



Dalla progettazione alla conduzione dell'Impresa Sanitaria

***Equità e sostenibilità del Servizio socio-sanitario nazionale
attraverso il raccordo strutturato fra ospedale e cure primarie
sul territorio***

Prof.re/Dott. Enrico Desideri
*Esperto del Ministero per la programmazione, organizzazione e
gestione delle Aziende sanitarie*

Roma, 12/04/2025



What's been going on ?

Criticità strutturali (ancor più evidenziate nel corso della pandemia)

- Complessità
 - Potenzialità
 - Sostenibilità
- NB! Nel confronto con altri Sistemi sanitari occidentali europei (per 75°anno del NHS studio Commissione esperti BMJ,2023), il SSN italiano vanta un'aspettativa di vita alta (3° al mondo e un tasso di mortalità evitabile molto inferiore alla media OCSE)

Complessità ISTAT 2021

- **Aging** : 24% pop. >65aa, Aspettativa di vita : +11aa vs 1978 , ...ma non in buona salute.. (- 14 mesi la speranza di vita 2020 vs 2019: +101.000 decessi > + 13% !)
- ➡ **Fragilità**:, su **6.9** milioni di over 75, hanno gravi disabilità motorie/visive in **2.7** milioni, tra questi **1.2 milioni vivono soli!** (Rapporto ISTAT- 2021)
- **De-natalità**: (solo) **393.000** neonati/y nel 2022 (ricorso a **PMA nel 2.5%**), **1.2** figli/ donna italiana - 1.9 figli/ donna straniera (il 21% parti da madre non italiana).. nel 2010 furono 577.000 e nel **1965: 990.500** !! Pop. femminile in età feconda sposate il 43%
- **Tsunami cronicità**
8.5 milioni cittadini > 3 malattie croniche
2.8 milioni di Non Autosufficienti (ISTAT, 2017)
4.1 milioni di Disabili

Per OMS: **costi assorbiti dalla CRONICITA'** sono pari a **84 % spesa sanitaria** (+ spesa sociale)

- ➡ Per la COMUNITA' EU (*Aging working group*, 2016): **la sostenibilita'** passa attraverso la riduzione cure ospedaliere e incremento performance Sistemi per Assistenza Primaria e non attraverso TAGLI sul personale, sulla innovazione farmacologica, dei Dispositivi medici.



Corretto rapporto fra pensiero strategico ed azione

«non c'è LOGOS, senza MYTOS .. e ETHOS»
(Aristotele 380 a.c.)

Riflettiamo e ci confrontiamo poco sui temi strategici, ma «straparlamo» di cambiamenti

Tutti si sentono scienziati (viviamo un'epoca di pregiudizi, anche scientifici : no vax..)

Ci occupiamo poco delle persone con le malattie e delle loro condizioni sociali (*patient centred care*) e ci concentriamo solo sulle malattie, che hanno le persone



EQUITA': disuguaglianze e rischio di esclusione socio-sanitaria

Fra le **autorevoli fonti** che hanno approfondito il tema:

- G7 Salute, maggio 2019, Parigi : potenziamento cure primarie
- **Atlante 2018 –INMP-ISTAT**
- Osserva salute (Univ. Cattolica , 2018)
- Studio PASSI –ISS. 2018. Masocco
- ISPRO Toscana
- OMS , su allarme inquinamento e residenza
- AGENDA 2030: «*ONE HEALTH*» salute per tutti, lotta alle disuguaglianze
- CNEL 30.3.2021: relazione al Parlamento su impatto COVID
- PAPA FRANCESCO -2020: su protezione dei più deboli e bene comune
- ASSOCIAZIONE ITALIANA STUDI DI POPOLAZIONE (il Mulino,2021)



DISUGUAGLIANZE: Evidenze scientifiche

Mortality inequalities by education level

maggior frazione mortalità attribuibile- SMR (*standard mortality ratio*)- *per tutte le cause* : +15-25 %
uomini, +10-15% donne

- *per le mal C.V e i tumori di stomaco, fegato, polmone* : + 25 % (NB! nel 2023 : 395.000 nuove diagnosi T. Polmone!!)

Popolazione che vive nelle aree interne «*hard-to-reach*»

Spesso **cause occupazionali, ambientali, socio-economiche** si intersecano : **+20%** malattie croniche, a parità di livello di educazione, in chi vive in **aree inquinate** o è esposto a **noxae lavorative** (Pm10 Pm2.5,O3,NO2,SO2, metalli) [Epidemiologia e Prevenzione 2019]

- Commissione EU : *programma for health equity*:
- Il fenomeno è presente in tutta Europa: UK, Svezia, Finlandia, Danimarca, Italia
- Osservata associazione fra Parkinson e esposizione a biossido di azoto (Jama, 2021)
- PNE 2021, DISUGUAGLIANZE D GENERE E CITTADINANZA, titolo di studio
- TUMORI PROFESSIONALI: **8.000 nuovi casi/ anno in Italia** (IARC, 2023)

Obesità e stili di vita per livello di istruzione

- Obesità in Italia : **6%** nella pop. con buona istruzione e **14%** pop. con basso livello istruzione (in Italia, con **10 %** popolazione obesa, siamo sotto alla media EU...in Europa l'uomo grasso è UK)
- Fumo, alcool, sovrappeso (35%), sedentarietà per basse classi sociali e health literacy
- diabete, depressione ,adesione agli screening in relazione allo stato socio-economico



Disuguaglianze di accesso e aree interne

- 13 milioni di italiani (circa **22%** pop.) vivono in 4.220 comuni (il 45% tot comuni – il **60% superficie** Italia)
- «divario di cittadinanza» (T. Frittelli):
 - ➔ + tempi soccorso e minore **connessione** telematica
 - ➔ carente accesso alla assistenza (anche psicologica-psichiatrica)



ASPETTATIVA DI VITA RIDOTTA (- 4/5 anni, Atlante ISTAT 2018)



Inverse care

«Chi ha maggior bisogno, riceve meno»

anche durante la pandemia da COVID-19

- Principali richiami bibliografici:
 - PHM e Expanded Ch.C.M. (Berwick, 2008 - *Kaiser Permanent*, 2000)
 - «The inverse care law re-examined: a global perspective» Cookson R, Lancet 2021
 - «An inverse care law for our time» Marmot Michael, Lancet 2018
 - «2°rapporto su disuguaglianze sociali in sanità» F. Angeli 2014
 - Bambra C. «**The COVID pandemic and health inequalities**» J.Epidemiol. Community Health 2020
 - **nel mondo la differenza in aspettativa di vita fra paesi ricchi e poveri è di 16 aa !**
(Assemblea mondiale sanità 2021-OMS)
 - **APARTHEID VACCINALE** (Lancet 2021 – BMJ 2021): solo il **7% delle popolazioni povere** ha avuto la vaccinazione (vs il **75%** popolaz.ad alto reddito..) Nonostante rischio varianti e la proposta sia venuta anche da Biden, Ursula Von der Leyen, Draghi, non attuata ancora sospensione brevetto

...Don Milani, Firenze, scuola Barbiana 1954 -'67: «**chi meno sa, meno ha**»

OCCORRE RIPENSARE A FONDO IL NOSTRO SSN non solo razionalizzarlo !

ADERENZA TERAPEUTICA: complessità ad alto impatto sanitario e economico

- Studio su 11.000 diabetici (*Archives of International medicine*):
+ 58 % ricoveri , +81 % **mortalità** nei NON aderenti!
- Se ADERENZA al 100% avremmo una **riduzione della spesa**, in It. di **11 MLD** (AIFA 2015), di **125 MLD** e **195.000 morti in EU** (*Health affair*,2017: studio su 33.000 pazienti cronici)
- Studio CREA su dislipidemie – ipertensione ➡ **+30% rischio di IMA** e insufficienza cardiaca: con aderenza risparmio da 500 a 1000 euro/ pro capite/Y (per ogni patologia)

➡ Il 36% dimessi si ri-ricovera < 3 mesi a causa della non aderenza alla terapia



Aderenza terapeutica-media- nei pazienti cronici < al 45 - 50% , (maggiore nelle donne)

Anche dopo episodio acuto < al 60% , peggiore nelle aree interne, **correla con la ricchezza**, *London school of economics, J.Rosés*

Per BPCO-ASMA (3.5 MILIONI di Italiani) aderenza 20 - 38% !! *Devise LAMA/LABA-ICS...*



Il nuovo ruolo del **farmacista di comunità** nelle «Reti cliniche integrate strutturate»: un progetto comune

- Le **basi normative** nazionali ed europee (novembre 2013):

Direttive sulla qualifica professionale farmacista :

- diffusione informazione e consigli sui medicinali e **stili di vita**
- segnalazioni effetti indesiderati (**ADR**)
- accompagnamento personalizzato ed educazione **alla terapia (aderenza)**
- contributo a campagne istituzionali



- **Progetto comune**: lavoro coordinato ed integrato fra sistema **cure primarie e farmacisti di comunità**

(già esperienze nel Regno Unito e in Canada ..)

Primary care team (Medici di Medicina generale, Infermieri, Farmacisti in primis)

FINANZIAMENTO – PIL (OECD 2020)

Health at a glance

- Germania: 11.7 % - Svizzera 12%
- Francia : 11.2 % - Austria : 10.4 %
- Italia 6.7 % - USA 17.7%



Carenze di organici (dal 2010 perse 45.000 unità di personale) - vetustà strutture e attrezzature (età media ospedali > 50 aa)

NB! **Legge di bilancio 2022**: Fondo sanitario a **124** MLD nel 2022, **134,7** nel 2023, **132,9** nel 2024 **NADEF** (..NON la Legge di Bilancio ..) + **1** mld per farmaci innovativi e **2** mld per edilizia e tecnologie + aggiornamento **LEA** e **vaccini** (2022) e profilazione genomica (**NGS** – istituzione del **Molecular Tumor Board**).



UN MODELLO NATO PER RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

DAL PROGETTO
PER I NUOVI PERCORSI DI CURA
ALLA LORO PRATICA ATTUAZIONE

**RETI CLINICHE INTEGRATE
E STRUTTURATE**

*Un modello di attuazione
del Piano Nazionale della
Cronicità*

Enrico Desideri
*Presidente Fondazione Innovazione
e Sicurezza in sanità*



Prof./Dott. Enrico Desideri, Presidente Fondazione Innovazione e Sicurezza in sanità

Equità e sostenibilità del Servizio socio-sanitario nazionale attraverso il raccordo strutturato fra ospedale e cure primarie sul territorio



INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA richiamata dal **PNRR** e prima dal PNC
per la **SANITA' DEL FUTURO**

DAL

**POPULATION HEALTH MANAGEMENT- expanded
CH.C.MODEL alle**

RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE

un modello per la **sostenibilità e l'equità**

Prevenzione

Prossimità

Proattività

Personalizzazione

Partecipazione

**RETI CLINICHE INTEGRATE
E STRUTTURATE**

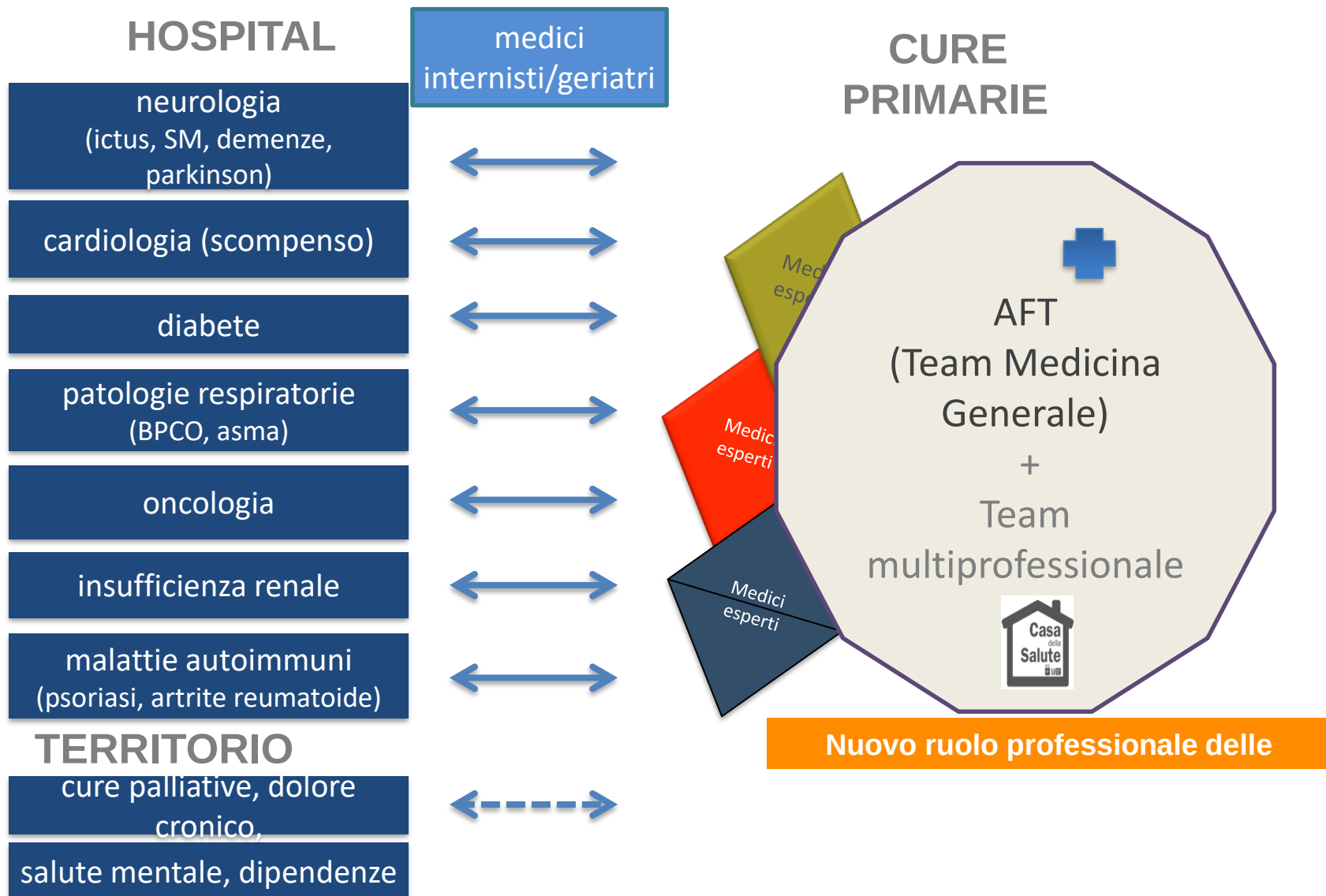
*Un modello di attuazione
del Piano Nazionale della Cronicità*

Enrico Desideri
*Presidente Fondazione Innovazione
e Sicurezza in sanità*

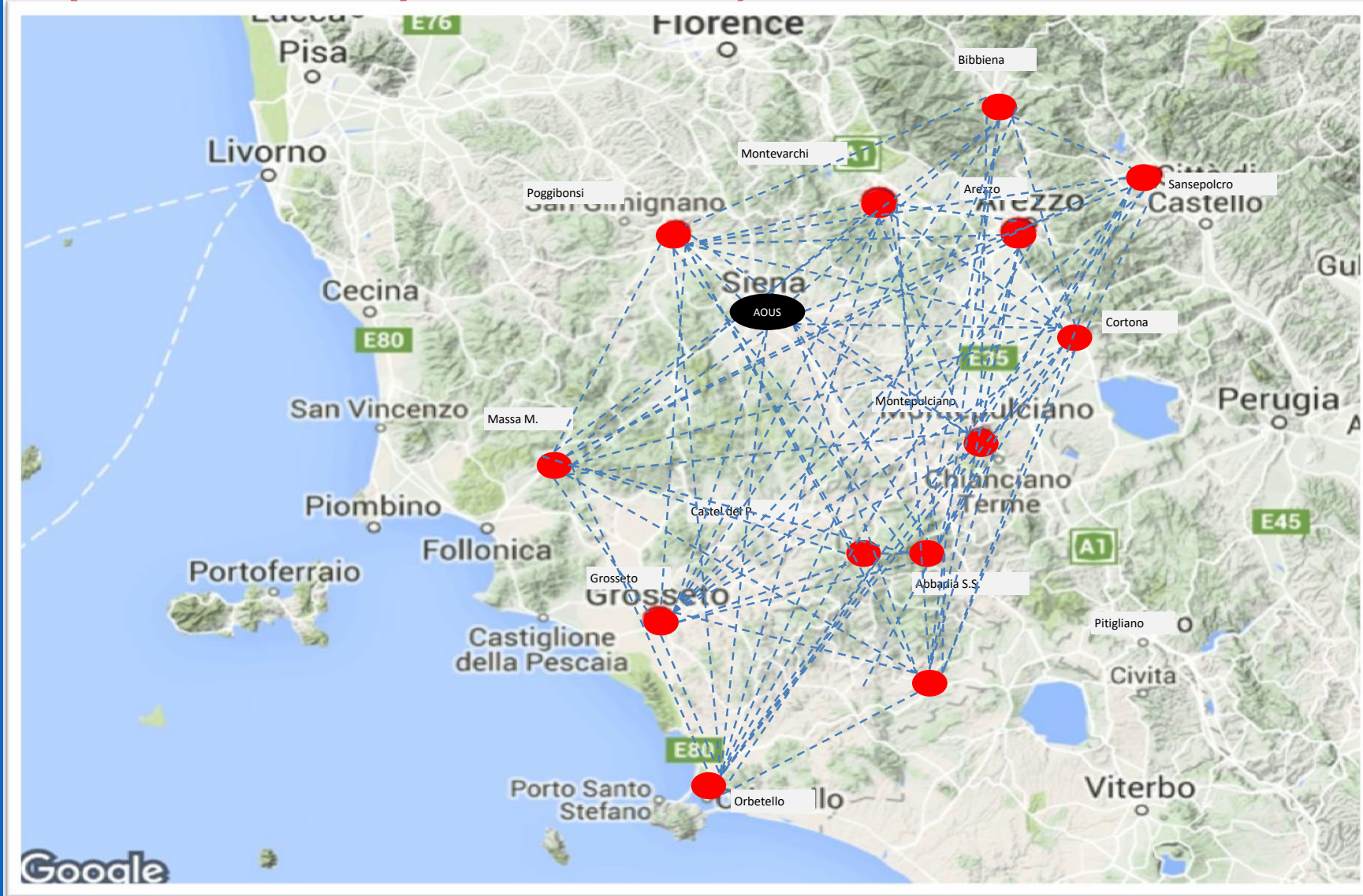
DAL PROGETTO
PER I NUOVI PERCORSI DI CURA
ALLA LORO PRATICA ATTUAZIONE



Per ogni **Zona Distretto** RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



LA RETE OSPEDALIERA COMPLANARE E INTEGRATA (es. in una “ampia” ASL Toscana)



Prof./Dott. Enrico Desideri, Presidente Fondazione Innovazione e Sicurezza in sanità

Equità e sostenibilità del Servizio socio-sanitario nazionale attraverso il raccordo strutturato fra ospedale e cure primarie sul territorio



CARDINI: dalle reti “spontanee” alle reti “strutturate” per l’equità e il **superamento dei «silos» AUTOREFERENZIALI**

RETE ORIZZONTALE TRA GLI OSPEDALI e tra i PROFESSIONISTI che:

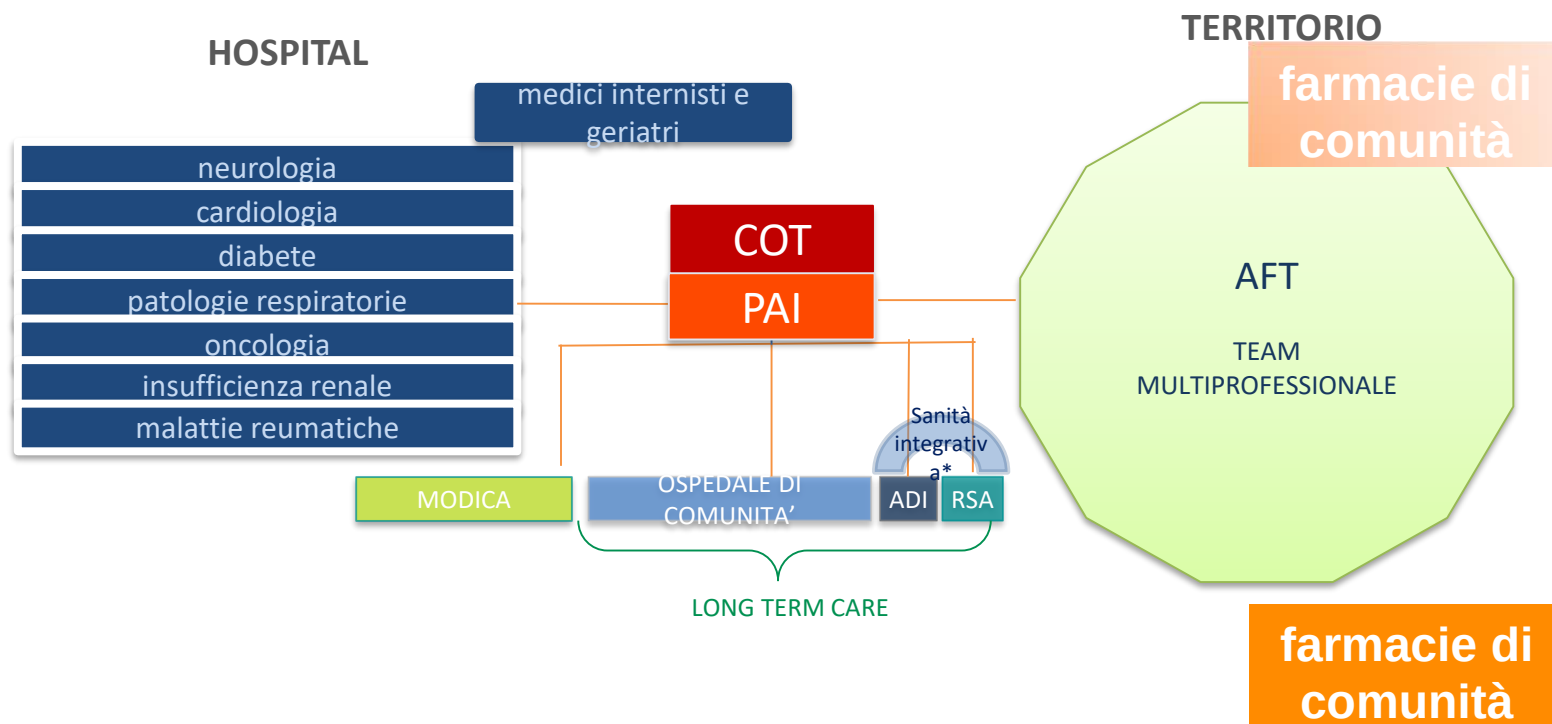
- supera i confini amministrativi (distretto/provincia), RENDE SICURO il modello hub e spoke ad integrazione degli ospedali di prossimità, in primis attraverso la **telemedicina (teleconsulto)**, interconnette le competenze per lo sviluppo professionale.
- supporta la distribuzione delle specialità, pur garantendo la **concentrazione per alcuni interventi (volume-esiti)**
- rende possibile il **raccordo “di sistema”** per la qualità clinica e la sicurezza (art 1 L.24/2017), per la ricerca anche traslazionale (ad es. valutazione esiti) e la didattica
- **PREREQUISITO: Reti tempo-dipendenti e infrastrutture dell’emergenza urgenza**

Un ospedale di riferimento per ogni Distretto



INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

(apice della piramide)



*A governance pubblica



«Reinventing Primary care»

(health affairs-2010)

- **Potenziare** la **rete multi-professionale** delle **cure primarie**:
- - medico di medicina generale: «**garante**» della salute del cittadino
 - collaboratori studio: prenotazione e tempi di attesa per CLASSE-PRIORITA'
 - **infermiere territoriale –assistente sociale - psicologo**: ruoli essenziali
 - proiezione specialistica (ANCHE in teleconsulto)
 - farmacista di comunità – ostetrica – fisioterapista ...

NB: i PRINCIPI furono definiti dall'**OMS** (conferenza di **ALMA ATA**, 1978) !!

- **Risorse ?**

derivano dalla riduzione accessi al PS e ricoveri evitabili
es.: scompenso cardiaco– IMA – ICTUS (complicanze diabete, ipertensione, dislipidemie ...) – TSO

Indagine conoscitiva XII Commissione senato 2021: per la non aderenza +1.200.000 ricoveri (3.7 MLD) !!



EVOLUZIONE auspicata dei SISTEMI DI CONTABILITA' e di REMUNERAZIONE

HABC (*health activity based costing*) : analisi rapporto fra ob. strategici e risorse disponibili – fra etica costi (da contenere) e qualità (da garantire)

Superamento della lettura solo dei costi intermedi (personale, farmaci..) e valutazione costi finali (di processo, es. PDTA)

Verso un sistema di remunerazione non per prestazioni (DRG-SPA - ...), ma in forma «raggruppata» (*bundled*) e in funzione dei risultati (*pay for performance*) sia per i produttori privati, sia per il servizio pubblico



→ curare un diabetico e/o un iperteso o chi ha avuto un episodio acuto (es scompenso) ci farà eticamente risparmiare!



PIANO NAZIONALE RIPRESA E RESILIENZA

MISSIONE 6 «*nextgeneration-Italia*»

NB: <28.2.'22: invio PIANI REGIONALI «**COSA**»FARE

< 31.5.'22 contratto istituzionale di sviluppo

- **Reti di Prossimità, Strutture e Telemedicina**
7MLD:
 - Case della comunità (n.1288) <2026 : **2 MLD**
 - Telemedicina – ADI: 10% pop.>65a tot. +
COT(n.602 centrali op. territ.: 1/distretto) : **4 MLD**
 - OdC (Cure interm.) (n.381: 0,4 pp.II./1000ab): **1 MLD**
- **Innovazione, Ricerca, Digitalizzazione del SSN**
8,63 MLD:



CASA DELLA COMUNITA' e AFT

- 1 ogni 40-50 mila ab. (**hub**), secondo la densità popolazione
- Struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile: NODO CENTRALE della **AFT** (mmg +pls), garantisce:
 - risposta PROATTIVA - integrata, anche per prevenzione (raccordo Dip. Prev.), per la salute mentale (DSM), per la salute della donna (e altre attività consultoriali)
 - attivazione percorsi di interazione con i servizi ospedalieri
 - presenza medica h24 – 7 su 7gg (continuità assistenziale)
 - presenza infermiere h12 – 7 su 7gg
 - PUA sanitario e sociale (ASL + COMUNI)
 - punto prelievi-vaccini - screening + SERVIZI DIAGNOSTICI + TELEMEDICINA e *digital health*
 - **PRENOTAZIONE per classi di priorità** (CUP)
 - proiezione SPECIALISTICA + servizi a DOMICILIO - nelle RSA e negli Ospedali di Comunità
 - PARTECIPAZIONE della comunità, delle Istituzioni, del 3° settore



Innovazione, ricerca e digitalizzazione (8.63 MLD):ambiti

- Riorganizzazione *governance* rete **IRCSS**
- Ospedale sicuro (n.116 interventi di antisismica)
- Rafforzamento **ospedaliero**:
 - ➔ acquisto 3133 grandi apparecchiature
 - ➔ riforma sistemi informativi +*repository* dati+ FS(S)E + 3500 pl T.I.(0,14/1000ab) + 4225 p.l. T. subintensiva
- **Formazione** (NUOVE COMPETENZE - anche informatiche e manageriali)
- **Ricerca** sc.:
 - biomedica (mal. rare e croniche) e traslazionale
 - + borse di studio **mmg** e contratti **specializzazione**



NSIS-NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

F.S.E. - INTEROPERABILITA' (standard HL7 - FHIR)

MONITORAGGIO LEA

«basta con i faldoni di referti»

- **0,3 MLD** per:
 - **Piattaforma Naz. open data**: analisi, report, predizione scenari per la programmazione e il rilievo di malattie emergenti e per la **TELEMEDICINA** (attuazione AGENAS-partenza Luglio'24)
 - governo dati sanitari (nel rispetto GDPR)
 - **integrazione dati nel FSE 2.0** anche prodotti in Telemedicina (es tele-referto, tele-monitoraggio..)
- NB! Garante privacy (settembre 2022) espresso parere negativo su SCHEMA DI DECRETO PER «NUOVA BANCA DATI – EDS (ecosistema dati sanitari) ... ! ...



PON GOV Cronicità (2018-2023)

Manuale Operativo- Aprile '22- a cura di: Agenas – Min. Salute – ISS

Ambiti: 1) Telemedicina e tecnologie digitali: supporto/gestione PDTA

2) ADI: innovazione, telemedicina e sistema informativo(**SIAD**) e residenzialità (flusso prestazioni residenziali (**FAR**))

3)PDTA: integrazione e prossimità (modelli ,buone pratiche, esperienze) per l' EQUITA'



Nuovi Indicatori nazionali e regionali - FONTE:

A) Nuovo Sistema Informativo Sanitario **NSIS** (2001), fonte dati per LEA

B) Nuovo Sistema di Garanzia (**NGS**), strumento DESCRITTIVO per la valutazione –monitoraggio di 88 indicatori

in ambito Distrettuale e Ospedaliero, sui PDTA e sulla Equità

INDICATORI CONSIGLIATI - DISPONIBILI

Equità: aspettativa di vita – mobilità extra-regione – ri-ospedalizzazioni – accessi al PS con codici minori – Tempi soccorso

Esiti : Ospedalizzazione elevata per Ictus – IMA – Dialisi-

Appropriatezza: Screening onco – ADI vs residenzialità – durata degenza e sviluppo cure intermedie – Aderenza –Piani inserimento lavorativo (SERD- salute mentale – flusso ARS (pop. over 65 : prestazioni socio-san. residenz./semiresid.)



DM 77 (2022)

- PRINCIPI: Universalità, equità
- AZIONI e METODI:

Partecipazione, **proattività**, **prossimità**, **prevenzione**, **personalizzazione**
Aderenza terapeutica e nuovo ruolo delle Farmacie

Stratificazione pop. (6 livelli)-attraverso algoritmi predittivi dei bisogni socio-sanitari (ex art 7 DL 34/'20)

One healh: ambiente, salute e clima



Governance forte distrettuale :

. programmazione – committenza - produzione – garanzia e interazione multi-professionale e dei servizi, anche con il sociale dei comuni

. AFT / UCPP e interazione con Dipartimenti di Prevenzione, materno-infantile e Salute Mentale/ SERD



CASA DELLA COMUNITA' (n° 1350 ➡ 1/45-50.000 ab) – **COT** ➡ 1/100K ab

- STANDARDS: 7-11 Infermieri + 5-8 Oss+ Amministrativo
- TARGHET: - servizi h 12 - NB! Con la continuità assistenziale h 24
-
- ATTIVITA': Cure primarie, diagnostica 1°livello, S. Mentale (minori e adulti), Prevenzione 1°-2°, profilassi vaccinale, consultorio, **CUP**, interazione fra Mmg/Pls e specialisti, proiezione c/o domicilio- residenze anziani, Cure Palliative.
- COT «vettore» per il coordinamento H-T (domicilio – RSA): 3-5 infermieri - Accesso dati FS(S)E
- UCA (unità continuità assistenz.): 1 med +1 inf.: assistenza domicilio +follow- up
- ADI (di 1°-2°-3°livello intensità): Obiettivo ➡ 10% over 65aa (flusso SIAD)
- PUA/ UVA valutazione multimediale



OSPEDALE di COMUNITA' (20 pp.ll./100k ab.)

→ **cure intermedie**

- Standard: 7-9 inf. + 4-6 Oss + 1-2 tecn. riabil. + 1 medico 4-5 ore al dì
- Location: **NB!** anche in ospedali usando aree non più utilizzate grazie alla de-ospedalizzazione (TASSO OSPEDALIZZAZIONE da oltre 220 a meno di 160/1000ab)
- Durata: < 30 gg. (standard dovrebbe essere < 15 gg)
- Responsabilità organizzativa: infermieristica e clinico-igienistica medica
- Monitoraggio: flussi NSIS



RETE CURE PALLIATIVE (ambulatoriali – domiciliari – ospedaliere) STANDARD: 1 U.O./100K ab – 1 hospice (8-10 pp.ll.)/100 k ab

SERVIZI CONSULTORIALI FAMILIARI

(minori, donne, coppie, famiglie)

- . Targhet: singoli individui, anche presso scuole, sedi sportive
- . Campi di azione: salute mentale, prevenzione, riabilitazione, sociale ..
- . Ostetriche, psicologi/psichiatri, riabilitatori



PREVENZIONE (sanitaria – ambientale/climatica)

- **STANDARD:** 1 DIPARTIMENTO PREVENZIONE/max 500 K ab. (ex art.7bis-ter-quater DL502/'92)
- CAMPI AZIONE: vaccinazioni, mal. Infettive, ambienti di vita e lavoro, salute animale, sicurezza alimenti, medicina legale, promozione stili di vita e nutrizionale, screening)
- RETE NAZIONALE: SNPS (sistema naz. prev. salute ambientale – ad oggi non fatto)
- SISTEMA INFORMATIVO NAZ. per la Prev. Luoghi di Lavoro (SINP): valutazione epidemiologica
- ONE-HEALTH preparazione (*preparedness*) – COMUNICAZIONE per la ➡ consapevolezza (*mindfulness – empowerment*) del rischio
con ISS (progetto «Sentieri»): dimostrato eccesso ospedalizzazione (+3%) e mortalità per tumori in 46 siti inquinati monitorati (Epidemiologia e Prevenzione, 2023)



TELEMEDICINA + sistema informativo + FSE

- Requisiti: - definiti da Conferenza Stato Regioni 17/12/2000: telemed integrativa e non sostitutiva, - interoperabilità (standard FHIR – HL7) flussi vs distretto e **Repository centrale** del FSE + **Piattaforma Telemed.** (AGENAS)
- Orientamento: produzione «nativa» doc. sanitari in formato digitale
- FSE:
 - introdotto nel 2012 (DL 179), poco utilizzato – il PNRR stanZIA 1,4 mld
 - OB: > 85% MMG impiego per analisi dati clinici
 - alimentazione obbligatoria (pubblico e privato)
 - secondo il GARANTE, però, questo eco-sistema dati sanitari (EDS) necessita di Decreto attuativo specie per la ricerca traslazionale (BIG DATA e AI)!



SFIDA: Lotta al divario territoriale e socio-culturale ! !



Tempi d'attesa

Criticità molto percepita in parte **effetto del rimpallo del malato fra i setting assistenziali**

Fenomeno anche enfatizzato «ad arte»

Quasi non utilizzati i fondi DL2021 e DL 2023 per ridurre i Tempi

DECRETO LISTE D'ATTESA - DL 73 - Convertito in legge Luglio 2024:

- Osservatorio Agenas –ISS – rappresentanti cittadini –num. 1500
 - Piattaforma regionale e monitoraggio per Classi priorità
 - Organismo di controllo/verifica c/o Ministero e Agenas
- CUP unico regionale o infraregionale con offerta pubblica + privato convenzionato + intramoenia
- Defiscalizzazione straordinari (anche sabato pom. e domenica)
 - Obbligo CLASSI DI PRIORITA' e proibite AGENDE BLOCCATE
 - - Tempi riferiti ad una delle strutture Az. San
 - - Rafforzamento (+80 mil.) Salute Mentale



PNRR - EFFICACE ASSUNZIONE IN CURA DEI MALATI CRONICI EQUITA': 10 AZIONI per la riqualificazione della spesa e la sostenibilità

dal «COSA» al «COME»



Dal PDTA al PAI per superare le barriere d'accesso nei pazienti fragili

- Ogni distretto deve disporre di Punti Unici di Accesso (**PUA**) e di Unità di Valutazione dei bisogni specifici di ogni malato complesso (**UVM**) in grado di effettuare un'analisi complessiva e specifica dei bisogni, grazie anche all'integrazione dei servizi sociali svolti - in equipe unica - dal servizio della Asl e dei comuni dello stesso ambito sociale (L.328/2000).
- Tenendo conto delle specificità dei malati, specie dell'apice della Piramide, in relazione a:
 - Poli-patologia
 - Area di residenza- abitazione
 - Stato socio-culturale - età - genere
 - Condizioni psicologiche, linguistiche, presenza o meno di un *care giver*



Stratificazione del Rischio

- Attraverso i Flussi sanitari – adottando appositi algoritmi - è possibile individuare la sotto-popolazione a maggior rischio di ospedalizzazione, che necessita di una attenzione specifica:
 - in media: dal 2.7% al 3% della popolazione ha un rischio di ospedalizzazione > a 90-95 % entro un anno !!



Supporto della **TELEMEDICINA** per facilitare il raccordo fra i professionisti

3

- **Teleconsulto** fra medico di Famiglia o fra internista di un ospedale di prossimità con lo specialista di riferimento (TUTOR) ➔ tempestivo raccordo (*early referral*) ad es. per il follow up di paziente affetto da malattia oncologica, nefrologica o malattia reumatologica, ovvero neurologica o cardiologica.
- **Telemonitoraggio** - anche a domicilio - dei pazienti fragili (es scompenso cardiaco) o con malattia metabolica, grazie ai nuovi *trends* di usabilità dei D.M.
- **Televisita** specialistica, tele-riabilitazione



«Nulla si migliora se non viene misurato» (Deming : Plan – Do – Check – Act)

4.1

- La **misura degli indicatori** di ESITO-EQUITA', APPROPRIATEZZA-COSTING e il loro follow up permette una valutazione (in genere mensile e in ogni DISTRETTO) dell'andamento degli **obiettivi prefissati** di salute: se analisi congiunta (consensus conference, audit..), possono aumentare la consapevolezza- condivisione attiva dei professionisti (*audit & feed back*) e la **partecipazione** anche di coloro che rappresentano la Comunità (3° settore- Cittadinanza Attiva – Associazioni di tutela)
- Il **governo dei dati** in particolare aiuta la *comunità di pratica* (almeno i clinici che seguono il malato – MMG +SPECIALISTA TUTOR - nominativamente indicati e con il suo consenso), ad assicurare una assunzione in cura sicura facendo percepire al malato di trovarsi al centro del percorso, evitando il «**rimpallo**» da uno specialista all'altro e da un esame strumentale all'altro ..e così permettendo anche la misura dell'ADERENZA con l'aiuto delle farmacie di comunità (indicatore: **PDC** *propotion of days not covered*).



a tal fine occorre attivare:

4.2

- **Piattaforma informatica** (*Clinical data center*) e **Unità** di personale **dedicato** e specializzato -in *data governance* e *data analytics* - per garantire l'integrazione sicura dei dati ospedalieri e territoriali;
- **COT** (Centrale Operativa Territoriale), bacino ca 100.000 ab, attraverso una puntuale analisi dei dati sanitari e sociali:
 - 1) coordina il raccordo fra Ospedale e Territorio – specie in fase di dimissione,
 - 2) rende disponibili i dati sanitari all'interno della «comunità di pratica»,
 - 3) assicura i servizi assistenziali territoriali, specie a domicilio.
- **PROMS** (PATIENT REPORTED OUTCOME MEASURES) per la valutazione della qualità percepita
- **RICERCA** (traslazionale e biomedica) e analisi dati, in collegamento con la programmazione aziendale e regionale, nella prospettiva della riforma degli IRCCS.
- **HTA-HABC** per una corretta valutazione dell'innovazione tecnologica e organizzativa



Multi-professionalità (micro-team):

alcune sottolineature

- Ruolo dell'INFERMIERE : figura centrale sul territorio, con una formazione orientata alle cure essenziali del malato, ad es, a domicilio, anche con supporto di tecnologie (tele-monitoraggio)
- Servizi sociali integrati (ASL- Comune) con un' attenzione ai pazienti fragili, anziani specie se vivono da soli (+40% ospedalizzazione!)
- Farmacie territoriali, «di comunità»,...veri baluardi, capillarmente diffusi (22.000 sedi) e oggettivamente riconosciuti dalla comunità (utenza giornaliera: quasi 4 milioni cittadini!)



Sistemi incentivanti

- I contratti del personale dipendente, così come gli accordi nazionali (ACN aprile 2024, art. 47) e integrativi regionali della medicina convenzionata (MMG – PLS - specialistica), prevedono sistemi incentivanti (... e penalizzanti ...) da finalizzare ad un adeguato arruolamento «pro-attivo» dei malati cronici.
 - ➡ quanto sopra, oggettiva la decisione assunta INSIEME e rinforza il passaggio dal COSA al COME fare.



La prenotazione in prossimità

- I tempi d'attesa costituiscono da molti anni un elemento di sfiducia del cittadino nel sistema pubblico che – nonostante gli sforzi e nonostante il PNGLA (non ancora applicato da varie regioni) - non è stato risolto;
- la contraddizione percepita, in un sistema che nasce per la tutela del diritto alla salute, può essere più facilmente superata attraverso il «dove si prescrive si prenota»: che affianca il momento della prenotazione (nei poliambulatori ospedalieri, nelle case della comunità, negli studi associati dei MMG) al momento della prescrizione PER CLASSI DI PRIORITA' (U-B-D-P).
- NB ! Solo circa il 30% della prescrizione di esami è per la prima diagnosi!



La Comunità di pratica

- Il RACCORDO STRUTTURATO fra i professionisti del team di base (territoriale) e del team allargato alla componente specialistica ospedaliera deve essere un obiettivo **condiviso-voluto dai professionisti** (proposto dal management e contestualizzato quotidianamente dai professionisti). Solo così:
 - 1°= il cittadino si sente, con fiducia, al centro del sistema;
 - 2°= si evita il «ping-pong» inappropriato e inutilmente costoso di accertamenti
- I **Presidi di prossimità** (c.d. piccoli ospedali) devono operare con il supporto della rete specialistica (equipe itineranti – Televisita - Teleconsulto), fermo il rispetto rapporto volume - esiti ! !



AFT – CASE della COMUNITA' – CURE INTERMEDIE per potenziare la risposta territoriale (PNRR)

- Le **AFT** (aggregazioni funzionali mono-professionali), costituite da MMG - PLS - Medici Continuità assistenziale (MCA) (**ruolo unico**), sono nate (Legge 189/2012) e richiamate da atti specifici (Patto per la salute 2014-16, Piano 2019-2021) per garantire H24 e 7gg/7 attività assistenziale integrata, come è opportunamente stato fatto con le USCA, anche presso il domicilio del malato (**ADI -ADP**).
- Le **Case della Comunità** (N. 1288: 1 /20.000 ab ➡ AREE URBANE; 1/10.000 ab. AREE INTERNE; 1/35.000 ab. Aree metropolitane) riferimento per la popolazione e della partecipazione democratica, dotate di infrastruttura informatica, collaboratore amministrativo, punto prelievi, strumentazione diagnostica di 1° livello, sede del PUA e della multi-professionalità necessaria (ancora ASSENTI in varie REGIONI).
- **Cure intermedie** (n° 20-40 pp.II./50.000ab), c.d. ospedali di comunità, per facilitare, attraverso una degenza breve, la dimissione sicura o evitare un ricovero (OGGI ancora ASSENTI IN VARIE REGIONI)



Prevenzione e valutazione epidemiologica

- La prevenzione primaria (stili di vita, educazione alla salute) e secondaria (diagnosi precoce, screenings) è la vera sfida per non lasciare nessuno indietro (*leave no one behind*, OMS):
- ➡ sulla base di una puntuale conoscenza EPIDEMIOLOGICA (epistemologica) possiamo conoscere , delimitare gli ambiti, le aree che necessitano di maggiori risorse/ attenzione (es. *urban-rural divide*) e correggere errori di programmazione (es. centralizzazione offerta di base)
- la prevenzione terziaria: la riabilitazione «cenerentola» della programmazione regionale, permette di ridurre le conseguenze (e i costi) di una patologia acuta



Nessun cambiamento è possibile senza il coinvolgimento delle persone

«The heart of change» John Kotter, 2002



LA SANITÀ D'INIZIATIVA I RISULTATI NEL PAZIENTE CON DIABETE



gli assistiti dei mmg che hanno aderito alla sanità d'iniziativa
nel periodo **2011-2014**

HANNO RICEVUTO CURE PIÙ APPROPRIATE

adesione al GCI **+ 58 %**

HANNO RICEVUTO ESITI MIGLIORI

tasso **eventi cardio-cerebrovascolari** acuti **- 19%**

rischio di decesso a 4 anni **- 12%**



DAL PROGETTO
PER I NUOVI PERCORSI DI CURA
ALLA LORO PRATICA ATTUAZIONE

**RETI CLINICHE INTEGRATE
E STRUTTURATE**

*Un modello di attuazione
del Piano Nazionale della Cronicità*

Enrico Desideri
*Presidente Fondazione Innovazione
e Sicurezza in sanità*



LA SANITA' D'INIZIATIVA

indagine Politecnico di Milano (2013), dati 2009-2011

«pre-post comparison - group study»

Nel complesso gli assistiti dei medici m. g. che hanno aderito:

- ✓ - 22 % ricoveri ordinari
- ✓ - 11% accessi al PS
- ✓ - 16% esami diagnostica pesante
- ✓ - 7% ricoveri ripetuti
- ✓ + 17% esami di laboratorio

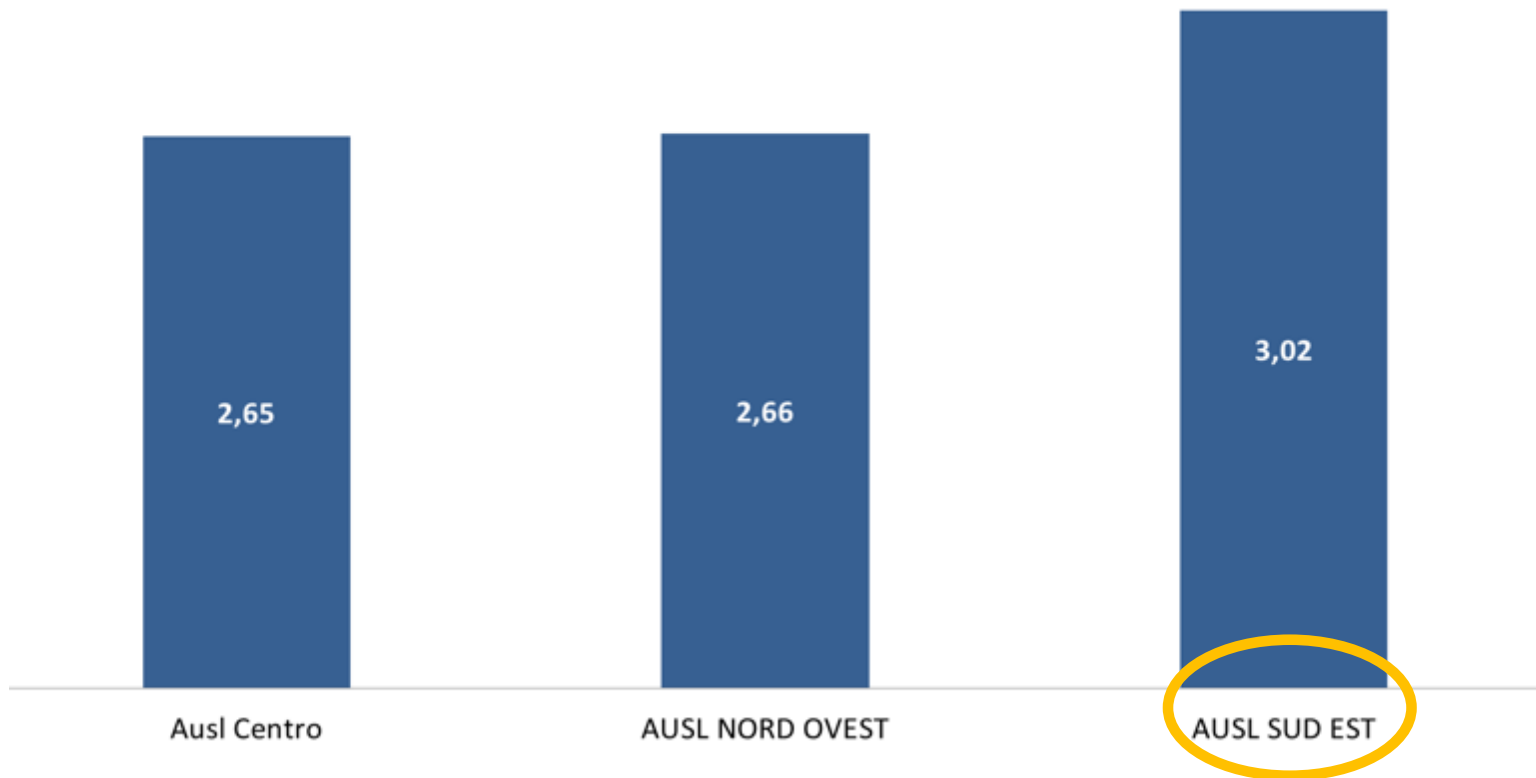
- ✓ - 9% durata della degenza (grazie alla nascita di Mo.Di.Ca)





VALUTAZIONE DELLA AUSL SUD EST SECONDO IL SISTEMA PERFORMANCE DEL SISTEMA SANITARIO R. Toscano

BERSAGLIO MES (2018): PUNTEGGIO MEDIO CONSEGUITO





....e un costante pareggio di
bilancio....

...ma senza tagli...



LEAVE NO ONE BEHIND

WHO



DAL PROGETTO
PER I NUOVI PERCORSI DI CURA
ALLA LORO PRATICA ATTUAZIONE

**RETI CLINICHE INTEGRATE
E STRUTTURATE**

*Un modello di attuazione
del Piano Nazionale della Cronicità*

Enrico Desideri
*Presidente Fondazione Innovazione
e Sicurezza in sanità*



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Prof./Dott. Enrico Desideri
enrico.desideri60@gmail.com

