Convegno sull'assistenza distrettuale,
Sacile, 29 giugno 2007

Innovazioni organizzative e ruolo dei distretti sociosanitari



Mariadonata Bellentani
Agenzia per i servizi sanitari regionali
bellentani@assr.it

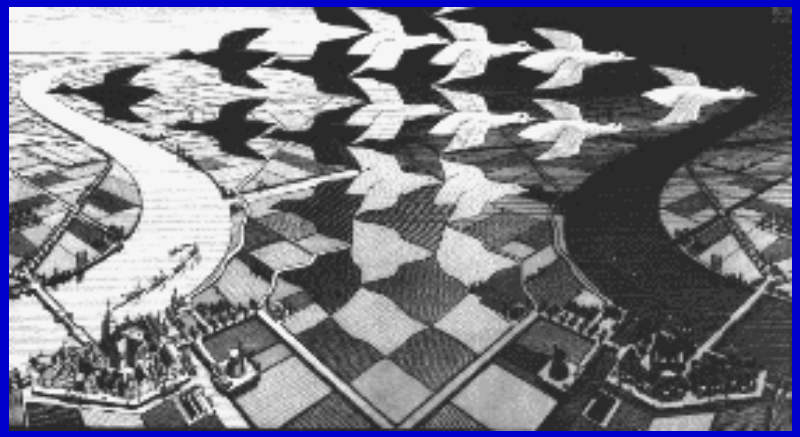
Indice

- Nuovi riferimenti per lo sviluppo del Distretto sociosanitario
- Il processo di rinnovo delle cure primarie
- Spunti da un'indagine ASSR-Regioni sui Distretti in Italia
- Alcuni modelli regionali

Una società che si trasforma

Migliore aspettativa di vita,

ma anche aumento delle "fragilità" e delle patologie croniche o a lungo termine



Nuclei e reti familiari a centralità capovolta anziani-giovani e cresce la solitudine dei "grandi anziani"

Cambia la medicina e le capacità tecnologica e si diversificano i luoghi e le modalità di cura

E' urgente una strategia di long term care

con una rete di servizi sociosanitari territoriali, che si prenda carico complessivamente dei problemi connessi alla *"cronicità".*

Le priorità per il territorio nel PSN 2003-05

Innovare il sistema territoriale quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari

Processo di riordino centrato sul MMG e PLS,

per farsi carico in modo unitario del bisogno san. e socio-san. dei cittadini

Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili

- Realizzare una rete integrata territoriale
- Prevenire/ritardare la non autosufficienza
- Migliorare l'autonomia funzionale dei disabili
- Ridurre ricoveri ospedalieri impropri

Accordi Stato-Regioni sugli obiettivi prioritari del PSN 2003-05

Accordo 24.7.2003 – individua 5 obiettivi prioritari:

- **Sviluppo LEA;**
- **Sviluppo delle cure primarie;**
- **Realizzazione rete non autosufficienza;**
- **Centri di eccellenza e governo clinico;**
- **Comunicazione istituzionale per la promozione della salute**

Intesa Stato-Regioni 29.7.2004 "indicazioni progettuali" :

sperimentazione di forme evolutive della medicina di gruppo, come la *Unita' Primaria di Assistenza Territoriale (UTAP)*

Accordo 3.10.2003 – destina 1 miliardo di euro ai 5 obiettivi;

le Regioni accedono ai fondi con progetti di attuazione.

La proposta UTAP - Unità Territoriali di Assistenza Primaria

Strutture organizzative con sedi uniche
per circa 10-20.000 utenti,
vi operano medici di famiglia, MCA, specialisti, infermieri,
organizzate e gestite dai medici

Con adeguati requisiti strutturali e tecnologici

strumenti diagnostici e tecnologici definiti dalla progr.ne regionale

personale di studio e di supporto

Operano con la logica della presa in carico dell'utente, nella risposta diretta e nel governo dei percorsi sanitari e sociali

Modello flessibile e ad implementazione graduale, per garantire dalla continuità assistenziale fino a presidio per patologie croniche

Il Psn 2006 – 2008: la riorganizzazione delle cure primarie

Governo clinico sul territorio (partecipazione e responsabilizzazione dei MMG e PLS alle scelte strategiche aziendali e distrettuali)

Empowerment del cittadino, nei percorsi di cura e nella programmazione e valutazione delle attività sanitarie

Completamento del sistema delle cure primarie con servizi di cure intermedie, come l'ospedale di comunità

Diverso rapporto tra attività e risorse tra Livelli di assistenza:

5% alla prevenzione,
44% all'assistenza ospedaliera
51% all'assistenza distrettuale.

Legge 296/2006 (finanziaria 2007)
art. 1, comma 806

Fondo annuale di 56,5 milioni di euro per obiettivi prioritari

5 milioni di euro per iniziative realizzate dal Ministero Salute

60,5 milioni di euro per progetti specifici delle Regioni e Province A.

- **Sperimentaz. CASA DELLA SALUTE 10 milioni**
- **Iniziative per SALUTE DONNA 10 milioni**
- **MALATTIE RARE 30 milioni**
- **UNITA' SPINALI UNIPOLARI 10,5 milioni**

linee progettuali definite con D.M, d'intesa Conf, Stato-Regioni e su proposta del Comitato verifica LEA

La "Casa della salute"

Da "Il New Deal della salute"

Linee del programma di Governo, On. Livia Turco, 27.06.2006



E' una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere

E' un nuovo progetto di medicina del territorio

da sperimentare,

non un modello unico



E' una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme delle cure primarie
(prevenzione, educazione sanitaria, gestione malattie croniche, attivazione di assistenza domiciliare a forte integrazione multidisciplinare, partecipazione dei cittadini con procedure certe, codificate e verificate).

Linee guida del Ministero della salute sul Progetto “Casa della salute”



10 principi di riferimento per la Casa della Salute



Struttura aperta e flessibile, che consente, tramite l'informatizzazione, di tenere in rete, per le attività programmate, anche gli operatori e le attività sociosanitarie che eventualmente restano all'esterno del presidio.

La situazione nelle Regioni

Dati attuali

659 USL (1992)
197 ASL (2003)
171 ASL (2007)

944 distretti (1999)
845 distretti (2003)
793 distretti (2007)

Sviluppi – ampliamento ambiti

Alcune Regioni stanno riorganizzando il sistema, prevedendo:

Asl unica (Marche, Molise, Bolzano)

o Asl provinciali (Puglia; ddl Friuli V.G.)

L'ambito dei distretti si amplia per garantire la tutela dei LEA territoriali e rappresentare una comunità locale

Il corretto dimensionamento favorisce il governo del territorio e semplifica la programmazione concertata con gli enti locali

Aziende istituite nelle Regioni

Regioni	USL 1990	ASL 1995	ASL 2001	ASL 2004	ASL 2005	ASL 2007
Piemonte	63	22	22	22	22	22
Valle d'Aosta	1	1	1	1	1	1
Lombardia	84	44	15	15	15	15
Bolzano	4	4	4	4	4	1
Trento	11	1	1	1	1	1
Veneto	36	22	21	21	21	21
Friuli V.Giulia	12	6	6	6	6	6
Liguria	20	5	5	5	5	5
Emilia-Romagna	41	13	13	11	11	11
Toscana	40	12	12	12	12	12
Umbria	12	5	4	4	4	4
Marche	24	13	13	1	1	1
Lazio	51	12	12	12	12	12
Abruzzo	15	6	6	6	6	6
Molise	7	4	4	4	1	1
Campania	61	13	13	13	13	13
Puglia	55	12	12	12	12	6
Basilicata	7	5	5	5	5	5
Calabria	31	11	11	11	11	11
Sicilia	62	9	9	9	9	9
Sardegna	22	8	8	8	8	8
Totale	659	228	197	183	180	171

Distretti istituiti nelle Regioni

Regioni	USL 1992	ASL 2007	distretti 1999	distretti 2005	distretti 2007
Piemonte	63	22	66	65	65
Valle D'Aosta	1	1	14	4	4
Lombardia	84	15	105	85	85
P.A. di Bolzano	4	1	20	20	20
P.A. di Trento	11	1	13	13	13
Veneto	36	21	85	56	56
Friuli V. Giulia	12	6	20	20	20
Liguria	20	5	26	20	20
Emilia Romagna	41	11	46	39	39
Toscana	40	12	80	42	42
Umbria	12	4	13	12	12
Marche	24	1	36	24	24
Lazio	51	12	23	55	55
Abruzzo	15	6	73	73	56
Molise	7	1	13	13	13
Campania	61	13	113	113	97
Puglia	55	6	70	48	48
Basilicata	7	5	10	11	11
Calabria	31	11	34	35	35
Sicilia	62	9	62	62	55
Sardegna	22	8	23	25	23
Totale	**659**	**171**	**945**	**835**	**793**

Gli strumenti direzionali
Risultati preliminari della ricognizione ASSR - 2005

I Distretti stanno utilizzando strumenti manageriali, anche se ancora in modo timido:

- Sono "strutture complesse" nell' 85% dei casi, che implica titolarità di funzioni direzionali su organizzazione, risorse e attività
- Tuttavia il 69% dei distretti non ha la correlata autonomia economico-finanziaria prefigurata dalle norme
- Quasi tutti programmano le attività, non tanto con un Piano distrettuale (32%), ma per lo più negoziando obiettivi e risorse nel Piano aziendale (50%) e partecipando alla definizione del Piano di zona comunale (74%)
- Si prevedono rapporti più stretti con la Direzione aziendale e partecipazione al collegio di direzione (61%)

Alcune tendenze generali

- Alcune scelte sono portate in ambito interaziendale (quadranti - *Piemonte;* aree vaste - *Toscana, Friuli V.G., Emilia-R., ipotesi Veneto*), per definire strategie unitarie, anche di raccordo territorio-ospedale;

- Si sviluppa la programmazione locale per definire, in coerenza con gli indirizzi aziendali, le attività sanitarie, socio-sanitarie, sociali (Piani di zona e Piani di salute distrettuali)

- Si sviluppa una logica di governance, una programmazione che coinvolge più soggetti istituzionali e il terzo settore, con modalità concertate

Alcune priorità

- Realizzare Punti unici di accesso, con funzioni di orientamento e guida dei cittadini, in particolare i soggetti fragili
- Individuare percorsi assistenziali con MMG e PLS
- Sviluppare un Sistema informativo territoriale
- Prevedere modalità di risposta in rapporto ai bisogni (livelli assistenziali a complessità differenziata)

Alcuni modelli di Distretto nelle Regioni

Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie

Le Regioni stanno elaborando modelli di organizzazione delle cure primarie, sulla base dell'Accordo Collettivo Nazionale del 2005 (art. 26 – Equipe territoriali ed UTAP) e del Patto della Salute, tra cui:

- Nuclei delle cure primarie in Emilia Romagna
- Gruppi di cure primarie in Lombardia
- Unità di cure primarie in Toscana e Lazio
- UTAP in Veneto
- Equipe territoriali in Piemonte, Marche, Puglia e Umbria
- Equipe territoriali e alcuni Network di società di servizi medici in Liguria

Nel ruolo del distretto, i nuovi modelli distinguono:

Governo della domanda / Committenza (quali servizi per quali bisogni), che richiede programmazione, definizione dell'offerta in relazione al bisogno e controllo delle attività e degli esiti

Produzione di servizi, in forma integrata (ruolo centrale dei MMG e PLS)

Cambiano le modalità:

- Alcuni modelli attribuiscono le due funzioni nel distretto, affidate a due responsabili diversi: Direttore del distretto; Direttore del Dipartimento di cure primarie *(es. Emilia-Romagna);*
- Altri modelli si orientano a mantenere nel distretto la committenza, attribuendo la produzione dei servizi ad enti accreditati *(es. Lombardia)*
- Altri modelli mirano a creare, non solo una programmazione, ma anche una gestione integrata dei servizi territoriali con gli enti locali *(Società della Salute in Toscana)*

Il modello dell'Emilia-Romagna

3.922.604 abitanti; 13 ASL (4 > 300.000 ab.), 39 distretti

Distretto

Direttore di Distretto: Ruolo governo-committenza (quali risposte per quali bisogni)

Dipartimento di cure primarie, diretto da un MMG, che costituisce la rete clinica del distretto, organizzato in Nuclei

Obiettivi

Maggiore coesione cure primarie nel Distretto; Consentire al distretto di svolgere le funzioni più complesse, di valutazione del bisogno sanitario e sociale e scelta della risposta

Emilia-Romagna



(Schema Prof. G.Maciocco, 2007)

I distretti in Emilia-Romagna

I Nuclei di cure primarie (NCP)

Sono moduli organizzativi del Dipartimento Cure primarie,
formati da MMG e PLS in aree territoriali omogenee (circa 10 - 30 mila ab.)

Ogni Nucleo nomina un Referente (MMG)

- ha un incarico dal Direttore del Dip. per 2 anni (500 euro mensili);
- è interfaccia con il distretto;
- è facilitatore ed animatore dei MMG del Nucleo per le problematiche e per raggiungere gli obiettivi

Operano su programmi, su temi del governo clinico, per definire (es.):

- Percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche (cardiovascolari, diabete, demenze) e per patologie rilevanti (uso di antibiotici)
- Cure palliative
- Area materno infantile, per presa in carico delle patologie croniche infantili e prevenzione.

Il modello della Regione Lombardia

9.121.714 abitanti; 15 ASL (livello prov. con 4 ASL milanesi); 84 distretti; 29 AO cui afferiscono tutti gli ospedali della Regione; 18 IRCCS

ASL → Committenza

Funzioni di progr., acquisto, controllo

Dipartimento A.S.S.I. nelle ASL per integrazione aree fragilità e ospedale - territorio

Enti accreditati → Produzione

Il Distretto partecipa alla funzione di committenza della ASL

Graduale trasformazione delle AO in Fondazioni di partecipazione

La Regione assume funzione di “regolatore” del sistema

Non ammesso l’accreditamento di nuovi p.l. per acuti fino al raggiungimento dello standard di 4 p.l. x 1.000 abitanti (circa 5.400 p.l. in meno)

Il distretto in Lombardia

(100.000 abitanti o unione delle direzioni dei piccoli distretti)

Obiettivo generale (PSSR 2002-04) modello di Welfare):

Rafforzare la rete territoriale; realizzare un sistema integrato di servizi sanitari, socio-sanitari, sociali; sviluppo di modalità innovative di risposta, anche di "*cash and care".*

- voucher socio-sanitari ("titoli" per l'acquisto di determinate prestazioni socio-sanitarie presso strutture accreditate);
- buono sociale (contributo economico) e voucher sociale come sostegno alle funzioni "sociali" della vita quotidiana;
- centri socio-educativi e centri diurni integrati;
- letti di sollievo, alloggi protetti, comunità alloggio;
- RSA, RSH, strutture riabilitative.

Lombardia

SETTORE PUBBLICO
Progr. Acquisto, Controllo

SETTORE PRIVATO
Produzione dei servizi

ASL

DISTRETTO
(100.000 ab. circa)

VOUCHER - €

Pattanti

Pattanti

Pattanti

Pattanti

Pattanti

(Schema Prof. G. Maciocco, 2007)

Il modello della Regione Toscana

3.547.604 abitanti; 12 aziende Usl; 34 zone e 56 distretti fino al 2000; poi graduale coincidenza, con obiettivo: 34 zone-distretto
4 AO, 34 presidi ospedalieri; 2 IRCCS; 3 aree vaste (Nord, Centro, Sud)

Zona - Distretto

Progr. e governo della domanda e dell' offerta sociale e sanitaria (Piano integrato di salute);
coordinamento tra attività territoriali e di prevenzione;
coordinamento con gli ospedali (tramite Presidio di zona)
Organizzazione in rete delle cure primarie tramite Unità delle cure primarie (UCP).

Società della Salute
sperimentazione

1a fase: governano i servizi del distretto e le funzioni sociali dei Comuni e ruolo di committenti, negoziando e finanziando volumi e mix di attività

Se la sperimentazione darà risultati positivi, la Giunta reg. potrà autorizzare anche la gestione dei servizi.

TOSCANA

SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

SERVIZI SOCIALI

ASL

SOCIETA' DELLA SALUTE

COMUNI

Piano Integrato Salute

Produzione
di servizi territoriali
Committenza
di servizi ospedalieri

(Schema Prof. G. Maciocco, 2007)

Le Società della Salute

- Organismi misti consortili tra ASL, Comuni (almeno 80%) Terzo Settore per programmare e gestire l'insieme dei servizi sanitari, socio-san. e sociali in ambito territoriale
- Le modalità di svolgimento della sperimentazione sono definite in un apposito atto di indirizzo regionale (DCR n. 155 del 24.9.2003)
- Le ASL, i Comuni (almeno 80% devono aderire), e gli Enti del Terzo settore elaborano un progetto da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale
- Obiettivi e programmi sono definiti con il Piano integrato di salute

Organi delle Società della Salute (Sds)

di governo	Giunta della Sds, composta dal Direttore Generale della Asl e dai Sindaci o Assessori delegati
di rappresentanza	Presidente, nominato dalla Giunta Sds tra i rappresentanti dei Comuni
di gestione	Direttore, nominato dalla Giunta Sds
di controllo	Collegio dei revisori dei conti

La Regione segue lo sviluppo della sperimentazione tramite un Gruppo tecnico di valutazione

Il sistema sanitario toscano

nel PSR 2002-04 e nell'attuale PSR 2005-2007

ARE VASTE

- Sono tre (Centro nord, Costa, Centro sud) , in coincidenza con i bacini di riferimento delle tre aziende ospedaliere universitarie
- Coordinano l'area ospedaliera, soprattutto alte specialità:
  - contribuiscono a definire i piani infrastrutturali dell'intera rete ospedaliera ed i piani strategici,
  - cercano tutte le possibili sinergie operative
  - definiscono i relativi meccanismi di coordinamento.
- Coordinano e svolgono in forma centralizzata alcune funzioni amministrative rilevanti, tra cui: area degli acquisti, alcuni aspetti dell'amministrazione del personale, ed eventualmente funzione contabile.

Il sistema sanitario Regione Friuli V. Giulia

nel PSR 2002-04 e nell'attuale PSR 2005-2007

ARE VASTE

- Sono tre (Giuliano-Isontina; Udinese; Pordenonese)

- Le **"Conferenze di area vasta"** come:
  "*strumento innovativo per definire i livelli di attività da accentrare e quelli da decentrare,*
  favorire la circolazione delle informazioni tra i diversi punti di erogazione,
  individuare modalità condivise per introdurre nel sistema innovazioni tecnologiche, organizzative e procedurali."

- Definiscono **i volumi di attività ospedaliera e territoriale**,
- coordinano le funzioni di alta specializzazione,
- Contribuiscono all'integrazione ospedale e distretto soprattutto nella gestione del paziente cronico e ad alto impegno riabilitativo,
- Contribuiscono a definire il rapporto tra AO di rilievo nazionale ed Università. .

- In conclusione ….

Il Governo clinico

E’ una politica di miglioramento della performance clinica dei professionisti sanitari fondata sul loro coinvolgimento nelle scelte strategiche delle aziende sanitarie,

E’ anche e soprattutto la responsabilizzazione dei professionisti riguardo alla prevenzione degli errori e all’agire secondo i principi della appropriatezza e della qualità nei Dipartimenti e nei Distretti,

utilizzando al meglio le tecniche dell’Audit clinico, le metodiche dell’ECM e le potenzialità della ricerca, la collaborazione interprofessionale e il lavoro in èquipe.

Alcune priorità

- Realizzare Punti unici di accesso, con funzioni di orientamento e presa in carico dei bisogni di salute in particolare per i soggetti fragili
- Individuare strumenti operativi di governo clinico, tra cui percorsi assistenziali con Medici di famiglia
- Sviluppare un Sistema informativo condiviso (Progetto “Mattoni del SSN”)

ASSR AGENZIA per i SERVIZI SANITARI REGIONALI

Grazie per l'attenzione

Contact
bellentani@assr.it