



**Associazione Nazionale Sanitaria delle Piccole Isole  
Società Italiana per la Salute Digitale @ Telemedicina  
Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto**

ISOLA D'Elba Hotel Airone 27 – 28 Ottobre 2017

**16° Congresso Nazionale ANSPI  
1° Convegno ANSPI SIT CARD**

*I modelli per l'equità basati sulle  
relazioni*



# **II Piano Nazionale della Cronicità**

**Paolo Da Col      [pg.dacol@gmail.com](mailto:pg.dacol@gmail.com)**

**Centro Studi CARD ITALIA  
Area cure domiciliare**



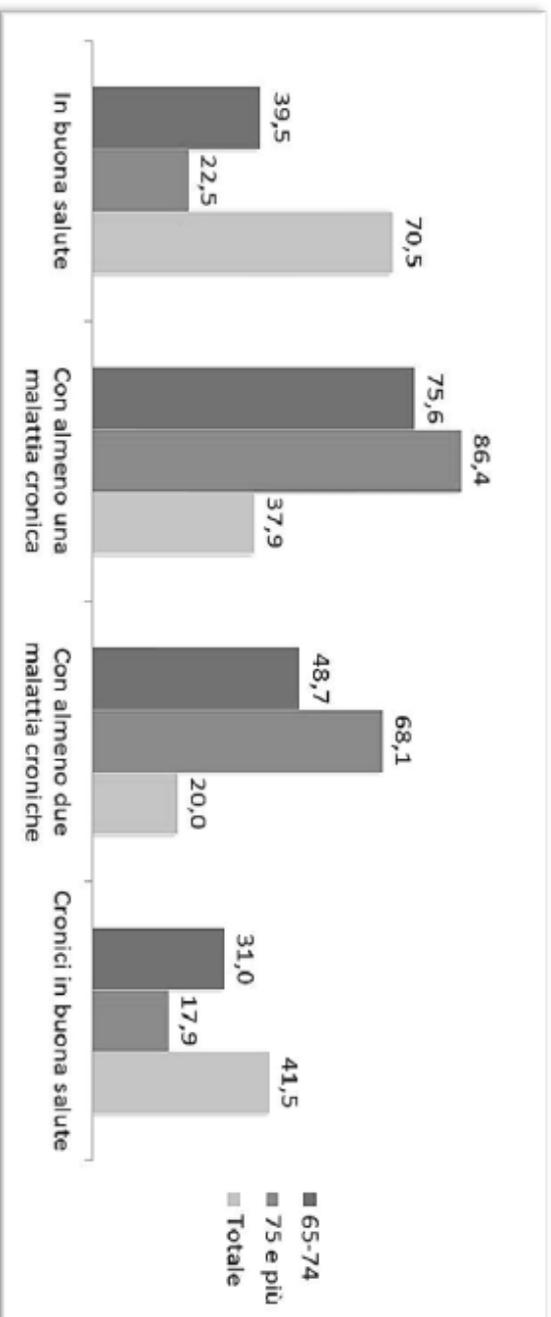
*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## **Piano Nazionale della Cronicità**

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di  
Bolzano del 15 settembre 2016

**Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate anno 2013  
(per 100 persone della stessa classe di età)**



Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT 2013

**CENSIS-ISTAT: artrosi/artrite (16,4%), ipertensione (16,7%), malattie allergiche (10,0%), bronchite cronica e asma bronchiale (5,9%), diabete (5,4%).**

**65-74 anni  
3 milioni almeno 2 mal. croniche**

**75 e più  
5 milioni almeno 2 mal. croniche**

**Pop. generale  
12 milioni con almeno 2 mal. croniche**

**Studio PASSI > 64 anni età**

- 4 mil. con mal. cardiovascolari
- 3 mil. con mal. respiratorie
- 1,7 mil. con mal. oncologiche

**Messaggio chiave:**  
*coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona al macrosistema salute*

**Messaggio chiave:**  
*Il paziente "persona" (e non più "caso clinico"), a sua volta esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la cronicità*

**Messaggio chiave:**  
*L'ospedale concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la Cronicità, che interagisca con la Specialistica ambulatoriale e con l'Assistenza Primaria*

**Messaggio chiave:**  
*la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario*

**Messaggio chiave:**  
mantenere il più possibile la  
persona malata al suo domicilio e  
impedire o comunque ridurre il  
rischio di istituzionalizzazione

**«l'impegno del SSN è volto a  
privilegiare, ove possibile, le cure  
domiciliari rispetto  
all'istituzionalizzazione»**

## *Le cure domiciliari*

- *Il setting assistenziale domiciliare è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura.*

# Gli elementi chiave di gestione della cronicità

(pag.31)

## 4. Cure domiciliari

- **Obiettivo fondamentale** dei sistemi di cura della cronicità è quello di **mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana e impedire, o comunque ridurre al minimo, il rischio di istituzionalizzare** il paziente in sedi comunitarie (ospedale, strutture residenziali territoriali). .....
- **Indicatore base** di questo obiettivo è il rapporto tra la totalità delle **persone in carico** al sistema (o al suo modulo) e quelle assistite **parzialmente o totalmente a domicilio**. Indicatore “proxi” è anche il **numero complessivo delle istituzionalizzazioni** delle persone malate.

PERCORSO ASSISTENZIALE DIFFERENZIATO

Fase 1

Selezione

DIAGNOSI

SELEZIONE DEI PAZ. E ADESIONE INFORMATTA ALLA GESTIONE INTEGRATA



Fase 2

Presa in carico

REGISTRAZIONE

APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO SPECIALISTICO

STADIAZIONE

PIANIFICAZIONE DEL FOLLOW-UP

Strategie diversificate

Fase 3

Gestione del piano di cura

EDUCAZIONE TERAPEUTICA EAL/AUTOGESTIONE

GESTIONE DIFFERENZIATA DEL FOLLOW-UP ATTIVO

RICOVERI

ADI

Esito

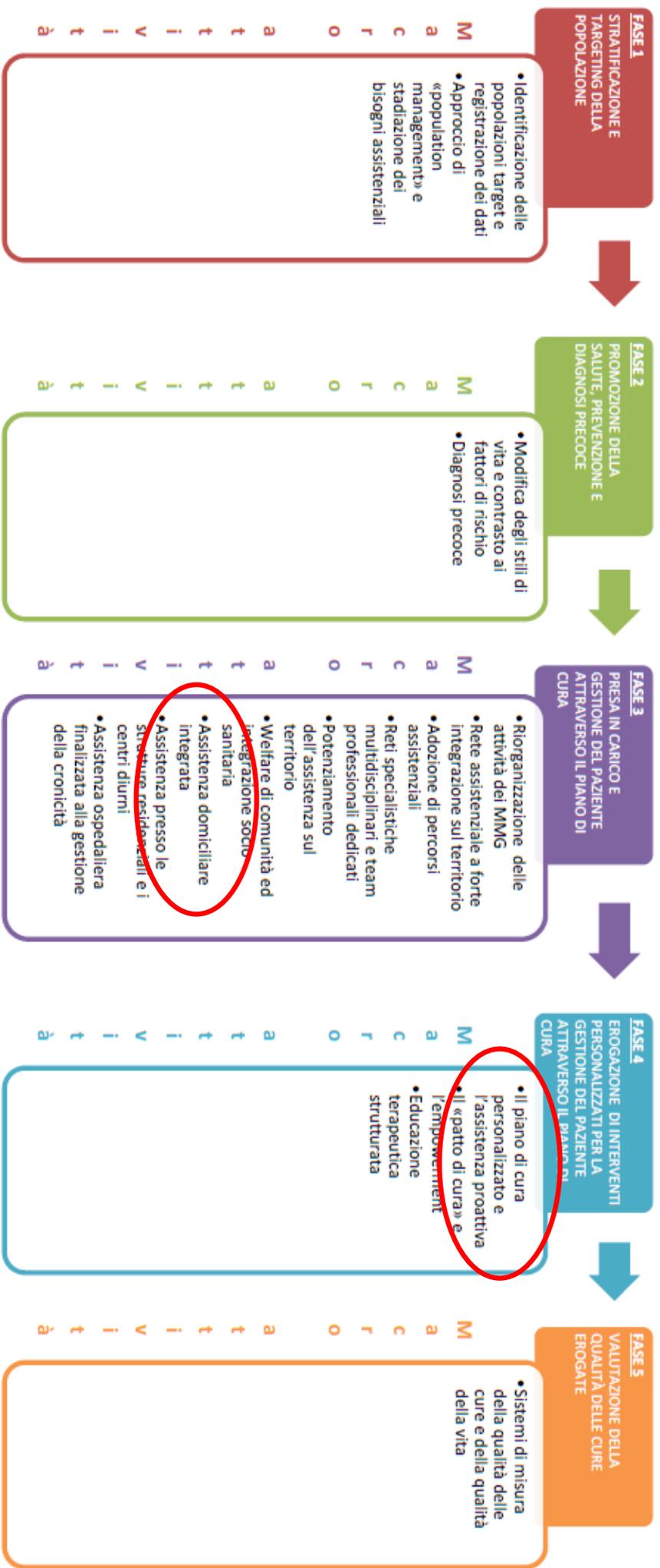


PAZIENTI A BASSO CARICO ASSISTENZIALE

PAZIENTI A MEDIO-ALTO CARICO ASSISTENZIALE

-FOLLOW-UP PREVALENTEMENTE A CARICO DEL MMG  
- FOLLOW-UP INFERMIERISTICO con Educazione per abilità di base

-FOLLOW-UP CON MAGGIORI CONTRIBUTI SPECIALISTICI (HT)  
-FOLLOW-UP INFERMIERISTICO CONCASE MANAGEMENT e con Educazione per abilità complesse



# PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

# 3

**MACRO ATTIVITA'**

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Wellfare di comunità e ad integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità



## ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

**OBIETTIVI**

- Migliorare l'organizzazione dei Servizi sanitari, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la riqualificazione della rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali.
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (Legge n. 189/2012, Patto per la Salute 2014-2016), riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale.
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale - territorio
- Adottare modelli di gestione integrata

**LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE**

1. realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi)
2. razionalizzare la distribuzione delle risorse, promuovendo l'integrazione dell'assistenza
3. creare una rete tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale
4. valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari
5. inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (team multi professionali)
6. individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura
7. definire PDTA nazionali nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche, ai fini di un uso appropriato delle risorse
8. utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
9. sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico



**RISULTATI ATTESI**

- Sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza
- Incremento di progetti di formazione del team multidisciplinare
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica sia a livello territoriale che in ospedale

# PRESA IN CARICO E GESTIONE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL PIANO DI CURA

## 3

### MACRO ATTIVITA'

- Riorganizzazione delle attività dei MMG
- Rete assistenziale a forte integrazione sul territorio
- Adozione di percorsi assistenziali
- Reti specialistiche multidisciplinari e team professionali dedicati
- Potenziamento dell'assistenza sul territorio
- Welfare di comunità ed integrazione socio-sanitaria
- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza presso le strutture residenziali e i centri diurni
- Assistenza ospedaliera finalizzata alla gestione della cronicità

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità, evitando la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali
2. sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali
3. implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PIUA) presso i Distretti sanitari
4. potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi
5. garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere
6. integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali

- *L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.*

## POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SUL TERRITORIO

Un sistema di governo clinico e di gestione integrata deve prefiggersi, tra gli obiettivi primari, di ridurre i ricoveri impropri ed anche quelli, certamente più numerosi, che, seppure appropriati, originano da una carenza di assistenza e dall'insorgenza di complicanze croniche.

### ALCUNE CRITICITÀ

IN ITALIA È ANCORA POCO SVILUPPATA UNA VISIONE SISTEMICA DEL PERCORSO DI CURA CHE FAVORISCA LA CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE, CON L'ATTRIBUZIONE DI FUNZIONI SPECIFICHE AI DIVERSI SETTORI DELL'ASSISTENZA E LA DEFINIZIONE DI PROCEDURE E PERCORSI CHE SAPPIANO RISPONDERE APPROPRIATAMENTE AI BISOGNI CLINICI DELLE PERSONE. ESISTONO SUL TERRITORIO NAZIONALE DIFFORMITÀ' NEI MODELLI ORGANIZZATIVI, NELLE PROCEDURE E NEGLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA DEL PAZIENTE SIA TRA DIVERSE REGIONI SIA, TALVOLTA, NELL'AMBITO DELLA STESSA REGIONE; È AUSPICABILE UN POTENZIAMENTO DELLA CAPACITÀ' DEI SERVIZI TERRITORIALI DI PRENDERSI CARICO DEI PAZIENTI NON SOLTANTO AUMENTANDO IL NUMERO DELLE PERSONE ASSISTITE, MA ANCHE E SOPRATTUTTO MIGLIORANDO LA QUALITÀ' ED APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE NEI DIVERSI REGIMI ASSISTENZIALI E IN INTEGRAZIONE CON LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

### CRITICITÀ'

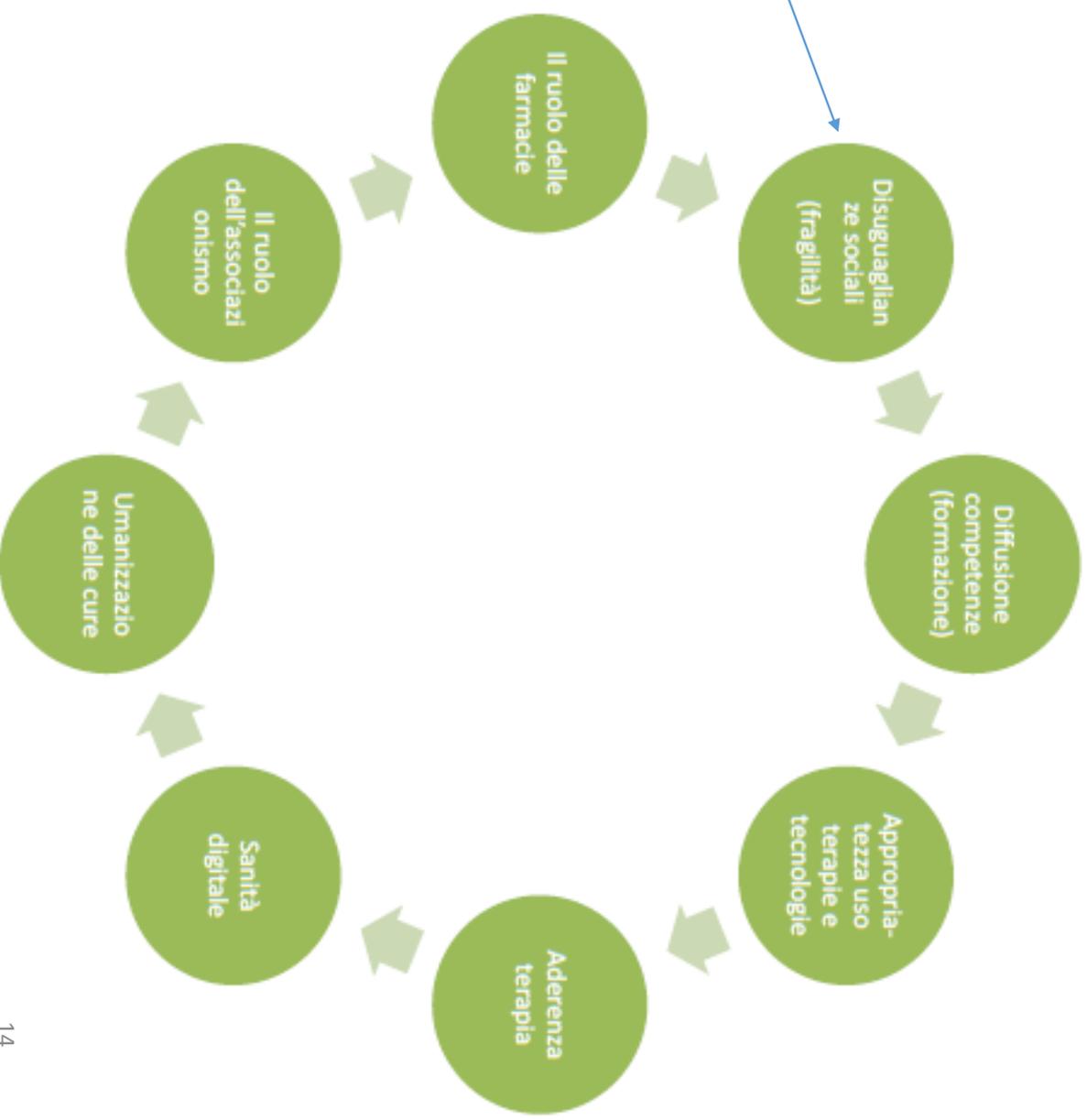
...In Italia è poco sviluppata una **visione sistemica** del percorso di cura che favorisca la **continuità'** assistenziale ..... una definizione di procedure e percorsi che sappiano rispondere appropriatamente ai **bisogni** clinici delle persone.

esistono sul territorio nazionale **difformità** nei modelli organizzativi, nelle procedure e negli strumenti per la presa in carico integrata del paziente sia tra diverse regioni sia, talvolta, nell'ambito della stessa regione; e' auspicabile un **potenziamento** della capacità dei **servizi territoriali** di prendersi carico dei pazienti non soltanto **aumentando il numero** delle persone assistite, ma anche e soprattutto migliorando la **qualità** ed appropriatezza delle prestazioni erogate nei diversi regimi assistenziali

e in **integrazione con le prestazioni socio-assistenziali**

## D) Gli aspetti trasversali dell'assistenza per la cronicità

- a) disuguaglianze sociali, fragilità e/o vulnerabilità;
- b) diffusione delle competenze, formazione, sostegno alla ricerca;
- c) appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie ed aderenza alla terapia farmacologica;
- d) sanità digitale;
- e) umanizzazione delle cure;
- f) il ruolo dell'Associazione;
- g) il ruolo delle farmacie.



# DISUGUAGLIANZE SOCIALI FRAGILITÀ E/O VULNERABILITÀ

## OBBIETTIVO

Garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale, sia per le persone a rischio che per quelle affette da patologie croniche

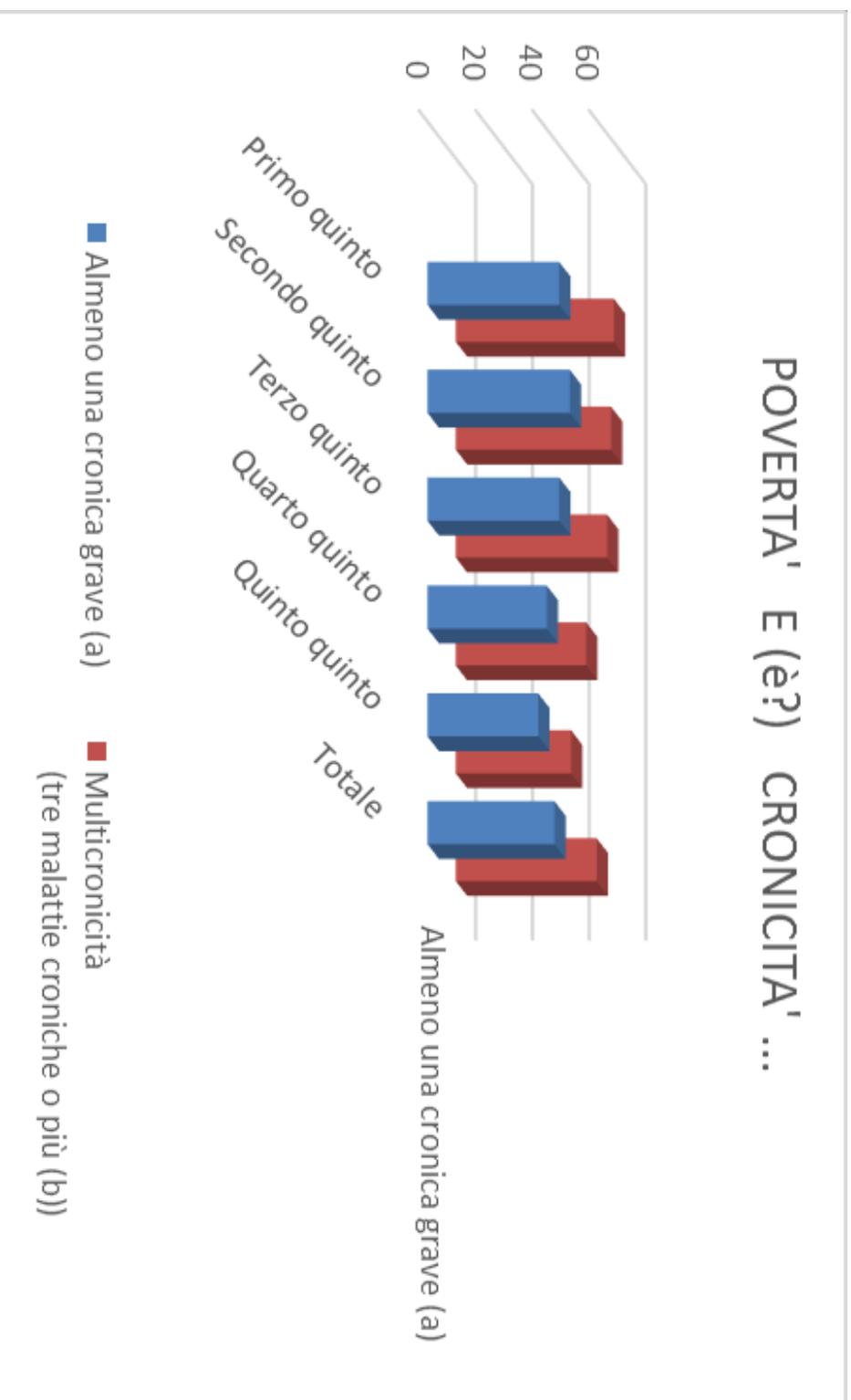
## RISULTATI ATTESI

- Incremento di iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili
- Implementazione di modelli e strumenti per favorire la formazione dei pazienti e dei caregiver
- Potenziamiento dell' ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili
2. definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di ~~persone vulnerabili~~ ~~e/o~~ ~~in~~ ~~contesti~~ ~~sociali~~ ~~difficili~~
3. potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche
4. realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico);
5. favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio nazionale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico
6. realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili

...eticità.....equità....



QUINTILI DI REDDITO*	Almeno una cronica grave (a)	Multicronicità (tre malattie croniche o più) (b)
Primo quintile	46,4	55,7
Secondo quintile	50,1	54,7
Terzo quintile	46,4	53,3
Quarto quintile	42,0	45,9
Quinto quintile	39,0	40,6
<b>Totale</b>	<b>44,7</b>	<b>49,6</b>

# SANITÀ DIGITALE

- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI
- TELEMEDICINA
- WEB E SALUTE

## OBIETTIVO

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza

## LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme);
2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina;
4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina;
5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

## RISULTATI ATTESI

- Implementazione dei servizi di telemedicina;
- Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona.

## **Cronicità oggetto della seconda parte del Piano**

*malattie renali croniche e insufficienza renale*

*malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva*

*malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn*

*malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco)*

*malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi*

*malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica*

*insufficienza respiratoria in età evolutiva*

*asma in età evolutiva*

*malattie endocrine in età evolutiva*

*malattie renali croniche in età evolutiva*

# INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (scompenso cardiaco)

## **OBIETTIVI GENERALI**

- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate



## **OBIETTIVI SPECIFICI**

- Favorire la diffusione e la implementazione di linee guida e PDA
- Ridurre la frammentazione dei percorsi
- Implementare modelli di monitoraggio della stabilità clinica del paziente nel territorio attraverso una organizzazione che tenga il più possibile a domicilio il paziente
- Migliorare la formazione del personale sanitario e non nella gestione della malattia
- Implementare l'uso della telemedicina e del controllo a distanza dei pazienti più anziani, in particolare nelle aree più disagiate
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

4. Promuovere l'adozione di forme di assistenza domiciliare e/o teleassistita ( telemonitoraggio-telemedicina) per parametri vitali e/o predittori di riacutizzazione

## **RISULTATI ATTESI**

- Aumento del numero di soggetti seguiti a domicilio
- Aumento dei casi seguiti in teleassistenza

## **INDICATORI**

- % di soggetti in assistenza domiciliare
- % di pazienti seguiti a domicilio e in teleassistenza

# BPCO e IRC

## **OBIETTIVI GENERALI**

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio ad essa collegati a livello politico e sociale
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva della persona nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere

## **RISULTATI ATTESI**

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

## **INDICATORI**

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

## ELEMENTI COMUNI AI MODELLI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CRONICI (pg 148)

- 1) La necessità di superare la **frammentazione** dell'assistenza sanitaria nel territorio.
- 2) L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "**proattiva**"
- 3) Una assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del **rischio** e su differenti livelli di **intensità** assistenziale,
- 4) Il riconoscimento che l'**assistenza primaria** rappresenta il punto centrale (**hub**) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal **distretto**.
- 5) Una maggiore caratterizzazione e definizione delle **funzioni** delle diverse **figure professionali**, mediche e non,



## ELEMENTI COMUNI AI MODELLI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CRONICI

- 6) La possibilità di definire **sedí fisiche di prossimità** sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali
- 7) La presenza di **sistemi informativi** evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)
- 8) L'utilizzo di **linee guida** in grado di tener conto della **comorbidità** e della **complessità** assistenziale.
- 9) **L'integrazione** socio-sanitaria e team multiprofessionali
- 10) L'investimento su auto-gestione ed **empowerment**
- 11) L'uniformità ed **equità** di assistenza ai cittadini.

Un'iniziativa sostenuta da Amgen, MSD, Pfizer e Sanofi

# MERIDIANO SANITÀ

*Le coordinate della salute*

**IL PIANO  
NAZIONALE DELLA  
CRONICITA'  
VISTO  
DA UN ALTRO  
PUNTO DI VISTA**

  
The European House  
Ambrosetti

Con il contributo di Eli Lilly,  
Sanofi Pasteur MSD e Vree Health

Si ringrazia Farmindustria

Tra le principali novità introdotte vi sono l'attenzione ai bisogni globali dei pazienti, l'integrazione dell'assistenza primaria, la continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo della malattia, **il potenziamento delle cure domiciliari e la telemedicina.**

Al fine di passare concretamente dalla programmazione all'implementazione del Piano, **Meridiano Sanità** di dare priorità alle seguenti azioni:

- - Avviare **progetti sperimentali a livello regionale e locale**, anche favorendo le collaborazioni pubblico-privato, per realizzare PDTA costruiti con la logica dell'Health Pathway Design, ovvero organizzando l'erogazione dei servizi e delle prestazioni in modo da massimizzare il valore per il paziente, ossia il rapporto fra outcome e costi riferibili al percorso (e non al singolo episodio di cura o alla singola tecnologia).
- - Introdurre tra gli **strumenti di monitoraggio** indicati nel Piano Nazionale della Cronicità **indicatori** dell'accesso effettivo all'innovazione farmacologica (ad esempio la percentuale di pazienti trattati con farmaci registrati negli ultimi 12 mesi) e stabilire degli obiettivi da raggiungere per garantire ai pazienti l'accesso rapido e omogeneo sul territorio nazionale delle migliori soluzioni terapeutiche disponibili.
- - Diffondere gli strumenti di sanità digitale, **telemedicina e mobile**, **per migliorare l'accessibilità e garantire la continuità delle cure**.Cogliere le opportunità offerte dalla digitalizzazione delle attività e dei processi e dalla gestione dei Big Data in sanità, per migliorare l'efficacia e l'efficienza dello studio, monitoraggio, prevenzione e cura delle patologie croniche.



## ***I nuovi livelli essenziali di assistenza***

### **L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza**

Il nuovo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri **sostituisce integralmente** il dPCM 29 novembre 2001, recante “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”.

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato ben **800 milioni di euro annui** per l'aggiornamento dei LEA.



IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

DECRETA

Capo I

Livelli essenziali di assistenza

Art. 1

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, i seguenti livelli essenziali di assistenza:
  - a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica
  - b) Assistenza distrettuale
  - c) Assistenza ospedaliera
2. I livelli essenziali di assistenza di cui al comma 1 si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante.

## **Capo III** **Assistenza distrettuale**

### Art. 3

Aree di attività dell'assistenza distrettuale

- I. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:
- a) assistenza sanitaria di base
  - b) emergenza sanitaria territoriale
  - c) assistenza farmaceutica
  - d) assistenza integrativa
  - e) assistenza specialistica ambulatoriale
  - f) assistenza protesica
  - g) assistenza termale
  - h) **assistenza socio sanitaria domiciliare e territoriale**
  - i) assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale

**....per la «cronicità» o, meglio, per le persone in cure long-term quali LEA sono veramente garantiti ? .....**

**Quali le prestazioni di qualità erogate in modo uniforme ed omogeneo in tutti i Distretti ?**

**E i Distretti sono davvero messi in condizione di soddisfare i LEA (bisogni) ?**

**COME FUNZIONA OGGI IL SISTEMA DI CURE DOMICILIARI ? ! (quale intensità e copertura ?)**

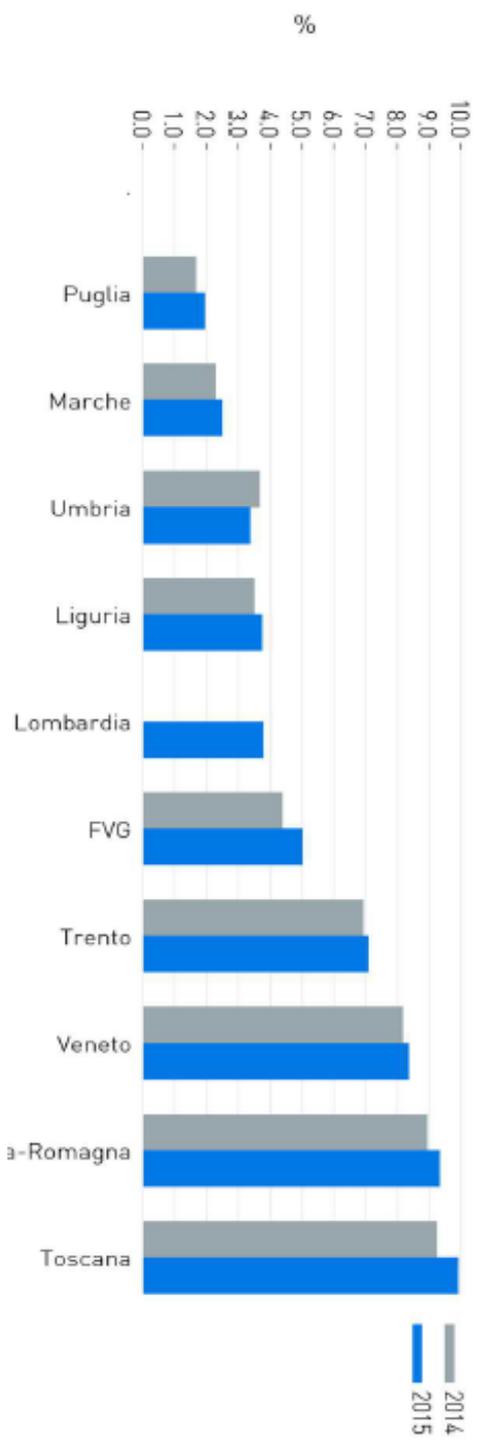
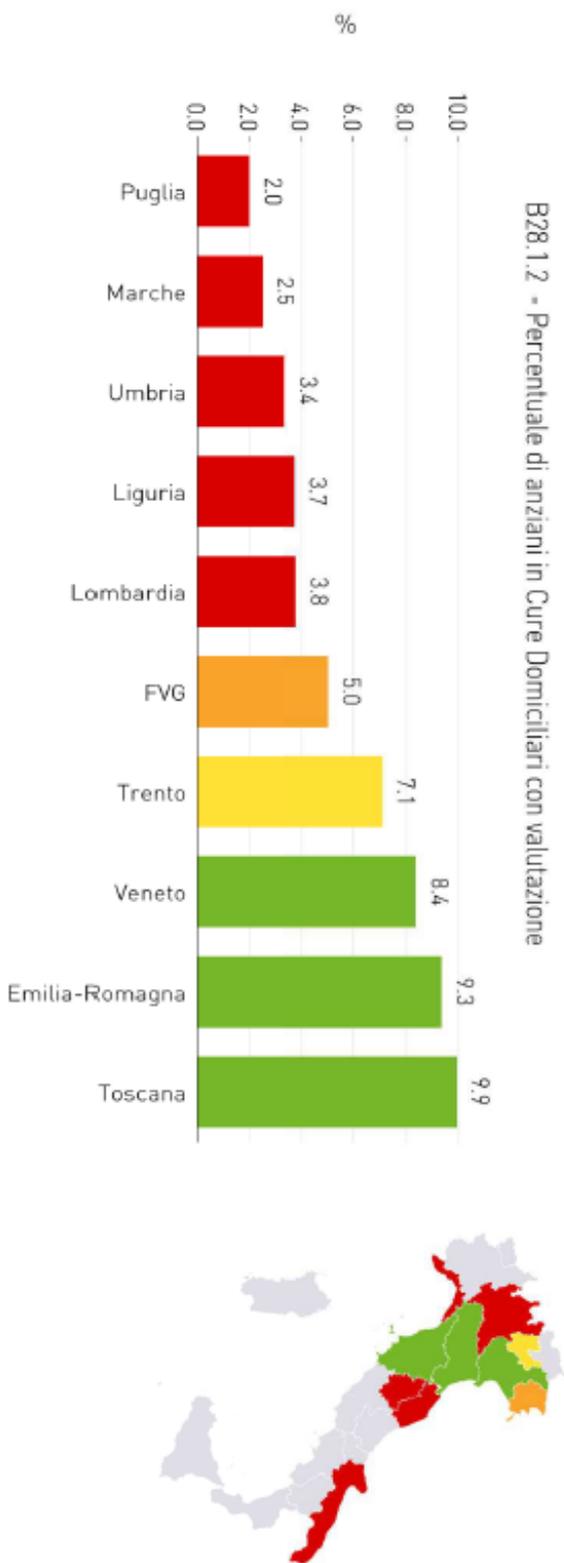
Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) per utenti anziani (65+ anni) (% su popolazione 65+) e intensità per utente anziano (media ore annuali per utente 65+) (anni 2007-2013)

Regioni	2007		2013		Δ 2007-2013	
	Utenti (%)	Ore per utente	Utenti (%)	Ore per utente	Δ Utenti (%)	Δ Ore per utente (%)
Piemonte	1,8	20	2,6	13	+0,8	-36
Valle d'Aosta	0,3	177	0,3	39	=	-78
Lombardia	3,7	16	3,8	18	+0,1	+13
Liguria	3,3	21	3,4	29	+0,1	+37
Trentino-Alto Adige	0,8	n.d.	2,0	n.d.	+1,2	n.d.
<i>P.A. Bolzano</i>	0,6	<i>n.d.</i>	0,4	<i>n.d.</i>	-0,2	<i>n.d.</i>
<i>P.A. Trento</i>	1,0	21	3,5	12	+2,5	-41
Veneto	6,4	9	5,7	9	-0,7	-1
Friuli-Venezia Giulia	7,3	7	6,9	7	-0,4	-6
Emilia-Romagna	5,7	21	10,4	12	+4,7	-41
Toscana	2,1	22	10,6	8	+8,5	-65
Umbria	4,4	35	4,3	23	-0,1	-34
Marche	3,9	27	2,9	27	-1,0	+1
Lazio	4,0	18	4,8	17	+0,8	-6
Abruzzo	3,7	21	5,4	31	+1,7	+48
Molise	3,8	19	3,9	50	+0,1	+161
Campania	1,7	44	3,1	32	+1,4	-28
Puglia	1,6	48	2,3	39	+0,7	-19
Basilicata	4,4	42	6,3	44	+1,9	+5
Calabria	2,8	14	2,9	22	+0,1	+54
Sicilia	1,0	31	4,1	27	+3,1	-14
Sardegna	1,2	68	2,7	23	+1,5	-66
<b>ITALIA</b>	<b>3,3</b>	<b>20</b>	<b>4,8</b>	<b>17</b>	<b>+1,5</b>	<b>-15</b>

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della Salute e ISTAT.

## Nel PNC si legge.....

Si tratta, dunque, di un livello di assistenza (ADI) che richiede una complessa organizzazione e una consolidata competenza gestionale dal momento che il servizio offerto deve flessibilmente adattarsi agli obiettivi di cura e alle specifiche condizioni cliniche e socio-familiari del paziente. **Tale complessità** ha fatto sì che sul territorio nazionale le cure domiciliari siano state erogate secondo modalità, criteri e caratteristiche molto diversi tra loro, anche all'interno delle stesse regioni, fino ad arrivare a situazioni locali di inesistenza del servizio di cure domiciliari nella ASL. L'obiettivo dei prossimi anni è, quindi, quello di recuperare i ritardi accumulati, anche grazie alla diffusione delle nuove tecnologie di teleassistenza, teleconsulto e telemonitoraggio, e di **garantire le cure a domicilio in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.** Queste azioni dovranno essere attuate di pari passo con un'integrazione ottimale dei servizi sanitari territoriali con quelli socio assistenziali, in modo da fornire interventi in grado di rispondere complessivamente ai bisogni delle persone.



**Il Sistema di Valutazione del Network delle Regioni**

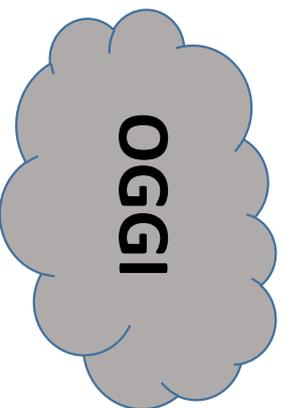
**Trasferire i programmi in azioni concrete, i principi in pratiche diffuse in tutti i territori nazionali (anche piccoli insulari)**

# IDEA - PROPOSTA Centro Studi CARD

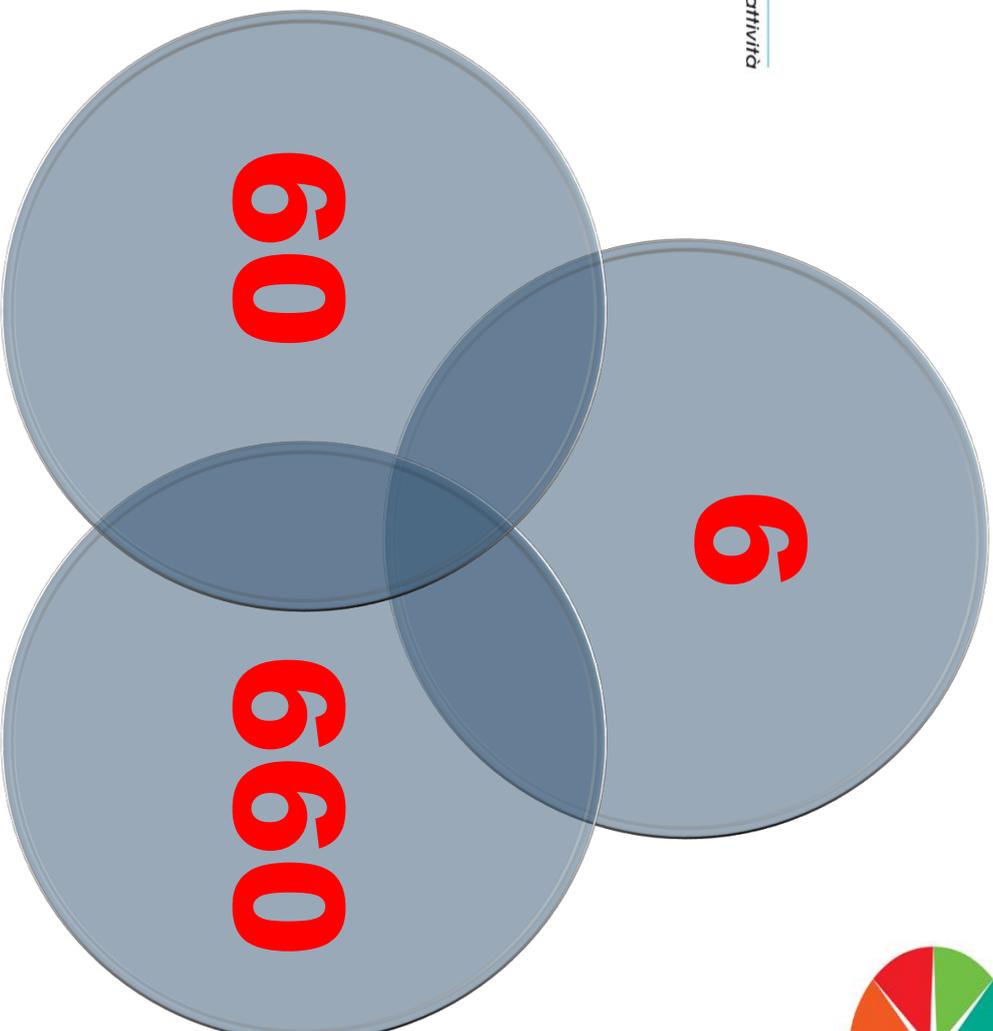


**CARD**

Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto  
*Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali*  
CENTRO STUDI CARD

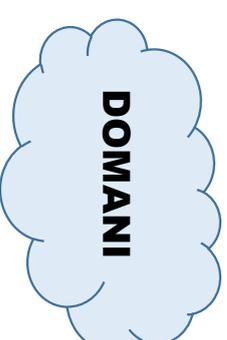


**OGGI**

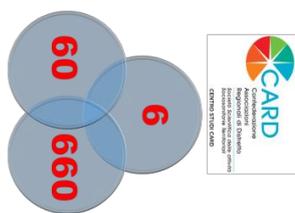


**CARD**

Confederazione  
Associazioni  
Regionali di Distretto  
*Società Scientifica delle attività  
Sociosanitarie Territoriali*  
CENTRO STUDI CARD



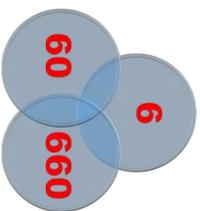
**DOMANI**



**6  
anni**

**60  
numero operatori**

**660  
Distretti**



## 6

- Gli anni di percorso per dotare ogni territorio del Paese di nuovi servizi distrettuali di ADI NEW (new home care)

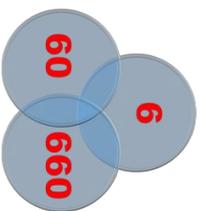
## 60 (\*)

- Std personale:
- 30 infermieri
- 10 OSS
- 10 fisioterap.
- 10 MD (2 dip, 8 MMG)
- (\* valori rif. a unità base di 100.000 ab. - da adattare alla «complessità territoriale» - range 40-80)

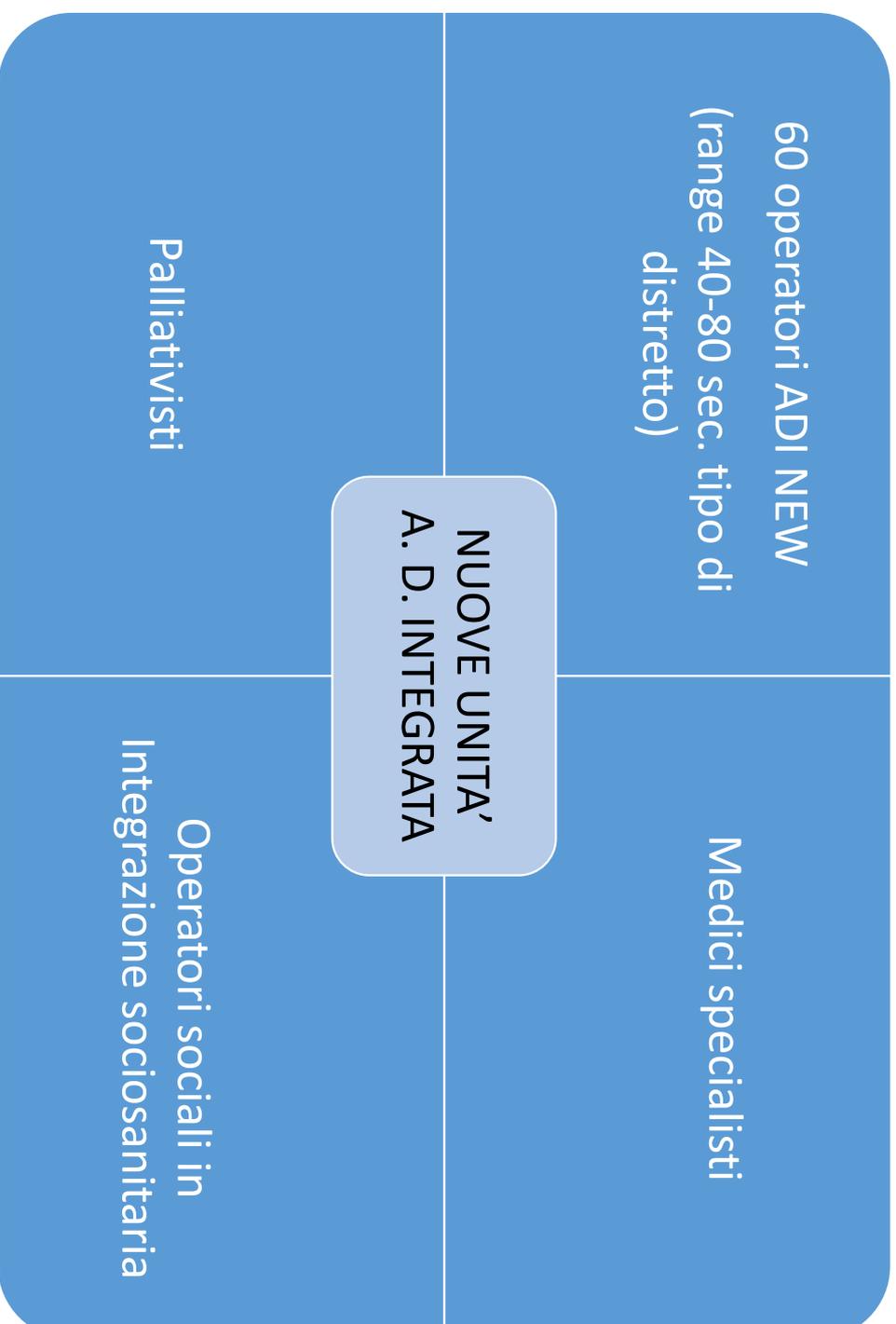
## 660

- I DISTRETTI\* in 8.100 Comuni, distinti per «complessità» territoriale:
- 160 *Alta c.* (*bassa densità*)
- 440 *Media c.*
- 60 *Bassa c.* (*alta densità*)

\*Sec. ISTAT: 679 distretti in 143 ASL in Italia



**IN  
OGNI  
TERRITORIO  
DEL PAESE**



LA COMPLESSITA' TERRITORIALE				
<b>COMUNI</b>	<b>n° comuni</b>	<b>dens. Ab.</b>	<b>%pop</b>	<b>pop. gen. tot</b>
piccoli	5.700	63	17%	10.200.000,00
medi	2.400	300	68%	40.800.000,00
grandi	12	700	15%	9.000.000,00
<b>tot.</b>	<b>8.112</b>		<b>100%</b>	<b>60.000.000,00</b>

<b>stima n° distretti per ADI NEW *</b>	<b>n°residenti per distretto</b>
160	63.750
440	92.727
60	150.000
<b>660</b>	

rif. base= area 100.000 ab., corretta "pesata"



		dotazione n° operatori per ciascuna area					
n° resid/area	n° tot aree ADI new ITALIA	inf	OSS	fisio.	MD dip	MMG ADI	n° pers ADI
65.000	160	40	14	14	4	10	82
90.000	440	30	10	10	2	8	60
150.000	60	20	8	8	2	6	44

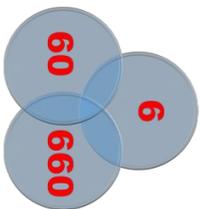
## LA COMPLESSITA' TERRITORIALE

COMUNI	n° comuni	dens. Ab.	%pop	pop. gen. tot
piccoli	5.700	63	17%	10.200.000,00
medi	2.400	300	68%	40.800.000,00
grandi	12	700	15%	9.000.000,00
tot.	8.112		100%	60.000.000,00

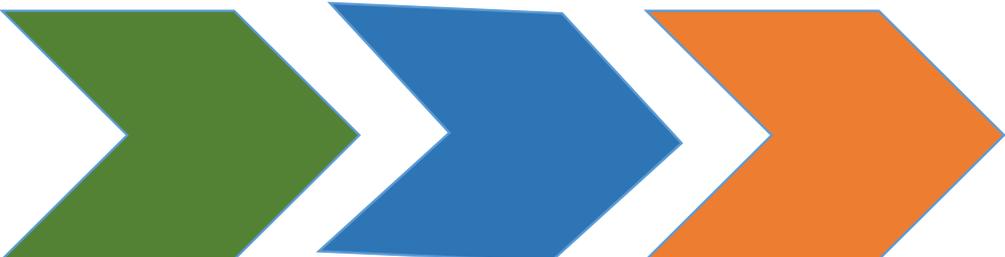
IPOTESI DI DOTAZIONE OPERATORI ADI "NEW" - "6 60 600"												
pop resid/area	stima n° aree terr ADI new	n° inf	tot inf	n° OSS	tot OSS	n° fisioter	tot fisiot	n° MD dip	tot MD	n° MMG	tot MMG	tot pers
65.000	160	40	6.400	14	2.240	14	2.240	4	640	10	1.600	82
90.000	440	30	13.200	10	4.400	10	4.400	2	880	8	3.520	60
150.000	60	20	1.200	8	480	8	480	2	120	6	360	44
	660		20.800		7.120		7.120		1.640		5.480	42.160

Il 100% di 143 ASL dichiara che ha attivo un servizio ADI (Istat), per cui le assunzioni reali saranno inferiori (proporzionalmente alla dotazione attuale e funzione) ai 42.000 operatori ipotizzati come dotazione dei nuovi servizi.

	MID + MMG	INF + OSS	FISIOTERAPISTI	
<b>IN 660 DISTRETTI STIMA REALI NUOVI ASSUNTI ADI NEW (vs già ESISTENTI)</b>	<b>6.500</b>	<b>15.000</b>	<b>4.500</b>	<b>25.000</b>



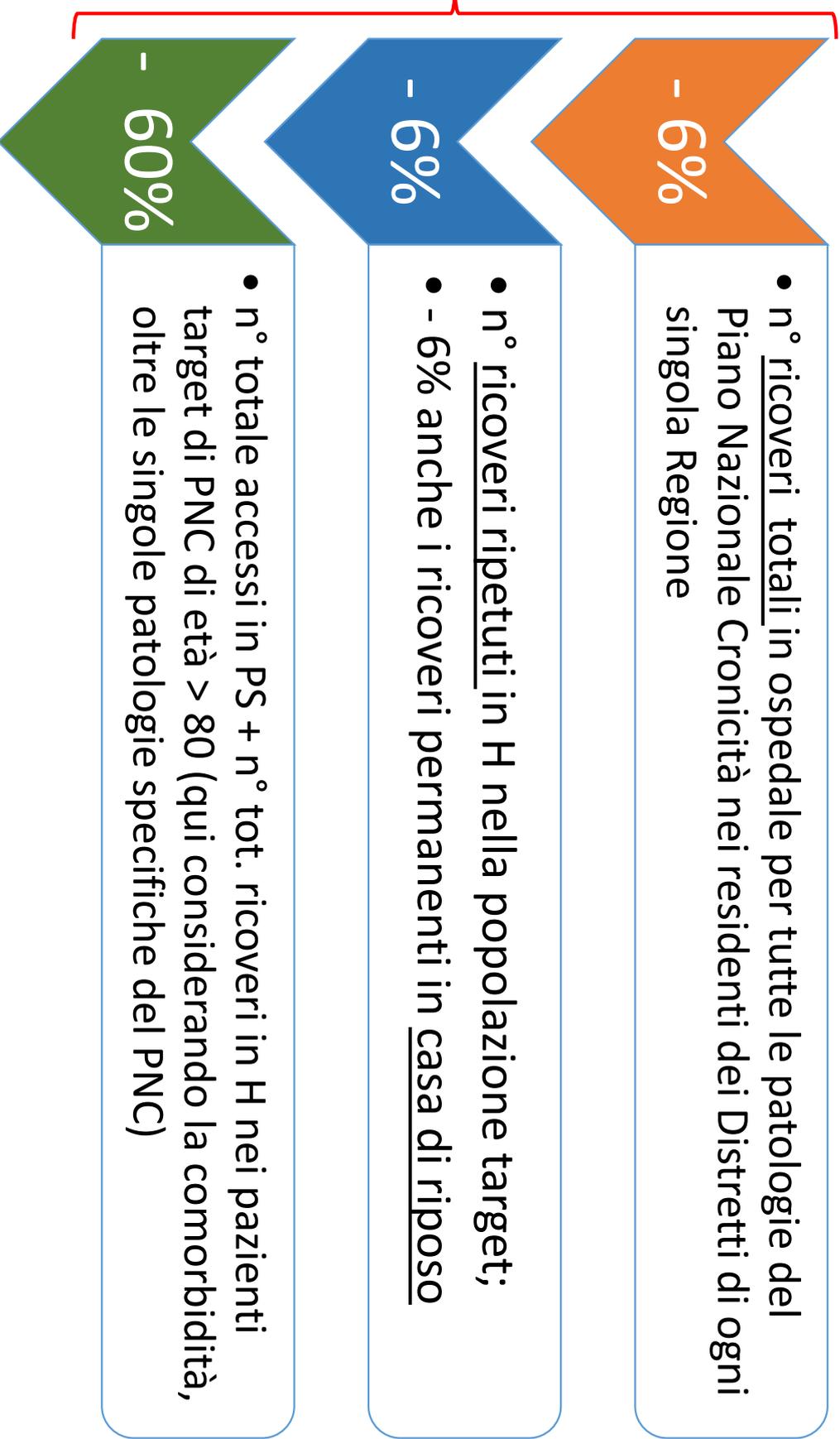
## RISULTATI ATTESI

- 
- + persone meglio prese in carico => più vera attenzione alle persone, famiglie, comunità
  - **LEA** + UNIFORMI (copertura & intensità) => + qualità di risposte, + appropriate e flessibili (oltre NA) => + qualità della spesa; + lavoro (moltiplicatore di reddito)
  - +++ equilibrio tra cure ospedaliere, ambulatoriali, residenziali e domiciliari
- >> apertura di nuovi spazi di offerta domiciliare e residenziale (riempie un vuoto)**



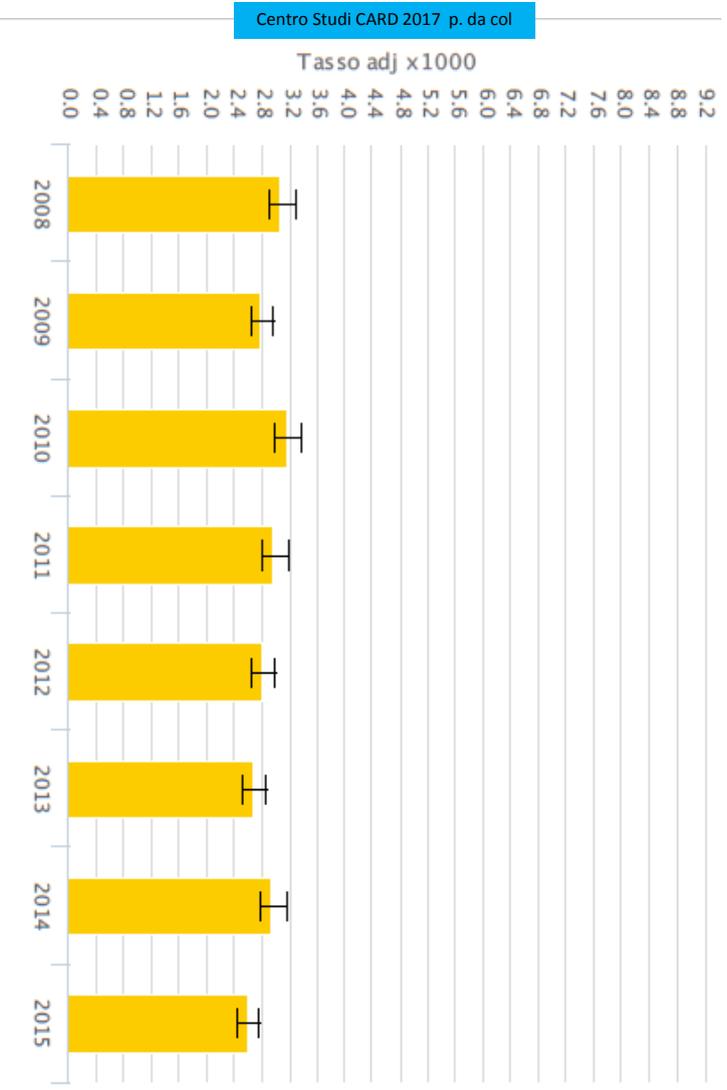
*Cfr vs  
tempo  
definito,  
ad es. 5 aa  
precedenti*

## RISULTATI ATTESI – INDICATORI POSSIBILI

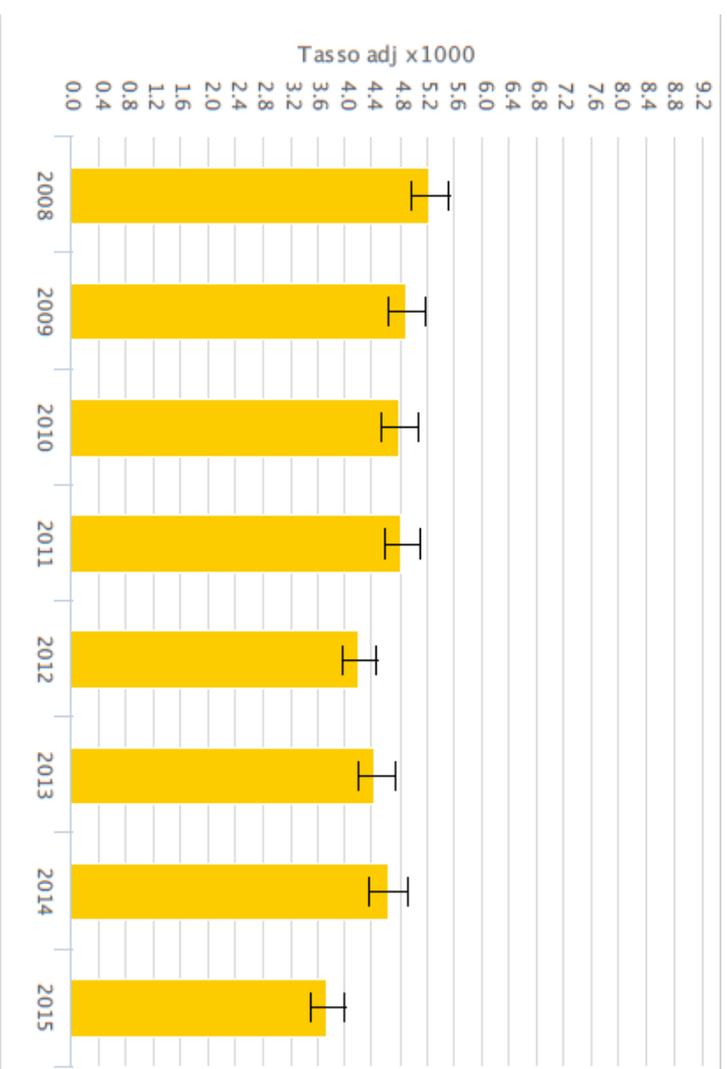


# RISULTATI ATTESI – INDICATORI POSSIBILI

## Il caso della riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco

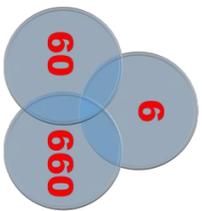


n° ricoveri per scompenso cardiaco dei residenti Pisa



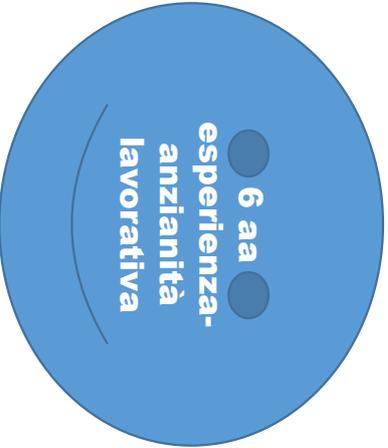
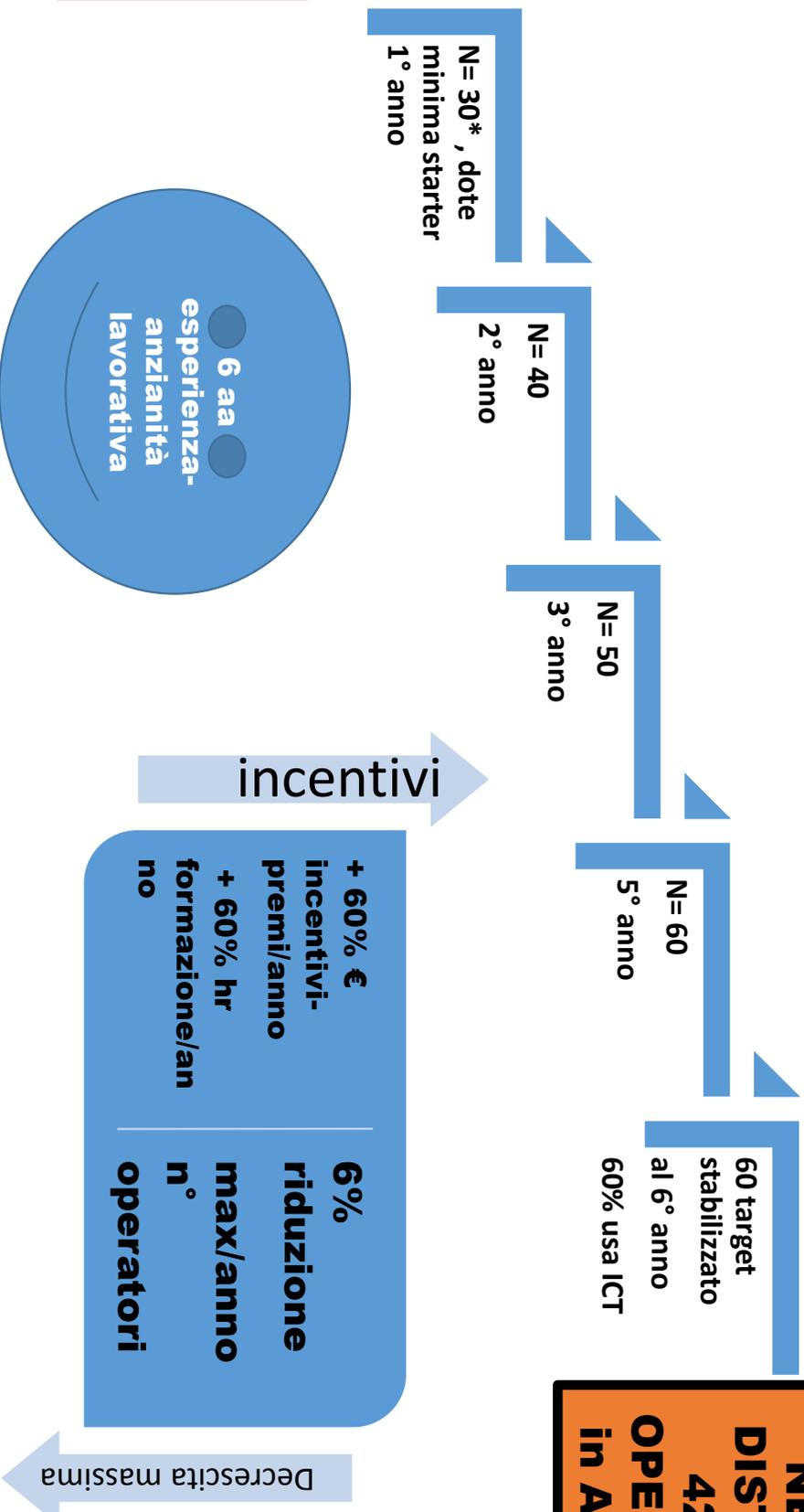
n° ricoveri per scompenso cardiaco dei residenti Trieste

FONTE: AGENAS, 2017



# Dotazione di personale iniziale (60%) e progressione di crescita annuale

**Per 60 ml di italiani NEI 660 DISTRETTI 42.000 OPERATORI in ADI new**



\* es. nei 440 Distretti a densità di pop. «normale»

**I COSTI CRESCENTI CON 6 60 660**

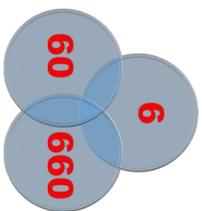
sintesi (valori arr.) <b>IN 660 DISTRETTI                      STIMA REALI NUOVI                      ASSUNTI ADI NEW (vs                      già ESISTENTI)</b>	<b>MEDICI (incl MMG)</b>	<b>INFERM + OSS</b>	<b>FISIOTE RAPISTI</b>	<b>TOT GEN</b>
	<b>6.500</b>	<b>15.000</b>	<b>4.500</b>	<b>25.000</b>

**CONFRONTA:**  
 450.000 IN 143 ASL  
 550.000 IN 558 H  
 (ca. 5%)

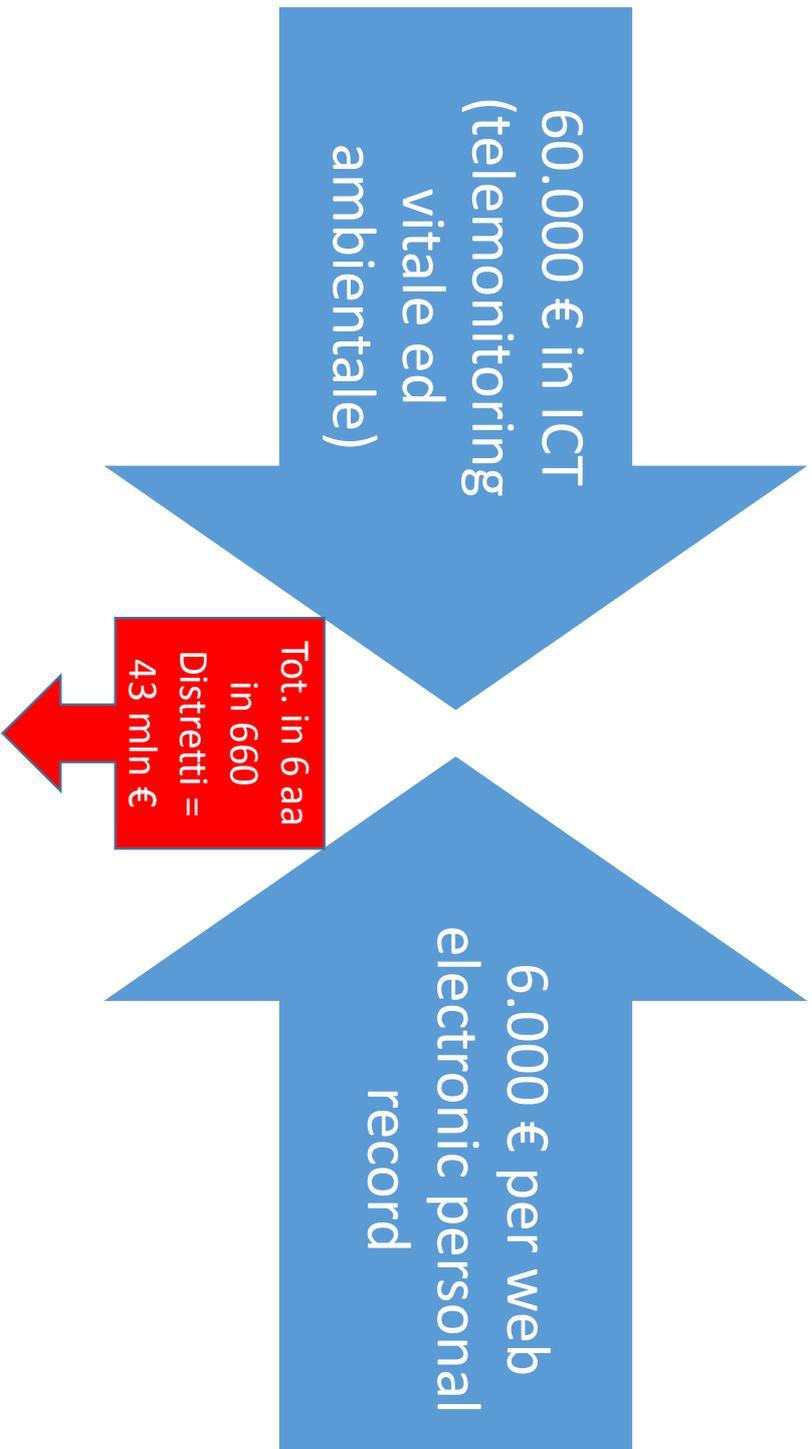
**STIMA COSTI CRESCENTI ITALIA (assunti per ADI new)**

	<i>costo unit</i>	<b>costo tot new</b>
<b>INFERMIERI</b>	€ 40.000	€ 400.000.000,00
<b>OSS</b>	€ 30.000	€ 135.000.000,00
<b>FISIOTERAPISTI</b>	€ 40.000	€ 180.000.000,00
<b>MEDICO DIPENDENTE</b>	€ 60.000	€ 60.000.000,00
<b>MMG ADI new</b>	€ 15.000	€ 82.500.000,00
		<b>€ 857.500.000,00</b>

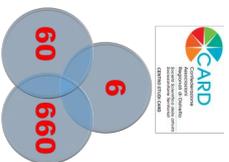
**CONFRONTA:**  
 112 mld SSN  
 (0,8%)  
 34 mld personale SSN  
 (ca. 2,5%)



## SPESE PER INVESTIMENTI in **6 - 60 - 660**



**RISULTATO ATTESO nei 6 aa: 60 utenti in percorsi short-term + altri 60 in percorsi long-term, in ogni servizio ADI**  
**Oltre: 60% dei pazienti target PNC è preso in carico in ICT enabled home care**



**900 milioni (incl. investimenti) ??? È POSSIBILE !!!**

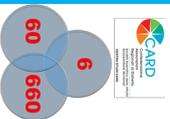
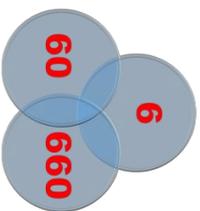
**USCITE:**  
**L'incremento di spesa a regime è < 1 % dell'attuale fondo SSN.**

- Le cure domiciliari: cinque obiettivi principali**
1. *l'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;*
  2. *la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;*
  3. *il supporto alla famiglia;*
  4. *il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;*
  5. *il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale*

**DAL PIANO NAZIONALE DELLE CRONICITA'**

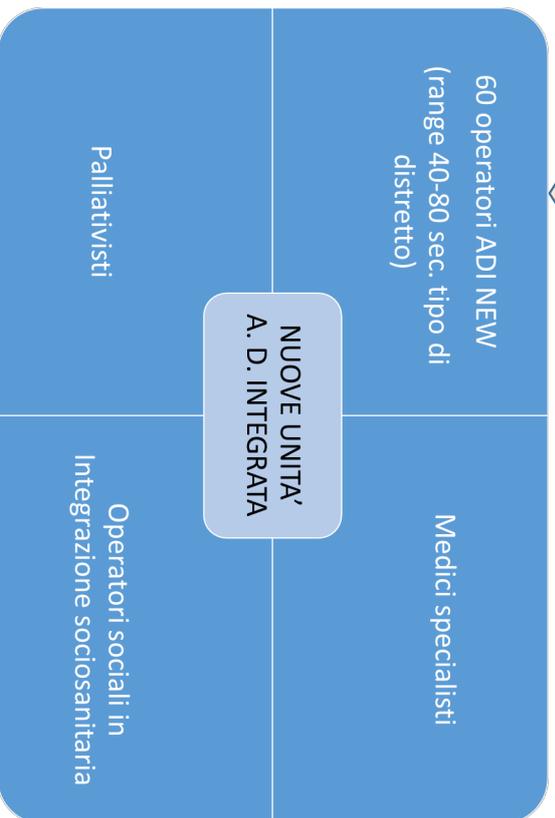
**ENTRATE: potenziali risparmi da riduzione dei ricoveri: con DRG medici di PNC - 6% (3.500 €/cad) => risorse di 1 mld €**

- Oggi ADI «vale» 20€ della quota p.c. totale (1% di 1.800€)
- 900 milioni in più significa aggiungere 15€ p.c. (da 1% a 1,3%)



**IN  
OGNI  
TERRITORIO  
DEL PAESE**

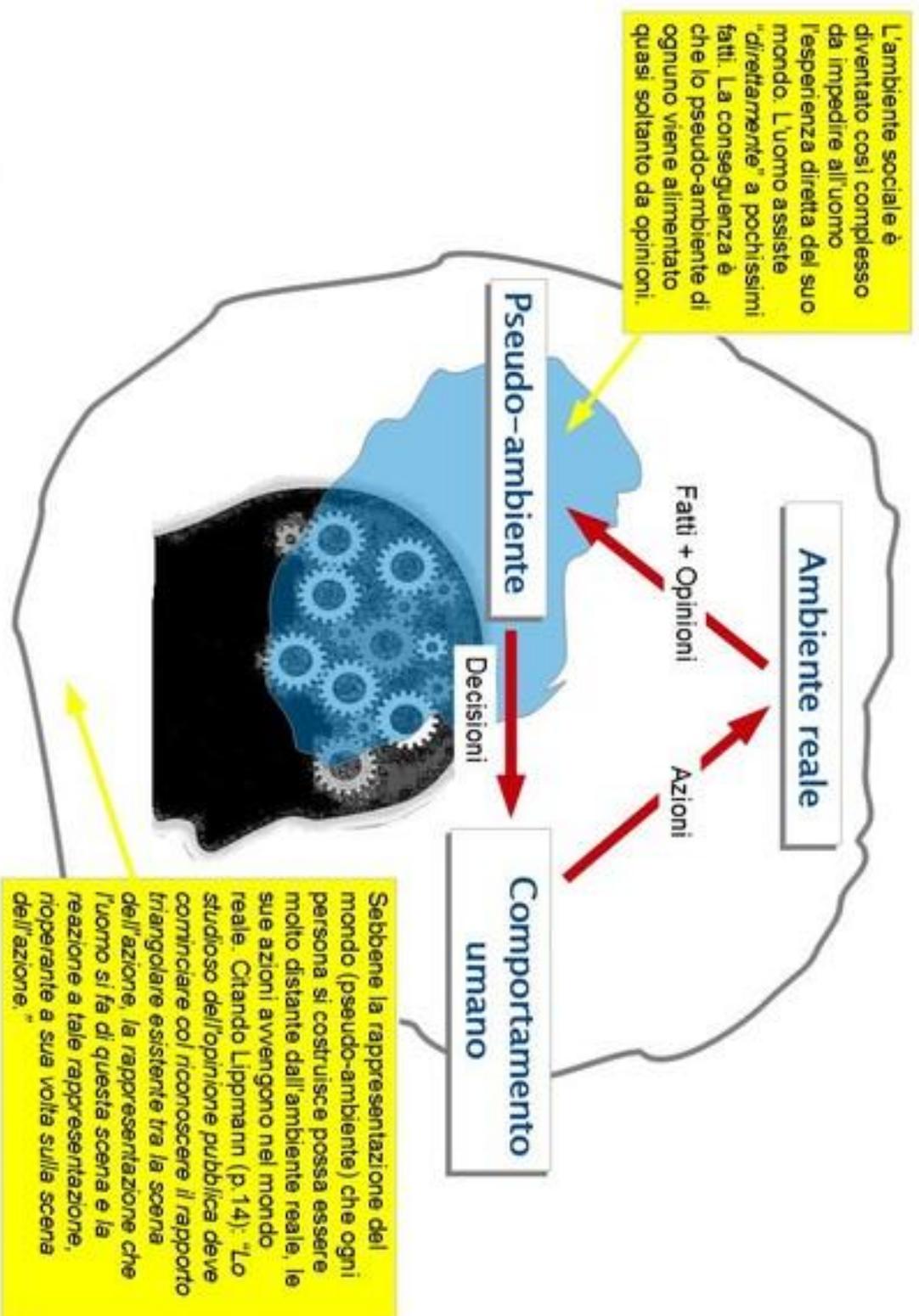
**Per la «cronicità»  
«6 60 660» di CARD  
propone ragionamenti da  
approfondire.  
Sono obiettivi che POSSIAMO  
E  
DOBBIAMO  
PERMETTERCI**



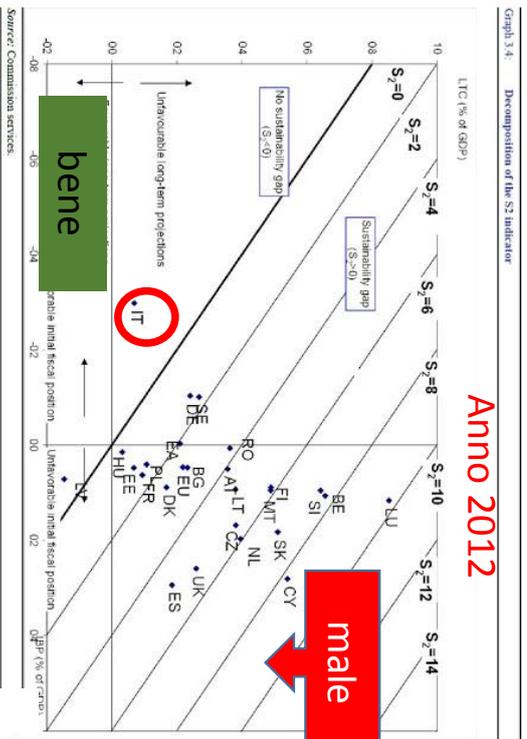
## A BEN GUARDARE

### QUESTA PROPOSTA CARD è del tutto RESPONSABILE.

1. **LEA «ASSISTENZA DOMICILIARE»**  
diventa concreto, esigibile
2. + vantaggi (+ efficacia) e + qualità di  
spesa (+efficienza)
3. ricadute positive: ad es ++lavoro e +  
inclusione
4. possibili nuove forme di  
finanziamento (mix pubblico +  
privato) => + equità
5. ++ benefici e ++ benessere a molte  
persone fragili

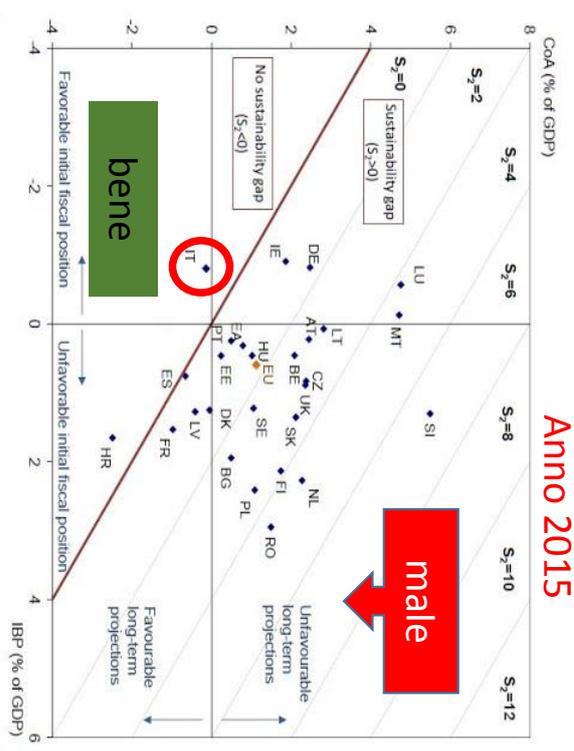


Fonte: <http://orizzonte48.blogspot.it/> LUNEDÌ 8 GIUGNO 2015

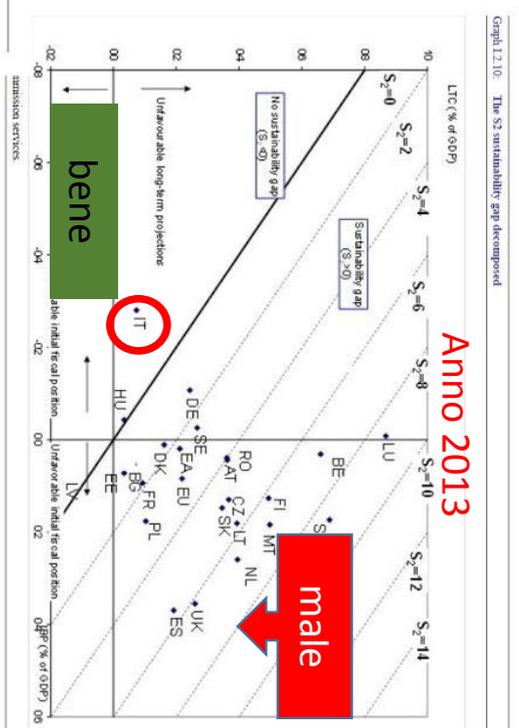


Grafici dell'indicatore di sostenibilità del debito lungo a lungo termine (cioè comprensivo delle passività implicite determinate dal sistema pensionistico), tratto da edizioni successive del Fiscal Sustainability Report della Commissione Europea

Graph 4.7: The EU countries map across the S2 components



Source: Commission services.



<http://goofynomics.blogspot.it/2016/12/eugenetica-pensionista.html>

DATA , PUBLIC FINANCE

# Italy has one of the lowest public expenditure per person in Europe

GOVERNMENT PER CAPITA EXPENDITURE IN MAJOR COUNTRIES OF THE EURO AREA IN 2013  
In €. (Source: Eurostat)



Dall'esame dei dati OCSE 2011, quindi dalla fonte sopra linkata, prendiamo queste osservazioni:

**"Contrariamente a quanto ritiene gran parte dell'opinione pubblica, i dipendenti pubblici in Italia non sono troppi: sono troppo pochi. Nel 2011 (dati OECD) in Italia c'erano 3.435.000 dipendenti pubblici (di cui 320.000 precari, tra collaboratori e partite IVA), contro i 6.217.000 della Francia e i 5.785.000 del Regno Unito, paesi con una popolazione molto simile a quella dell'Italia e un pil non troppo superiore. Anche in Spagna e negli Stati Uniti i dipendenti pubblici pro capite sono più numerosi che in Italia (rispettivamente 65.6 e 71.1 per mille abitanti, contro i 56.9 dell'Italia). Solo il dato tedesco è apparentemente simile a quello italiano (54.7 per mille abitanti), ma esso è influenzato verso il basso dal regime privatistico del personale sanitario.**

**Se consideriamo il solo personale amministrativo, per avere in Italia lo stesso numero di dipendenti pubblici pro capite che c'è in Germania bisognerebbe ricorrere a 417.000 nuove assunzioni, a fronte di uno stock attuale di 1.337.000: un incremento del 31%. E per avere lo stesso numero di impiegati amministrativi pro capite degli USA bisognerebbe assumerne addirittura 1.310.000."**

Fonte: <http://orizzonte48.blogspot.it/LUNEDÌ 8 GIUGNO 2015><sup>51</sup>

**Table 1.5. Health care resources**

- Top third in health spending or resources
- Middle third in health spending or resources
- Bottom third in health spending or resources

*Note:* Countries are listed in alphabetical order. The number in the cell indicates the position of each country among all countries for which data is available. Although countries are ranked from highest health spending or availability of resources to lowest, this does not necessarily mean better performance.

Indicator	Health expenditure per capita	Doctors per capita (active)	Nurses per capita (active)	Hospital beds per capita	MRI units per capita*	CT scanners per capita*
Australia	13	14	10	18	12*	2*
Austria	8	2	21	4	9	10
Belgium	11	21	15	9	19*	11*
Canada	10	28	16	29	22	23
Chile	30	33	27	32	26	26
Czech Rep.	27	10	20	7	24	22
Denmark	7	11	3	23	10	5
Estonia	31	18	23	12	17	15
Finland	17	20	5	13	6	13
France	12	16	17	8	21	24
Germany	6	5	6	3	15*	16*
Greece	25	1	32	14	5	8
Hungary	29	19	22	5	31*	31*
Iceland	15	11	4	21	7	4
Ireland	16	25	7	26	13	17
Israel	24	13	31	22	30	29
Italy	20	8	24	19	3	9
Japan	14	29	13	1	1	1
Korea	26	31	29	2	4	6

# ***In merito alla spesa (soldi) pubblici, dati e notizie VERE ci dicono....***

1. L'Italia ha un problema di debito **PRIVATO**, non pubblico
2. Il debito pubblico pesa se è verso l'«estero», non interno (=risparmi, alti)
3. Il debito è governabile con la sovranità monetaria
4. I debiti (propri del capitalismo) sono soldi, non una categoria morale; sono ben impiegati quando vanno a favore del bene comune (etica è qui, non là)
5. La spesa pubblica è moltiplicatore di reddito (per un euro investito si hanno ritorni di 1,5 – 1,7 volte)
6. I tagli di spesa pubblica (nel welfare) sono dettati da scelte politiche, ideologiche, mai da meriti tecnici



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## Piano Nazionale della Cronicità

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

*Per non concludere.....*

- La «*cronicità*» non si può guarire ma si deve curare per lungo tempo **CON** la persona malata e attiva
- La «*Cronicità*» molto spesso si accompagna a povertà comorbidità e anzianità (grande)
- La «*cronicità*» riguarda **PERSONE VULNERABILI nel TEMPO DI UNA LUNGA VITA**: la «loro» vita deve riguardare anche noi