



REGIONE PUGLIA

i AReSPUGLIA

AGENZIA
REGIONALE
SANITARIA



CARD

Società Scientifica
delle attività
Sociosanitarie Territoriali
Confederazione Associazioni
Regionali di Distretto

CONGRESSO CARD INTERREGIONALE

*Servizio Integrazione
Ospedale-Territorio
e Integrazione Socio-
Sanitaria*

Distretto nelle 24 h: nuovi modelli organizzativi

“Dal modello “Sumero” alla Presa in carico delle persone fragili”

Direttore:

Vito Piazzolla

v.piazzolla@arespuglia.it

Bari 2014.09.26



IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Salute = Valore Assoluto
(Anche Bene individuale e collettivo)

UNICO

PUBBLICO

UNIVERSALISTICO

SOLIDARISTICO

Principi Etici

- UN MODELLO DA MIGLIORARE E DIFENDERE -



L 833: IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO - UN MODELLO DA IMITARE E MIGLIORARE -

UNICO ?

PUBBLICO ?

UNIVERSALISTICO ?

SOLIDARISTICO ?

- UN MODELLO DA MIGLIORARE E DIFENDERE -

“Controlli e contesto economico-normativo”



1993

**La Legge Finanziaria
reperiva 92.000 miliardi
per evitare la bancarotta**

Altri due interventi

Politica dei redditi

Riforme strutturali:

Decreto 29 – Pubblico Impiego

Accordo sul costo del lavoro 23/7/93

Sanità L. 502/92

49 DSS

che fanno capo alle sei
Aziende Sanitarie Locali,
Risultato dell'accorpamento
provinciale avvenuto 1.1.2007

Un territorio che
contava al 2010:

102 H

di cui:

68 H pubblici

di cui:

- **2 Aziende H**

- **2 IRCCS**

34 H Privati

Le Puglie

Un Modello Etico di
“Azienda Pubblica”

**258 Comuni: un unico
modello di “Cure Primarie”**



Assistenza Disrettuale

differenze epidemiologiche, demografiche ed geomorfologiche

Zona Nord: coincidente con il territorio della ASL FG, che conta n. 61 comuni (di cui 13 superano 10.000 Ab.) criticità relativa alla numerosità dei comuni piccoli, in zone disagiate e deprivate come i monti Dauni, il Gargano e le isole Tremiti.

Zona Centro: AASSLL di BT e BA, che in “soli” n. 51 comuni (41 ASL BA e 10 ASL BT, di cui **8 non superano 10.000**) somma **1.638.512 Ab.**, (40% del totale);

Zona Sud: AA.SS.LL. di BR, LE e TA, “Grande Salento”, che solo Pr. LE 97 comuni (di cui **“solo” 13 superano 10.000**) su un territorio vasto, non problematico in termini di viabilità rispetto alla Zona nord, e che richiede soluzioni legate alla fruibilità dei servizi ed alla prossimità delle cure totalmente differenti rispetto alla prime due zone.

(Benigni)



I nuovi Luoghi di Salute devono essere “costruiti” e sviluppati per livelli di complessità crescente, sulla base dei bisogni preventivamente esplorati, e orientati in funzione di un’offerta di senso, cioè articolata per percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali



Il paradosso del Nonno: una emergenza Sociale

Alimentazione come energia per la vita:

- Popolazione mondiale 7 miliardi
- Prodotti alimentari disponibili per 14 miliardi
- Bambini che muoiono di fame al mondo 10.000 al giorno

(AReS)

Puglia, Cultura e Istruzione:

- Plessi Scolastici in Puglia 3.000
- Un Plesso Scolastico ogni 1.300 Abitanti

(AReS)

Puglia, Sanità e Ospedali:

- Ostuni 2011, parti 350 cesarei 83%
- USA 50'anni fa parti cesarei 3%; oggi 12%

(AReS – USA Today)

USA e Turismo Sanitario:

- Pazienti che si fanno curare all'estero, perché più economico, 3 milioni
- Paesi che indicano il Turismo Sanitario come vera e propria industria nazionale, 50

(The Medical Tourism Travel Guide)



Il paradigma del modello

Salute e L.E.A.

Dalla sanità alla salute

la morte è inevitabile;
la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita;
gli antibiotici non servono a curare l'influenza;
le protesi artificiali ogni tanto si rompono;
gli ospedali sono luoghi pericolosi;
ogni medicamento ha anche degli effetti secondari;
la maggioranza degli interventi medici danno solo benefici marginali e molti non funzionano affatto;
gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi;
ci sono modi migliori di spendere i soldi che spenderli per acquistare tecnologie medico-sanitarie.

(R. Smith)

Fattori che influenzano lo stato di salute,
la mortalità e la spesa sanitaria

Fattori	Contributo potenziale alla riduzione della mortalità	Ripartizione spesa sanitaria
Biologici	27 %	6,9 %
Ambientali	19 %	1,6 %
Stile di vita	43 %	1,5 %
Servizi sanitari	11 %	90 %



Questa nuova idea di approccio al tema della salute deve confrontarsi con le esigenze di un pubblico di cittadini-utenti sempre più cosciente dei propri diritti di salute e assistenza, ma deve anche affrontare un importante periodo di cambiamenti organizzativi e gestionali.



In Italia si vive più a lungo.

Lo conferma una ricerca dell'Università di Leicester in G. Bretagna,
pubblicata sulla prestigiosa rivista "The Lancet".



Gli uomini con aspettativa di vita di **80,4 anni** (di cui almeno **71 in buona salute**) sono i primi in Europa. Le donne con aspettativa di vita pari a **85,3 anni**, sono seconde solo alle francesi.

Gli ultra 85'enni in Puglia: 2004 = 63.512 - 2011 = 94.609 + 31.097

Progetto Salute in Puglia

“Gli Scenari Possibili”

Gli operatori sanitari

e il “caso badanti”

nella Regione Lombardia



Fabbisogno al 2013:

Badanti = 774.00 – Fabbisogno + 500.000

Operatori sanitari = 664.00 – Fabbisogno + ????????

Progetto Salute

Innovazione :

1. *Organizzativa*
2. *Funzionale*
3. *Tecnologica*

Una “sfida”
importante

Cure Primarie
=
**Sviluppo e
Innovazione**



Progetto Salute

Innovazione :

1. *Organizzativa*

2. *Funzionale*

3. *Tecnologica*

**Una “sfida”
*importante***

Cure Primarie

=

**Sviluppo e
Innovazione**



Prima Assenza che si Nota

DL sanità:

la legge di conversione del decreto

Balduzzi

Legge 08.11.2012 n° 189 , G.U. 10.11.2012



DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi Legge 08.11.2012 n° 189 , G.U. 10.11.2012

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni **possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica,** prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.



DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi

Legge 08.11.2012 n° 189 , G.U. 10.11.2012

- b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti: "b-bis) **nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio**, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, **adottando forme organizzative monoprofessionali**, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, **nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie**, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;



Le tipologie organizzative, già previste nel Programma, sono:

1. modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale;
2. modello basato sulle Case della Salute o Centri **Distrettuali** di Assistenza;
3. modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale.

Si tratta, tuttavia, di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e monoprofessionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come:

1. **Unità Complessa Cure Primarie (UCCP);**
2. **Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP);**
3. **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT);**
4. **Nuclei Cure Primarie (NCP);**
5. **Casa della Salute (CS);**
6. **Centri di Assistenza Primaria (CAP);**
7. **Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT);**
8. **Presidi Territoriali di Assistenza (PTA);**
9. **Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD);**
10. **Altro.**



Non sono Professore: III Principio della Dis-Organizzazione

L'Organizzazione a **"Ciambotto"**



DSS - Organizzazione Complessa

Organizzazione Complessa

ha la necessità di gestire la sua

Multidimensionalità

(Strutturale e Professionale)

Coordinamento

Funzione Imprescindibile



Più le
Organizzazioni
Complesse
puntano all'alta
specializzazione
più hanno
bisogno di
coordinamenti
eccellenti

- Specificità
- Coordinamento



Seconda Assenza che si Nota

La Piattaforma rinnovo ACN

(ai sensi della legge 189/12 e del DPR 122/13)



La Piattaforma rinnovo ACN

(ai sensi della legge 189/12 e del DPR 122/13)

aspetti di seguito richiamati:

- a) **Superamento di tutte le forme organizzative esistenti a favore di AFT e UCCP** (con adesione obbligatoria) entro 6 mesi dalla sottoscrizione dell'ACN;
- b) Adesione obbligatoria al sistema informativo Regionale e nazionale, **per il mantenimento della convenzione**;
- c) Le Regioni riutilizzano le indennità e degli incentivi per lo sviluppo strutturale e organizzativo per finanziare i fattori produttivi delle AFT e delle UCCP, **in un quadro di invarianza delle risorse già investite sui medici convenzionati**;
- d) La quota variabile e quella per servizi del trattamento economico dei M.Ass.P. regolamentata in sede AIR, affinché la loro distribuzione possa essere, **garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN**;



La Piattaforma rinnovo ACN

(ai sensi della legge 189/12 e del DPR 122/13)

- e) l'AIR, solo dopo la programmazione del nuovo assetto organizzativo, e suo perfezionamento entro 12 mesi, **pena la sospensione unilaterale della parte economica dell'AIR** (inclusa la quota variabile e la quota per servizi per i MAP e per i PLS);
- f) Istituzione di un flusso informativo, dalle Regioni verso Sisac, finalizzato al monitoraggio degli esiti dell'ACN, contenente le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi del nuovo assetto organizzativo regionale.



La Piattaforma rinnovo ACN

(ai sensi della legge 189/12 e del DPR 122/13)

- Va ricordato che **tutte le innovazioni ...**, devono trovare l'eventuale finanziamento all'interno delle disponibilità finanziarie definite con le **convenzioni 2010**.
- La legge 189/12 (vincolo generale e complessivo): divieto di oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica, sia in termini specifici richiamando le norme che bloccano gli incrementi automatici delle remunerazioni del personale medico dipendente e convenzionato.

(Benigni)



Terza Assenza che si Nota

Il Patto per la Salute



Secondo l'ACN 29.7.2009 e s.m.i., i MMG partecipano a:

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Sono aggregazioni funzionali di professionisti distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali per conseguire obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale condividono buone pratiche, peer review, ricerca etc.

monitoraggio e verifica obiettivi da parte del Distretto

operano nei propri studi e sono individuati in ambito infradistrettuale adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale

La Regione, con le OO.SS. individua le AFT entro 6 mesi, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP)

Gruppi di Medici convenzionati MMG, PLS, MCA, Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati, con eventuali altri operatori per garantire i LEA, presa in carico dell'utente, integr. socio-san., passaggio alla medicina d'iniziativa, assistenza h. 24 die e 7 gg. su 7 erogano prestazioni sanitarie, nell'ambito dei LEA

sono attivate secondo i bisogni della pop., le caratteristiche oro-geografiche e demografiche operano in sede unica o con sede di riferimento,

nell'ambito dell'organizzazione distrettuale La Regione con le OO.SS. disciplinerà tutti gli aspetti: indennità, incentivi, dotazioni strumentali etc.

Progetto Salute

Innovazione :

1. *Organizzativa*
2. *Funzionale*
3. *Tecnologica*

Una “sfida”
importante

Cure Primarie
=
Sviluppo e
Innovazione



Il PDT dell'Assistenza Integrata Per fare “Salute di Precisione”

Il TNA populistico There Is No Alternative
(non c'è alternativa) di Margaret Thatcher

si tratta di costruire un pensiero
programmatorio unico per:

1. la gestione dell'ordinario;
2. la gestione dei percorsi complessi.



Il Laboratorio di Ricerca-Azione: “Una mappa di Senso”



Progetto Salute

Innovazione :

1. *Organizzativa*
2. *Funzionale*
3. *Tecnologica*

Una “sfida”
importante

Cure Primarie
=
**Sviluppo e
Innovazione**

**La sperimentazione
ci sopravanza
e le tecnologie sono
già disponibili**



La Rotta

**DR. WILLIAM A.
HASELTINE**

**Global Health President,
Haseltine Foundation**

**Haseltine Foundation for Medical
Sciences and the Arts**

**il punto è:
gestire la transizione !
la domanda è:
chi deve farlo ?**



Medicina generale e aspetti qualificanti

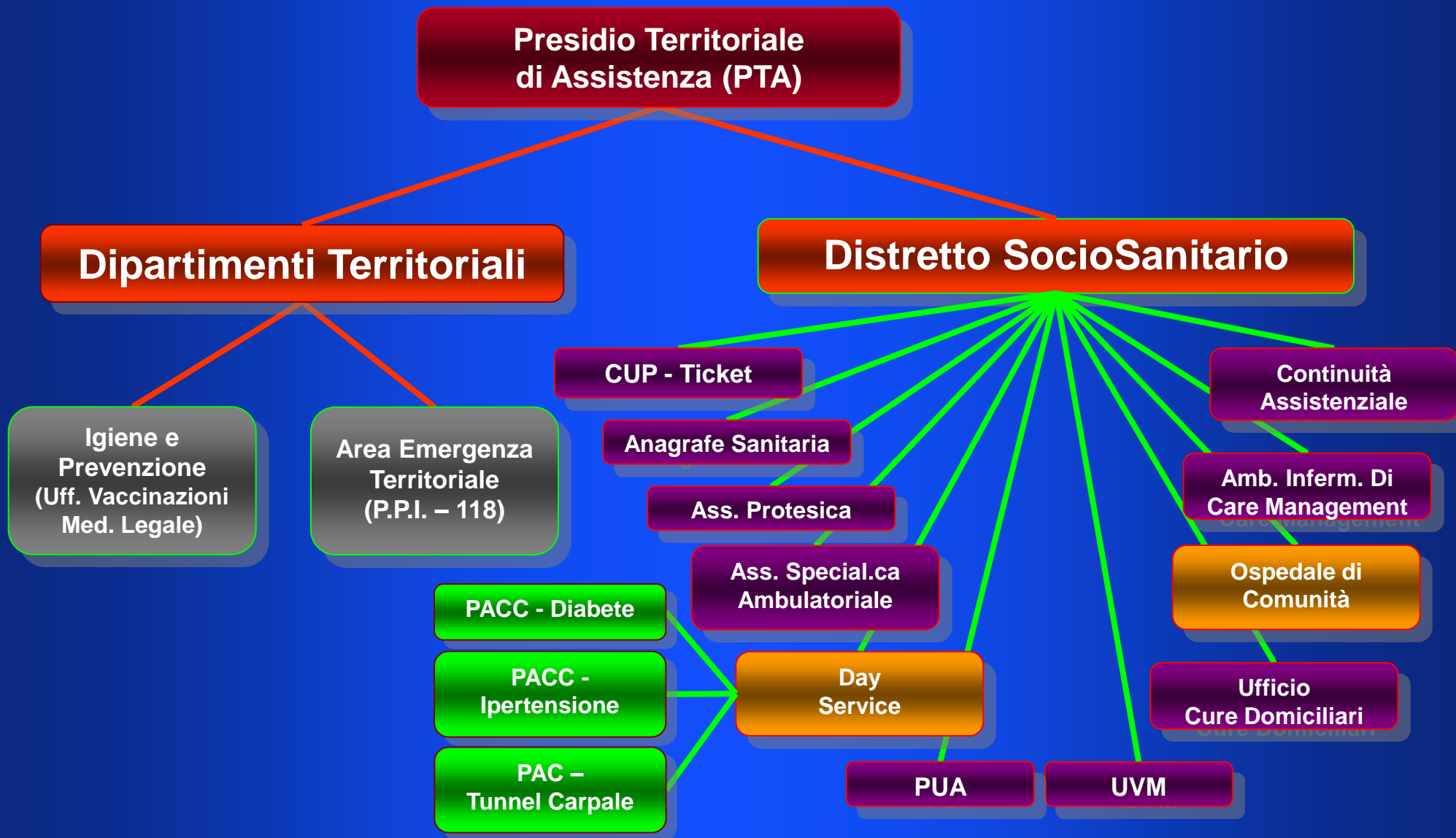
**Cosa resta in fatto di
programmazione distrettuale?**

**Cosa resta in fatto di
programmazione distrettuale
in Puglia?**

(a Modello “Sovradistrettuale”)



Azienda Sanitaria Locale BR – DSS Francavilla F. Riconversione ex P.O. di Ceglie Messapica



“La leadership del Distretto nella fase di riorganizzazione della Rete dell’offerta in Puglia”

La Rete è la Comunità tutta.

***Se non recuperiamo il
valore della comunità e tutto
il suo senso pratico il
sistema di protezione non è
sostenibile***

Progetto Salute

“Regolamento”

***“Terzo Piano di Riordino
della Rete Ospedaliera”***

***“Sviluppato in rapporto alla
rete dell’Assistenza Distrettuale”***

Progetto Salute

I nuovi Luoghi della Salute

Ospedale o Territorio?

Ospedale - Territorio?

Ospedale e Territorio?



Non sono Professore

Tiene
“il Piccio”!



Modo di dire, dialettale :
Mi gira il
chiccherone (Lazio)
Avere il berrettin inverso
(Liguria, versione edulcorata
di qualcos'altro..;)
Avere l'uovo storto (Sicilia)
Sono incocciato;
Sono inculito (Toscana)”
Tengo la susta;
Ho i picci;
Sto piccioso (Puglia).



III Piano di Riordino della Rete H della risposta efficace

**ART. 5 Presidi Territoriali di
Assistenza**

ART. 6 Ospedale di comunità

**Art. 7 Residenze Sanitarie
Assistenziali tipologia R1**



Piazzolla foto 85

DIARIO



Quarta Assenza che si Nota

Integrazione

o

Interazione

(Accordo MF)

Territorio-Ospedale-Territorio



Interazione tra Territorio-Ospedale-Territorio

È investimento per:

- aumentare le conoscenze dei professionisti nella **gestione del paziente;**
- rafforzare la **multiprofessionalità** delle equipe;
- considerare l'ospedale a **tutti gli effetti punto della rete;**
- dotarsi di **strumenti utili a facilitare la comunicazione dei vari punti della rete;**
- costruire percorsi assistenziali omogenei e flessibili sempre più centrati sui complessi bisogni del malato e della sua famiglia



Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio (Raccordo)

- Si **integrano** i saperi e le prestazioni attraverso Percorsi nella rete (PDTA);
- Tuttavia, ciò è possibile se i diversi sistemi organizzati **interagiscono**;

Es. :

- Dimissioni protette;
- Dimissioni programmate.

Integrazione Ospedale-Territorio

Se non si può
essere marito e
moglie perché
l'amore è finito
(o non c'è mai stato).

Bisogna Separarsi
per provare ad
essere buoni Amici.



“La felicità nel matrimonio non è
qualcosa che semplicemente
accade”

Wilferd A. Peterson



Integrazione Territorio-Ospedale-Territorio (Raccordo)

Bisogna organizzare:

- Tutto ciò che c'è prima del ricovero, anche per evitare che avvenga;
- Tutto ciò che è necessario per sapere cosa è avvenuto durante il ricovero;
- Tutto ciò che c'è da fare dopo il ricovero, anche per fare tutto il possibile per evitare che avvenga di nuovo.

Progetto Salute

Il Distretto e i nuovi Luoghi della Salute

Le domande:

- 1. Perché lo facciamo ?**
- 2. Per chi lo facciamo ?**
- 3. Come lo facciamo ?**
- 4. Con chi lo facciamo ?**
- 5. Dove lo facciamo ?**



**A proposito !
Cosa disse Mussolini ?
I muri più ALTI ?**



Piazzolla foto 85

DIARIO

Progetto Salute

*Il Distretto e i nuovi
Luoghi della Salute*

**Questa è la
Domanda:**

**Perché non lo
facciamo?**



Quinta Assenza che si Nota

Il Decisore

Prende Posizione



Martedì 29 novembre 2011- Milano

Convegno *Destinazione domani*

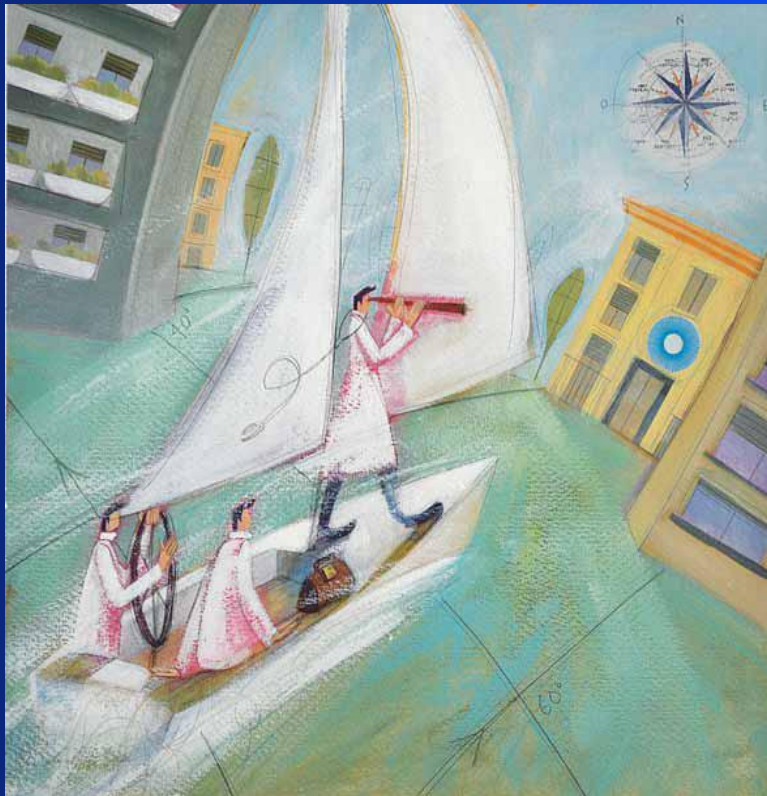
Navigare nel mondo dei Servizi sanitari e socio-sanitari.

Risorse da ripensare.

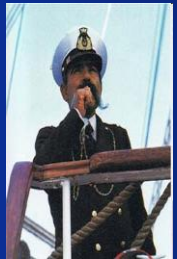
Competenze da trasformare.

Risposte da costruire.

Tavola Rotonda: **“Guardiamarina” Chi verifica chi controlla e chi progetta**



Il nostromo
Chi organizza, chi gestisce e chi assiste



Il timoniere
Chi accoglie, chi valuta e chi orienta



Il guardiamarina
Chi verifica, chi controlla e chi progetta



Per una nuova etica della Salute:

Pessimismo - Ottimismo

Sono due estremi che non traducono concettualmente un fenomeno in quanto categorie emotive (dell'Anima)

Fiducia

(nel sistema e nell'organizzazione)

è il sentimento necessario da alimentare in quanto costruito sulla certezza delle regole e della risposta efficace



Piazzolla foto 85

DIARIO



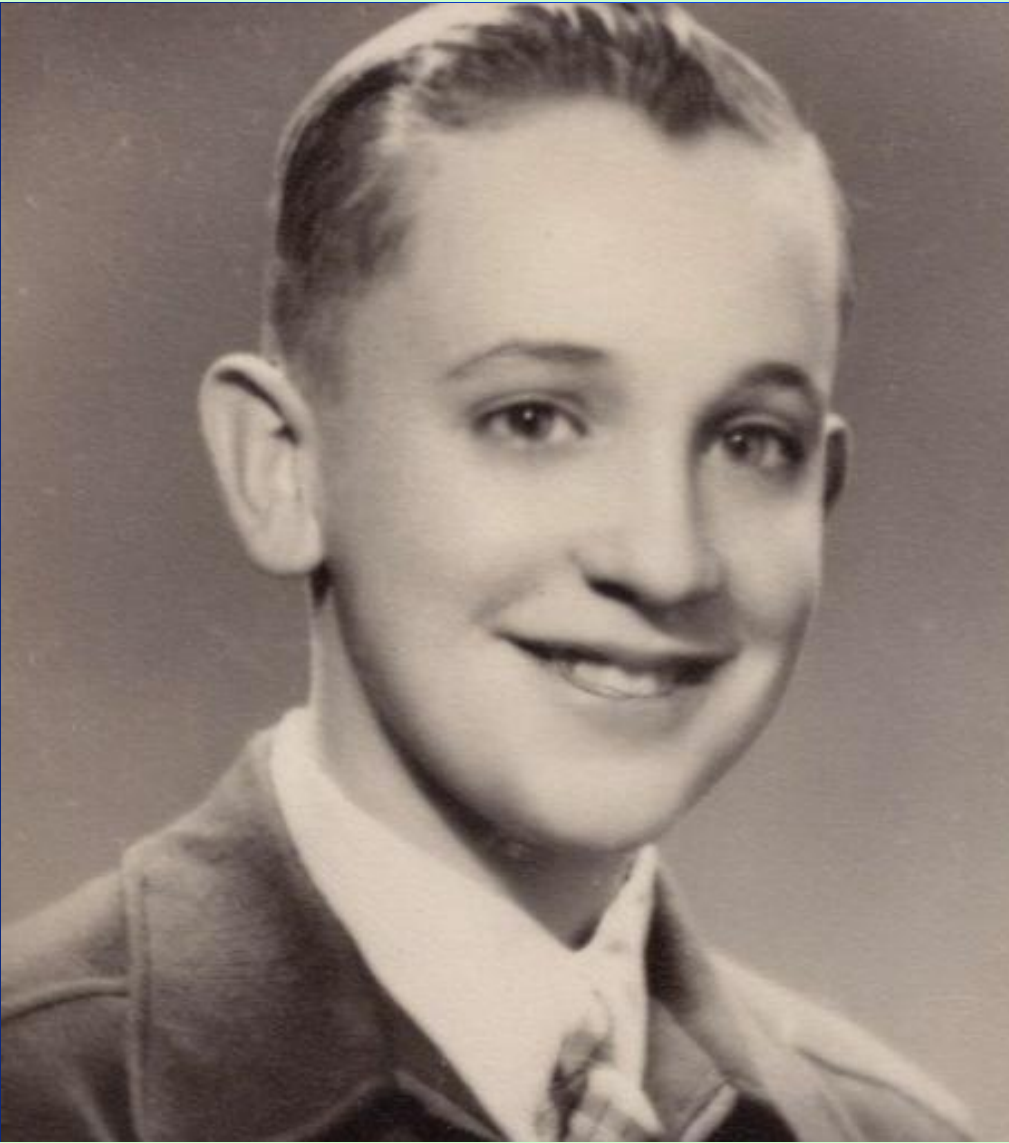
Una
“sfida”

Impossibile ?

*Tutti in difesa
gestire il proprio
potere ?*

I “Visionari” : il concetto di Potere

*Il vero potere
è il servizio*



Papa Francesco



Noi in puglia ci proveremo fino in fondo.

Enrico V il giorno della "battaglia di Azincourt" e della festa dei Santi Crispino e Crispiano:

- di' al Connestabile che noi siamo guerrieri dei giorni feriali; i nostri colori e i nostri ori sono imbrattati dalle penose marce nei vostri pantani, ma per la messa i nostri cuori sono più che in forma. Araldo, risparmiati la fatica: non tornare più a parlarmi di riscatto, cortese araldo, non avranno da me alcun riscatto, tranne questa mia carcassa, dalla quale, se l'avranno come intendo lasciarla a chi ti manda, non ricaveranno niente. Dillo al Connestabile.*



GRAZIE, PER L'ATTENZIONE