



**La continuità terapeutica ospedale-territorio**

**L'urgenza e l'indifferibilità dei bisogni sanitari  
e socio-sanitari di un malato non  
autosufficiente**

**Torino, 23 ottobre 2015**

Giulio Fornero

# Urbanization and health

## OMS 2010

“Le città concentrano servizi educativi, sociali e sanitari, ospitano i principali ospedali e attraggono medici e infermieri.

Nelle città vi è, da una parte, eccesso di consumo di assistenza sanitaria e, dall'altra, per le persone con maggiore vulnerabilità, difficoltà ad accedere ai servizi essenziali.”

# Cures for health costs

“L’eccesso di politiche a breve termine in sanità produce minore o meno uguale accesso all’assistenza sanitaria, peggiore qualità dei servizi e ritardato accesso alle nuove tecnologie sanitarie, portando al peggioramento della salute e a una più elevata domanda di spesa sanitaria nel futuro”.

“ Cures for health costs”  
Mark Pearson, Divisione della Sanità OCSE  
Ottobre 2010

# Cures for health costs

“ I trattamenti con scarsa prova di successo devono essere evitati, focalizzando, invece, l’attenzione sui trattamenti sperimentati e provati.”

“ Cures for health costs”  
Mark Pearson, Divisione della Sanità OCSE  
Ottobre 2010

# Cures for health costs

“ Il miglioramento dell’efficienza è più nel perfezionamento delle politiche di gestione e di investimento che nel taglio della spesa: tagli male informati e con la mano pesante fanno sprecare il denaro pubblico e peggiorare la qualità delle prestazioni. Anche in questi tempi difficili il taglio della spesa sanitaria può essere una falsa economia.”

“ Cures for health costs”  
Mark Pearson, Divisione della Sanità OCSE  
Ottobre 2010

# Lotta alle malattie non trasmissibili

Sistema sanitario potenziato per la:

- promozione salute
- prevenzione
- diagnosi precoce
- gestione continuata delle persone affette o ad alto rischio di malattie non trasmissibili

“ Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 – 2020”

Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI)

Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti – Ufficio III

# Lotta alle malattie non trasmissibili

## Scopo

- prevenire complicazioni
- ridurre la necessità di ospedalizzazioni e costosi interventi di alta tecnologia
- limitare i decessi precoci

“ Piano d’azione globale dell’OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 – 2020”

Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione

Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI)

Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti – Ufficio III

# Lotta alle malattie non trasmissibili

Il settore sanitario deve collaborare con altri settori e lavorare in partenariato per far sì che i determinanti sociali vengano tenuti in considerazione nella programmazione ed erogazione dei servizi nell'ambito della comunità.

“ Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione  
e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 – 2020”

Ministero della Salute

Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione

Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali (DGREI)

Traduzione non ufficiale a cura di Katia Demofonti – Ufficio III



# Appropriatezza

Intervento sanitario  
(preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo)  
correlato al bisogno del paziente (o della collettività),  
fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di  
standard riconosciuti,  
con un **bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.**

Fonte: Glossario a cura del Ministero della Salute

# Tavolo Interaziendale Metropolitano

## Il problema

Eccesso pro-capite di prestazioni specialistiche ad altro rischio di inappropriatazza nella Città Metropolitana di Torino

- Laboratorio analisi
- RM
- TC
- Terapia fisica strumentale

# Tavolo Interaziendale Metropolitano

## Principali strumenti proposti

- Definizione di indicatori, standard e percorsi condivisi
- Sistema di monitoraggio della prescrizione e della produzione (collaborazione tra Uffici Regione, CSI Piemonte, Controlli di gestione aziendali)
- Definizione di tetti di produzione per le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza  
(per le Strutture sia Pubbliche sia Private Accreditate)
- Inserimento degli strumenti proposti tra gli obiettivi aziendali (Dipartimenti/Strutture aziendali, Specialisti ambulatoriali/MMG nel rispetto dell'Accordo Integrativo Regionale)

# Tavolo Interaziendale Metropolitano

## Gruppo di lavoro – Accessi in Pronto Soccorso

### Conclusioni

- Il numero degli accessi non è in aumento
- Il numero di ricoveri da PS è stabile
- La gestione dei codici bianchi a cura dei MMG supporta l'organizzazione del PS
- Il problema principale è il tempo di permanenza in PS
- Rispetto al tempo di permanenza in PS c'è variabilità intra-regionale con particolare rilevanza del problema nella città metropolitana di Torino.
- Pare utile approfondire il miglioramento dei percorsi, da PS verso ospedale e verso territorio e dall'ospedale verso territorio.

# Tavolo Interaziendale Metropolitan

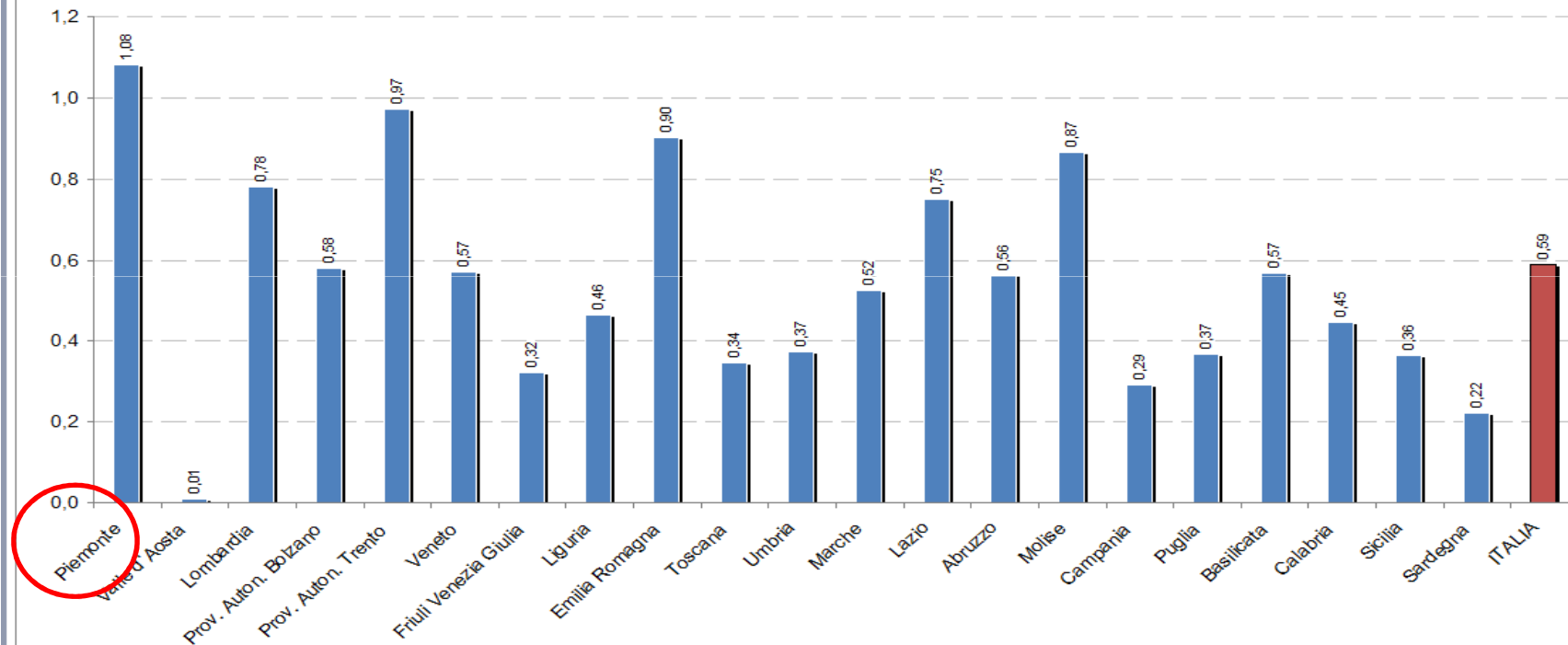
## **Gruppo di lavoro – Semplificazione percorsi di dimissione**

Temi:

- percorsi intra-ospedalieri da PS verso i reparti
- percorsi di uscita dall'ospedale verso le strutture di post-acuzie e i servizi sanitari territoriali (domiciliari, semiresidenziali e residenziali)

# Rete ospedaliera: posti letto post-acuzie

Posti letto per non acuti per 1.000 residenti, per Regione - Anno 2012



Elaborazioni:

Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica.

Fonti:

Modelli HSP12 e HSP13 - Quadro E.

Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio dell'anno di riferimento.

Legenda:

Posti letto per non acuti: si intendono quelli afferenti alle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale", 75 "Neuro-riabilitazione" e 60 "Lungodegenti".

I posti letto sono stati calcolati prendendo in considerazione i posti letto dei reparti ospedalieri censiti con il modello HSP12 dell'anno di riferimento per i quali risulta una data di apertura non successiva a gennaio dell'anno di riferimento, ed i posti letto delle discipline accreditate censite con il modello HSP13 (Quadro E) dell'anno di riferimento per le quali risulta una data di inizio accreditamento non successiva a gennaio dell'anno

# Assistenza domiciliare integrata

MINISTERO DELLA SALUTE  
DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA  
UFFICIO DI STATISTICA

## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CASI TRATTATI ANNO 2012

Regione	Casi trattati					
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	di cui Pazienti Terminali (%)	Pazienti Terminali per 1.000 residenti
PIEMONTE	28.375	649	76,3	20,8	14,3	0,9
VALLE D'AOSTA	219	171	49,8	3,9	28,3	0,5
LOMBARDIA	92.297	942	86,7	38,7	8,4	0,8
PROV. AUTON. BOLZANO	732	144	54,1	4,2	39,8	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	5.158	973	71,2	34,5	18,0	1,7
VENETO	67.649	1.386	81,8	54,2	10,1	1,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	24.943	2.041	73,2	61,4	4,4	0,9
LIGURIA	17.500	1.118	88,3	35,7	7,8	0,9
EMILIA ROMAGNA	130.637	2.984	90,5	117,4	1,4	0,4
TOSCANA	22.309	604	78,3	19,6	16,5	1,0
UMBRIA	12.823	1.447	85,0	51,7	9,9	1,4
MARCHE	14.764	956	71,5	29,6	15,0	1,4
LAZIO	53.895	970	85,9	40,2	9,1	0,9
ABRUZZO	17.899	1.364	78,5	48,5	15,5	2,1
MOLISE	3.008	960	81,6	34,8	7,6	0,7
CAMPANIA	37.121	643	79,6	30,2	13,7	0,9
PUGLIA	21.482	530	79,4	21,6	15,8	0,8
BASILICATA	7.535	1.308	85,9	53,9	14,0	1,8
CALABRIA	14.550	743	81,7	31,1	13,8	1,0
SICILIA	43.313	866	80,3	36,0	12,1	1,0
SARDEGNA	17.568	1.071	87,0	45,2	8,8	0,9
ITALIA	633.777	1.062	83,6	41,9	9,1	1,0

PERCENTUALE DI RILEVAZIONE : 100,00% SUL TOTALE DELLE ASL CHE HANNO DICHIARATO DI AVERE IL SERVIZIO ATTIVO

ASS\_DIS\_DOM\_01

(\*) Valore inferiore a 0,05

# Assistenza agli Anziani e ai Disabili Fisici

MINISTERO DELLA SALUTE  
DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANTARIO E DELLA STATISTICA  
UFFICIO DI STATISTICA

STRUTTURE SANITARIE - ASSISTENZA AGLI ANZIANI E AI DISABILI FISICI - DATI DI ATTIVITA'  
ANNO 2012

Regione	Assistenza agli anziani							Assistenza ai disabili fisici						
	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 anziani	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti
PIEMONTE	566	856	145	24.819	26.080	231	2.509,8	684	737	151	875	999	202	22,8
VALLE D'AOSTA				5	40	44	144,7				35	343	29	268,3
LOMBARDIA	6.243	10.139	127	58.150	82.980	245	4.009,3	6.267	5.916	199	4.837	4.972	328	50,8
PROV. AUTON. BOLZANO				4.037	5.169	269	5.475,2				40	40	365	7,8
PROV. AUTON. TRENTO	345	595	260	4.452	4.752	339	4.467,6	0	0	0	177	230	282	43,4
VENETO	1.235	2.233	117	27.643	39.917	229	3.915,2	1.196	1.224	179	684	1.339	151	27,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	363	469	89	7.896	18.125	151	6.097,7	9	57	12	263	2.156	35	176,5
LIGURIA	588	802	123	6.758	13.540	155	3.125,6	62	61	255	41	59	197	3,8
EMILIA ROMAGNA	3.080	5.168	206	16.200	25.095	222	2.490,9	4.461	4.170	179	2.369	2.429	296	55,5
TOSCANA	1.271	1.972	133	12.237	17.770	221	1.990,4	412	446	171	399	987	126	26,7
UMBRIA	250	471	100	2.037	3.692	196	1.751,2	233	282	145	57	199	75	22,5
MARCHE	50	76	138	1.588	4.302	122	1.206,3	8	8	179	58	237	72	15,3
LAZIO	50	88	69	5.295	6.937	256	602,9	4	4	181	272	295	262	5,3
ABRUZZO				1.657	3.444	147	1.189,7				91	104	235	7,9
MOLISE				40	48	191	68,0							
CAMPANIA	116	131	91	863	999	203	102,1	106	103	188	399	311	300	5,4
PUGLIA	150	150	159	3.870	6.855	182	869,7	139	143	211	415	363	366	9,0
BASILICATA				208	425	154	354,1				8	72	32	12,5
CALABRIA				1.477	1.897	247	495,4	20	16	12	164	500	78	25,5
SICILIA	25	78	79	1.251	5.490	55	567,9	8	5	120	151	334	139	6,7
SARDEGNA	20	5	124	121	214	132	63,3	80	29	180	266	824	91	50,2
<b>ITALIA</b>	<b>14.352</b>	<b>23.233</b>	<b>146</b>	<b>180.604</b>	<b>267.771</b>	<b>219</b>	<b>2.118,5</b>	<b>13.689</b>	<b>13.201</b>	<b>185</b>	<b>11.601</b>	<b>16.793</b>	<b>213</b>	<b>28,1</b>

ASS\_DIS\_STS\_10



# Assistenza Domiciliare e Residenziale

Assistenza Domiciliare - Assistenza Residenziale - Assistenza Semiresidenziale: Prospetto Assistiti Anziani 2013 per intensità e quota a carico delle ASL - Data aggiornamento: 10/02/2015 - Fonte: Piani di Attività 2013							
		Assistenza Domiciliare Integrata			Assistenza Territoriale Residenziale		
		Numero	Calcolo x 100.000 Abitanti	Calcolo x 100.000 Abitanti > 65 anni	Numero	Calcolo x 100.000 Abitanti	Calcolo x 100.000 Abitanti > 65 anni
<b>Regione Piemonte</b>	<b>Casi</b>	29.876	683	2.797	27.392	626	2.565
	<b>Giorni di degenza</b>	3.460.541	79.115	324.025	5.422.941	123.980	507.772
<b>201</b>	<b>Casi</b>	1.862	401	1.482	2.523	543	2.008
	<b>Giorni di degenza</b>	158.781	34.154	126.346	548.180	117.915	436.199
<b>202</b>	<b>Casi</b>	2.633	647	2.669	1.721	423	1.745
	<b>Giorni di degenza</b>	265.146	65.115	268.815	745.846	183.165	756.168
<b>203</b>	<b>Casi</b>	2.804	482	2.053	2.152	370	1.576
	<b>Giorni di degenza</b>	269.850	46.407	197.585	620.109	106.642	454.046
<b>204</b>	<b>Casi</b>	2.968	575	2.466	4.786	927	3.976
	<b>Giorni di degenza</b>	356.360	69.001	296.056	610.807	118.268	507.445
<b>205</b>	<b>Casi</b>	1.511	492	2.191	2.896	943	4.199
	<b>Giorni di degenza</b>	211.216	68.763	306.257	305.740	99.536	443.313

## Tariffe giornaliere per ricoveri in Riabilitazione, Lungodegenza e Servizi Socio – Sanitari

<b>Tariffe giornaliere</b>	<b>Euro</b>
Riabilitazione II livello fascia A	202,00 – 272,70
Lungodegenza	154,00
Residenza Sanitaria Assistenziale	71,56 – 104, 44 (di cui 50% quota sanitaria)
Assistenza Domiciliare	26,00 – 52,80 (di cui 50% quota sanitaria)

# Conclusioni

I bisogni sanitari e socio-sanitari dei malati non autosufficienti sono indifferibili.

I pazienti con tali bisogni necessitano di adeguata e tempestiva risposta da parte delle cure domiciliari e residenziali nella medicina di comunità.

# Conclusioni

In alternativa, i bisogni dei pazienti non autosufficienti sono riconosciuti come urgenti dai medici di Pronto Soccorso.

I malati non autosufficienti sovraffollano i Dipartimenti di Emergenza, Urgenza e le Degenze Ospedaliere per lunghissimi e inappropriati tempi di permanenza.

# Conclusioni

Convertire la produzione inappropriata in prestazioni necessarie per ridurre le liste d'attesa e il sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza