

Il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna

Universalità
Uguaglianza
Copertura globale con portabilità dei diritti
Gratuità al consumo
Finanziamento pubblico
Enfasi sulla prevenzione e sulla partecipazione
Centralità della persona - Responsività
Governare Clinico
Integrazione a rete
Efficienza

Governance

- Partnership
- Cooperazione

Øuniforme nelle garanzie

- Ø il sistema decisionale di governo e di gestione
- Ø i livelli di assistenza
- Ø il sistema di finanziamento delle aziende
- Ø gli indirizzi sull'assetto organizzativo essenziale
- Ø le principali modalità di funzionamento

Pianificazione

- Integrazione
- Capacità di risposta
- Qualità

PSSR 2008 -2010

L.R. 29/2004



Il Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna

- ☐ *Monopsonico alimentato dalla tassazione generale*
- ☐ *Politica dei servizi orientata dalla politica per la salute*
- ☐ *Finanziamento delle aziende USL a quota capitaria pesata*
- ☐ *Sistema pubblico allargato, regolato da autorizzazione, accreditamento, accordi-contratti di fornitura*
- ☐ *Integrazione nella programmazione e nella produzione dei servizi*
- ☐ *governo della domanda e della produzione*
- ☐ *subordinazione della produzione alla committenza*

La Struttura del Servizio Sanitario Regionale

1 Assessorato Salute
1 Assessorato Politiche Sociali

Direzione Generale Sanità
e Politiche Sociali

11 Conferenza Sociale e Sanitaria
Territoriale

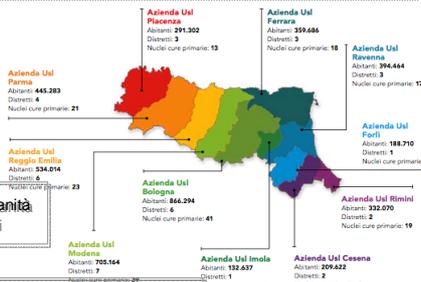
Aziende Sanitarie
11 Azienda Unità Sanitaria Locale
1 Azienda Ospedaliera
4 Azienda Ospedaliero-Universitaria
1 IRCCS (+ 3)

11 Dipartimenti di Sanità
Pubblica

38 Comitato di Distretto

Assistenza Distrettuale
38 Distretti Sanitari

Assistenza Ospedaliera
54 Ospedali

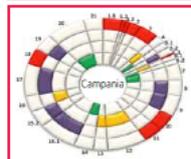
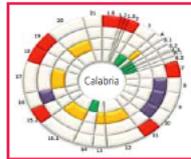
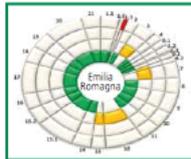


Livelli di assistenza	Costo 2011 in migliaia di euro	% sul totale	Costo pro-capite 2011 in euro
Totale assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	389.346	4,57%	87,31
Assistenza di base (medici di medicina generale, continuità assistenziale, pediatri di libera scelta)	495.802	5,82%	111,19
Emergenza sanitaria territoriale	123.900	1,46%	27,79
Assistenza farmaceutica territoriale	1.034.929	12,16%	232,09
Assistenza integrativa e protesica	135.542	1,59%	30,40
Assistenza specialistica compreso Pronto soccorso non seguito da ricovero	1.500.394	17,62%	336,47
Assistenza domiciliare (2)	216.389	2,54%	48,53
Assistenza donne, famiglia, coppie (Consultori, Pediatriche di comunità)	88.867	1,04%	19,93
Assistenza psichiatrica	367.635	4,32%	82,44
Assistenza riabilitativa ai disabili (2)	144.090	1,69%	32,31
Assistenza ai tossicodipendenti	74.363	0,87%	16,68
Assistenza agli anziani (2)	353.175	4,15%	79,20
Assistenza ai malati terminali	26.644	0,31%	5,98
Assistenza a persone affette da HIV	4.710	0,06%	1,06
Assistenza idrotermale	20.194	0,24%	4,53
Totale assistenza distrettuale	4.586.634	53,87%	1.028,57
Totale assistenza ospedaliera	3.538.426	41,56%	793,50
Totale livelli di assistenza per residenti	8.514.406	100%	1.909,38

Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale

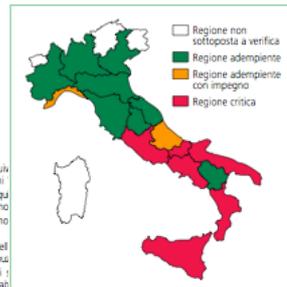
	Anno 2011
Dirigenti medici	9.140
Dirigenti veterinari	506
Dirigenti sanitari	1.263
Dirigenti professionali, tecnici e amministrativi	575
Personale infermieristico	26.587
Personale tecnico sanitario	3.409
Personale della prevenzione	931
Personale della riabilitazione	2.360
Assistenti sociali	401
Personale tecnico	4.981
Operatori tecnici addetti all'assistenza*	181
Operatori socio sanitari	5.663
Auxiliari specializzati	298
Personale amministrativo	5.994
Assistenti religiosi	5
Totale	62.294
MMG	3.144
PLS	615

Monitoraggio, verifica e appropriatezza dei Livelli essenziali di assistenza



- 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)
- 1.2 Vaccinazioni raccomandate (MPR)
- 1.3 Vaccinazioni raccomandate (influenza nell'anziano)
- 2 Percentuale di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per: cervice uterina, mammella e colon-retto
- 3 Costo procapite dell'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- 4 Percentuale di unità controllate sul totale da controllare
- 5.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina
- 5.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovcaprina, bovina, bufalina
- 5.3 Percentuale di aziende ovcaprine controllate per l'anagrafe ovcaprina
- 6.1 Percentuale dei campioni analizzati sul totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui (ricerca di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - D.Lgs. 158/2006
- 6.2 Percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione - art. 5 e 6 del DPR 14 luglio 1995
- 7 Somma ponderata di tassi specifici normalizzati per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO
- 8 Percentuale di anziani > 65 anni trattati in ADI
- 9 Numero di posti equivalenti residenziali ogni struttura che erogano
- 10 Numero di posti equi strutture che erogano
- 11 Posti letto attivi in ho (per 100)
- 12 Costo percentuale del prelievo della distribui
- 13 Numero prestazioni i magnetica per 100 ab
- 14 Utenti presi in carico
- 15.1 Tasso di ospedalizzazione sanarozzato (orinario e orurno) per età per 1.000 abitanti
- 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico
- 16 Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari
- 17 Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza del Parto della Salute 2010-2012
- 18 Percentuale parti cesari
- 19 Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario
- 20 Degenza media trimata standardizzata per case-mix
- 21 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso

Figura 1.5. Risultati griglia LEA (Anno 2010).

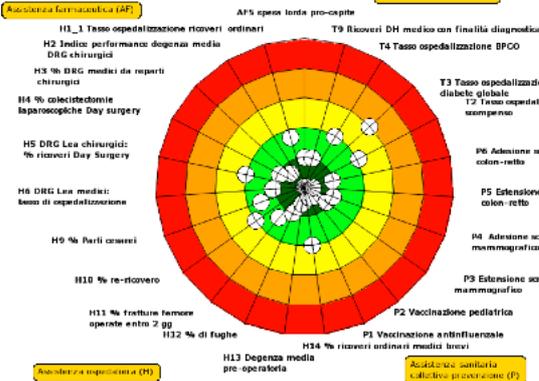


Emilia Romagna

Assistenza farmaceutica (AF)

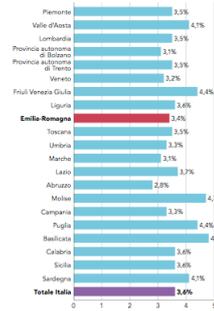
Assistenza dietetica (D)

Spesa sanitaria pro-capite al lordo della mobilità interregionale, tasso medio di crescita: confronto tra Regioni nel periodo 2001-2010



Assistenza ospedaliera (H)

Assistenza sanitaria collettiva prevenzione (P)

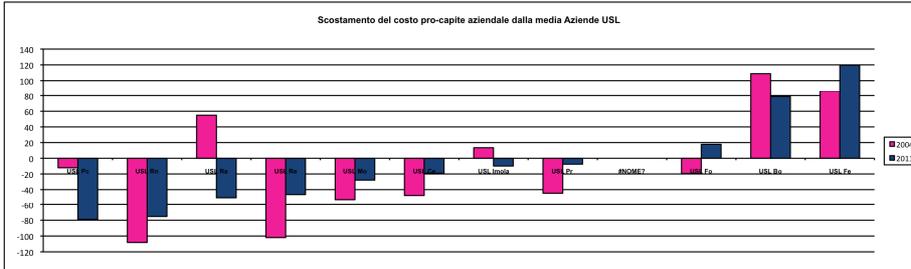


SCOSTAMENTO DALLA MEDIA ANNI 2004 - 2011

PARTE 1

	2004				2011			
	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostamento totale aziendale	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostamento totale aziendale
USL Pc	426.560	283.757	1.503	-12	532.403	300.478	1.772	-79
USL Rn	377.585	268.323	1.407	-108	558.652	314.639	1.776	-75
USL Ra	578.886	368.656	1.570	35	718.315	398.985	1.800	-30
USL Re	648.140	458.572	1.413	-102	912.579	505.716	1.805	-46
USL Mo	918.110	627.758	1.463	-53	1.239.306	679.822	1.823	-28
USL Ce	266.923	181.843	1.468	-47	369.156	201.539	1.832	-19
USL Imola	187.184	122.436	1.529	13	243.028	132.014	1.841	-10
USL Pr	616.895	419.438	1.471	-45	822.275	446.091	1.843	-8
#NOME?	6.214.992	4.101.324	1.515	0	8.203.738	4.432.439	1.851	0
USL Fo	288.694	179.624	1.496	-19	357.903	191.530	1.869	18
USL Bo	1.341.267	825.766	1.624	109	1.697.288	879.582	1.930	70
USL Fe	584.749	365.150	1.601	86	752.832	382.062	1.970	120

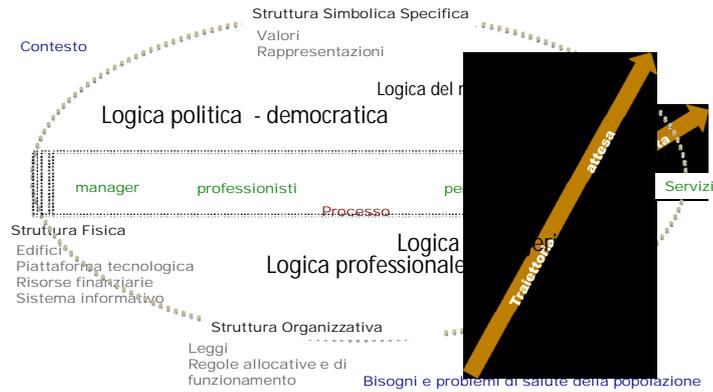
Scostamento del costo pro-capite aziendale dalla media Aziende USL



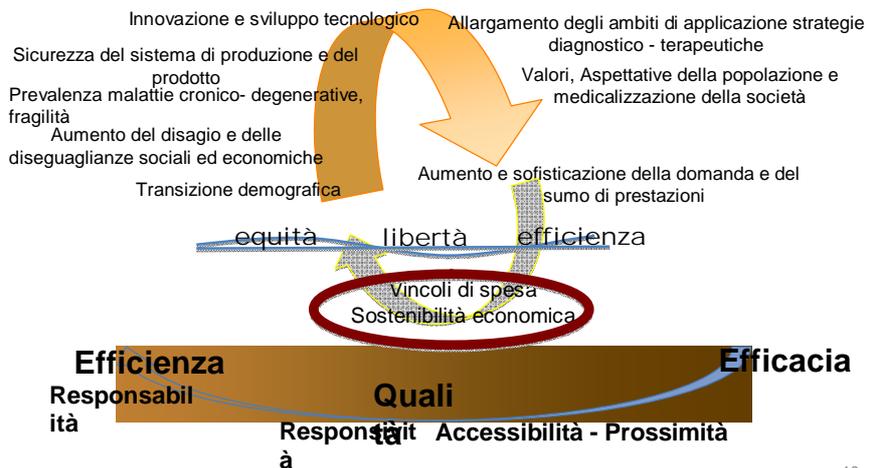
DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Perché rivedere l'organizzazione del SSR?

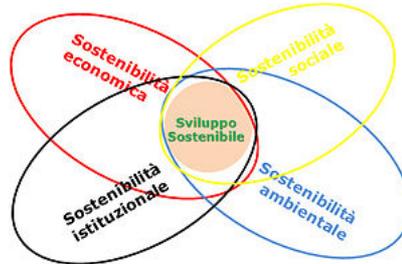
**Il Servizio Sanitario
un sistema organizzato con molteplici finalità
in trasformazione
altamente professionalizzato
complesso e paradossale**



Un Contesto complesso e sottoposto a tensioni contrastanti



Sostenibilità?



Eccesso di spesa?

- rispetto agli altri Paesi indipendentemente dal sistema?
- rispetto a Paesi con sistema riconducibile allo stesso modello base?
- rispetto a Paesi con sistema di altro modello?
- rispetto alle risorse rese disponibili?

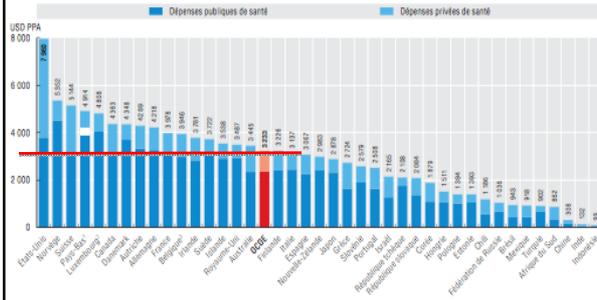
Spendiamo troppo?

HEALTH EXPENDITURE				HEALTH EXPENDITURE				HEALTH EXPENDITURE				
	2010 (or nearest year)	Totale pro capite delle spese per la salute, in lire a parità di potere d'acquisto	2010 (or nearest year)	Tasso di crescita annuale della spesa totale per la salute, in termini reali	2000-2009 (or nearest year)	Spesa pubblica per la salute, % sulla spesa totale per la salute	2010 (or nearest year)	Spesa pubblica pro capite per la salute	2010 (or nearest year)	Tasso di crescita annuale della spesa pubblica per la salute, in termini reali	2000-2009 (or nearest year)	
1	United States	17,6	United States	8,233	Slovak Republic	10,1	Netherlands 2	85,7	Norway	4,607	Korea	11,0
2	Netherlands	12,0	Norway	5,388	Korea	9,0	Norway	85,5	Netherlands 2	4,050	Turkey	9,1
3	France	11,6	Switzerland	5,270	Chile 1	8,5	Denmark	85,1	Luxembourg	4,021	Netherlands	8,2
4	Germany	11,6	Netherlands 1	5,056	Turkey	7,1	Luxembourg	84,0	United States	3,967	Chile 1	7,7
5	Canada	11,4	Luxembourg	4,786	Ireland	6,7	Czech Republic	83,8	Denmark	3,800	Poland	6,6
6	Switzerland	11,4	Denmark	4,464	Poland	6,4	United Kingdom	83,2	Switzerland	3,437	Slovak Republic	6,5
7	Denmark	11,1	Canada	4,445	New Zealand	5,5	New Zealand	83,2	Austria	3,349	New Zealand	6,2
8	Austria	11,0	Austria	4,395	Estonia	5,4	Sweden	81,0	Germany	3,331	Ireland	5,9
9	Portugal	10,7	Germany	4,338	Netherlands	5,4	Japan	80,5	Canada	3,188	Estonia	5,8
10	Belgium 1	10,5	France	3,974	Czech Republic	5,1	Iceland	80,4	France	3,061	United Kingdom	5,5
11	Greece	10,2	Belgium 1	3,969	Spain	5,0	Italy	79,6	Sweden	3,046	Spain	5,4
12	New Zealand	10,1	Sweden	3,768	United Kingdom	4,9	Estonia	78,9	Belgium 1	3,000	United States	5,4
13	Spain	9,6	Ireland	3,718	Greece	4,8	France	77,0	United Kingdom	2,857	Australia	4,9
14	Sweden	9,6	Australia	3,670	Australia	4,6	Germany	76,8	Iceland	2,862	Greece	4,7
15	United Kingdom	9,6	United Kingdom	3,433	Canada	4,5	Austria	76,2	Ireland	2,856	Canada	4,6
16	Japan	9,5	Iceland	3,309	United States	4,2	Belgium 1	75,6	New Zealand	2,515	Switzerland	4,5
17	Norway	9,4	Finland	3,251	Belgium	4,1	Finland	74,5	Australia	2,515	Finland	4,4
18	Iceland	9,3	Spain	3,056	Finland	4,0	Spain	74,2	Japan	2,443	Czech Republic	4,3
19	Italy	9,3	Japan	3,035	Mexico	3,8	Turkey	73,0	Finland	2,422	Belgium	4,2
20	Ireland	9,2	New Zealand	3,022	Sweden	3,7	Slovenia	72,8	Italy	2,359	Mexico	4,0
21	Australia	9,1	Italy	2,964	Slovenia	3,6	Poland	71,7	Spain	2,297	Norway	3,6
22	Slovak Republic	9,0	Greece	2,914	Luxembourg	3,4	Canada	71,1	Portugal	1,795	Poland	3,4
23	Slovenia	9,0	Portugal	2,726	Norway	3,2	Ireland	69,5	Slovenia	1,768	Denmark	3,2
24	Finland	8,9	Slovenia	2,429	Denmark	3,1	Australia	68,5	Greece	1,731	Luxembourg	3,2
25	Chile	8,0	Slovak Republic	2,096	Israel	3,0	Portugal	66,8	Czech Republic	1,578	Sweden	3,2
26	Luxembourg	7,9	Israel	2,071	Hungary	2,8	Switzerland	65,2	Slovak Republic	1,351	Italy	2,8
27	Hungary	7,8	Korea	2,035	Switzerland	2,8	Hungary	64,8	Israel	1,254	Austria	2,6
28	Czech Republic	7,5	Czech Republic	1,884	Japan	2,7	Slovak Republic	64,5	Korea	1,185	Israel	2,6
29	Israel	7,5	Hungary	1,601	France	2,6	Israel	60,5	Hungary	1,037	Japan	2,6
30	Korea	7,1	Poland	1,389	Austria	2,5	Greece	59,4	Estonia	1,020	Portugal	2,3
31	Poland	7,0	Estonia	1,294	Portugal	2,1	Korea	58,2	Poland	995	Hungary	2,0
32	Estonia	6,3	Chile	1,202	Germany	2,0	Chile	48,2	Turkey	867	Hungary	1,9
33	Mexico	6,2	Mexico	916	Iceland	2,0	United States	48,2	Chile	579	Iceland	1,9
34	Turkey	6,1	Turkey	913	Italy	1,9	Mexico	47,3	Mexico	433	Germany	1,7
	OECD AVERAGE	9,5	OECD AVERAGE	3,265	OECD AVERAGE	4,5	OECD AVERAGE	72,2	OECD AVERAGE	2,378	OECD AVERAGE	4,6

Source: OECD Health Data 2012

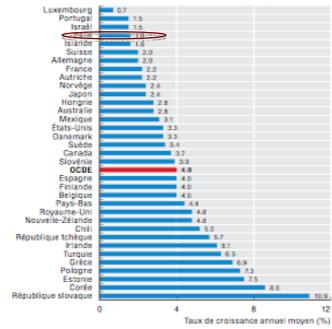
La spesa è fuori controllo?

7.1.1 Dépenses totales de santé par habitant, publiques et privées, 2009 (ou année la plus proche)



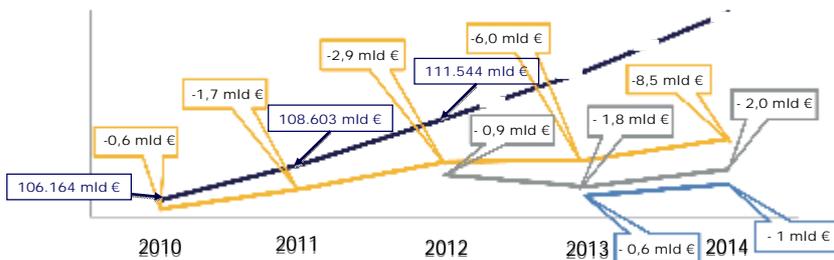
1. Aux Pays-Bas, il n'est pas possible de distinguer clairement la part privée de la part publique des dépenses de santé liées aux investissements.
2. Dépenses de santé par assuré plutôt que par habitant.
3. Dépenses totales hors investissements.
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011; Base de données de TOMS sur les dépenses mondiales de santé.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530549>

7.1.2 Variation des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 2000-09 (ou année la plus proche)



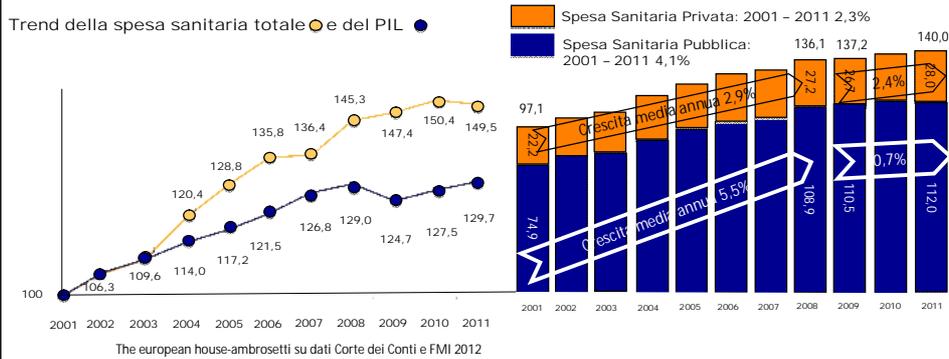
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530568>

Eppure..



■ Finanziamento atteso da accordo Stato-Regioni, patto per la salute 2010-2012
■ Finanziamento post manovre 191/2009, 122/2010, 220/2010, 111/2011
■ Finanziamento post spending review 2012
■ Finanziamento post legge stabilità 2013

Tuttavia il problema della sostenibilità economico finanziaria del SSN non deve e non può essere evitato



Responsività generale

Capacità di rispondere alle attese della popolazione, al modo in cui le persone auspicano di essere trattata dagli erogatori

Rispetto della persona

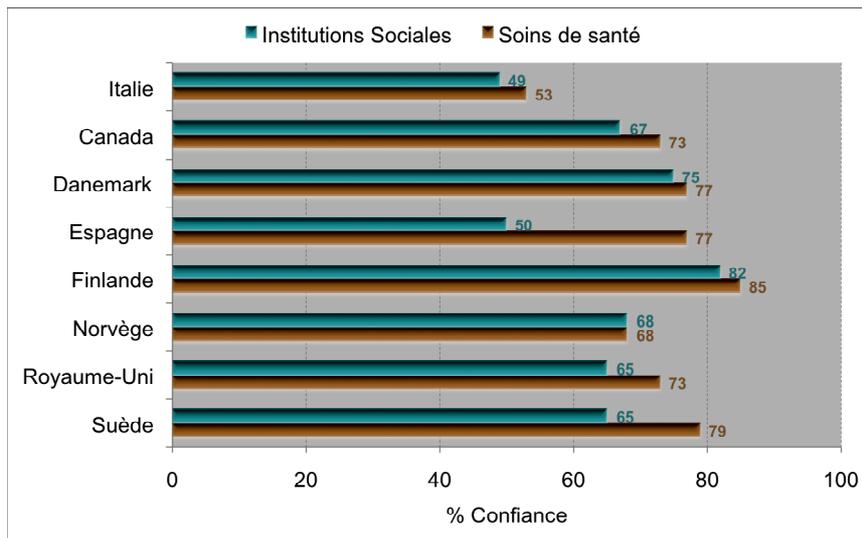
- Rispetto della dignità della persona
- Riservatezza sulla salute della persona
- Autonomia e possibilità di decidere sulla propria salute

Attenzione al beneficiario

- Rapidità nella presa in carico
- Ambiente di cura confortevole
- Accesso alla rete di cura sociale
- Scelta dell'erogatore

2008	Satisfied %	Dissatisfied %	Do not know, Refused to answer %
Australia	79%	20%	2%
Austria	93%	6%	1%
Belgium	91%	6%	3%
Canada	70%	29%	1%
Czech Republic*	68%	27%	5%
Denmark	86%	7%	6%
Finland	66%	29%	5%
France	83%	16%	1%
Germany*	87%	12%	1%
Greece*	52%	43%	5%
Iceland	88%	10%	2%
Ireland	64%	33%	1%
Italy	57%	38%	5%
Japan	63%	33%	5%
Korea	67%	30%	4%
Mexico	66%	31%	3%
Netherlands	89%	9%	1%
New Zealand	80%	17%	4%
Norway	80%	14%	6%
Poland*	51%	39%	10%
Portugal	64%	33%	3%
Slovak Republic*	58%	38%	5%
Spain	74%	24%	2%
Sweden	77%	19%	4%
Switzerland*	92%	6%	2%
United Kingdom	85%	14%	2%
United States	81%	18%	0%

Public's satisfaction with availability of quality health care, 2008
OECD statistics contact: stat.contact@oecd.org



Fonte: Gallup. In OECD Countries, Universal Healthcare Gets High Marks. August 20, 2009.
OCDE. Confiance à l'égard des institutions sociales. 2011.

Malattia Cronica

Presenza di un substrato organico, psicologico o cognitivo
 Presenza superiore a tre mesi
 Ripercussioni percepite sulla vita quotidiana
 limitazioni funzionali
 dipendenza farmacologica, tecnologica, ..
 bisogno di assistenza

Severità
 Importanza per la mobilità, lo stato cognitivo, sensoriale
 Profilo evolutivo
 Durata ed età di inizio, età della persona malata

Stato di bisogno di lunga durata, tendenzialmente lungo quanto la vita della persona
 Invalidità di vario grado da cause non reversibili

schemi abituali di gestione del caso clinico sostituiti dalla gestione quotidiana della malattia, con contatti ripetuti o continuativi con i servizi

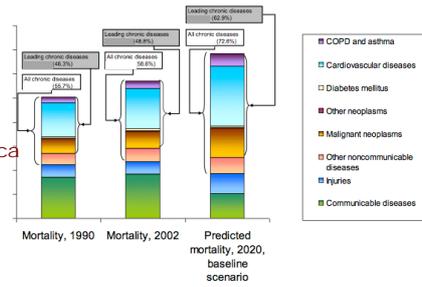
impegno dell'interessato e dei prossimi ad apprendere nuovi stili di vita

Le Malattie Croniche

La rilevanza

Indagine Multiscopo, ISTAT 2012

38,6% dichiara di avere almeno una malattia cronica
8,7% età < 15 anni
64,3% età 65-74 anni
86,1% età > 75 anni

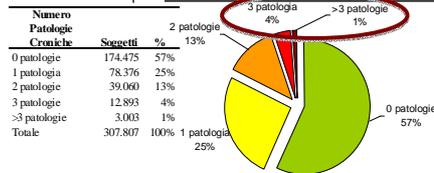


2010 Nella popolazione della Provincia di RA con età > 18 anni il 43% presenta almeno una malattia cronica con età > 64 anni il 79% "

Le Malattie Croniche

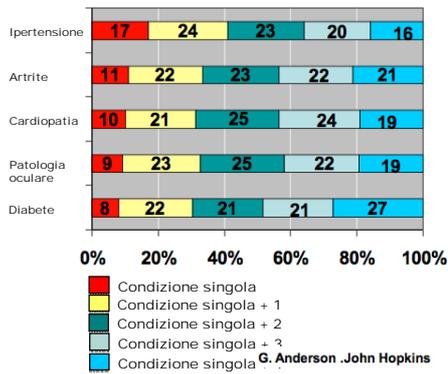
La comorbilità

Tra gli over 18 con malattia il 40% ne presenta due o più



Indagine Multiscopo, ISTAT 2012

20,4% dichiara di avere almeno due malattie croniche
8,7% età < 15 anni
64,3% età 65-74 anni
86,1% età > 75 anni



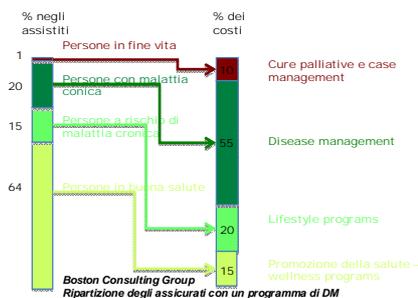
Le persone che richiedono la gran parte dei servizi hanno problemi sanitari di tipo cronico, che nell'anziano sono spesso plurimi e concomitanti, segnati da episodi acuti che quando si manifestano in un contesto di isolamento sociale e di difficoltà economiche, amplificano le loro conseguenze e aumentano il ricorso ai servizi

NHS. Il 30% della popolazione ha dichiarato di soffrire di una malattia cronica, ad esso si associa

il 52% delle consultazioni generalistiche
il 65% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
il 72% delle giornate di degenza

Il trattamento e le cure ai malati cronici rappresenta il 69% delle spese totali

2008, rapporto Raising the profile of long term condition care. Department of health

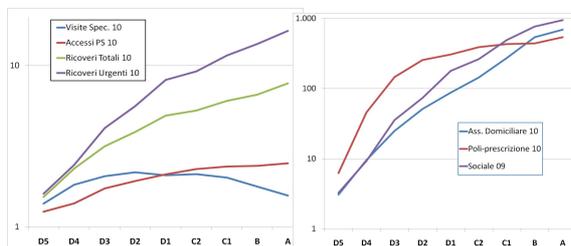


Malattie Croniche e Fragilità

EQUILIBRIO PRECARIO della propria condizione di vita, che aumenta la vulnerabilità di fronte a RICHIESTE AMBIENTALI o modificazioni dello stato PERSONALE, esponendo al rischio di PROGRESSIONE verso la NON AUTOSUFFICIENZA



Rapporti di rischio rispetto alla classe D6 (=1)

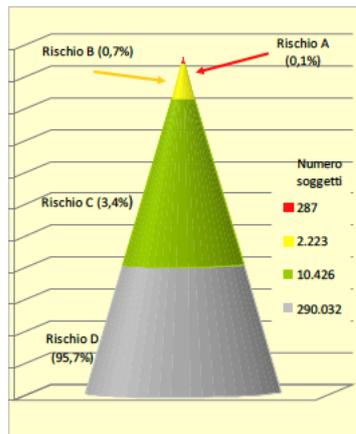


Fattori della fragilità

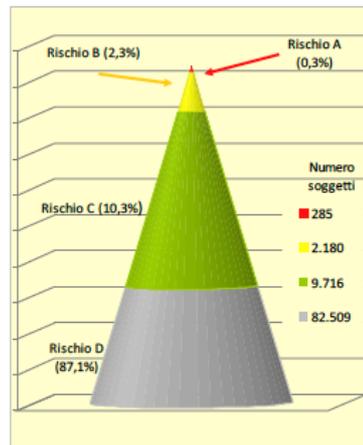
- DEMOGRAFICI
- AMBIENTALI
- SOCIALI
- MALATTIE
- USO DEI SERVIZI
- PSICOLOGICI

5,8% popolazione > 18 anni
18,9% > 65 anni e
32,1% > 75 anni

Piramide residenti >18 anni per rischio di fragilità sanitaria.



Piramide residenti >64 anni per rischio di fragilità sanitaria.



indicatore sintetico dello stato di salute, basato sul rischio standardizzato di effettuare un ricovero in urgenza (proxi di un bisogno di salute non derogabile nel tempo) per fanno a venire

L'ospedale è, e sarà sempre più,
confrontato con problemi acuti
presentati da pazienti complessi e fragili

	Accessi PS	Ricoveri ordinari	Ricoveri urgenti
65-74	32,2	12,9	4,2
75-84	54,8	23,9	12,5
85 e più	70,3	34,0	23,9
Fragili > 65	114,3	67,2	42,7

5,3% popolazione > 18 anni
18,9% > 65 anni e
32,1% > 75 anni

Anno 2010 residenti in ER dimessi da H pubblici e privati accreditati della Regione ER

		% sul totale			Tot.>64
		65-74	75-84	> 84	
Totale dimessi	755.051	16,53	18,35	10,26	45,14
GD acuti	4.477.310	19,26	24,38	14,30	57,94
GD post acuti	1.034.847	19,90	34,30	24,74	78,94
Totale dimessi r.o.	578.231	15,91	20,00	12,00	47,91
GD acuti	3.613.975	18,18	26,50	16,98	61,66
GD post acuti	987.217	19,77	35,34	25,86	80,97

Dimessi con DRG Chir.	308.588 (41%)
% di > 65, netto dell'MDC 13/14	41,42%
Muscolo scheletrico, digerente, cardiaco	
Dimessi con DRG Med.	446.463 (59%)
% di > 65, netto dell'MDC 14	67%
Totale	755.051

L'errore in medicina

1991

Progetto Harvard Medical Practice Study,
New England Journal of Medicine

30.000 casi ospedalieri dello stato di New York

- Il 4% presentava complicanze dovute ai trattamenti che prolungavano la degenza, generare disabilità o morte.
- I 2/3 delle complicanze erano dovute ad errori involontari dei medici

Quadro sinottico della

Letteratura	Nymys (1)	Utcomps (2)	Nr (3)	Galics (4)	Uk (5)	Canadian (6)	Belgio (7)	Danish (8)
Altri incidenti indicate in Ae	3,7%	2,9%	12,9%	16,6%	10,8%	7,5%	7,1%	9,0%
Ae prevedibili	38,0%	33,0%	37,0%	51,0%	48,0%	36,9%	-	40,4%
Ae prevedibili sul tot. ammissioni	2,1%	1,5%	4,6%	8,5%	5,2%	2,8%	-	3,6%
Ae con danno maggiore	29,5%	23,2%	13,8%	18,6%	34,0%	20,0%	-	-
Ae con danno >su tot. ammiss.	1,1%	0,7%	1,8%	-	-	1,5%	-	-
Ae per negligenza	27,6%	24,3%	-	-	-	-	-	-
Ae per negligenza su tot. ammiss.	0,30%	0,20%	0,66%	-	-	0,6%	-	-
Ae risarcibili	1,0%	0,9%	3,2%	-	-	-	-	-
Ae risarcibili sul tot. ammissioni	2,15%	1,34%	4,77%	8,47%	5,18%	2,77%	-	3,64%
Contenziosi Ae per negligenza	1,53%	2,50%	2,90%	-	-	-	-	-
Contenz. Ae per negl. su tot. ammiss.	0,015%	0,023%	0,093%	-	-	-	-	-

Note: (1) New York Medical Practice Study, Berenson et al. New England Journal of Medicine 324 no. 4 (1991); (2) Utah-Colorado Medical Practice Study, Thomson et al. Med Care 2000, 38 (3); (3) studi non realizzati nell'ambito delle strutture pubbliche; (4) Quality in Australian health care Study, Wilson et al. Med J Aust 1995; 163; (5) Adverse events in British hospitals, Vincent et al. BMJ 2001, 322; (6) The Canadian adverse event Study, Canadian Baker Gr et al. Critj 2004, 17(2); (7) Adverse outcomes in Belgian acute hospital, Belgian Kover from Den Piteels, International Journal of Quality in Health Care 2006; 18 (3); (8) Danish Adverse Event Study, Schaller et al. Ugeskr Læger, 2001 Sep 24; 163

Da «Il rischio è di dare i numeri», Il sole 24ORE Sanità Aprile 2011
di Andrea Soccetti Risk manager Ao Riuniti Ancona Presidente Sihma

Rapporto To err is human (Institute of Medicine (USA)

2000

- dal 2,9 al 3,7% dei ricoverati interessati da un evento avverso che nel 6,6% determinava il decesso
- Il 53% degli eventi era evitabile
- In proiezione gli eventi avversi rappresentavano l'ottava causa di morte e determinavano un costo di circa 29 miliardi di \$

2008

Quality and Safety in Health Care
British Medical Journal

oltre 74.000 pazienti, 8 ricerche in diversi paesi (USA, Australia, UK, NZ Canada,...)

- Il 9,2% subisce danni iatrogeni
- Il 43% dei questi danni sono prevenibili
- Il 56,3% di questi danni non hanno conseguenze particolarmente serie

25

Malattia cronica, comorbilità, multimorbilità, fragilità

Evoluzione del sistema tecnico

Nuovi trattamenti

Trasferimento dell'assistenza dai luoghi istituzionali ai servizi ambulatoriali o domiciliari

Transito della persona tra due o più servizi, ripetuto nel tempo

Moltiplicazione dei professionisti che intervengono sulla stessa persona, nello stesso luogo o in luoghi diversi.

Gaps

Craks

Difficoltà crescente ad assicurare il collegamento di una molteplicità di elementi in un percorso di cura

Drop - out

I difetti dell'assistenza fanno essenzialmente riferimento alla continuità delle cure ed in particolare alla gestione delle interfacce tra i diversi momenti assistenziali che caratterizzano le traiettorie della persona malata: dal domicilio all'ospedale, dall'ospedale al domicilio o ad altra struttura di proseguimento delle cure.

Abbiamo da risolvere problemi di salute rispetto ai quali nessuno singolarmente, di quanti sono chiamati ad intervenire, possiede tutte le risorse, le competenze e l'autorevolezza sufficiente a fornire una risposta adeguata

una popolazione eterogenea

-  In buona salute o con malattia cronica che non causa disabilità
 -  Gestione ottimale dei fattori di rischio
-  Con malattie che accelerano la perdita fisiologica e generano instabilità clinica
 -  Presa in carico per evitare incapacità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione
-  Con incapacità funzionali e bisogni complessi, grandi utilizzatori delle diverse componenti dei servizi
 -  Integrazione e coordinamento, intersectorialità

difendere il sistema universalistico e contrastare l'effetto delle manovre di austerità, e la visione che le ispira, significa

Migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi

Rispondere alla pressione dei vincoli economici migliorando l'efficienza e la sostenibilità innovando nell'organizzazione e nel funzionamento, promuovendo l'appropriatezza.

Motivare il capitale umano.

Non dobbiamo riprodurre la situazione esistente (ancorché migliorata), ma trovare condizioni favorevoli all'innovazione e capaci di generare importanti cambiamenti per mantenere un sistema fondato sui suoi fondamentali pilastri e al contempo trasformarlo per renderlo adeguabile nel tempo ai cambiamenti del contesto.

Il maggior difetto che scontiamo, nelle politiche quanto nei servizi, non è tanto di conoscenza o di strumenti quanto, piuttosto, di mancata trasformazione dovuta al difetto di applicazione concreta di ciò che già conosciamo

Migliorare la gestione delle risorse - Qualità



I cambiamenti nel delivery system design possono migliorare i processi e i risultati di cura

Le evidenze sull'efficacia dell'integrazione, orizzontale e verticale, sono sempre più conclusive ed evidenziano che a determinate condizioni, il coordinamento e l'integrazione hanno un impatto favorevole sull'utilizzazione dei servizi, sui costi, sulla qualità delle cure, sulla soddisfazione e sugli effetti sulla salute

...dal government alla governance di organizzazioni complesse per ottenere un'assistenza integrata

"Assistenza integrata" significa mettere insieme domanda, organizzazione, gestione, erogazione dei servizi di diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione e promozione della salute.

L'integrazione è un modo per migliorare i servizi in relazione ad accesso, qualità assistenziale, soddisfazione delle persone ed efficienza

(WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated Care, Working Definition, 2001)

Integrazione. Parola chiave, piena di valore a cui dare senso

- ✓ rendere completo, più valido, più efficace, . . .
- ✓ inserire un elemento/un'azione in un ambiente/processo/ contesto in modo che ne diventi parte organica
- ✓ completarsi in modo da diventare un tutto completo
- ✓ attivare interdipendenze tra parti diverse di un sistema organizzato al fine di raggiungere gli obiettivi e le finalità auspiccate
- ✓ coordinare le attività di più elementi necessari a un funzionamento armonico

Modo attraverso il quale le società sperano di controllare le tensioni e le contraddizioni che sono all'origine dei malfunzionamenti dei loro sistemi sanitari - ovvero: frammentazione, uso inadeguato delle competenze, iniquità d'accesso, ... -

Integrare i servizi significa imboccare la strada della pratica cooperativa e interdisciplinare, dove si modifica radicalmente una situazione dove medicina del territorio e medicina ospedaliera si ignorano piuttosto che collaborare (Mordelet)



Integrazione: perché?

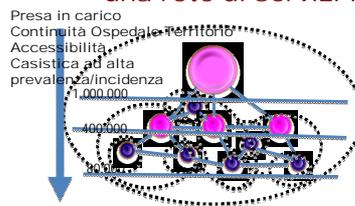
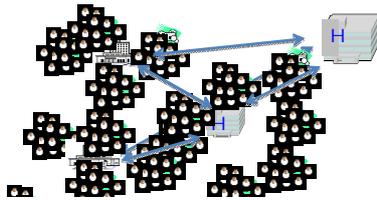


- migliorare la gestione delle risorse
- condividere pratiche efficaci e virtuose
- condividere conoscenze
- mettere in comune expertises e competenze
- superare confini, separazioni tra settori
- assicurare il futuro
- acquisire potere, influenza
- acquisire appoggio, supporto reciproco



un sistema sanitario senza muri,
con una struttura che favorisca il decentramento, la presa in carico
tempestiva, continua e globale del bisogno delle persone, che
supporti e promuova la cooperazione, che incoraggi l'innovazione.
Un sistema sempre meno diviso, segmentato e frammentato
dotato di una struttura che gli permetta di riorganizzarsi in
permanenza

una rete di servizi integrati



- Specializzazione
- Complessità
- Casistica Rara e Complessa
- Gamma Servizi
- Sofisticazione
- Sistema Tecnico

Continuità nei servizi



Intensità dell'integrazione

problema altamente complesso o concomitante ad altri problemi, con alto livello di incertezza evolutiva

il problema richiede l'intervento simultaneo di organizzazioni e di soggetti diversi. Ognuno di coloro che intervengono deve considerare l'intervento degli altri.

problema chiaro, a basso contenuto di incertezza, che richiede un intervento preciso, circoscritto nel tempo e nello spazio che richiede la disponibilità puntuale di una definita competenza

**Cure centrate sulla persona (person oriented)
Servizi organizzati in base ai destinatari/beneficiari**

Prendono diverse forme ma il principio di base resta quello di offrire una diversità di cure in funzione della persona e non della malattia

- Cure integrate
- Coordinamento delle cure
- Appropriatezza
- Ricorso all'uso della cybersalute
- Comunicazione chiara ed affidabile, comodità, Rispetto,
- Empatia e comprensione, tempo
- Continuità
- Stabilità
- Equità

- Vantaggi (McMurchy, 2009)**
- Cure erogate in tempo opportuno
 - Cure preventive adeguate
 - Maggiore probabilità di individuare il problema
 - Meno esami diagnostici e prescrizioni di farmaci
 - Diagnosi più precise
 - Minori costi
 - Minor ricorso all'urgenza e all'ospedale



Le équipes interprofessionali migliorano i risultati per i pazienti, i professionisti e l'organizzazione. (Barrett, Curran, Glynn e Godwin 2007)

Approccio integrato nell'assistenza primaria

Agire su

Organizzare una coerenza duratura nel tempo tra



Sistema di valori
Sistema clinico
Governo

- Ø Organizzazione dei servizi
- Ø Supporto all'autogestione
- Ø Supporto alla decisione clinica
- Ø Sviluppo del sistema informativo
- Ø Uso delle risorse della comunità

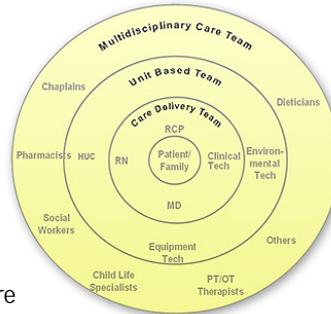


per generare équipes di cure primarie proattive e organizzate in modo da interagire con pazienti informati e attivi

Sfruttare il potenziale delle ICT

Telemedicina
Telexpertise
Telediagnosi
Home care
Telepatologia

per sviluppare un adeguato sistema di
presa in carico



Patient focused care
Criteri di invio
Referente del caso/Pivot
Secondo parere
Intensità di cure

Ruoli e Responsabilità
professionali

L'ospedale deve:

1. Adattarsi all'ambiente esterno e integrare le proprie attività interne (integrate internally).
2. Aprirsi all'integrazione con l'esterno nelle cure e nei servizi in un continuum intra e inter ospedaliero. Mintzberg

per Assicurare un soddisfacente livello di

disponibilità di competenze allineate allo stato delle conoscenze

disponibilità di tecnologie adeguate

efficienza d'uso delle risorse

minimizzazione di rischio per il paziente

massima contribuzione ai risultati di salute

reattività ai bisogni e alle esigenze della persona e della collettività

integrazione e coordinamento tra servizi per assicurare continuità e globalità della presa in carico

Un livello soddisfacente di performance ospedaliera

dimensioni di struttura che consentano adeguate economie di scala e di gamma

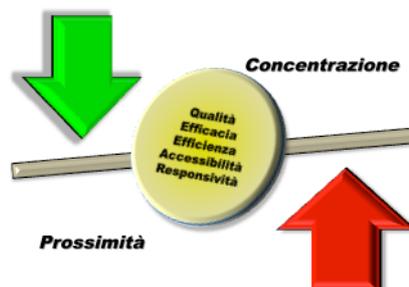
un volume di attività adeguato per ottenere i migliori risultati sanitari e per garantire il mantenimento e lo sviluppo della competenza clinica

una adeguata saturazione delle tecnologie sofisticate e costose prima di procedere alla loro duplicazione, eventualmente decentrata

sviluppare modalità organizzative di tipo inclusivo fondate sulla condivisione di risorse (piattaforme tecnologiche ed assistenziali)

concentrare la produzione di attività la cui localizzazione non influenza direttamente la qualità dell'assistenza alla persona (funzioni amministrative generali, funzioni tecnico-logistiche, funzioni sanitarie intermedie la cui concentrazione consegue miglioramenti qualitativi, economie di scala e di gamma (integrazione verticale ed orizzontale)

coniugare al meglio le ragioni della concentrazione dei servizi con le ragioni della loro prossimità



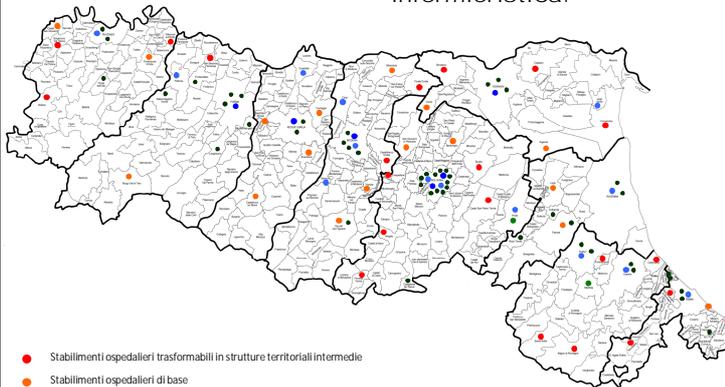
Dall'ospedale centro di produzione a nodo di rete

nodo centrale (per sofisticazione del sistema tecnico in esso garantito) di una rete assistenziale che include nodi erogativi di primo livello distribuiti nel territorio di competenza dell'ospedale stesso.

Un nodo primario della rete sanitaria, tecnologicamente ed organizzativamente all'avanguardia, capace di rispondere alle esigenze della persona malata, ma in grado allo stesso tempo di essere a misura d'uomo, luogo quindi non solo di cura e guarigione ma anche di accoglienza e di speranza.

Ridefinire il senso del termine ospedale

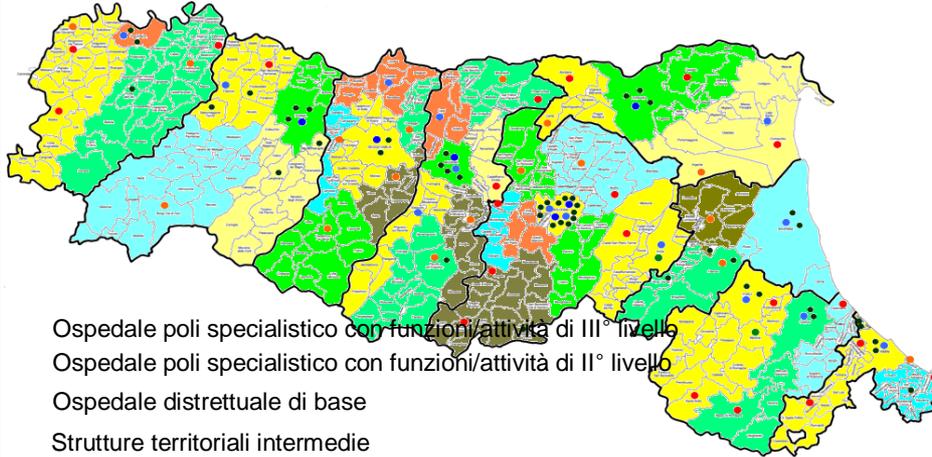
la varietà di contenuto e di attività che caratterizza ciò che è accomunato sotto la locuzione di stabilimento ospedaliero è tale da fare emergere, come unici elementi comuni, il ricovero in struttura con assistenza medica ed infermieristica.



- Stabilimenti ospedalieri trasformabili in strutture territoriali intermedie
- Stabilimenti ospedalieri di base
- Stabilimenti ospedalieri di I° - II° livello
- Aziende Ospedaliere
- Case di Cura Accreditate

N° Stabilimenti Ospedalieri	Posti letto Pubblici
8	< 50
13	50 - 99
13	100 - 149
5	150 - 199
3	200 - 249
3	250 - 299
3	300 - 349
1	350 - 399
8	400 - 799
2	800 - 999
2	> 1.000
61	15.941
	14.183 ordinari, 1.508 DH, 250 DS

Una rete ospedaliera con base (maglia) distrettuale, verticalmente integrata



Ospedale poli specialistico con funzioni/attività di III° livello

Ospedale poli specialistico con funzioni/attività di II° livello

Ospedale distrettuale di base

Strutture territoriali intermedie

Centri Locali di Assistenza Primaria

Enfasi sull'innovazione organizzativa

una prospettiva più ampia che includa

- la **riconsiderazione del ruolo** tra i diversi protagonisti e quelli che questi intrattengono con le tecniche e i dispositivi di intervento.
- la **continua capacità di rinnovamento** che rimetta costantemente in gioco la dinamica organizzativa: ruoli, responsabilità e interazioni. Che trova sostanza nell'interrogarsi continuamente sulle pratiche e sui modi di fare.

Attenzione ai processi interni di strutturazione e ai modi di relazione tra i diversi protagonisti impegnati nei processi di produzione dell'assistenza.

Evitare di limitare l'azione a tentativi di accomodamento che cercano di minimizzare gli effetti sulla distribuzione dei privilegi esistenti, e raramente evolvono verso migliori risultati

Assicurare il commitment di sistema

Sviluppare una cultura e una pratica professionale interdisciplinare e person oriented

Sviluppare la cultura organizzativa e gestionale

Allineare gli strumenti agli obiettivi



Macro
Meso
micro

49

una profonda evoluzione del ruolo manageriale e dei dirigenti

liberare le energie
creare sistemi organizzativi efficaci nel generare e trattare idee nuove e assicurarne la messa in opera

Dare senso all'azione e tenere il filo conduttore
Superare la compartimentazione, generare sinergie
Dare fiducia, motivare e responsabilizzare le équipes

sfruttare le fonti di innovazione

Ascolto degli utenti
Partecipazione interna
Trarre profitto dalle nuove tecnologie
Sviluppare cooperazione

...l'integrazione riguarda individui,
organizzazioni o agenzie - organizzate su
base verticale od orizzontale - che
condividono problemi o obiettivi comuni,
animati da determinazione e **impegno**
(**commitment**) e **fiducia** (**trust**).



(modificato da: World Health Organisation, 1998.
Health Promotion Glossary. Geneva:
WHO/HPR/HEP/98.1)



Il paradosso del cambiamento:

quando è necessario prende tempo,
quando diventa inevitabile è tardi.