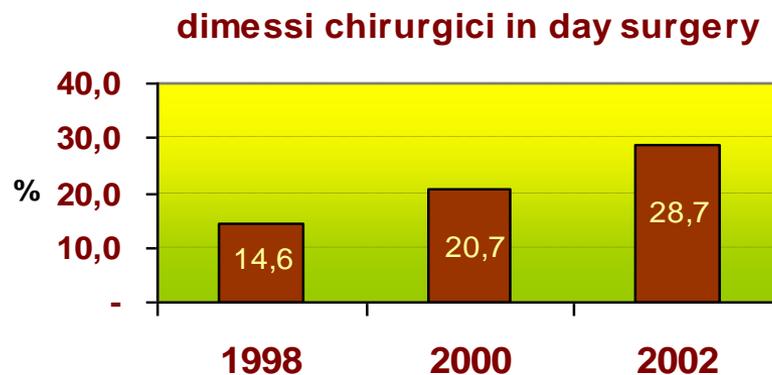
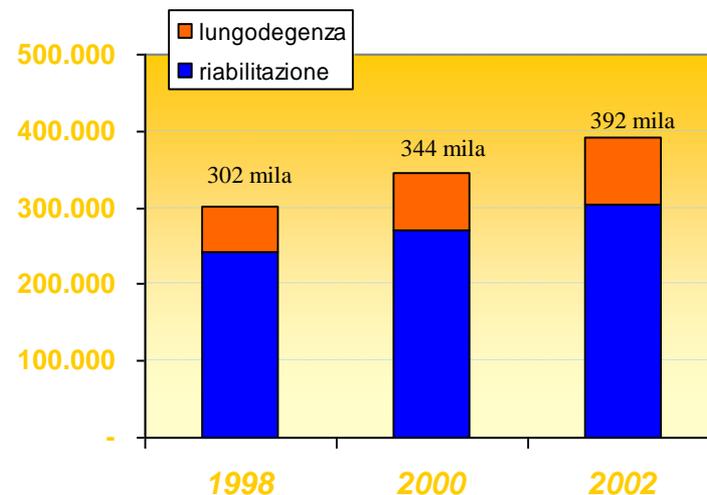
Ricovero ordinario: trend 2003-2010





Principali risultati

- **Aumento dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza**
- **Incremento dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno**





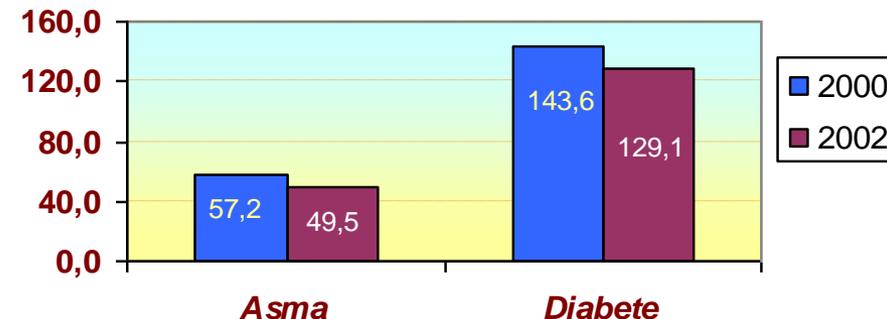
Principali risultati

- **Aumento "appropriatezza"**
 - ◆ **Aumento day hospital per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in modalità ordinaria**
 - ◆ **Minor ricorso al ricovero per diagnosi trattabili in altre modalità assistenziali**

% dimessi in D.H.

DRG	2001	2002
Interventi sul cristallino	47%	62%
Interventi per ernia inguinale e femorale	24%	31%
Interventi sul ginocchio senza CC	20%	26%
Legatura e stripping di vene	31%	40%
Decompressione tunnel carpale	66%	73%

Tassi di ricovero per 1.000 ab.



Decentramento delle autonomie e delle responsabilità

- Le ASL divengono le responsabili delle politiche sanitarie locali
- L'autonomia si concretizza in relazione
 - all'organizzazione dei fattori produttivi
 - alla copertura dei livelli di assistenza
 - Finanziamento attraverso un proprio gettito fiscale
- Alle regioni il compito di determinare i principi organizzativi dei servizi, delle prestazioni, al calcolo dei finanziamenti, gli indirizzi tecnici, promozione e di supporto, la valutazione della qualità dell'assistenza

L'integrazione dei servizi

- L'intersettorialità dei programmi e degli interventi è il presupposto pratico per lo sviluppo bilanciato dell'assistenza sanitaria
- Le possibilità di integrare le politiche sanitarie rappresenta una garanzia di efficienza nel lungo periodo sulla base
 - della programmazione territoriale,
 - delle informazioni tra le varie strutture assistenziali
 - del supporto sociale

Il sistema di finanziamento

- Viene distinto in due livelli
 - Nazionale (finanziamento Sanitario Nazionale): a carico del bilancio dello stato e determinato dalla finanziaria; distribuito alle Regioni sulla base del numero dei residenti, corretto per la mobilità interregionale, la coesistenza e la conservazione del patrimonio immobiliare, le dotazioni tecnologiche e le condizioni sociosanitarie
 - Locale (regionale) costituiti dal
 - Fondo sanitario Regionale
 - Da entrate proprie (ticket, prestazioni a pagamento)
 - Forme di indebitamento
 - Finanziamento deve essere coerente a quello statale e sulla base di alcuni servizi essenziali (PS, 118, trapianti)
 - Le USL: pagano le strutture convezionate a prestazione sui propri residenti (tariffa stabilita a livello Regionale) e distribuendo i fondi residui tra i servizi ed i presidi della propria gestione

L'accreditamento

- Disciplina che deve essere richiesta alla propria Regione dai soggetti pubblici e privati già autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie
- È subordinato al possesso di determinati requisiti supplementari ed è lo strumento che consente di raggiungere il riconoscimento, da parte del cittadino, della facoltà di scegliere fra strutture pubbliche e private.

ACCREDITAMENTO

ACCREDITAMENTO è il processo per mezzo del quale un'agenzia o altra organizzazione autorevole, valuta e riconosce che un'istituzione, un professionista o un corso di studi soddisfa standard (caratteristiche) predefiniti ed è pertanto in grado di svolgere determinate funzioni e compiti.

L' "accreditamento dei servizi sanitari" è il riconoscimento pubblico che un'organizzazione/istituzione sanitaria soddisfa gli standard (requisiti) fissati da appositi organismi di accreditamento (Stato, Regioni, Province Autonome) ed è pertanto in grado di erogare determinate prestazioni sanitarie.

ACCREDITAMENTO

L'accreditamento è un processo di valutazione, sistematico e periodico, che verifica l'intero sistema erogante, non si focalizza solo su singoli aspetti, ma valuta con una visione complessiva tutto ciò che può influenzare la qualità delle prestazioni erogate ed i loro esiti.

L'accreditamento ha l'obiettivo di verificare la presenza dei requisiti (standard) necessari per l'erogazione di determinati livelli di assistenza. Rappresenta uno strumento per garantire la qualificazione degli erogatori e per promuovere l'autovalutazione ed il miglioramento continuo della qualità.

La procedura di accreditamento è, peraltro, indispensabile al soggetto erogatore per continuare ad essere considerato tale e garantisce il committente (l'istituzione che finanzia) sull'effettivo standard delle prestazioni fornite.

ACCREDITAMENTO

Il punto di partenza consiste nella definizione di criteri e standard che, se soddisfatti, consentono di accreditare le strutture interessate.

L'obiettivo dei processi di accreditamento è duplice:

- (a) attività di valutazione rispetto a standard di buona qualità;
 - (b) miglioramento continuo delle prestazioni erogate.
-

Sono riconosciute due tipologie di accreditamento delle organizzazioni sanitarie:

- [1] per pubblica regolamentazione (obbligatorio per legge), cioè il cosiddetto accreditamento istituzionale (Italia, Spagna, Francia, ...);
- [2] per autoregolamentazione professionale (accreditamento volontario) (USA, Canada, Australia, ...).

ACCREDITAMENTO

In Italia, l'istituto dell'accREDITAMENTO è richiesto per legge ed è pertanto un obbligo istituzionale delle strutture e delle organizzazioni sanitarie essere accreditate per poter operare ed accedere ai finanziamenti pubblici del Fondo Sanitario Nazionale.

L' "accREDITAMENTO istituzionale" è stato introdotto dalla normativa di riordino del SSN (D.L.vi 502/92, 517/93, 229/99) e con il DPR 14/01/97 ha identificato i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Alle Regioni e alle Province autonome è demandato il compito di accreditare le strutture sanitarie operanti nel rispettivo territorio.

Si tratta di un processo continuo: i criteri che consentono il rilascio dell'autorizzazione vengono poi verificati con regolarità e sistematicità (ogni 2-3 anni).

ACCREDITAMENTO

L'art. 8-bis del **D.lgs 229/99**, al comma 3, recita:

“La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle **autorizzazioni** di cui all'articolo 8-ter, all'**accreditamento istituzionale** di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli **accordi contrattuali** di cui all'articolo 8-quinquies. (...)

ACCREDITAMENTO

L'iter del processo di accreditamento

AUTORIZZAZIONE

realizzazione di
strutture sanitarie



AUTORIZZAZIONE

esercizio di
attività sanitarie



ACCREDITAMENTO



ACCORDI CONTRATTUALI

esercizio di
attività sanitarie
a carico del Ssn

ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

ACCREDITAMENTO

Il processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie passa attraverso 3 fasi distinte :

- [1] ① Autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture e ② Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie al cui rilascio è subordinata la presenza dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi.
- [2] Accreditamento istituzionale nel momento in cui la struttura sanitaria ① è in possesso dei requisiti ulteriori di qualità, ② è in linea con gli indirizzi della programmazione provinciale/regionale/nazionale, ③ evidenzia validità della attività svolta e dei risultati raggiunti. Viene rilasciato un attestato di soggetto accreditato ad esercitare per conto del SSN.
- [3] Accordi contrattuali - La regione/provincia autonoma e le unità sanitarie locali stabiliscono accordi con i soggetti pubblici e contratti con quelli privati accreditati, relativamente ai servizi sanitari che questi potranno fornire.

ACCREDITAMENTO

fase dell'autorizzazione all'esercizio

- 1] Requisiti minimi generali
- Organizzativi
 - Strutturali
 - Tecnologici

- 2] Requisiti minimi specifici
- Organizzativi
 - Strutturali
 - Tecnologici

ACCREDITAMENTO

A.1] REQUISITI MINIMI GENERALI Organizzativi

Tutte le organizzazioni devono aver definito i seguenti aspetti:

1. Documento che esplicita la missione, gli indirizzi, le strategie e le priorità; piano annuale di lavoro con obiettivi e risorse
2. Struttura organizzativa (esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane e finanziarie)
3. Gestione delle risorse umane (fabbisogno in termini numerici e per tipologia di professionalità, modalità di gestione, piano formazione, modalità inserimento neo-assunti)
4. Gestione delle risorse tecnologiche (metodi e procedure acquisti, piano manutenzione ordinaria e straordinaria, *health technology assessment*, ...)
5. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, predisposizione linee guida e regolamenti interni.
6. Sistema Informativo (raccolta, archiviazione e elaborazione dati)

ACCREDITAMENTO

A.2] REQUISITI MINIMI GENERALI

Strutturali e Tecnologici

Tutte le strutture sanitarie debbono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- Protezione antisismica
- Protezione antincendio
- Protezione acustica
- Sicurezza elettrica
- Sicurezza anti-infortunistica
- Igiene dei luoghi di lavoro
- Protezione dalle radiazioni ionizzanti
- Eliminazione delle barriere architettoniche
- Smaltimento dei rifiuti
- Condizioni microclimatiche
- Impianti di distribuzione dei gas
- Materiali esplosivi

ACCREDITAMENTO

B] REQUISITI MINIMI SPECIFICI

Strutturali, Tecnologici e Organizzativi

PER CIASCUNA TIPOLOGIA DI STRUTTURE

Es. reparto operatorio (N. sale definito in base alla tipologia, alla complessità ed ai volumi delle prestazioni):

[1] Requisiti minimi strutturali: i locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

- sala per l'esecuzione delle prestazioni
- deposito materiale sporco
- zona preparazione pazienti
-

[2] Requisiti minimi impiantistici:

- temperatura interna inv. e estiva compresa fra 20-24° C
- ricambi aria/ora (15 v/h)
-

ACCREDITAMENTO

REQUISITI MINIMI SPECIFICI

PER CIASCUNA TIPOLOGIA DI STRUTTURE

[3] Requisiti minimi tecnologici (per ogni sala operatoria):

- tavolo operatorio
- elettrobisturi
- strumentazione chirurgica opp. Ortopedica opp. Neurochirurgica opp. Cardiochirurgica, ...
-

[4] Requisiti minimi organizzativi

- numero e tipologia personale
- evidenza data scadenza per farmaci e materiali
- registrazione prestazioni effettuate
-

ACCREDITAMENTO

Limiti del processo di accreditamento:

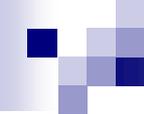
Qualsiasi procedimento di accreditamento o di certificazione (es. ISO 9000), per quanto le verifiche possano essere accurate e gli operatori esperti, non è in grado di garantire la "qualità" dei prodotti finali forniti, ma solo l'esistenza dei requisiti predisponenti di tipo organizzativo, tecnico e strutturale che possano favorire e promuovere la "qualità".



Terza riforma del sistema sanitario

- D.LGS. 229/99

- Continuazione del processo di riordino dell'assetto istituzionale, gestionale ed organizzativo del sistema sanitario



Principali novità D.L. 229/99

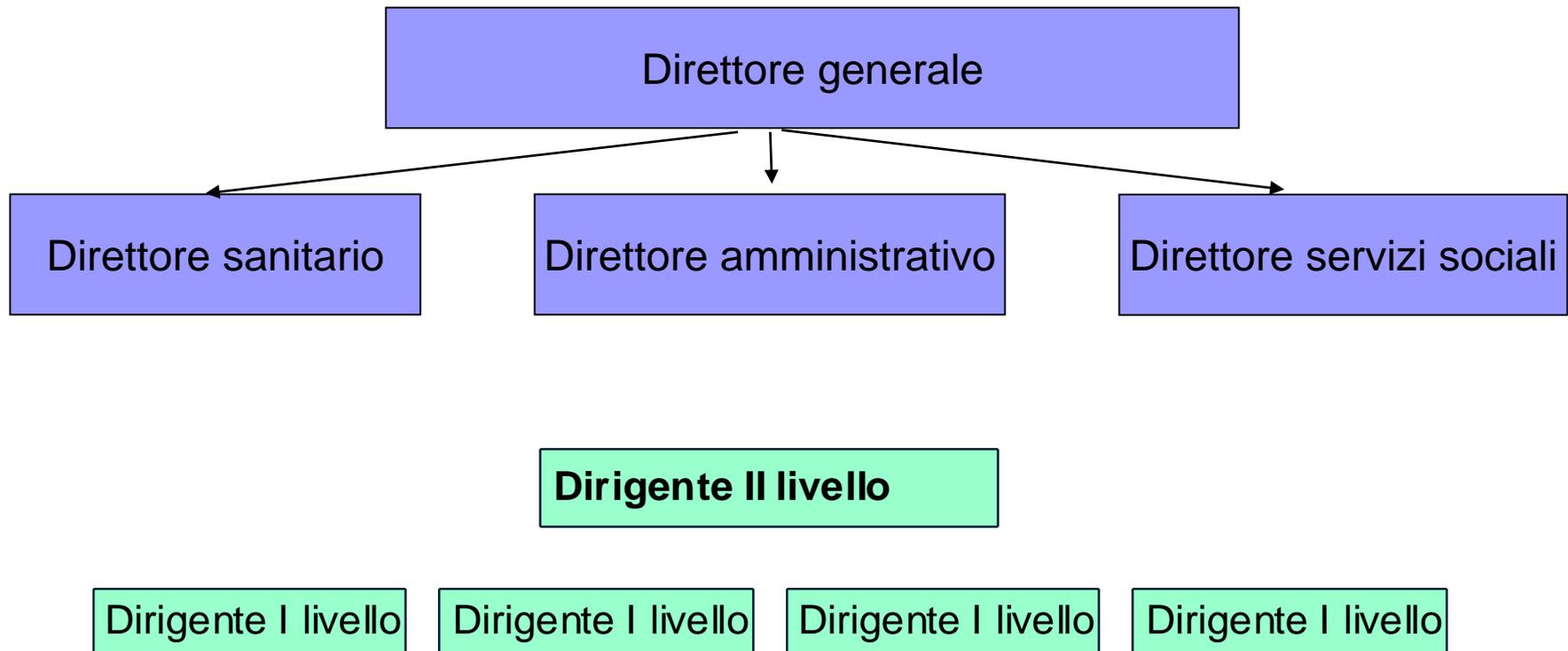
- Sorveglianza centrale
- Esclusività di rapporto
- Eliminazione primari “a vita”
- Aggiornamento obbligatorio
- Ruolo unico dirigente sanitario
- Prepensionamento medici

I più importanti provvedimenti attuativi previsti dal D.L. 229/99

- Istituzione all'interno del SSN, dell'area sociosanitaria
- Requisiti per l'accREDITAMENTO e procedimento per la loro verifica (REGIONI)
- Modalità e termini per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria
- Istituzione presso l'ASSR, della Commissione nazionale per l'accREDITAMENTO e la qualità dei servizi sanitari
- Istituzione della Commissione nazionale per la formazione continua
- Disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del SSN

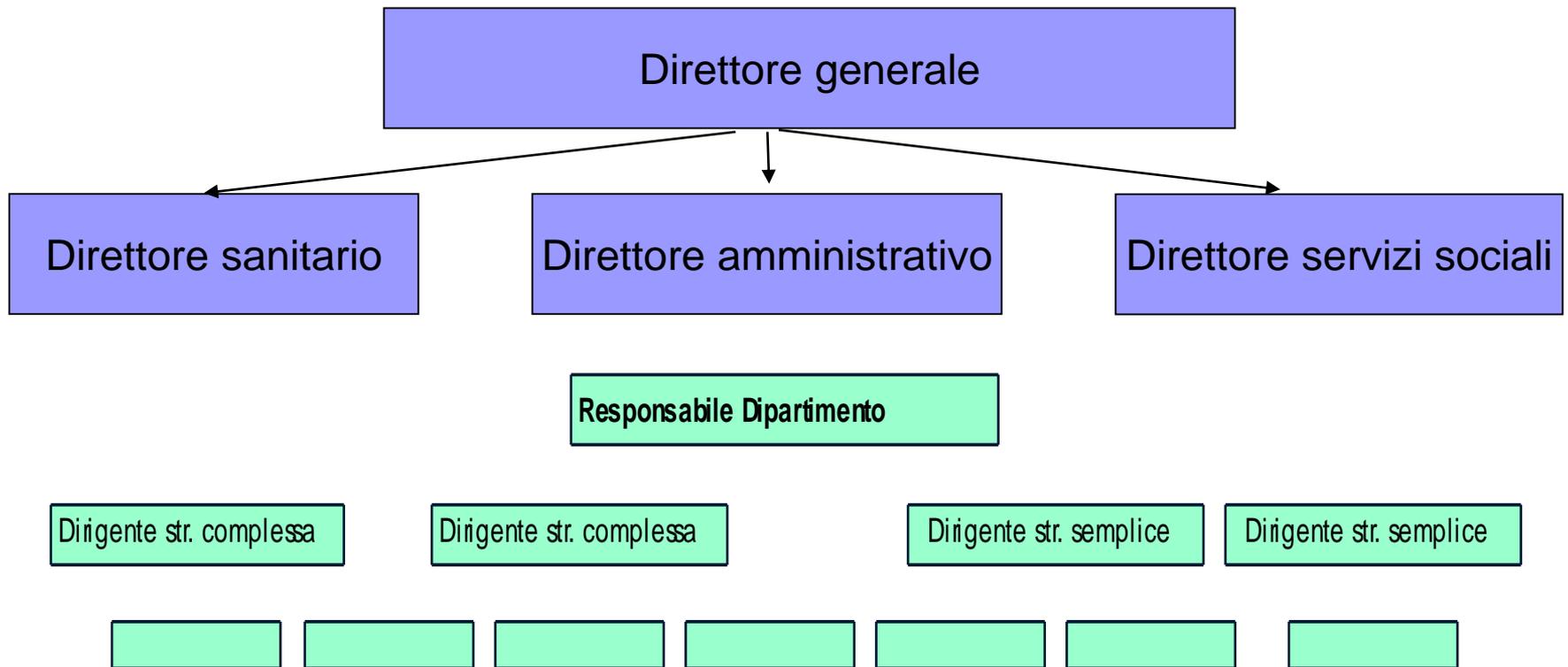
Organizzazione delle Aziende sanitarie (AO, Az.USL)

Dopo il D.Lgs. 502/92



Organizzazione delle Aziende sanitarie (AO, Az.USL)

Dopo il D.Lgs. 229/99



LIVELLI DEL SSN

STATALE

- Parlamento
- Governo
- Min. salute
- ASSR
- Conferenza Stato-regioni
- ISS, ISPESL

ANPA

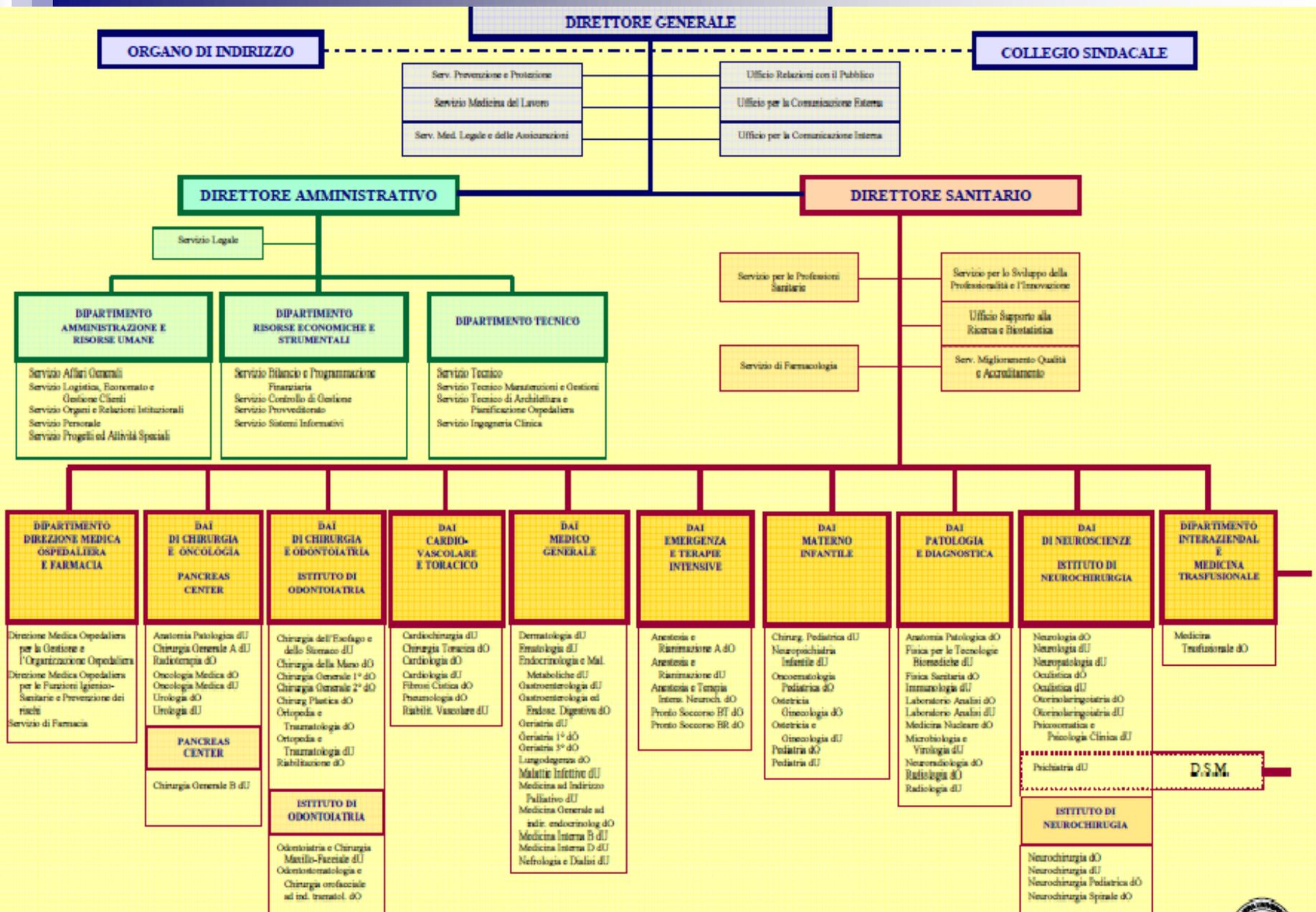
REGIONALE

- Consiglio
- Giunta
- Assessorato alla sanità
- ASSR
- OER

ARPA

LOCALE

- Comune
- Az. USL
- Az. Osped.
- Distretto



**DIPARTIMENTO
DIREZIONE MEDICA
OSPEDALIERA
E FARMACIA**

Direzione Medica Ospedaliera
per la Gestione e
l'Organizzazione Ospedaliera
Direzione Medica Ospedaliera
per le Funzioni Igienico-
Sanitarie e Prevenzione dei
rischi
Servizio di Farmacia

**DAI
DI CHIRURGIA
E ONCOLOGIA**

**PANCREAS
CENTER**

Anatomia Patologica dU
Chirurgia Generale A dU
Radioterapia dO
Oncologia Medica dO
Oncologia Medica dU
Urologia dO
Urologia dU

**PANCREAS
CENTER**

Chirurgia Generale B dU

**DAI
DI CHIRURGIA
E ODONTOIATRIA**

**ISTITUTO DI
ODONTOIATRIA**

Chirurgia dell'Esophago e
dello Stomaco dU
Chirurgia della Mano dO
Chirurgia Generale 1° dO
Chirurgia Generale 2° dO
Chirurg Plasticia dO
Ortopedia e
Traumatologia dO
Ortopedia e
Traumatologia dU
Riabilitazione dO

**ISTITUTO DI
ODONTOIATRIA**

Odontoiatria e Chirurgia
Maxillo-Facciale dU
Odontostomatologia e
Chirurgia orofacciale
ad ind. tramatol. dO

**DAI
CARDIO-
VASCOLARE
E TORACICO**

Cardiochirurgia dU
Chirurgia Toracica dO
Cardiologia dO
Cardiologia dU
Fibrosi Cistica dO
Pneumologia dO
Riabilit. Vascolare dU

**DAI
MEDICO
GENERALE**

Dermatologia dU
Ematologia dU
Endocrinologia e Mal.
Metaboliche dU
Gastroenterologia dU
Gastroenterologia ed
Endosc. Digestiva dO
Geriatrics dU
Geriatrics 1° dO
Geriatrics 3° dO
Lungodegenza dO
Malattie Infettive dU
Medicina ad Indirizzo
Palliativo dU
Medicina Generale ad
indir. endocrinolog dO
Medicina Interna B dU
Medicina Interna D dU
Nefrologia e Dialisi dU

**DAI
EMERGENZA
E TERAPIE
INTENSIVE**

Anestesia e
Rianimazione A dO
Anestesia e
Rianimazione dU
Anestesia e Terapia
Intens. Neuroch. dO
Pronto Soccorso BT dO
Pronto Soccorso BR dO

**DAI
MATERNO
INFANTILE**

Chirurg. Pediatrica dU
Neuropsichiatria
Infantile dU
Oncoematologia
Pediatrica dO
Ostetricia
Ginecologia dO
Ostetricia e
Ginecologia dU
Pediatrics dO
Pediatrics dU

**DAI
PATOLOGIA
E DIAGNOSTICA**

Anatomia Patologica dO
Fisica per le Tecnologie
Biomediche dU
Fisica Sanitaria dO
Immunologia dU
Laboratorio Analisi dO
Laboratorio Analisi dU
Medicina Nucleare dO
Microbiologia e
Virologia dU
Neuroradiologia dO
Radiologia dO
Radiologia dU

AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL)

- Nell'ordinamento italiano l'**azienda sanitaria locale (ASL)** è un ente pubblico locale. In passato ente strumentale della regione, al quale competeva l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie, dal 1993, ha perso il carattere di organo della Regione, acquisendo una propria soggettività giuridica con un'autonomia che ha poi assunto, stante il disposto dell'art. 3, c. 1 bis del D.Lgs. 502/92 (comma introdotto dal D.Lgs. 19.6.99 n. 229), anche carattere imprenditoriale (“in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale”), disposizione quest'ultima che ha indotto a ritenere che le Aziende sanitarie abbiano assunto la natura di enti pubblici economici.
- Le ASL fanno parte del Servizio sanitario nazionale.
- Le ASL sono aziende con personalità giuridica pubblica e sono centri di imputazione di autonomia imprenditoriale. Con la legge di riforma la precedente *unità sanitaria locale* (USL) è divenuta azienda dotata di autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile.

AZIENDA SANITARIA LOCALE (ASL)

Cosa deve fare?

- Organizzare le attività di prevenzione cura e riabilitazione
- Erogare le rispettive prestazioni alla popolazione attraverso strutture pubbliche e private accreditate
- Deve garantire tutte le prestazioni previste dai LEA
- Può assumere la gestione dei servizio socio-assistenziali

- Dovrebbero corrispondere alle singole provincie
- Sono articolati in Distretti Sanitari

DISTRETTO SANITARIO

- Ogni ASL si articola in più distretti sanitari, ognuno dei quali ha una dimensione territoriale da includere circa 60000 abitanti
- Il Distretto comprende i servizi socio sanitari e socio assistenziali del territorio di competenza e li gestisce in rapporto ai bisogni di salute della popolazione residente.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

In ogni ASL deve essere attivato un Dipartimento di Prevenzione cui sono attribuite tutte le funzioni di prevenzione (tranne quelle relative al controllo ambientale)

AZIENDE OSPEDALIERE (AO)

- Ospedali di rilevanza nazionale ed ad alta specializzazione che sono vengono costituiti in aziende ospedaliere dotate di personalità giuridica, con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
- Hanno un proprio Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo.
- Sono finanziati dalle regioni d'appartenenza secondo le prestazioni effettuate, con il sistema a tariffa dei DRG
- Il bilancio non deve mai chiudersi in perdita, pena il commissariamento e la perdita della qualifica aziendale



Obiettivi del sistema sanitario

- Garantire una copertura sanitaria qualitativamente soddisfacente ed universalmente accessibile
- Il regime pubblico prevede che ogni cittadino partecipi in modo proporzionale al proprio reddito alla costituzione di un fondo monetario per la salute
- Delega al SSN la gestione del servizio di assistenza

SERVIZI SANITARI

- definizione delle modalità di distribuzione delle responsabilità e delle funzioni per le Specifiche attività sanitarie nonché delle modalità di integrazione e controllo delle stesse
- Articolazione in tre livelli
 - Primary care
 - Secondary care
 - Tertiary care

Primary care

- Definito come il primo contatto con il paziente
- Il paziente non ha ancora definito la diagnosi
- Livello di offerta diretta dei servizi
 - Promozione, prevenzione e mantenimento dello stato di salute
 - Counselling
 - Educazione sanitaria
 - Diagnosi e trattamento
 - ADI
- Garantisce la continuità assistenziale in diverse sedi e a livelli diversi



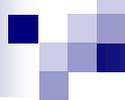
Secondary care

- Servizi specialistici ambulatoriali del territorio ed ospedalieri che trattano pazienti indirizzati dall'assistenza primaria



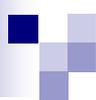
Tertiary care

- Alta specializzazione ad elevato impegno tecnologico per pazienti che necessitano di interventi ad elevata complessità
- Pochi centri di riferimento a livello regionale



PIANO SANITARIO NAZIONALE (PSN)

- Emanato ogni triennio. Stabilisce linee guida per la politica sanitaria nazionale.
- Programmazione degli obiettivi di salute, dell'organizzazione dei servizi e delle risorse da destinare alla tutela della salute in ambito nazionale



PIANO SANITARIO REGIONALE (PSR)

- Piano strategico degli interventi relativi al raggiungimento degli obiettivi di salute e al funzionamento dei servizi, anche in riferimento agli obiettivi del PSN

Contenuti di un piano

- Il piano sanitario viene prodotto da chi ha responsabilità politica e finanziaria del sistema (Stato, Regione)
- Ha il compito di indicare
 - le strategie di governo del sistema
 - le risorse disponibili
 - i criteri di allocazione
 - i vincoli normativi
 - le linee generali dell'architettura organizzativa
 - gli obiettivi prioritari

PSN 2011-2013

INDICE

<u>PREMESSA</u>	1
<u>1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NEL CONTESTO EUROPEO E STRATEGIE D'INTERNAZIONALIZZAZIONE</u>	3
1.1 SFIDE EUROPEE DEL SSN	3
1.1.2 ESPERIENZE INTERNAZIONALI	4
1.2 SFIDE ASSISTENZIALI DEL SSN ITALIANO	5
1.2.1 GARANZIA DEI DIRITTI	6
1.2.2 LINEE PRIORITARIE DI SVILUPPO	7
1.2.3 SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA E COSTI STANDARD	8
1.2.4 RAPPORTO CON I CITTADINI E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI	10
1.3 GOVERNANCE DEL SSN	13
1.4 PUNTI DI FORZA DEL SSN	13
1.5 CRITICITÀ DEL SISTEMA E PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO	14
1.5.1 MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA	15
1.5.2 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ PERCEPITA	16
1.5.3 MIGLIORAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL CITTADINO	17
1.6 RISORSE UMANE DEL SSN	18

PSN 2011-2013

<u>2. AZIONI PER LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</u>	<u>21</u>
2.1 RILANCIARE LA PREVENZIONE	21
2.2 AZIONI PER IL CONTROLLO DEI DETERMINANTI AMBIENTALI	23
2.3 AZIONI PER LA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO.....	24
2.4 SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E BENESSERE ANIMALE	26
2.5 SICUREZZA DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE.....	28
2.6 HEALTH IMPACT ASSESSMENT	32
2.7 CENTRALITÀ DELLE CURE PRIMARIE E DELLE STRUTTURE TERRITORIALI.....	34
2.7.1 CURE PRIMARIE	34
2.7.2 CONTINUITÀ DELLE CURE ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	37
2.7.3 RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE.....	39
2.8 RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA DI LABORATORIO E DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E PER IMMAGINI.....	42
2.9 RETI OSPEDALIERE	46
2.9.1 PROBLEMATICHE DEI PICCOLI OSPEDALI	47
2.9.2 RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI OSPEDALIERE REGIONALI	48
2.9.3 RETE DELL'EMERGENZA URGENZA	49

PSN 2011-2013

<u>3. MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA E UNIFORMITÀ DEI LEA.....</u>	61
3.1 LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)	61
3.1.1 LISTE DI ATTESA	62
3.1.2 INTEGRAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA	65
3.1.3 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	67
3.2 NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO: STRUMENTO DI RIFERIMENTO NAZIONALE PER LA MISURA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.....	69
3.3 APPROPRIATEZZA	70
3.3.1 GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE	72
<u>4. TEMATICHE DI SISTEMA.....</u>	74
4.1 RICERCA ED INNOVAZIONE SANITARIA	74
4.2 INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY	76
4.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA	77
4.4 DISPOSITIVI MEDICI.....	79
4.5 ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE D'OFFERTA.....	81
4.6 FASI DELLA VITA	84
4.6.1 IL PERCORSO NASCITA	84
4.6.2 ETÀ SENILE	87

PSN 2011-2013

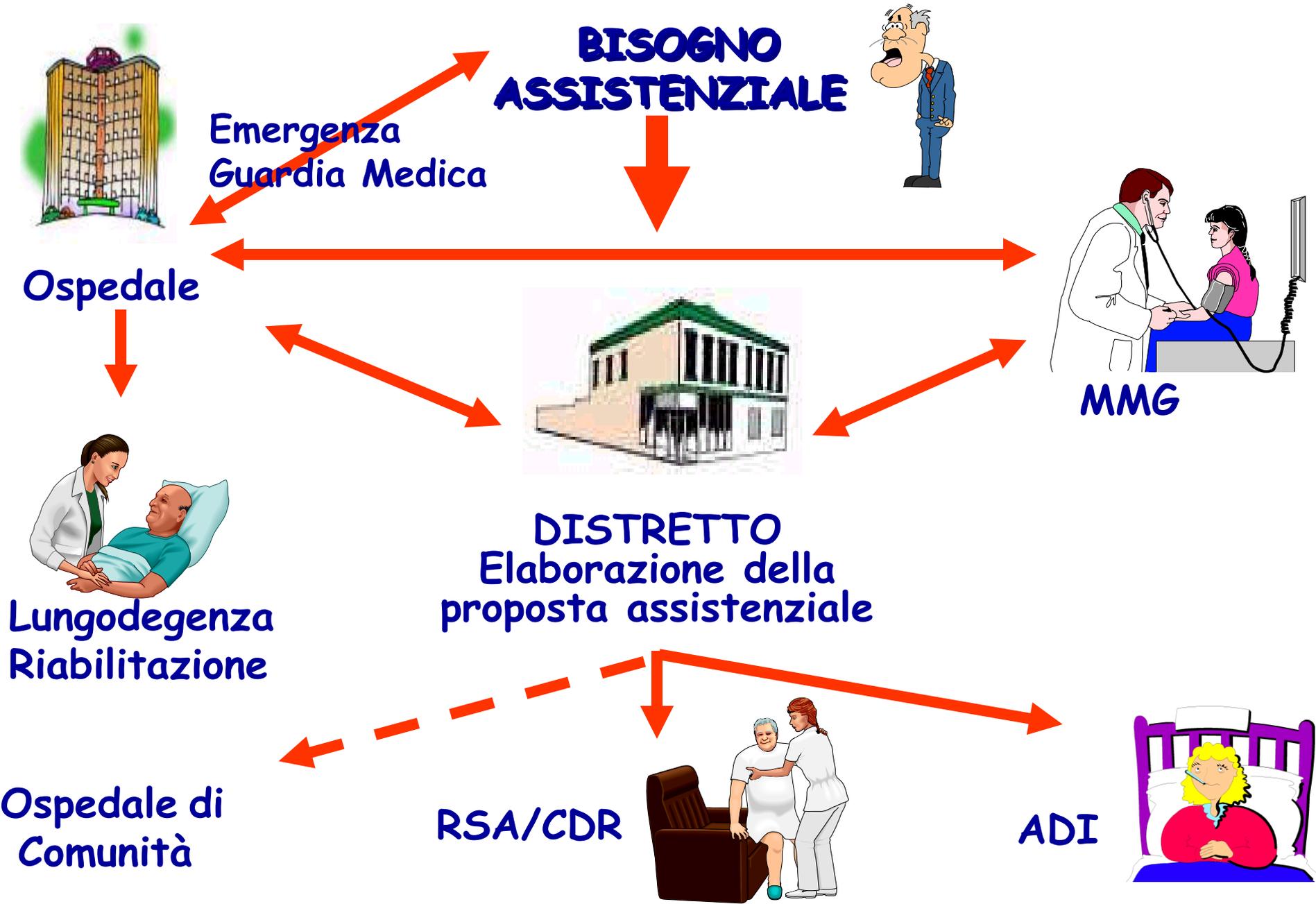
5. VALUTAZIONE DEL PSN	90
5.1 GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE ATTUALMENTE PRESENTI NELL'ORDINAMENTO	90
5.2 GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DI UN SISTEMA PROGRAMMATO E DINAMICO	92
<u>A. MUTAMENTI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI.....</u>	95
A.1 MUTAMENTI DEMOGRAFICI	95
A.2 MUTAMENTI EPIDEMIOLOGICI.....	96
B.1 MALATTIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI.....	98
B.2 MALATTIE ONCOLOGICHE.....	101
B.3 MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE	102
B.4 OBESITÀ	103
B.5 DIABETE	105
B.6 SALUTE MENTALE.....	106
B.7 DIPENDENZE PATOLOGICHE	108
B.7.1 ABUSO DI ALCOL.....	108
B.7.2 TOSSICODIPENDENZE	109
B.8 MALATTIE INFETTIVE	112
B.9 MALATTIE RARE	114
B.10 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.....	117
B.11 PAZIENTI AD ALTO GRADO DI TUTELA	118

DL.vo 19 giugno 1999 n. 229

Il decreto individua le caratteristiche, le funzioni, le risorse e le attività del Distretto Socio Sanitario

Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie attraverso **l'attribuzione di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e nell'ambito delle risorse assegnate**

MODELLO ESISTENTE



IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

- dimensioni territoriali il DL.vo 229/1999 prevede che sia garantita una popolazione di **almeno 60.000 abitanti** (salvo che la Regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche e di densità abitativa del territorio, disponga diversamente).
- al distretto **sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.**
- Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato **di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria**, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

RUOLO CENTRALE DEL DISTRETTO

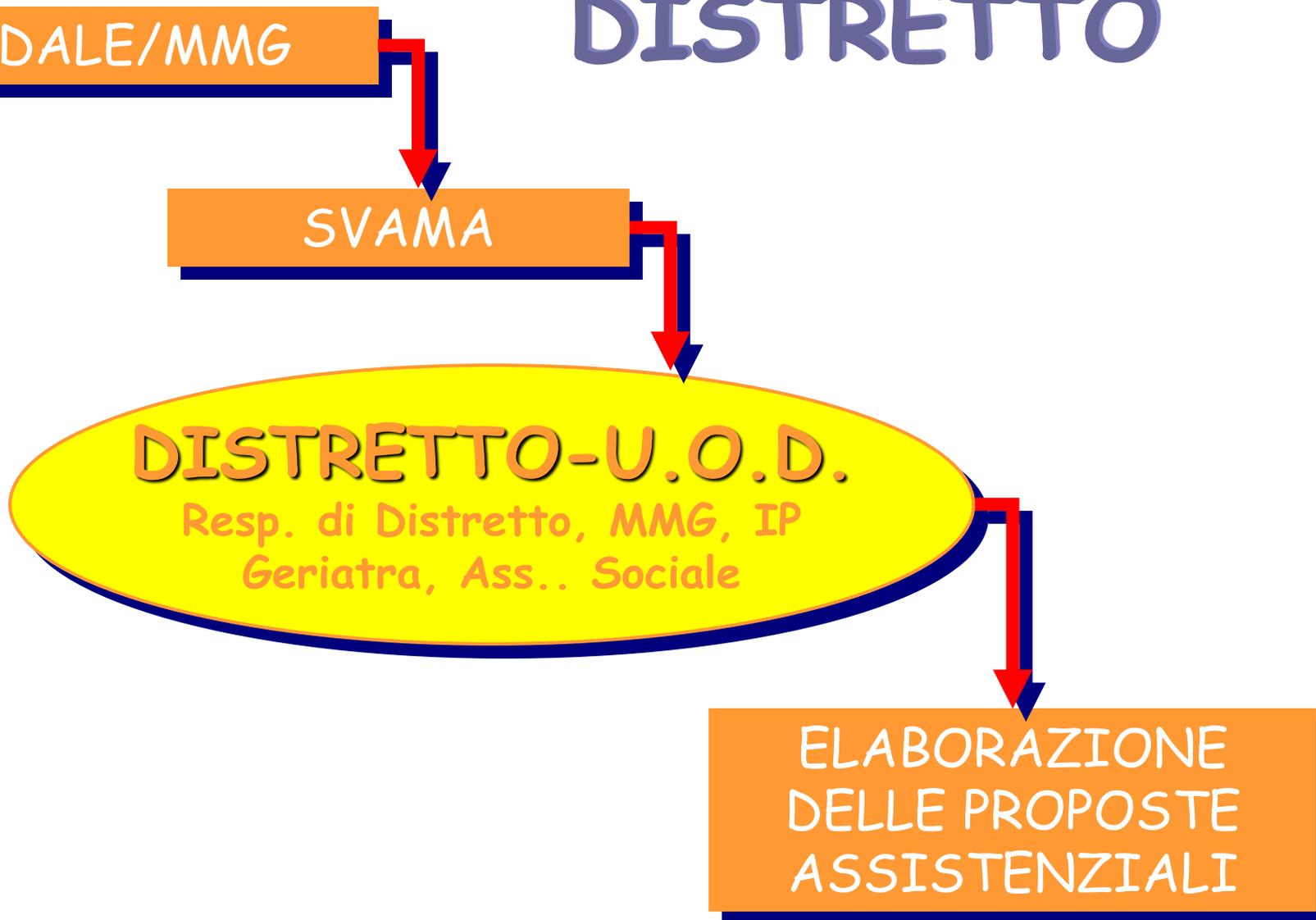
OSPEDALE/MMG

SVAMA

DISTRETTO-U.O.D.

Resp. di Distretto, MMG, IP
Geriatra, Ass.. Sociale

ELABORAZIONE
DELLE PROPOSTE
ASSISTENZIALI



Veneto: PAT Programmi delle Attività Territoriali

- Il programma di attività territoriali (PAT) è realizzato dal Distretto ed è approvato dal Comitato dei Sindaci di Distretto.
- il programma delle attività territoriali e le responsabilità del Distretto per la sua predisposizione e valutazione (art. 3 quater, D.Lgs 229/99);
- **mediante il programma delle attività territoriali indica le attività e la localizzazione dei servizi del distretto e le risorse necessarie per attuarle**

Veneto: Piano di zona

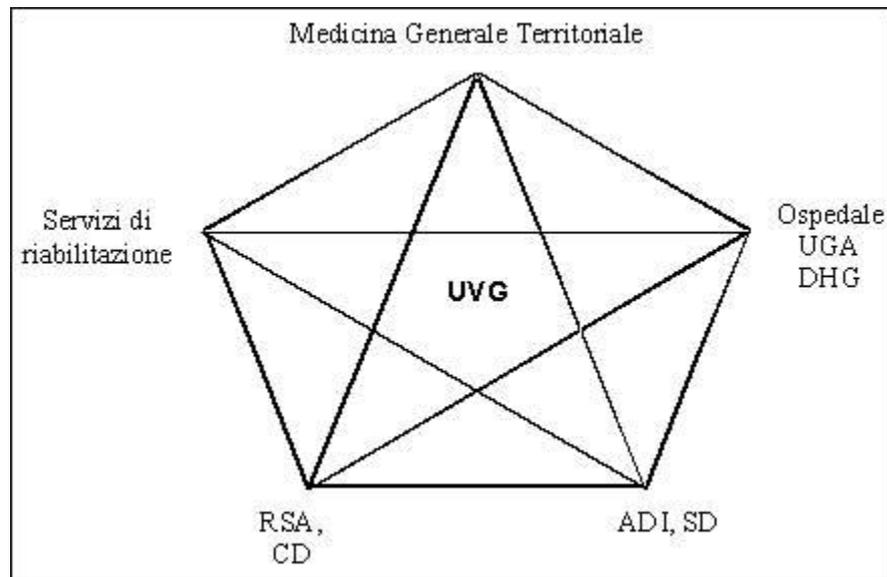
La legge regionale n. 56/1994 identifica il piano di zona come lo strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa tra attività sociali e sociosanitarie, che viene approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Azienda Ulss coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale.

Lo qualifica come strumento per:

- a) l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- b) lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- c) l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- d) la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- e) la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

“Ad arcipelago”

I nodi della rete sono tra loro diversificati e complementari. Ogni nodo è appropriato per la risposta a determinati e specifici bisogni

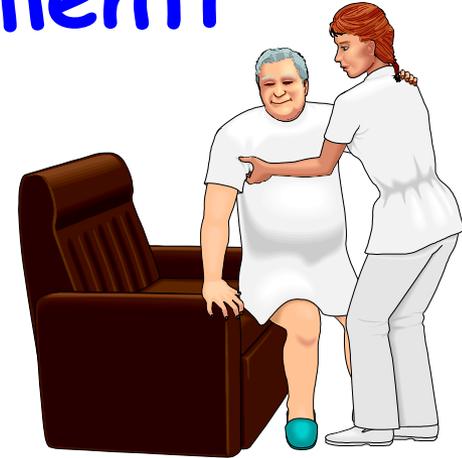


tipologie assistenziali

- **Assistenza infermieristica domiciliare** - personale infermieristico coordinato con i medici di base
- **Ospedalizzazione a domicilio** - personale ospedaliero interagente con i servizi territoriali, volontariato o liberi professionisti
- **Servizi assistenziali territoriali** - sezioni di consultori famigliari o strutture ambulatoriali o semi-ambulatoriali (attività consultoriale); ambulatori (prestazioni assistenziali)
- **Strutture geriatriche ospedaliere** - prestazioni geriatrico-terapeutiche, incremento attività day-hospital, maggiore specializzazione e qualificazione, coordinamento strutture territoriali e rete A.D.I.

modelli e strumenti

- A. Assistenza domiciliare programmata
 - medico di base
- B. Assistenza domiciliare integrata
 - medico di base, specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, ecc.
- C. Assistenza domiciliare sociale
 - operatori dei servizi sociali (Comuni, ASL), volontariato (coordinamento)
- D. Ospedalizzazione a domicilio
 - massima integrazione: operatori ospedalieri, territoriali, specialistica esterna, volontariato, ecc.
- E. Assistenza domiciliare globale privata
 - a logica, convenzionata: coordinamento ed integrazione



L'ASSISTENZA DOMICILIARE

- ☛ **Necessita dell'integrazione di numerosi elementi: il distretto nel suo ruolo organizzativo, i MMG, i PLS e tutta la Medicina convenzionata, il servizio di assistenza di tipo sociale delegato dai Comuni alle ULSS**
- ☛ **Prevede l'attivazione tempestiva di interventi specialistici a domicilio, i collegamenti con i dipartimenti ospedalieri, una rete precodificata di supporti sociali, di intervento solidaristico per i bisogni di vita quotidiana, il coinvolgimento del privato accreditato e del terzo settore**
- ☛ **Richiede un notevole sforzo organizzativo**
- ☛ **A regime vengono previsti 80-100 mila trattamenti annui di cui 20 mila ad elevata intensità**



Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005

"Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale"

Medicina in Associazione

- **Equipe territoriali**
- **Forme di associazionismo della medicina generale**
- **In Regione Veneto: UTAP**

Unità Territoriali di Assistenza Primaria

UTAP

Accordo Stato-Regioni (29 luglio 2004)

Schema di riferimento per la costituzione delle UTAP

L'UTAP è formata dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, Medici di Continuità assistenziale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Convenzionati) che operano in una sede unica, prevede la collaborazione anche di altre figure professionali.

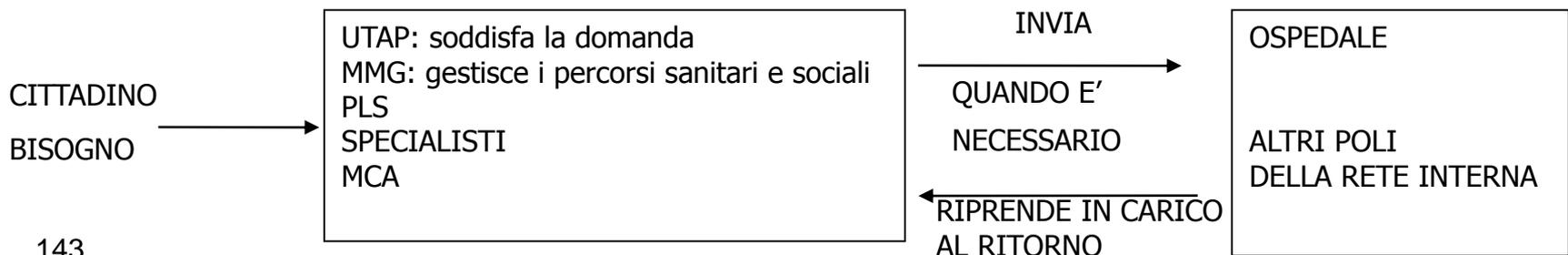
La costituzione dell'UTAP viene enfatizzata quale fulcro della rete assistenziale socio-sanitaria territoriale, che ne intercetta la domanda e ne governa i percorsi assicurando continuità alle azioni di cura e riabilitazione.

Intese come legami strutturali su base volontaria e sperimentale in grado di creare centri di responsabilità Aziendali (NB. organismo operante a livello distrettuale) capace di assicurare risposte complesse al bisogno di salute.

Schema di UTAP

La realizzazione di strutture UTAP deve partire da principi chiave:

- ✓ L'UTAP è il primo polo della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria (Azienda S.-Comune)
- ✓ L'UTAP= aggregazione di 10-20.000 utenti (centri urbani=più UTAP)
- ✓ Si rapporta con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata
- ✓ L'UTAP= il punto di riferimento dell'assistenza territoriale
interpreta la domanda di assistenza, la soddisfa e governa i percorsi socioi/sanitari
in un'ottica di appropriatezza
- ✓ Il modello di organizzazione delle UTAP è strettamente correlato dalla dimensione della popolazione assistita



Programmazione regionale Veneto

In relazione alle esigenze del territorio, la Regione Veneto ha ri-orientato i servizi attraverso quattro assi di intervento strutturale:

- l'Ospedale (DGR 3223/2002)
- la residenzialità extraospedaliera (DGR 751/2000)
- l'assistenza domiciliare (DGR 5273/1998)
- i distretti (DGR 17/CR/2001)

L'assistenza territoriale domiciliare

- L'assistenza territoriale domiciliare quale modulo assistenziale che vuole perseguire il duplice **obiettivo di umanizzazione e personalizzazione** dell'assistenza, da un lato, e **la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera con conseguente riduzione dei costi associati**, dall'altro, entra a pieno titolo a far parte dei livelli assistenziali garantiti dal SSN con il primo *Piano Sanitario Nazionale 1994-1996*, che prevede espressamente l'”**assistenza territoriale domiciliare**” quale **livello analitico in cui viene articolato il livello assistenziale generale “assistenza sanitaria di base”**.

Prestazioni

1. L'assistenza domiciliare integrata è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:
 - a) di medicina generale;
 - b) di medicina specialistica;
 - c) infermieristiche domiciliari e di riabilitazione;
 - d) di aiuto domestico;
 - e) di assistenza sociale.
2. L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante la **integrazione professionale tra i diversi professionisti** di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una **risposta globale** al bisogno di salute della persona non autosufficiente.
3. Lo svolgimento è fortemente caratterizzato dall'intervento **integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.**

Destinatari

1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta **alternativo al ricovero** determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico di medicina generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- **malati terminali;**
- **malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;**
- **incidenti vascolari acuti;**
- **gravi fratture in anziani;**
- **forme psicotiche acute gravi;**
- **riabilitazione in neurolesi;**
- **riabilitazione di vasculopatici;**
- **malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);**
- **dimissioni protette da strutture ospedaliere.**

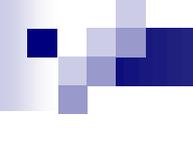
Procedure per l'attivazione

Il servizio viene iniziato, **col consenso del medico di assistenza primaria, a seguito di segnalazione al responsabile delle attività sanitarie a livello di distretto** nel quale ha la residenza l'interessato da parte del:

- a) medico di assistenza primaria;
- b) responsabile del reparto ospedaliero all'atto delle dimissioni;
- c) servizi sociali;
- d) familiari del paziente.

Entro 48 ore dalla segnalazione ricevuta il medico del distretto attiva o meno le procedure e prende contatto con il medico di medicina generale per attivare l'intervento integrato, dopo aver recepito il consenso del malato o dei suoi familiari.

Ove il medico del distretto non ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI per il caso proposto dal medico di famiglia, deve darne motivata comunicazione al medico di assistenza primaria e ai familiari dell'assistito interessato.



Nel caso in cui la proposta di ADI sia approvata, il sanitario responsabile a livello distrettuale e il medico di assistenza primaria concordano:

- a) **la durata** presumibile del periodo di erogazione dell'assistenza integrata;
- b) **la tipologia degli altri operatori sanitari coinvolti;**
- c) le richieste di intervento degli operatori del servizio sociale da avanzare al responsabile distrettuale delle relative attività;
- d) **la cadenza degli accessi** del medico di medicina generale al domicilio del paziente
- e) i momenti di **verifica comune** all'interno del periodo di effettuazione del servizio.

Il medico di assistenza primaria nell'ambito del piano di interventi:

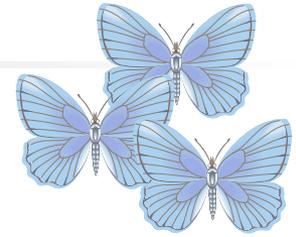
- ha **la responsabilità unica e complessiva del paziente;**
- tiene la **scheda degli accessi** fornita dalla Azienda presso il domicilio del paziente sul quale gli operatori sanitari riportano i propri interventi;
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati;
- **coordina gli operatori** per rispondere ai bisogni del paziente.

ADI: TIPOLOGIE DI INTERVENTI

Con DGRV 5273/1998 si sono individuate sei tipologie di assistenza domiciliare di cui cinque a valenza integrata:

Assistenza domiciliare socio-assistenziale

- Assistenza domiciliare riabilitativa domiciliare integrata con intervento sociale (ADI con profilo A)
- Assistenza domiciliare infermieristica con intervento sociale (ADI con profilo B)
- Assistenza domiciliare programmata integrata con intervento sociale (ADI con profilo C)
- Assistenza domiciliare integrata ADIMED (ADI con profilo D)
- Assistenza ospedaliera a domicilio (ADI con profilo E)



Grazie per l'attenzione!

stefano.tardivo@univr.it