

**CORSO
INTERREGIONALE
A.I.G.O.**

LA NUOVA GASTROENTEROLOGIA

EMILIA ROMAGNA
MARCHE
TOSCANA

RIMINI
11-12 febbraio 2022
Hotel Sporting



Accesso alle prestazioni e presa in carico:
cosa non funziona, come risolvere
(Vincenzo Cennamo, Bologna)



I principi fondamentali

I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la [legge n.833 del 1978](#), sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.



art.32 della Costituzione, che recita:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"

Da cosa è influenzata la salute degli individui?



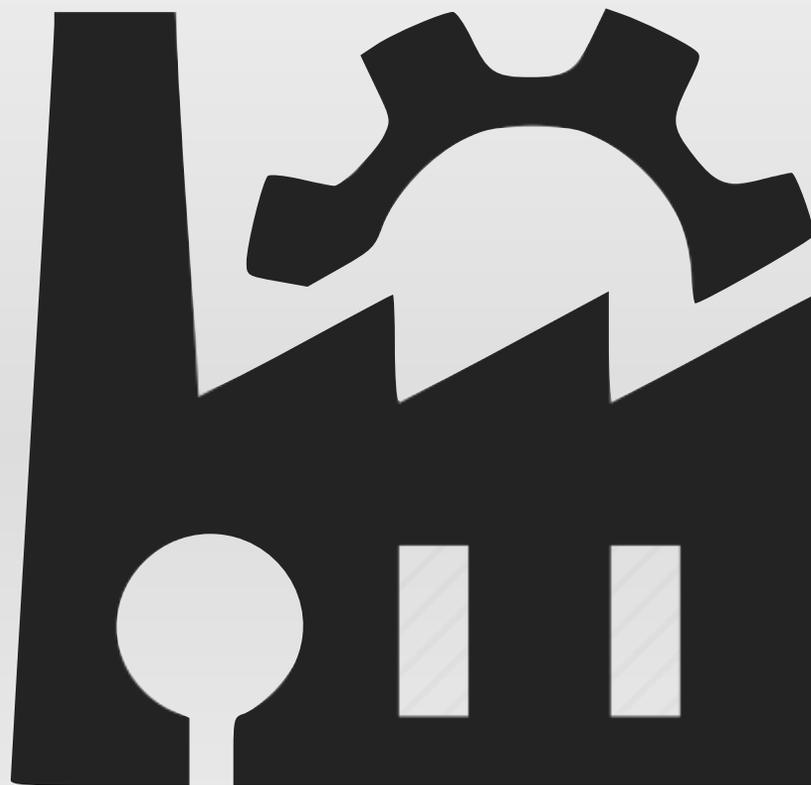
- 1 Nucleo biologico**
(età, sesso, fattori ereditari)
- 2 Stili di vita**
(dipendenze, alimentazione, esercizio fisico)
- 3 Reti sociali**
(supporto sociale, accesso alle risorse, comportamenti interpersonali)
- 4 Condizioni di vita e di lavoro**
(istruzione, luogo di lavoro, disoccupazione, servizi sanitari)
- 5 Contesto generale**
(socioeconomico, culturale e ambientale)



Dahlgren G, Whitehead M. 1993

Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?
Background paper for the King's Fund International Seminar on Tackling Health
Inequalities. Ditchley Park, Oxford: King's Fund;

CURA



...CURE



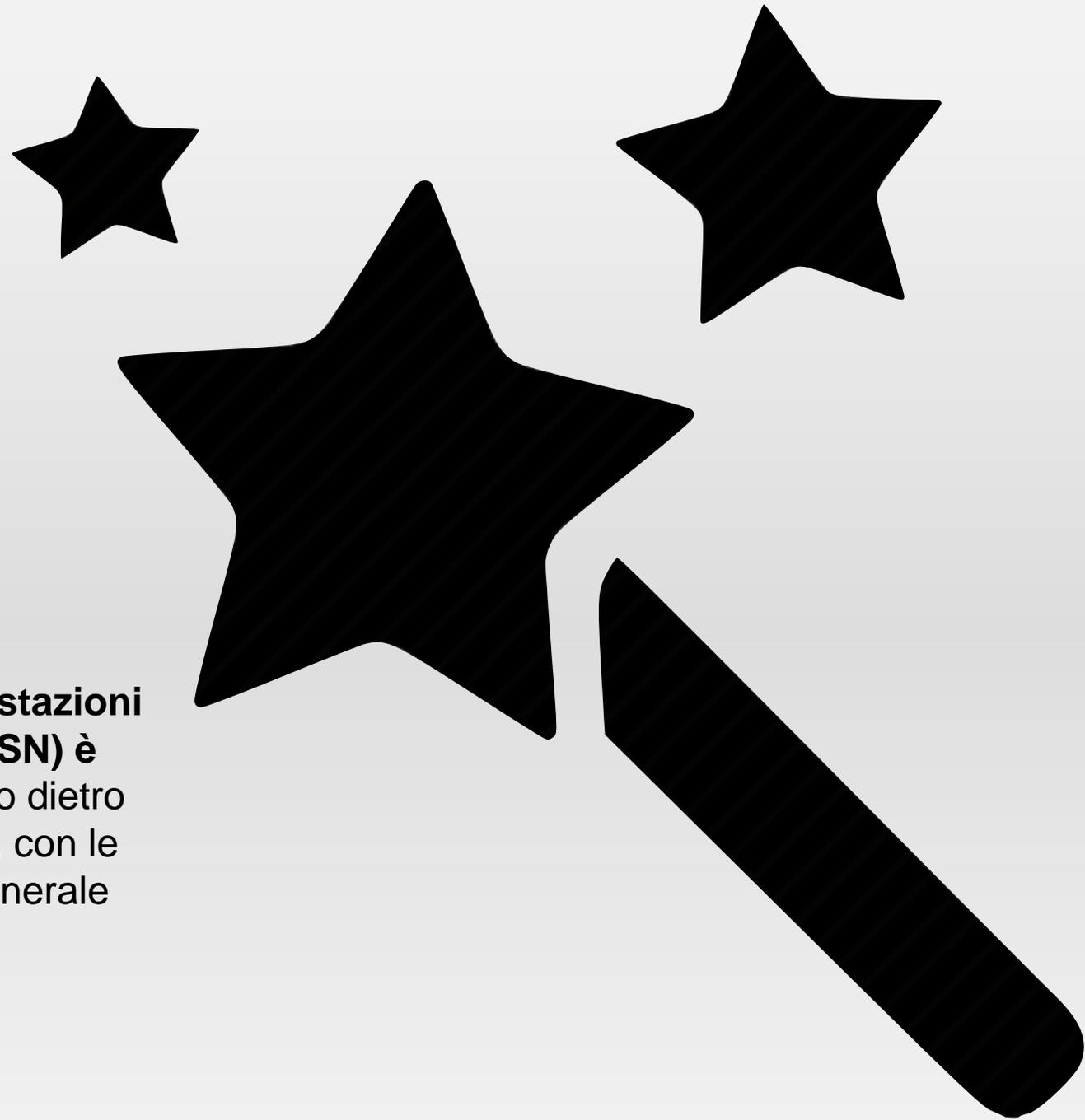
LEA



X

LEA

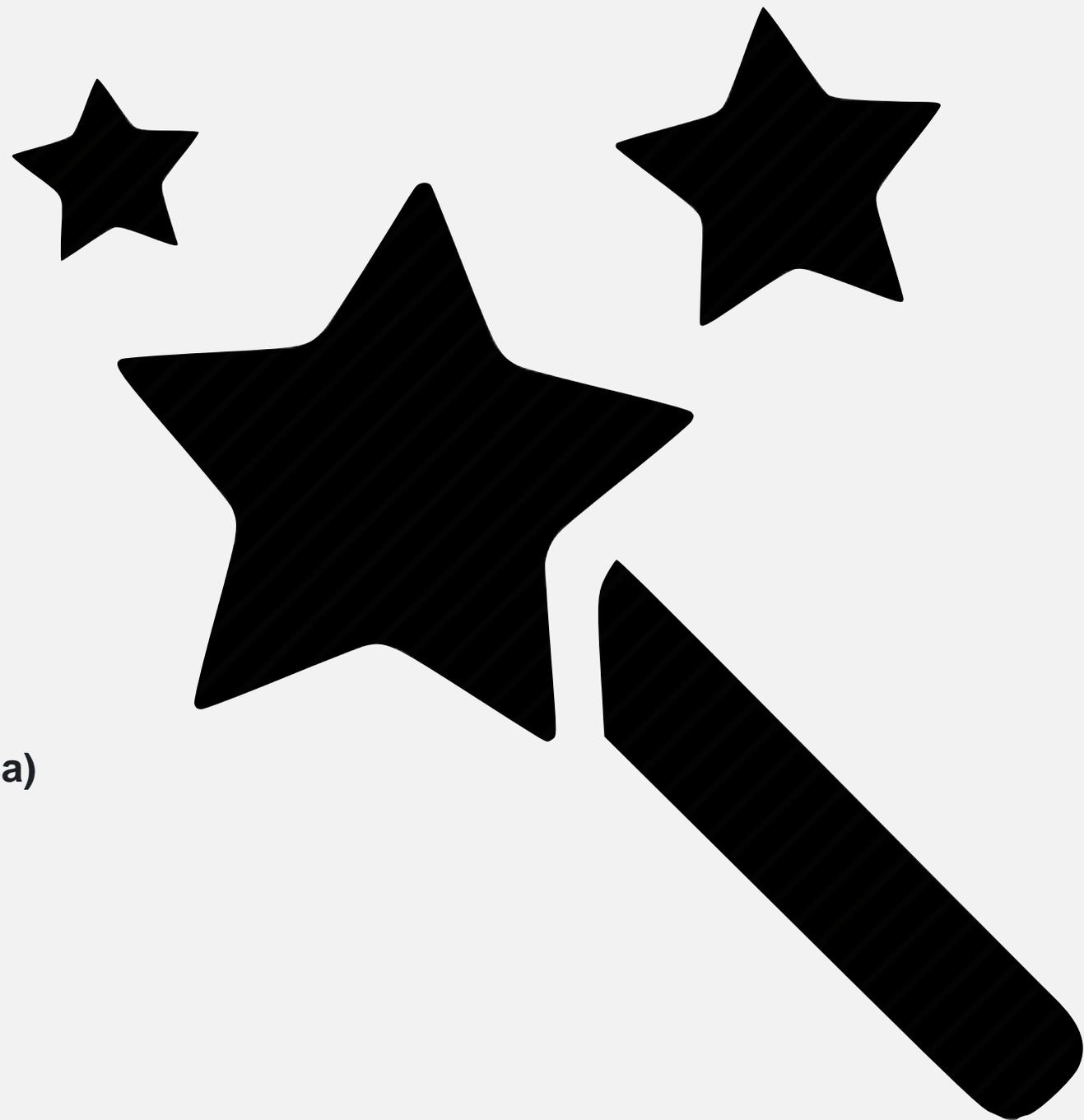
I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono **le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).



Il [DPCM 12 gennaio 2017](#), pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, definisce i nuovi LEA

LEA

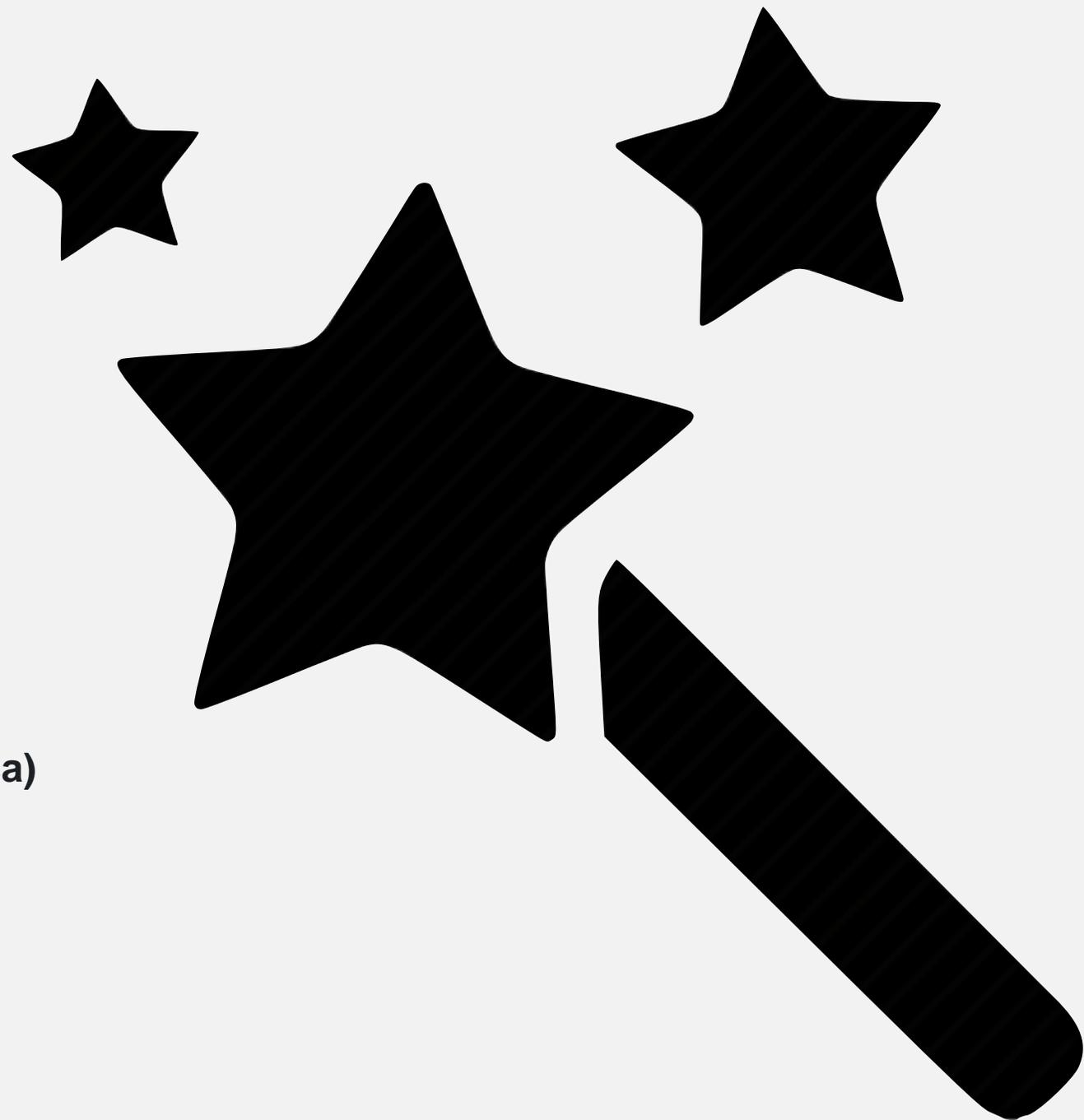
1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica
2. Assistenza distrettuale (tra cui la specialistica)
3. Assistenza ospedaliera

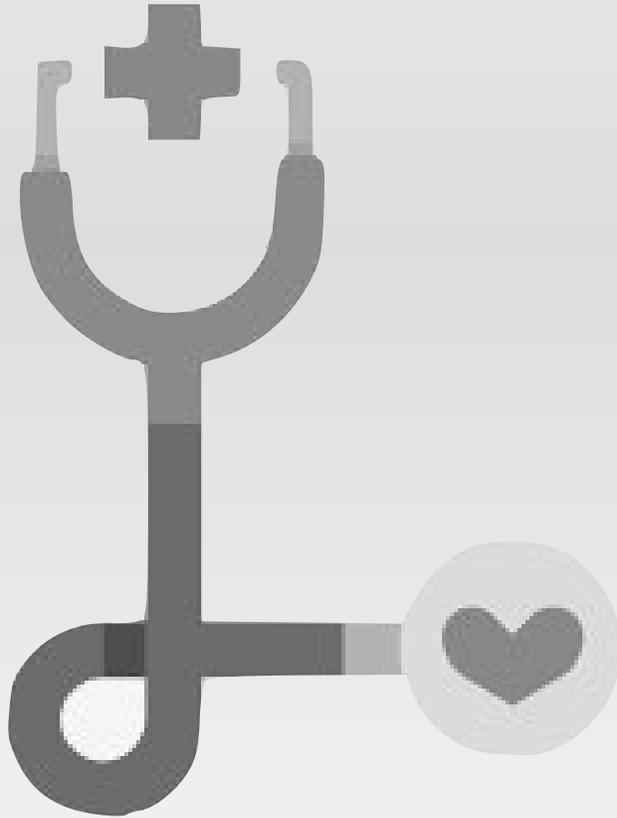
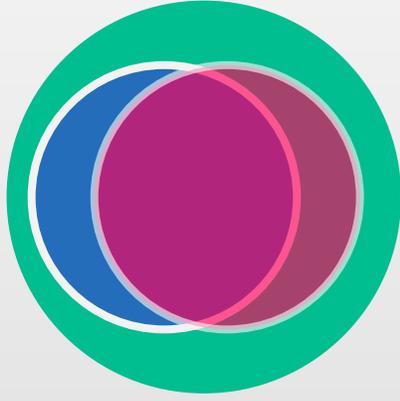


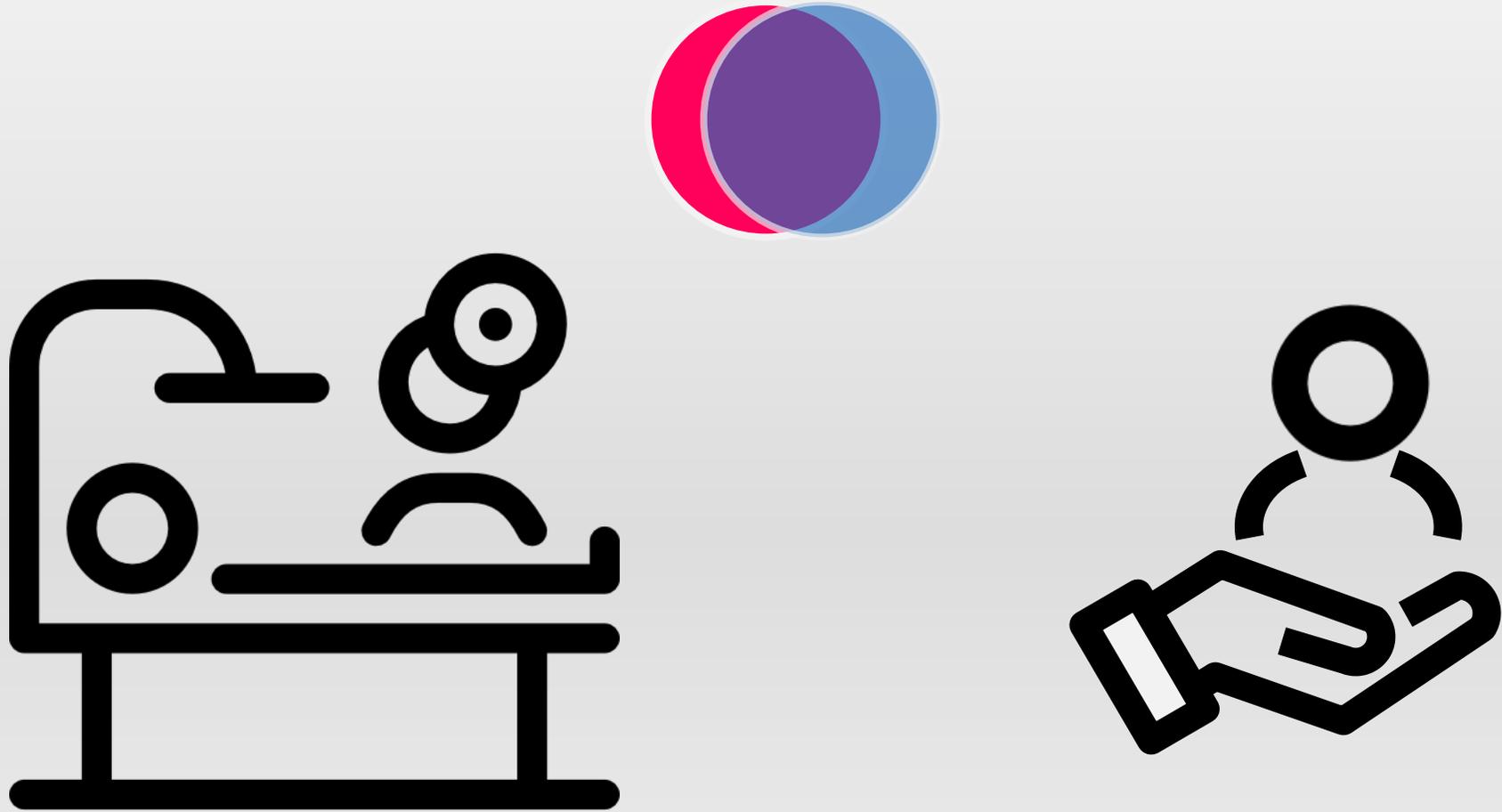
Il [DPCM 12 gennaio 2017](#), pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, definisce i nuovi LEA

LEA

1. Prevenzione collettiva e sanità pubblica
2. Assistenza distrettuale (tra cui la specialistica)
3. Assistenza ospedaliera



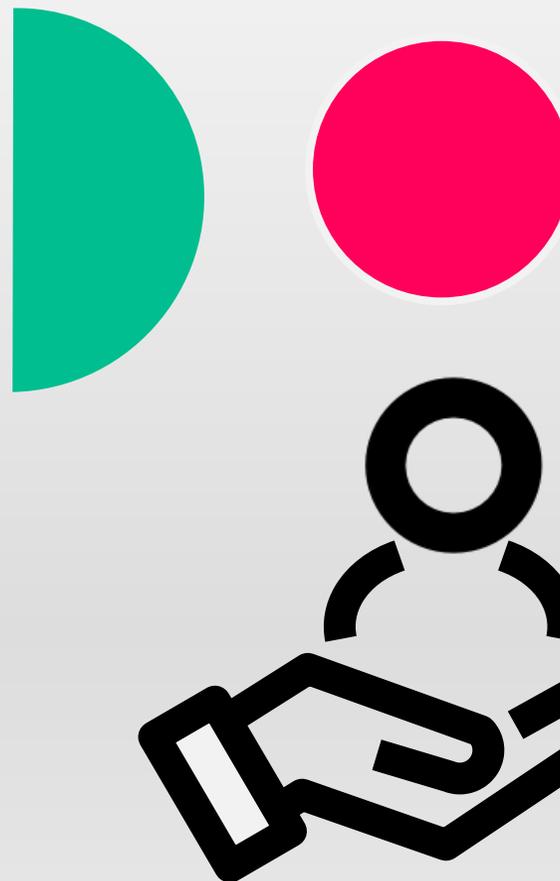




Accesso alle prestazioni e presa in carico



Accesso alle prestazioni



e

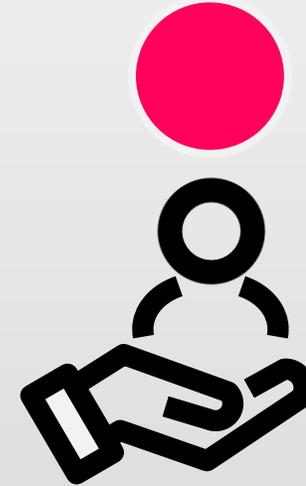
presa in carico

DPCM 12 gennaio 2017



Accesso alle prestazioni e presa in carico

DPCM 12 gennaio 2017



I principi organizzativi

I principi fondamentali del SSN vengono affiancati dai *principi organizzativi* che sono basilari per la programmazione sanitaria. I più importanti sono elencati di seguito.

1) Centralità della persona

diritto del paziente di “essere preso in carico” dal medico o dall’equipe sanitaria durante tutto il percorso terapeutico

- 2) Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute.
 - 3) Collaborazione tra i livelli di governo del SSN
 - 4) Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari
- 49 Integrazione socio-sanitaria

Accesso alle prestazioni e presa in carico

LEGGE REGIONALE 30 luglio 2019, n. 13

DISPOSIZIONI COLLEGATE ALLA LEGGE DI ASSESTAMENTO E PRIMA VARIAZIONE GENERALE AL BILANCIO DI PREVISIONE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA 2019-2021

"Art. 6 ter

Promozione della medicina di iniziativa all'interno del Servizio sanitario regionale

1. *Il sistema sanitario regionale riconosce e promuove la medicina di iniziativa quale modello assistenziale della sanità moderna finalizzato alla prevenzione e diagnosi precoce delle patologie croniche ed alla conseguente attivazione di interventi mirati al cambiamento degli stili di vita e alla presa in carico integrata e multidisciplinare. A tal fine la medicina di iniziativa opera la stratificazione, da parte della Regione, del rischio degli assistiti e assistibili attraverso l'analisi statistica dei dati gestiti nell'ambito dei diversi archivi del servizio informativo sanitario regionale.*

2. *La Giunta regionale, con atto di natura regolamentare, reca disposizioni tese a promuovere la diffusione della medicina di iniziativa, nel rispetto dei seguenti criteri:*

a) identificazione dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili o che, in assenza di sintomatologia evidente, ne siano già affetti;

b) presa in carico e gestione del paziente, da parte dell'ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, attraverso l'adozione di modelli e strumenti atti a garantire:

1) interventi personalizzati per la gestione del paziente che tengano conto non solo della condizione clinica, ma anche delle diverse determinanti socio-economiche;

2) definizione di un piano di cura personalizzato volto favorire anche lo sviluppo delle abilità di auto-cura;

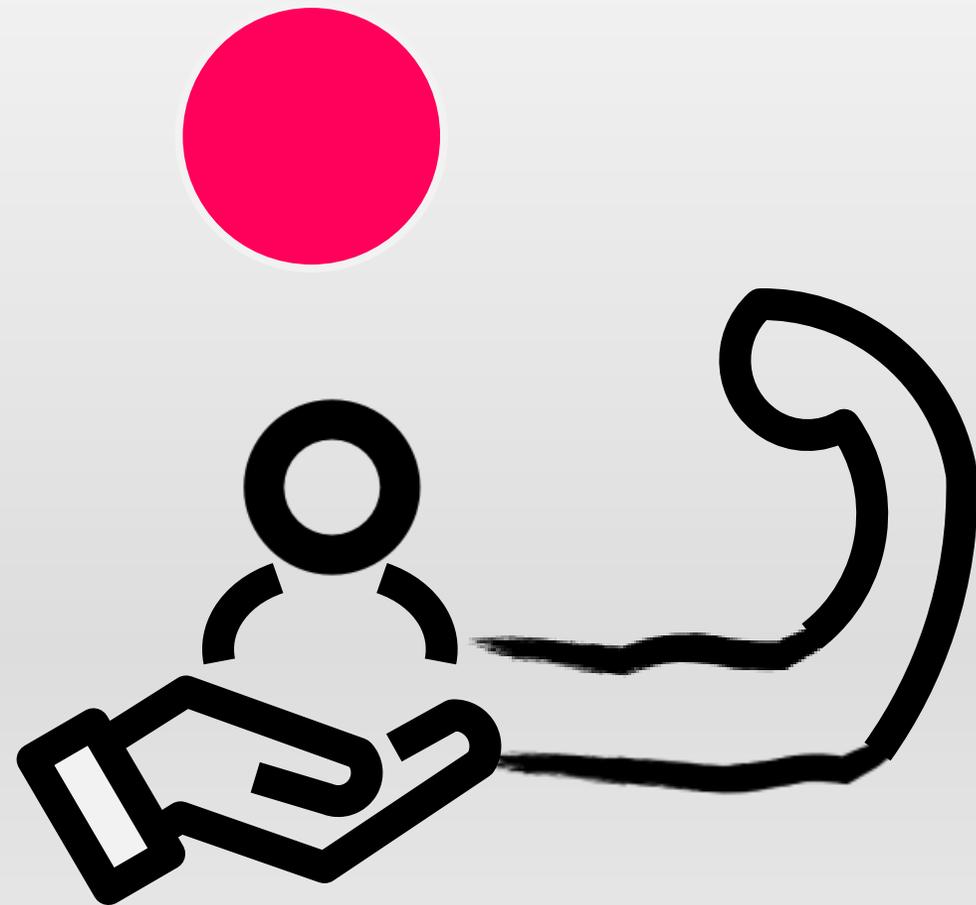
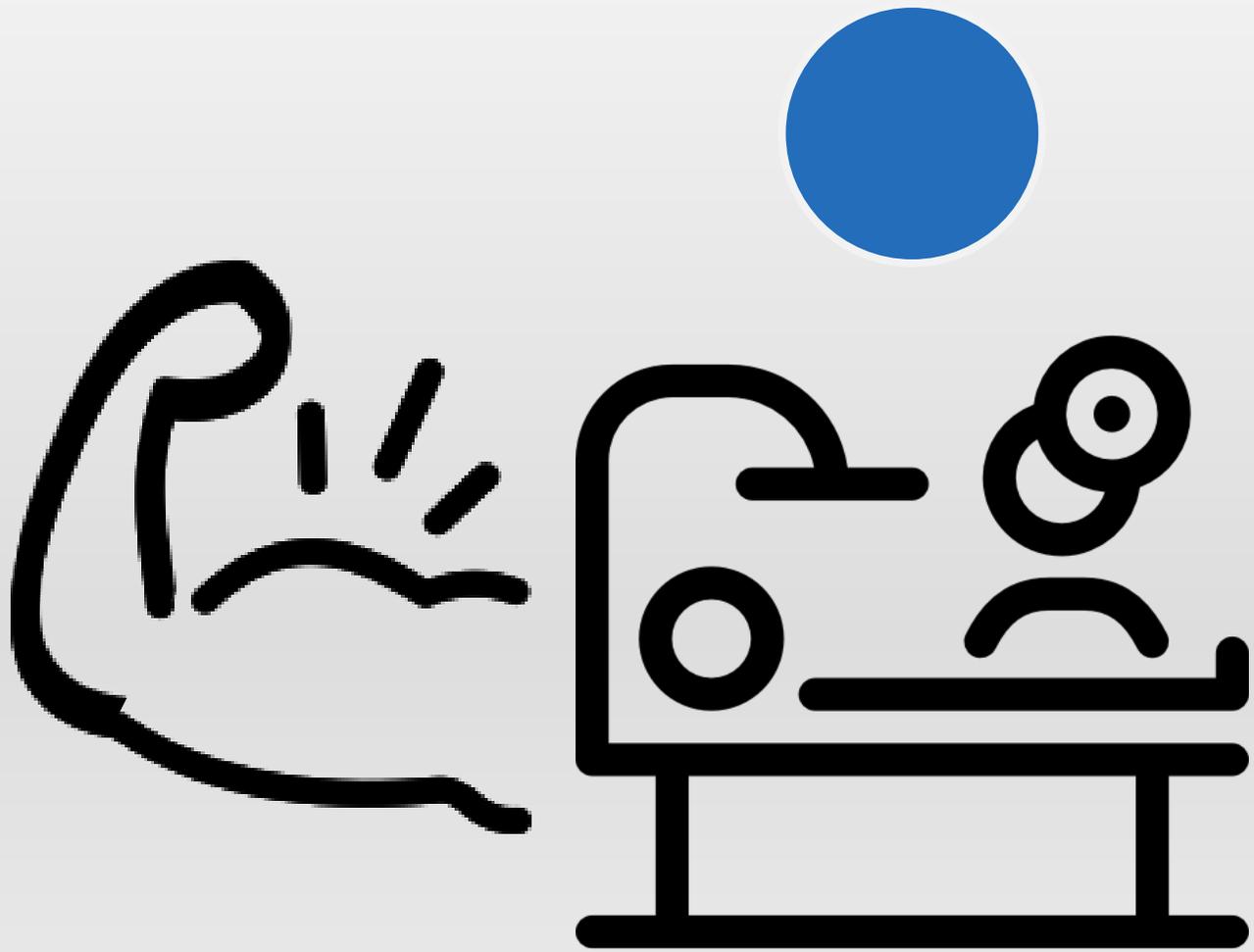
3) continuità delle cure durante la transizione tra tutti i livelli di assistenza;

4) una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari;

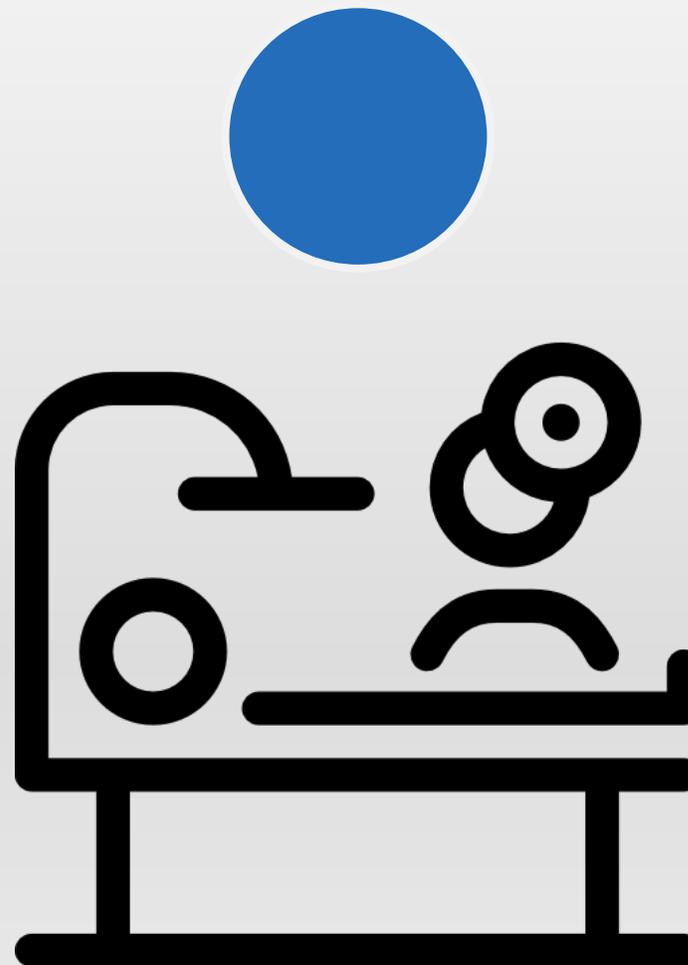
5) progetti di formazione del team multidisciplinare;

6) sostegno alle attività di formazione e informazione dei pazienti, delle loro famiglie e dei caregiver, anche valorizzandone il ruolo.

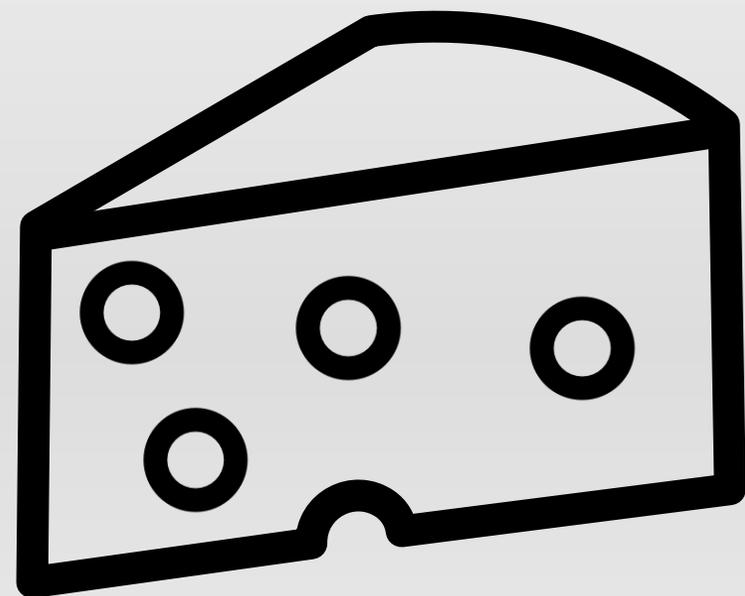




I cittadini hanno diritto alle cure
Le cure sono prestazioni
I cittadini hanno diritto alle prestazioni

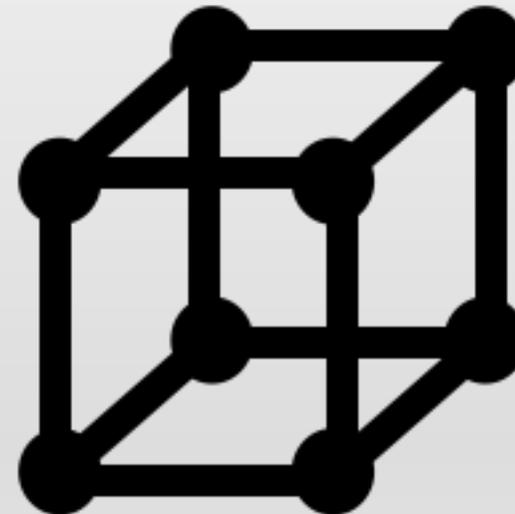


Più formaggio c'è, più buchi ci sono;
più buchi ci sono, meno formaggio c'è;
quindi più formaggio c'è, meno formaggio c'è.

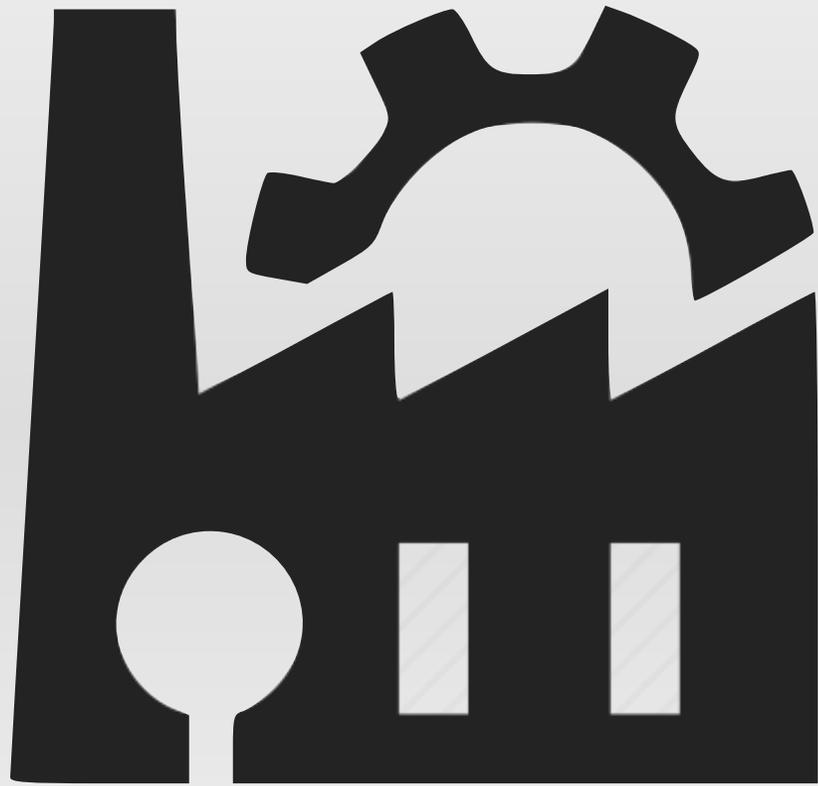




Accesso alle prestazioni



Aziendalizzazione, Budget...regole del ,mercato produttive

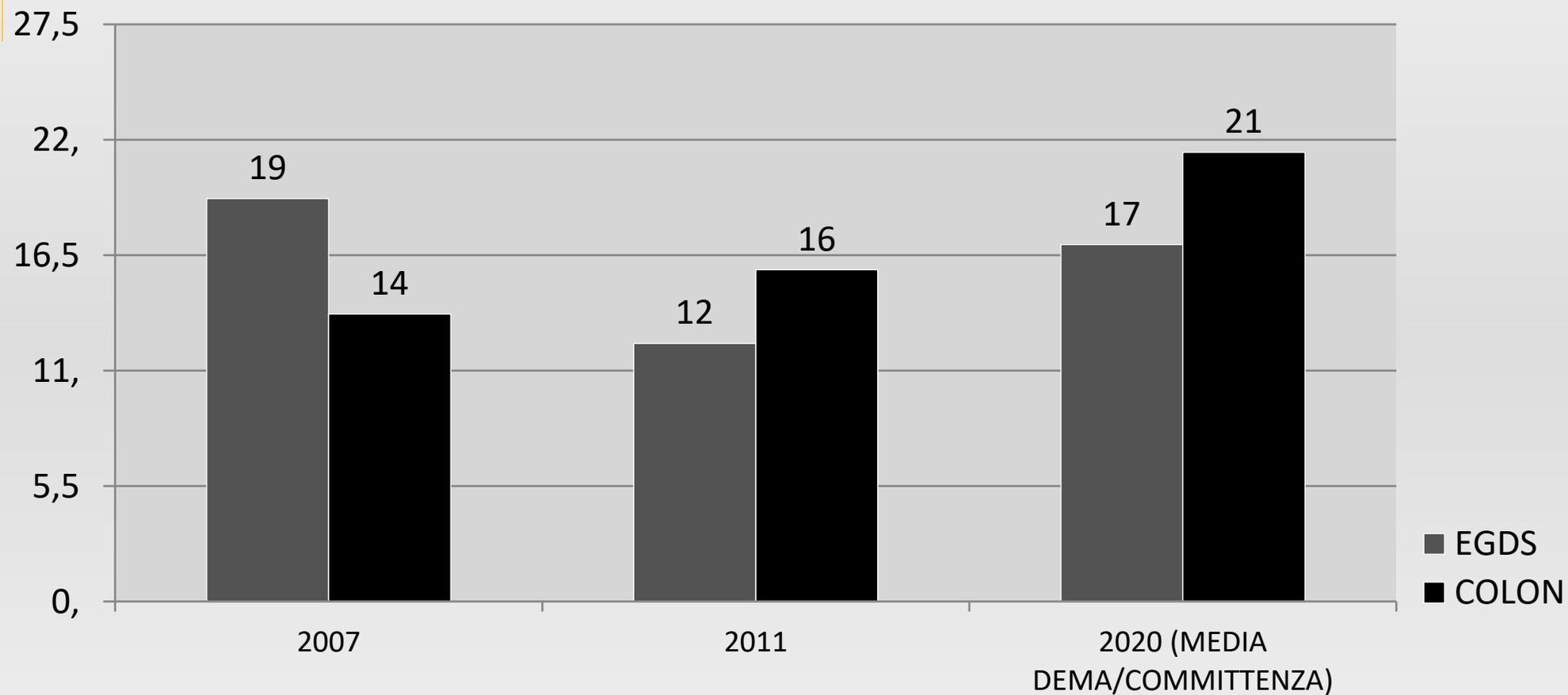








FABBISOGNO EVOLUZIONE





POPOLAZIONE ANZIANA

1° gennaio, anni 2007 e 2017

2007

11,7 milioni
20,1% della popolazione

466.700
0,8% della popolazione

10.386
0,02% della popolazione



65 ANNI E PIÙ

90 ANNI E PIÙ

ULTRACENTENARI

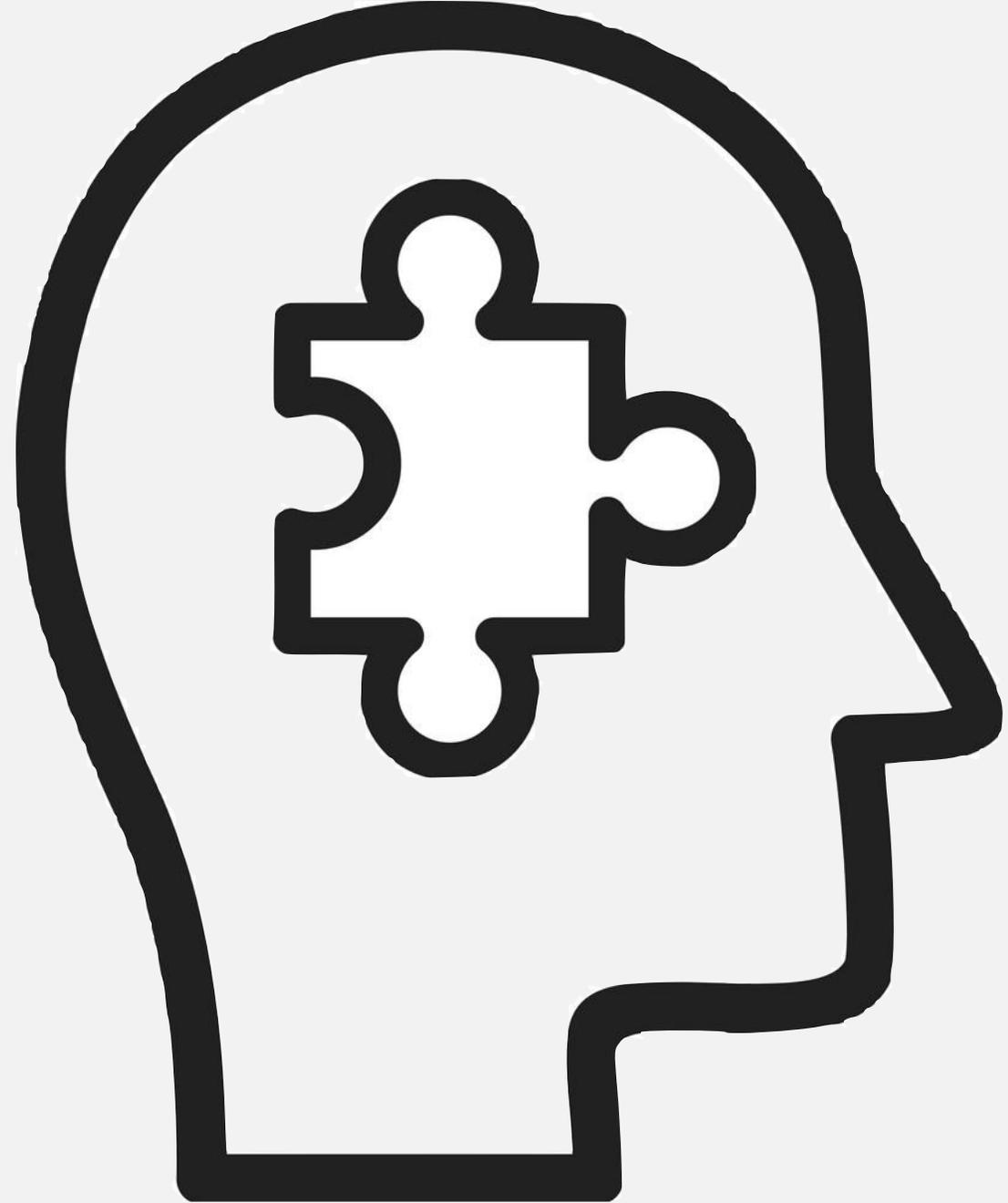
2017

13,5 milioni
22,3% della popolazione

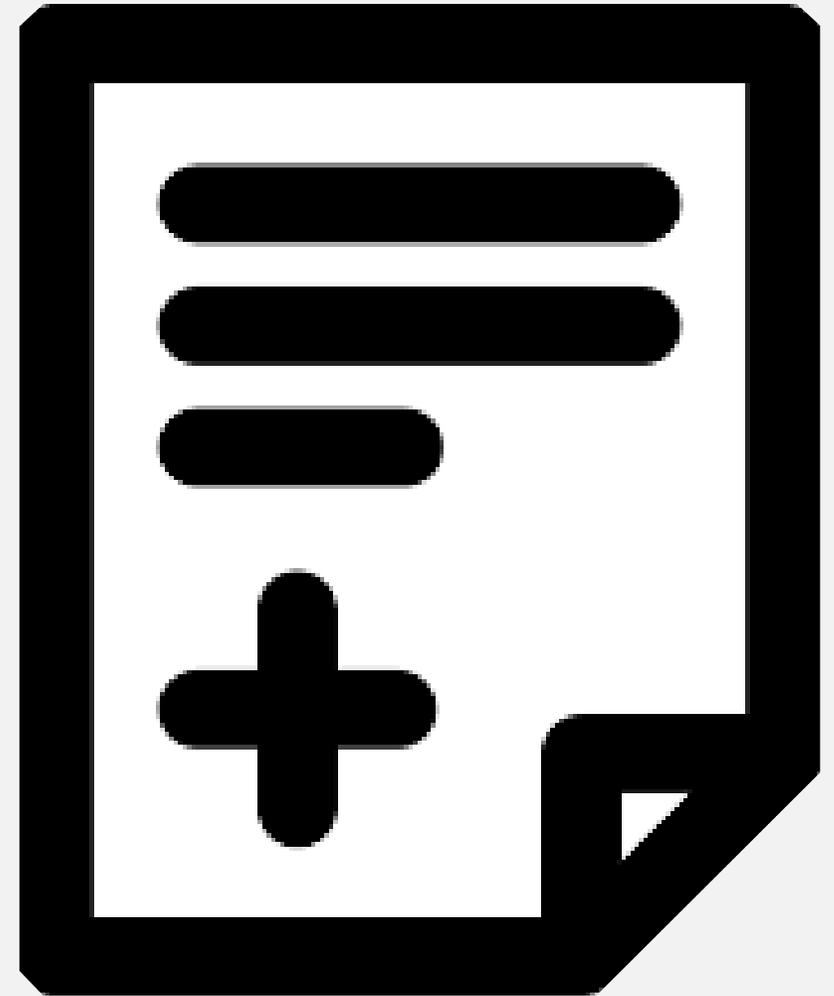
727.000
1,2% della popolazione

17.000
0,03% della popolazione

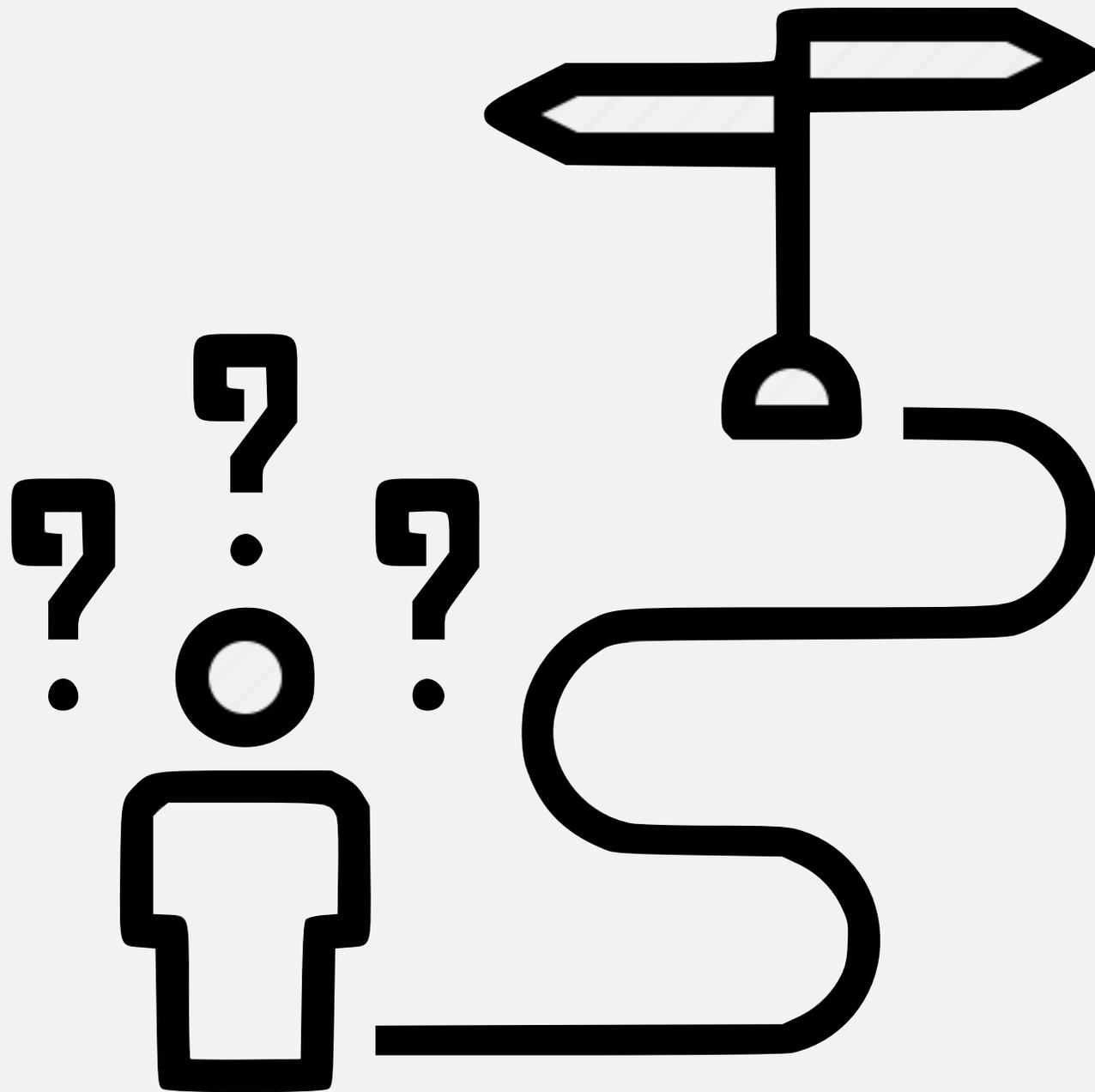
. Il comportamento dell'utenza

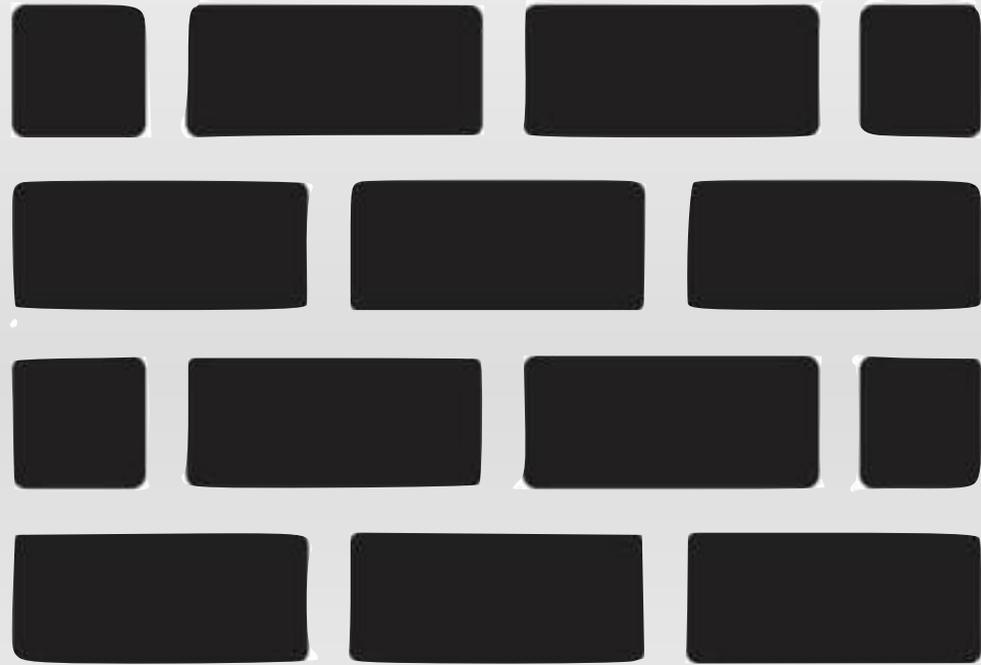


L'approccio prescrittivo dei medici



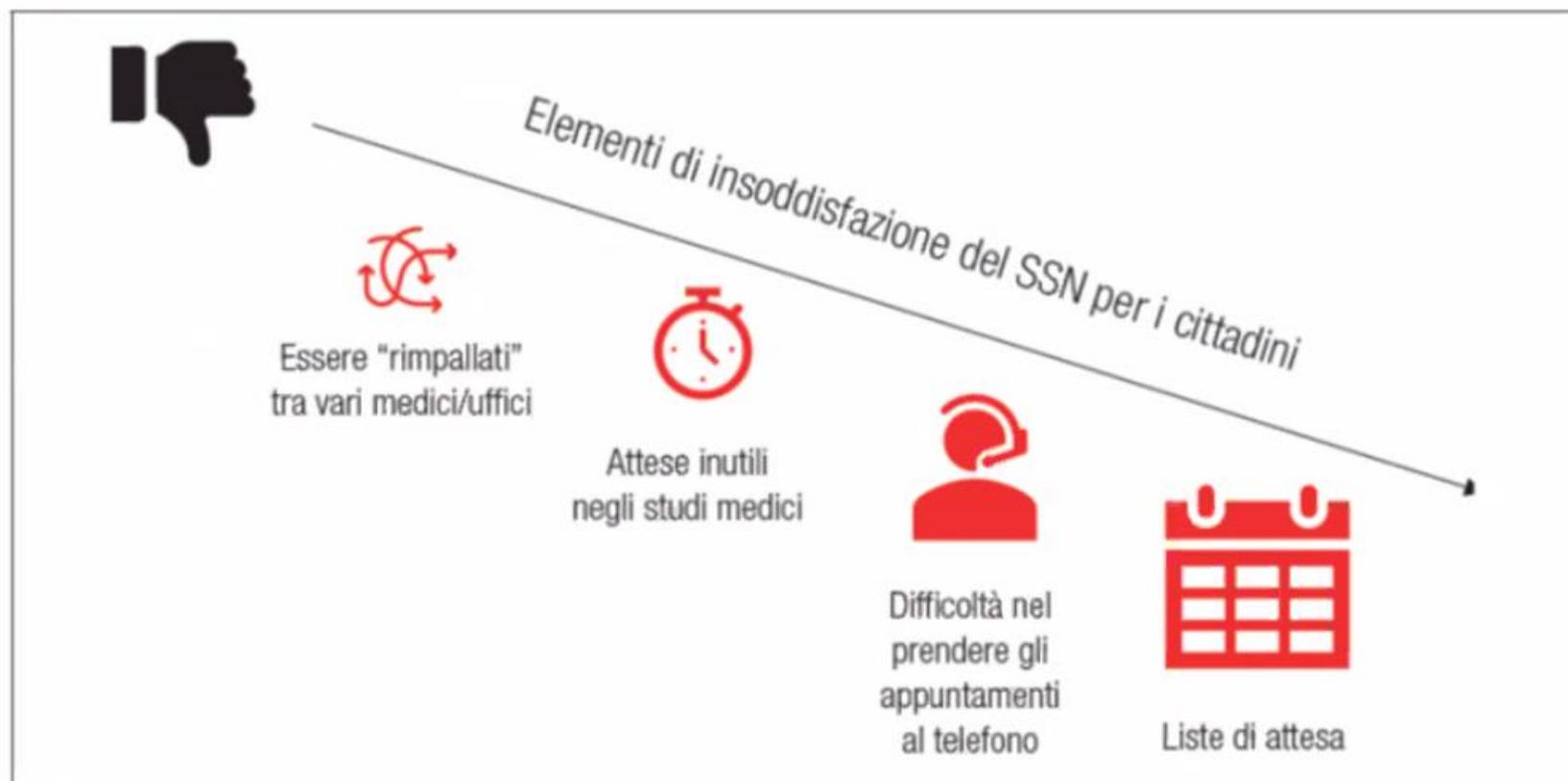
Fattori di sistema



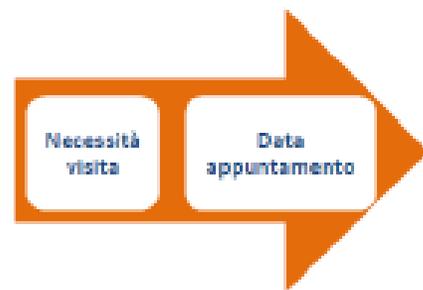


Di cosa siamo scontenti

Figura 5. Principali elementi di insoddisfazione



TEMPO DI ACCESSO



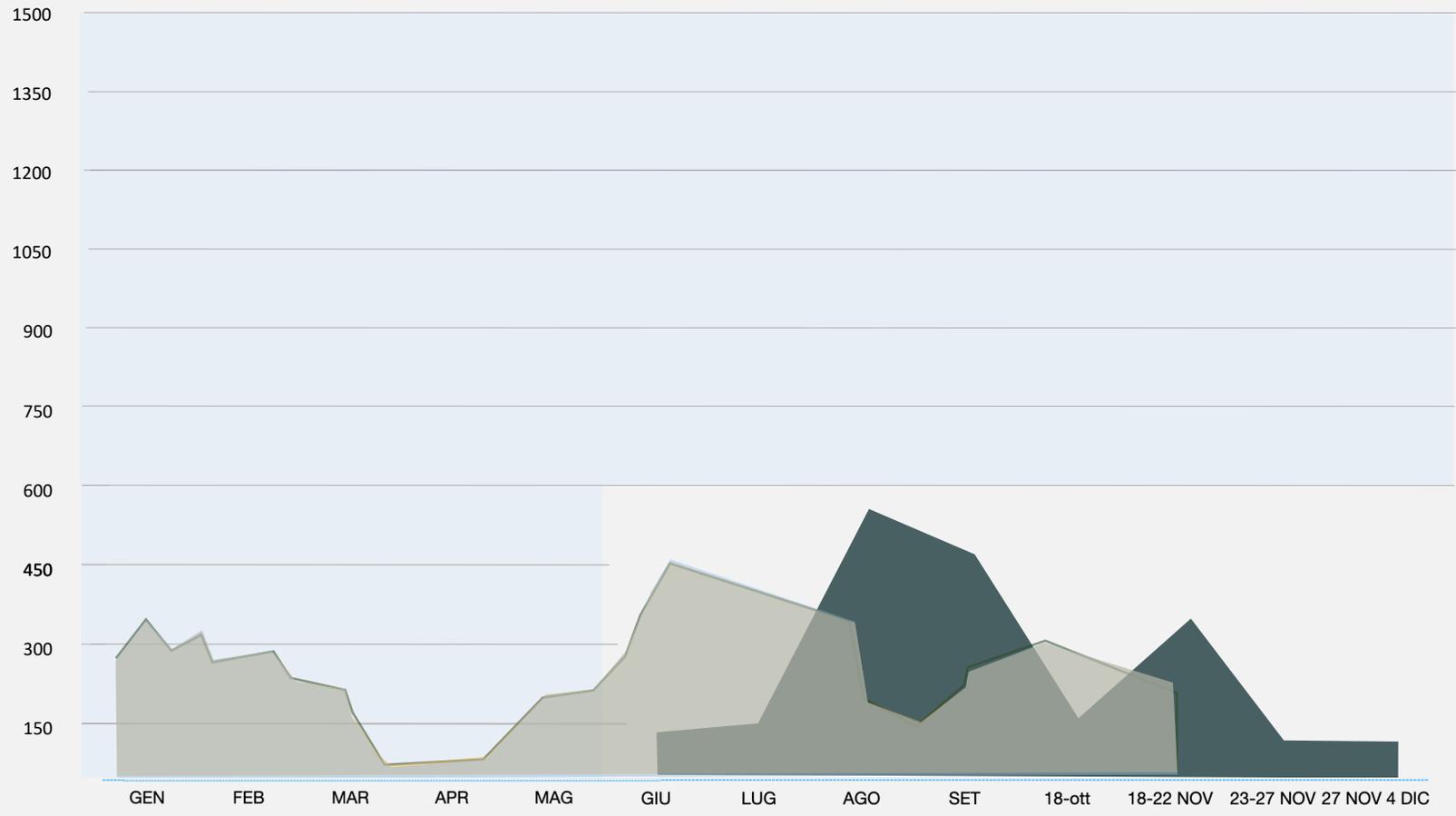
TEMPO DI PROCESSO



Fonte: Gupta D, Denton B. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. IIE Transactions 2008.

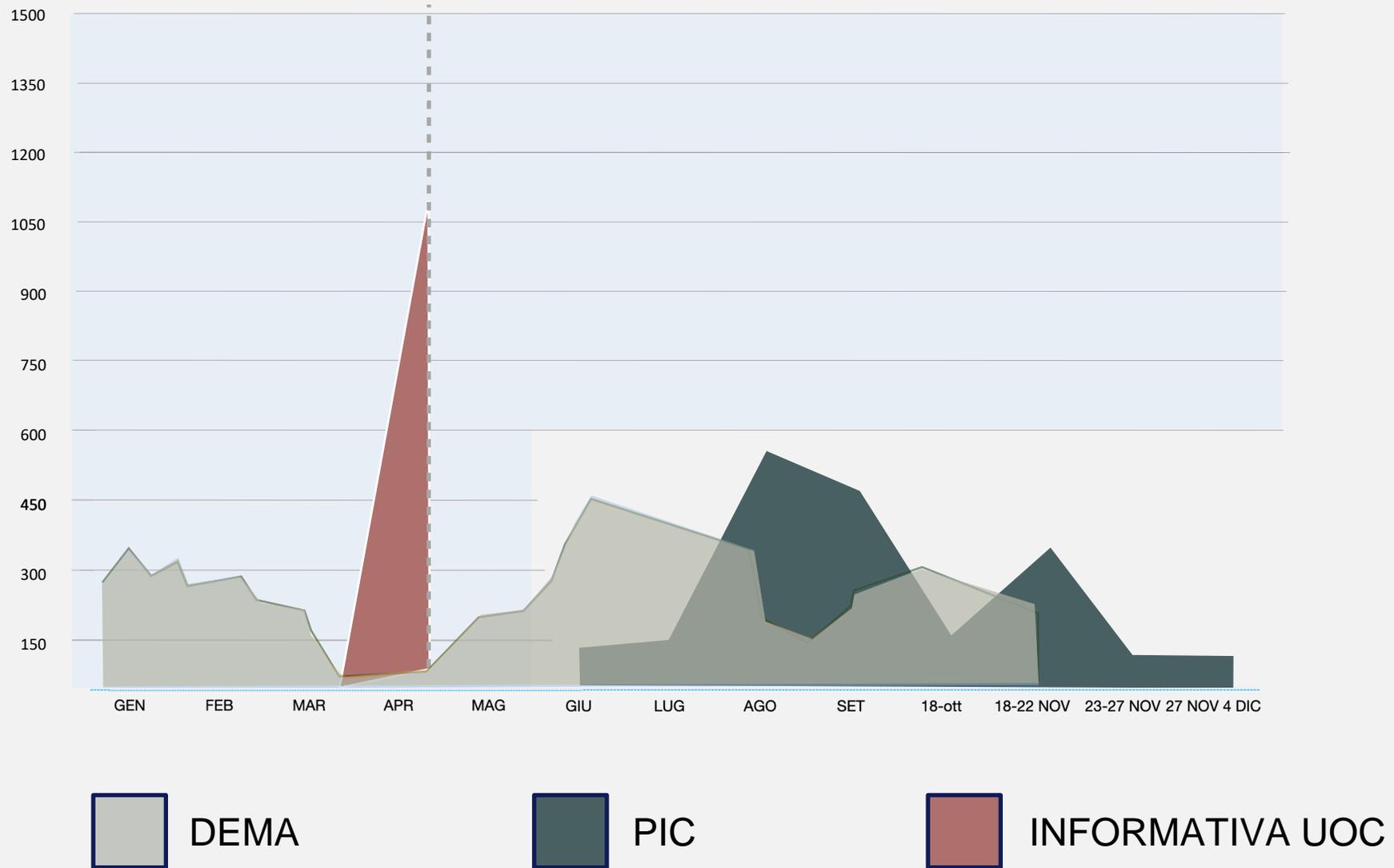


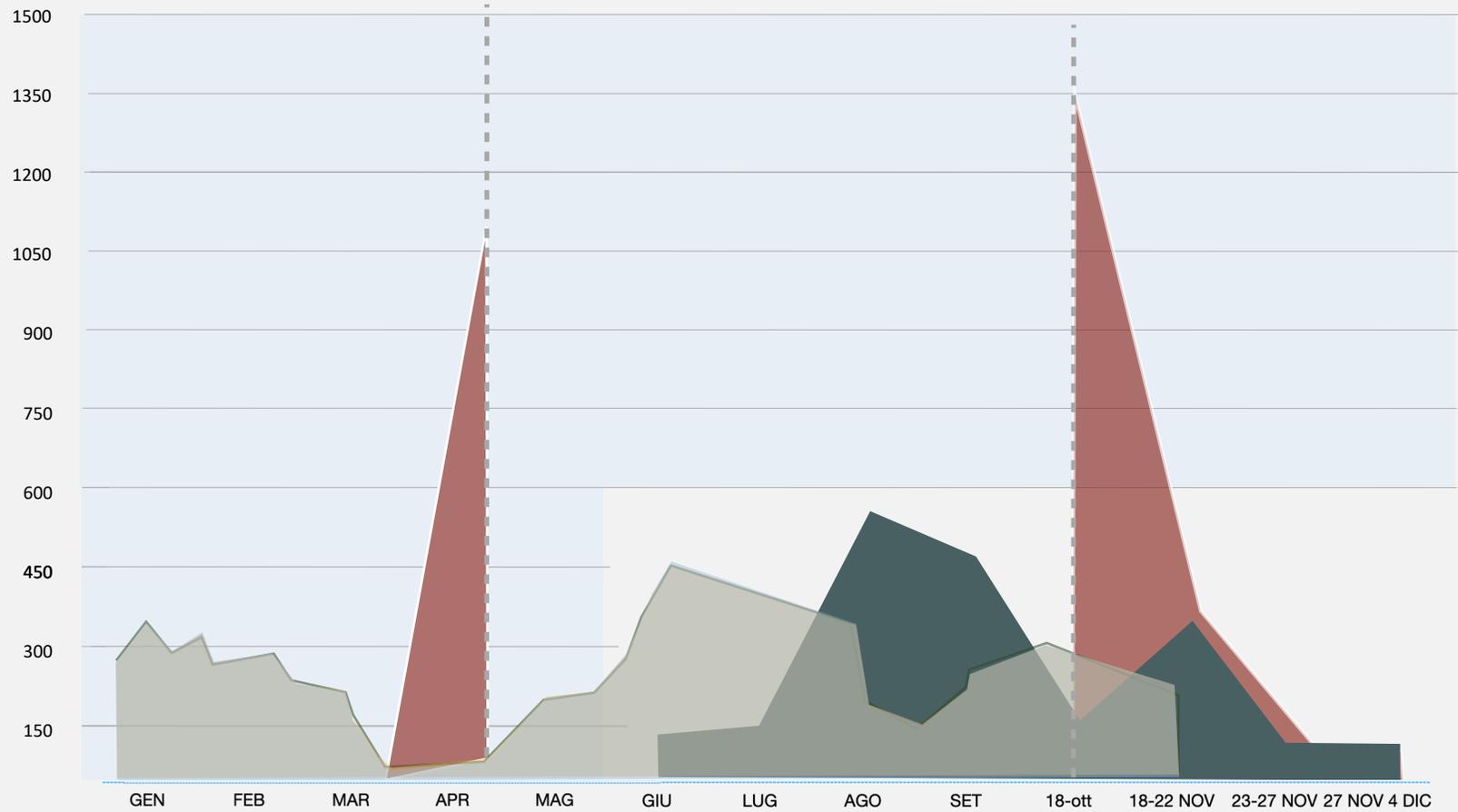
 DEMA



 DEMA

 PIC



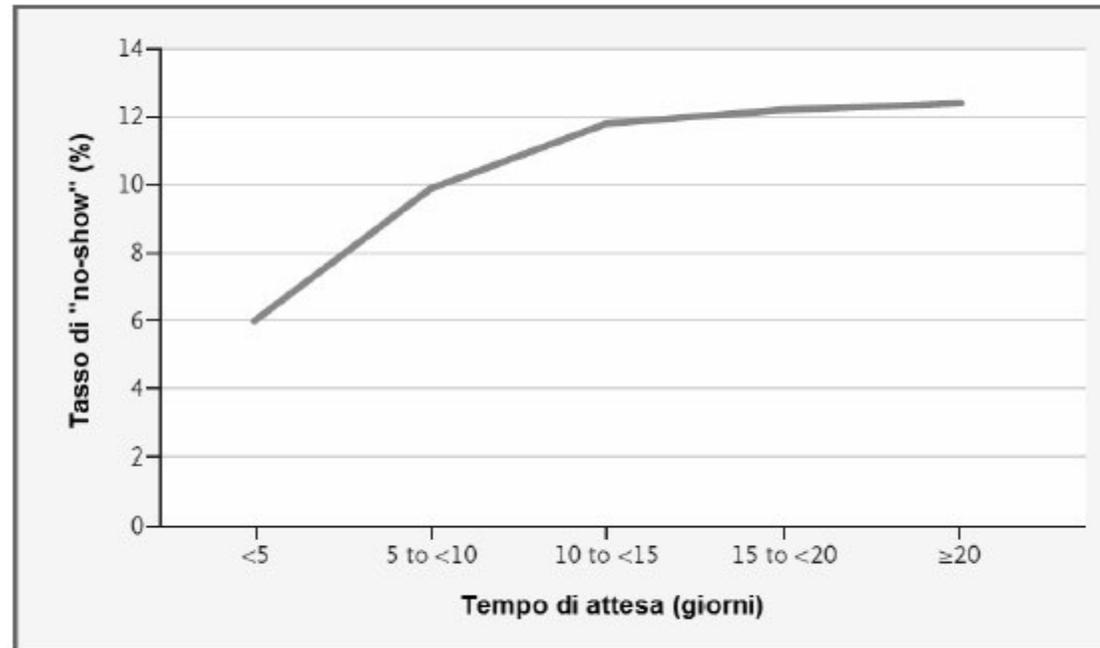


 DEMA

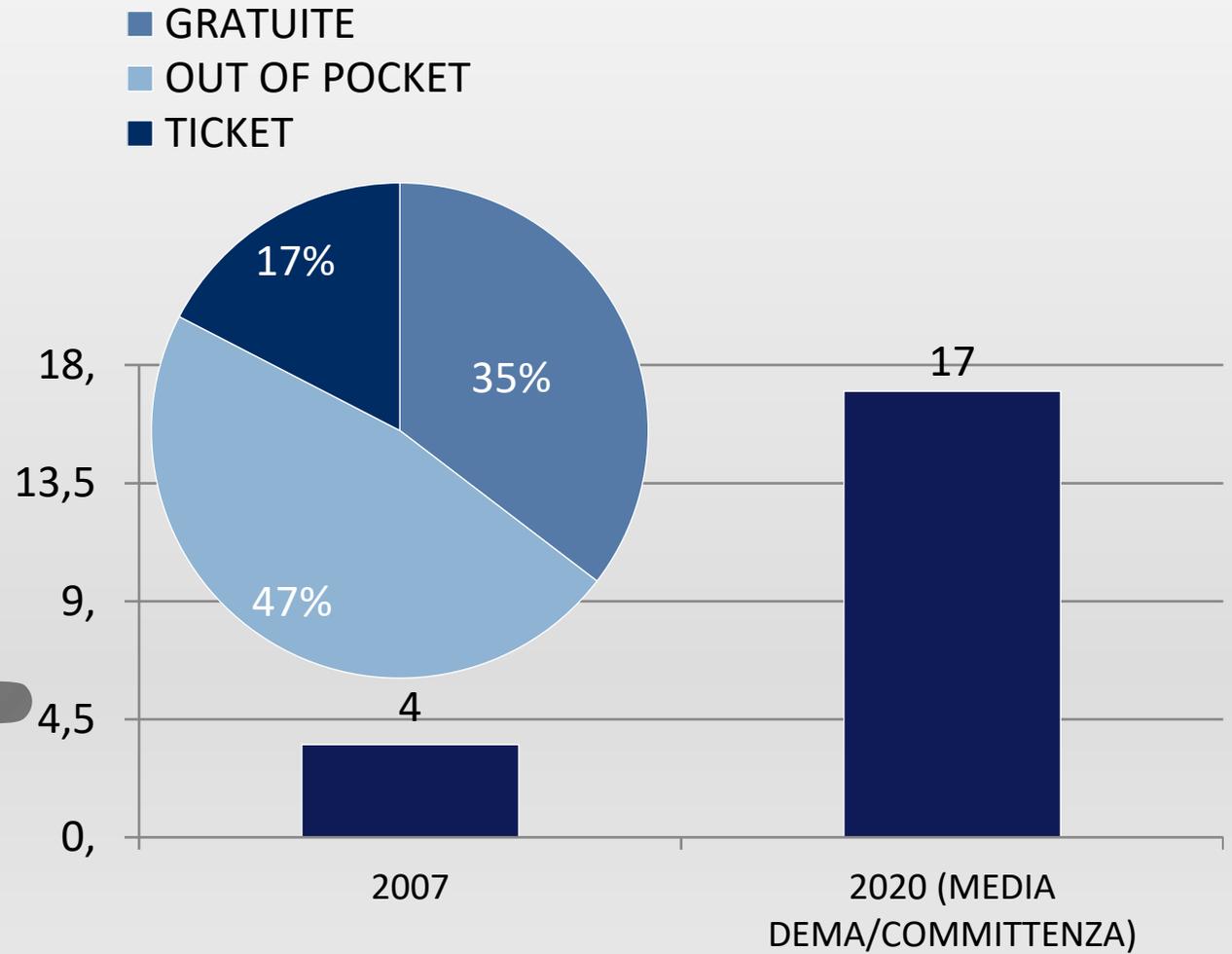
 PIC

 INFORMATIVA UOC

Figura 1.4 Associazione statisticamente significativa fra tempi di attesa per le prestazioni sanitarie e tassi di "no-show"



Fonte: Ryu & Lee. *N Engl J Med.* 2017 Jun 15; 376 (24): 2309-11.



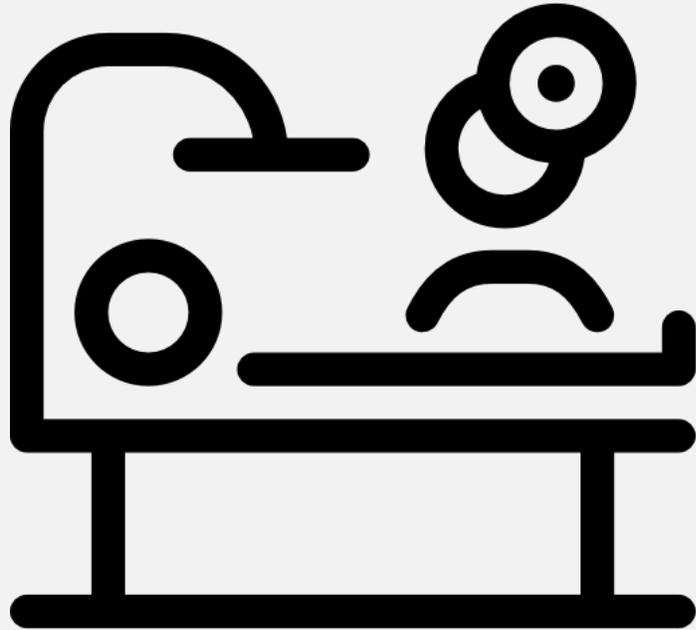
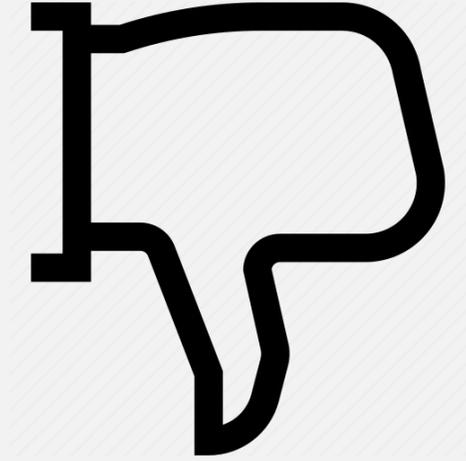
TASSO VISITE x 1000 abitanti

COSA FARE?

e soprattutto...cosa **NON FARE**

INTERVENTI SULLO STATUS QUO

AUMENTO DELL'OFFERTA



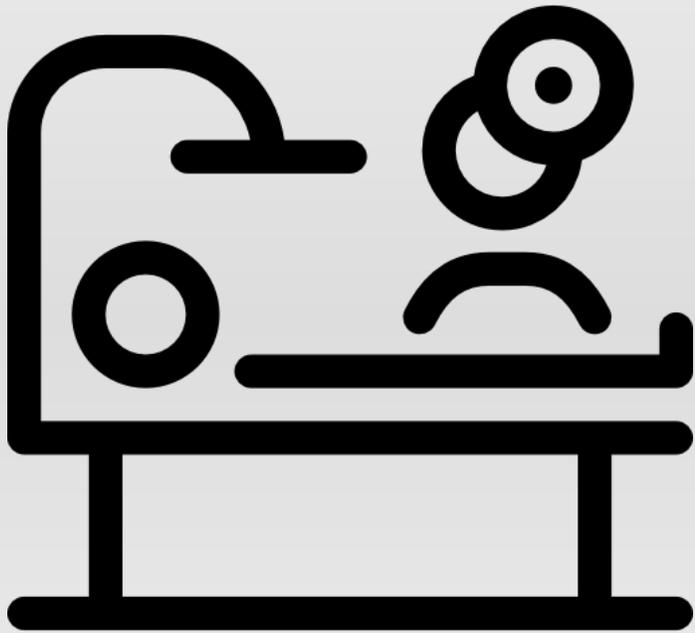
Miglioramento dell'offerta

Di fronte a una domanda di servizi sanitari in continua crescita, la soluzione generalmente e intuitivamente vista come auspicabile è un **aumento dell'offerta**, che si concretizza a vari livelli:

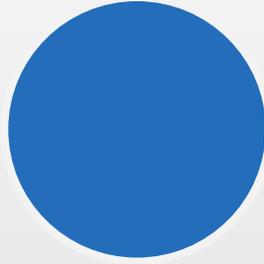
- aumento delle ore lavorative degli specialisti;
- rinegoziazione dei budget per prestazioni critiche;
- aumento del personale ed acquisto di nuove tecnologie;
- acquisto di prestazioni aggiuntive da privati accreditati;
- apertura dei servizi in fasce orarie serali ed in giorni festivi e prefestivi.

Accesso alle prestazioni

AUMENTO DELL'OFFERTA



Accesso alle prestazioni



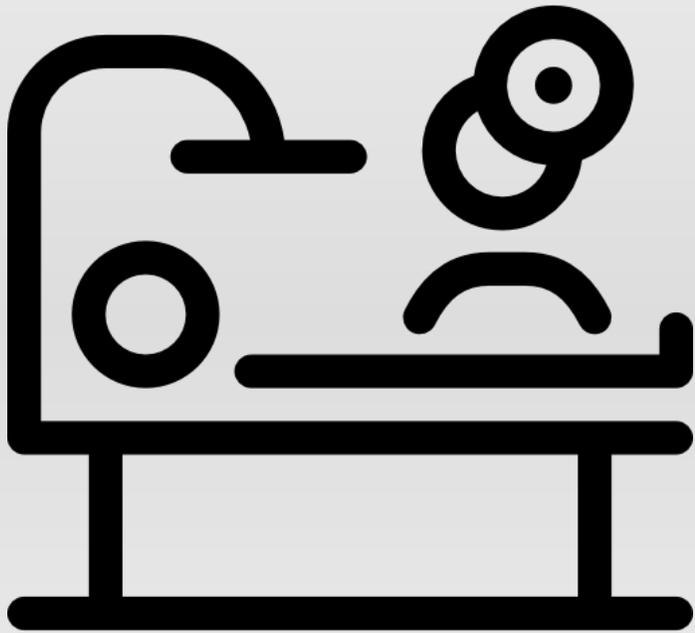
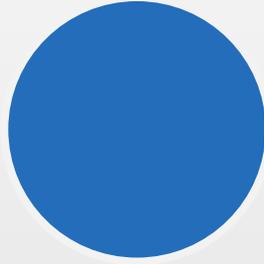
1)



2)



AUMENTO
DELL'OFFERTA



1)

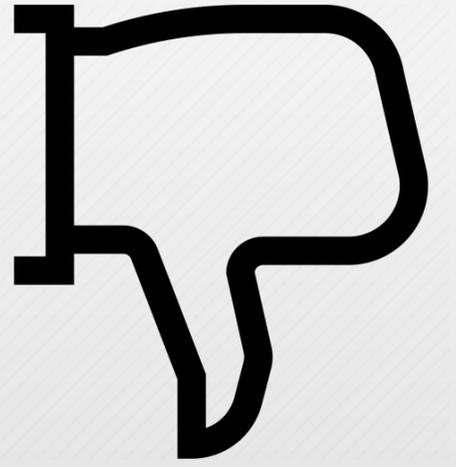
FONDI INTEGRATIVI
SIMIL-ALP
PNRR

2)

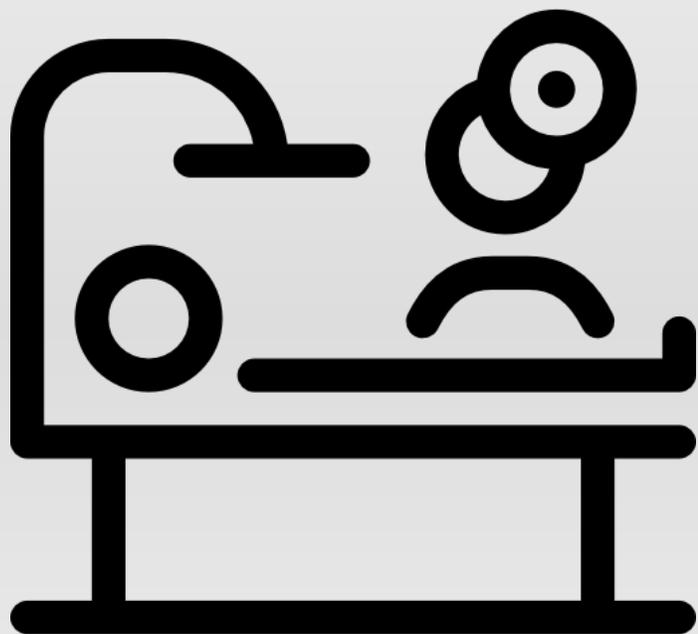
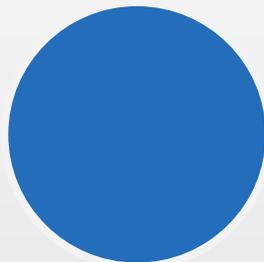


Accesso alle prestazioni

RIDUZIONE TEMPARI
MODELLI LEAN



GOVERNO DELLA DOMANDA



Accesso alle prestazioni



LA STRUTTURA DELL'OFFERTA: limiti

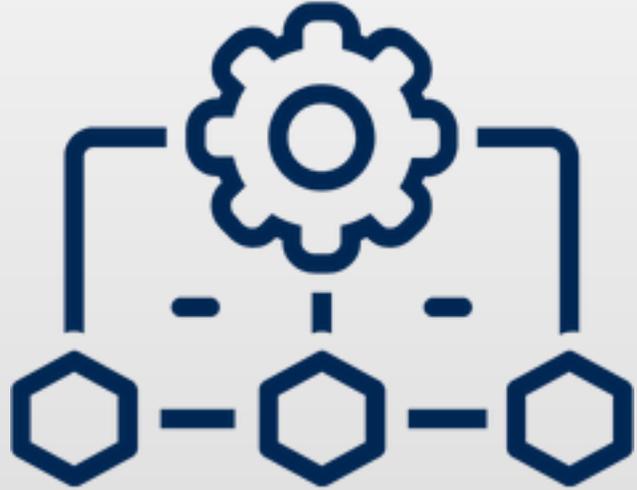
1. VINCOLI DI STRUTTURA ACCESSO (LAI, CUPINIVIANTE, ASSENZA DI RIUTILIZZO)
2. VINCOLI DI COMUNICAZIONE (INTERMEDIAZIONE)
3. VINCOLI DI MANCATA STANDARDIZZAZIONE
4. VINCOLI DI QUOTE DI PARTECIPAZIONE/RISORSE ALL'ATTIVITA' DI ACCESSO
5. LIMITI DI VALORIZZAZIONE CULTURALE DELL'ACCESSO E DELLA PROSSIMITA'

Il governo della domanda

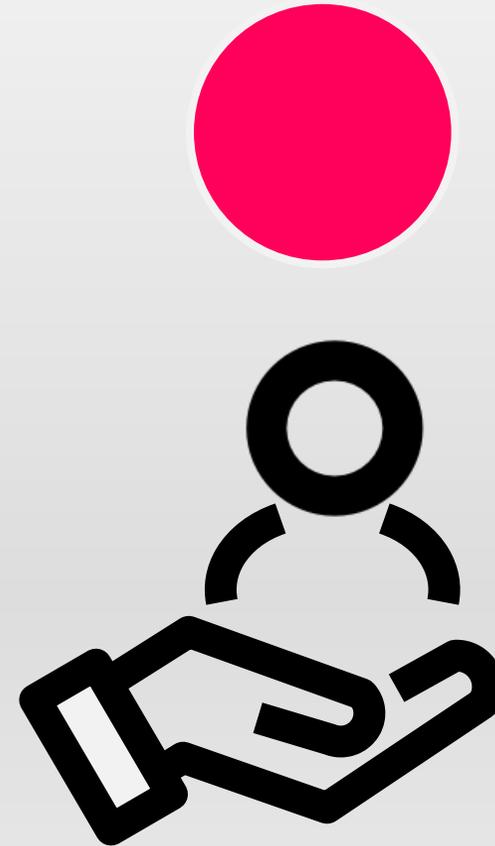


STRUMENTI DIRETTI	STRUMENTI INDIRETTI
<p>Misure di compartecipazione alla spesa</p> <ul style="list-style-type: none">• Franchigia• Quota del costo della prestazione a carico del paziente (<i>coinsurance</i>)• Ammontare fisso a carico del paziente (<i>copayment</i> o ticket sanitario)	<p>Supporto, orientamento e selezione della domanda</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Empowerment</i> della medicina territoriale• Appropriately prescrittiva: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) basati sull'evidenza scientifica (<i>Evidence-Based Medicine</i>)• Prioritizzazione della domanda
<p>Razionamento reale</p> <ul style="list-style-type: none">• Tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite (razionamento esplicito)• Tempi di attesa (razionamento implicito)	
<p>Educazione sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevenzione e riduzione dei comportamenti dannosi (marketing sociale per la salute, <i>compliance</i> dei pazienti) <p><i>Empowerment</i> del paziente per corretta autodiagnosi e automedicazione</p>	

Fonte: Adattata da Muraro & Rebba. *Salute e territorio*. 2004; 25 (143): 102-7.



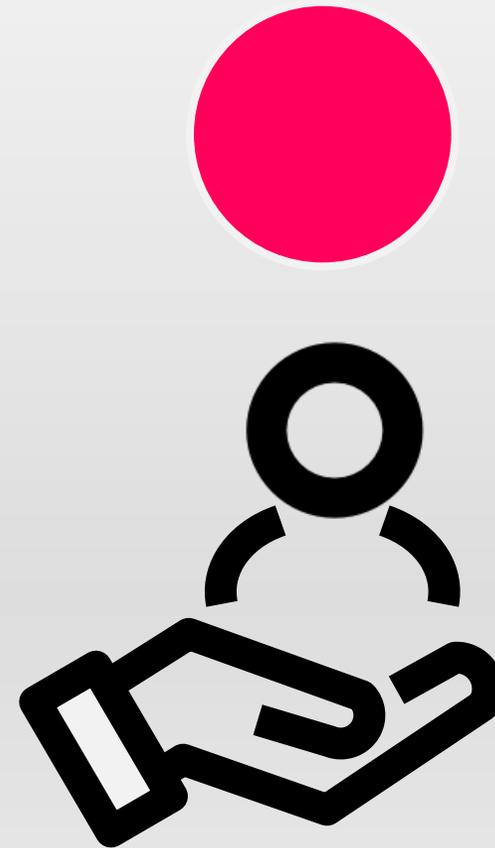
- 1) PDTA
- 2) PRESA IN CARICO DIRETTA
- 3) DAY SERVICE



presa in carico



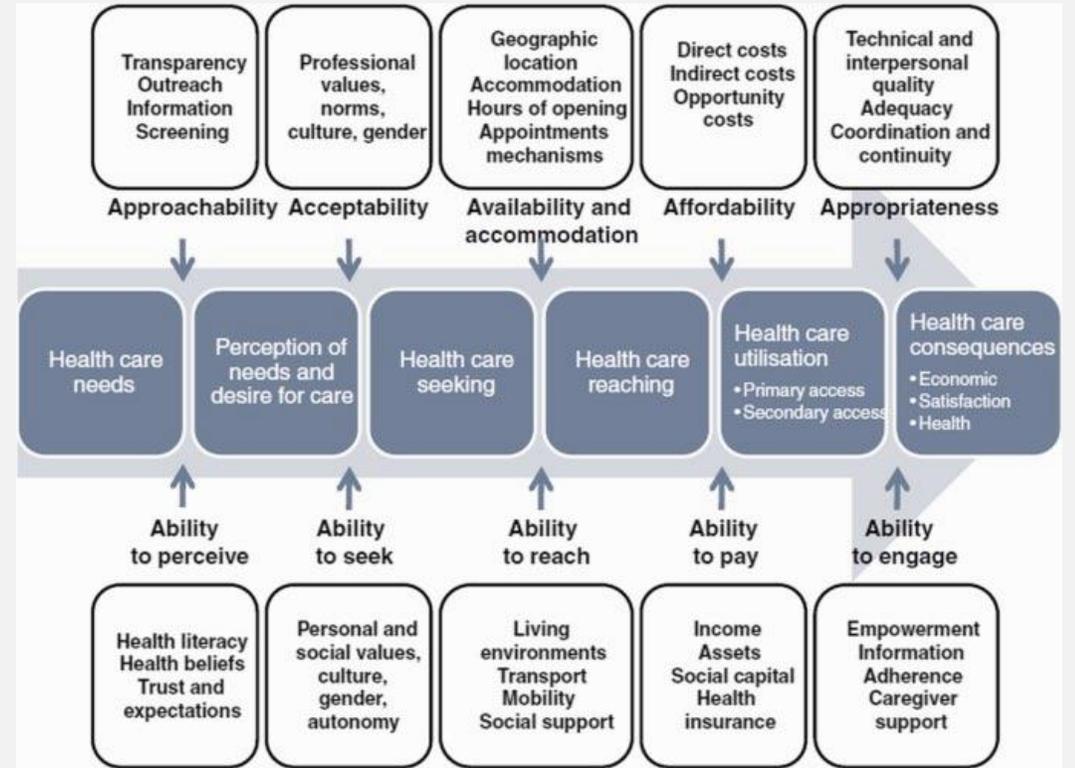
INTERVENTI PROATTIVI

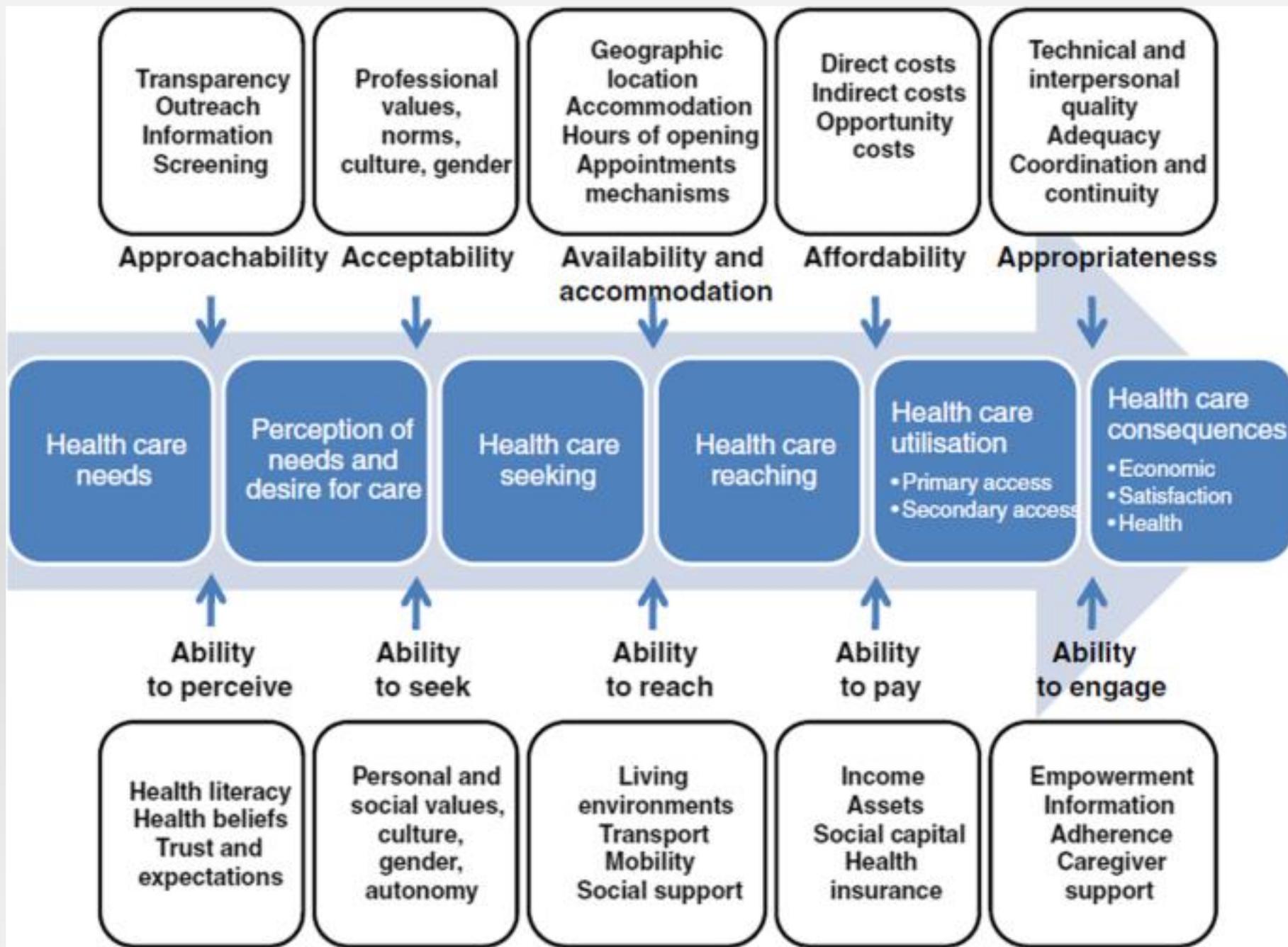


Accesso alle prestazioni e presa in carico



Accesso alle prestazioni e presa in carico





Inoltre, secondo l'*ISTAT*, il 13,2% degli abitanti del Sud Italia addirittura rinuncia alle cure per motivi economici, una percentuale che si dimezza (6,2%) se guardiamo alle Regioni del Nord. Tra i motivi di questo comportamento sociale vi è innanzi tutto la difficoltà economica, ma non bisogna sottovalutare il valore dell'offerta che, purtroppo, presenta una notevole disparità qualitativa se la analizziamo da un punto di vista geografico.

UO COME STRUTTURE DI GOVERNANCE

Proattività e progettazione

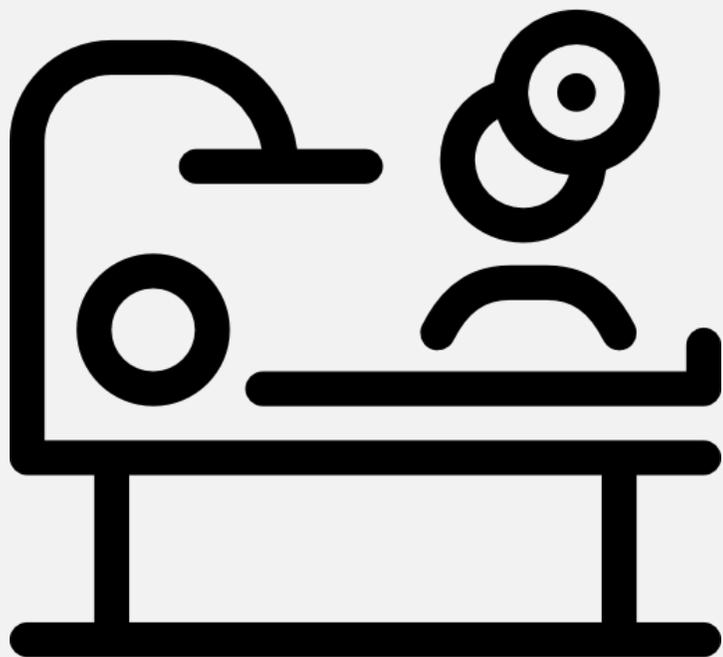
Interventi mirati sulla domanda

Budget di presa in carico

Accountability

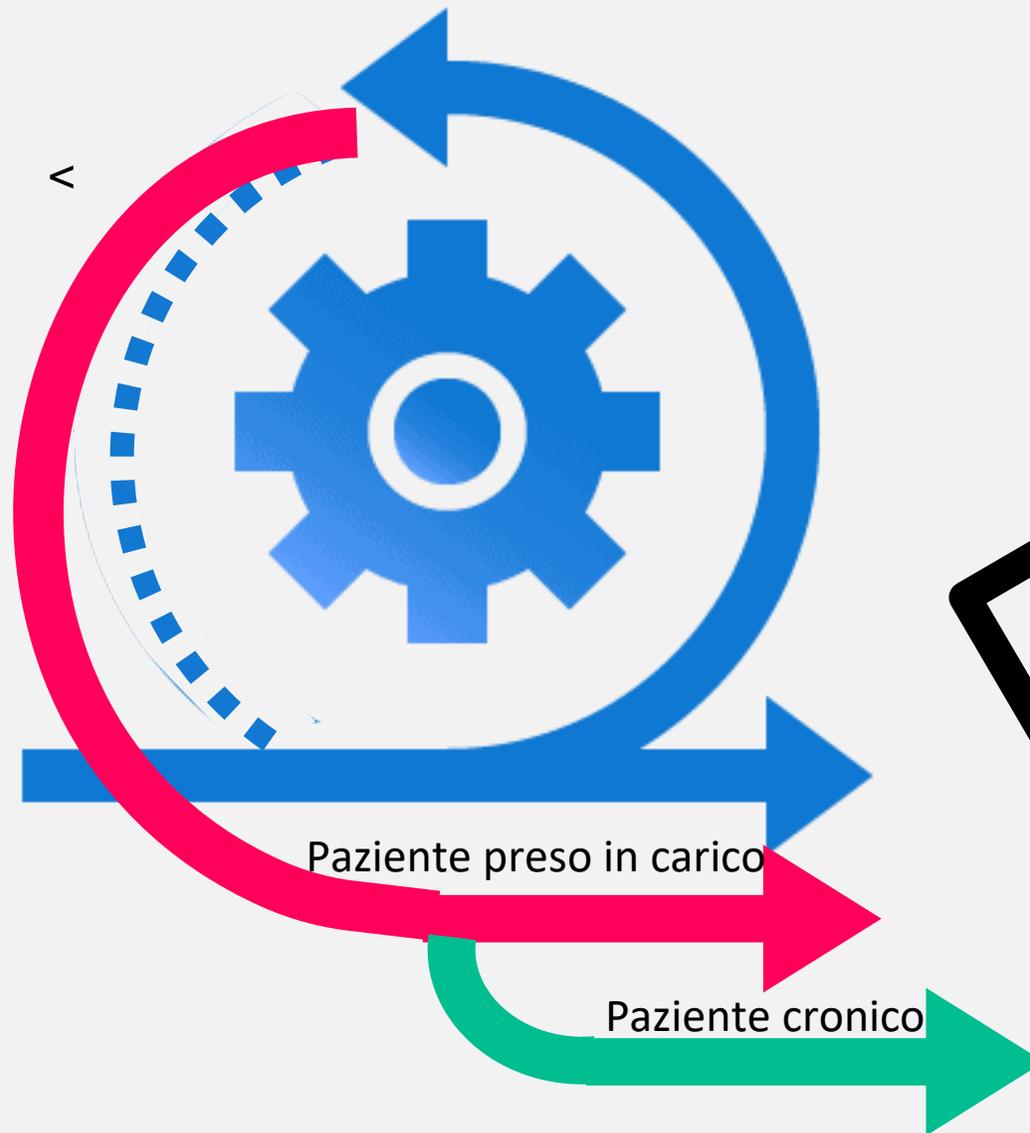
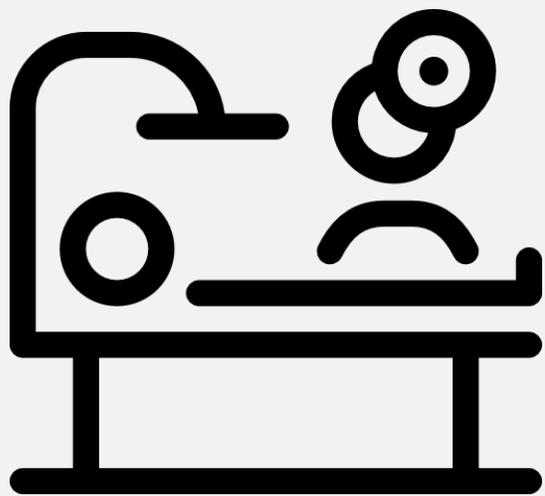
UO COME STRUTTURE DI GOVERNANCE

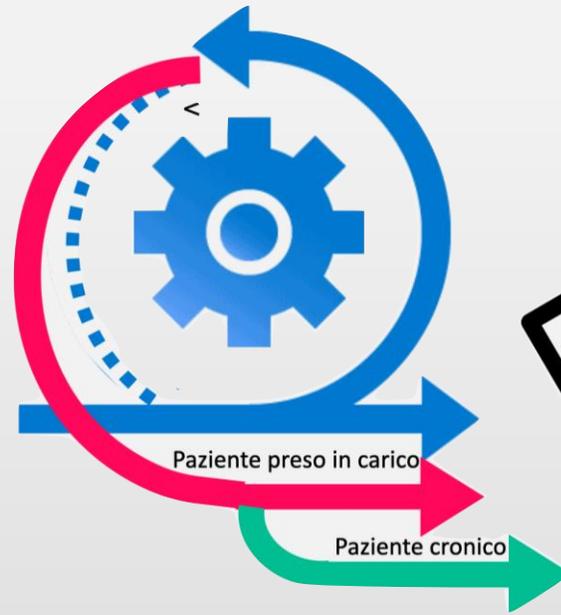
BILANCIAMENTO
PROGRAMMATO



LDA





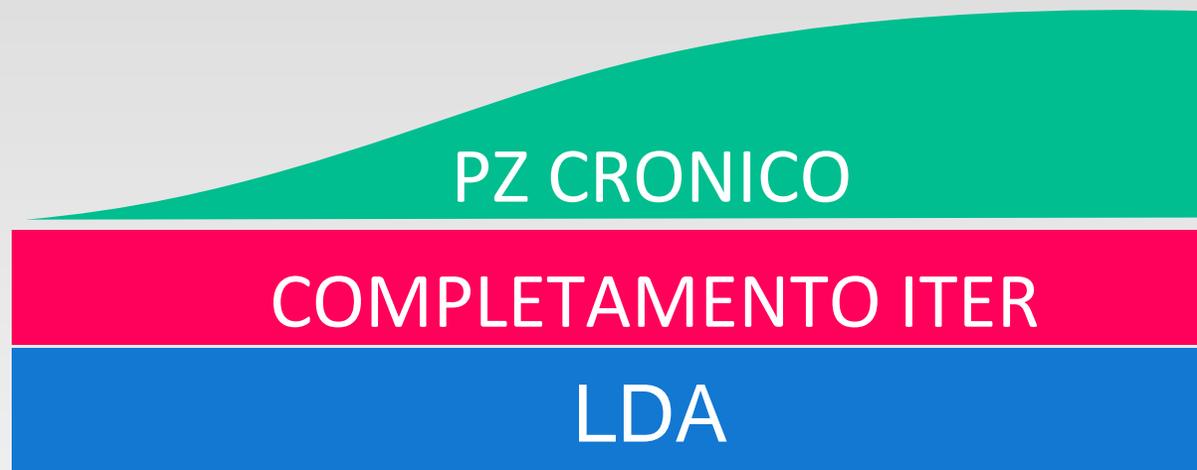
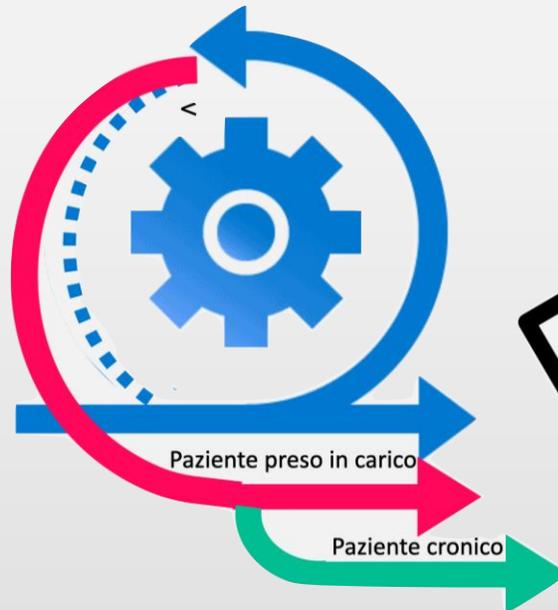
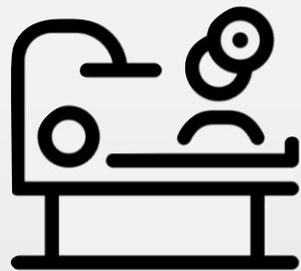


Prevalenza/quota referral basale
del centro

PZ CRONICO

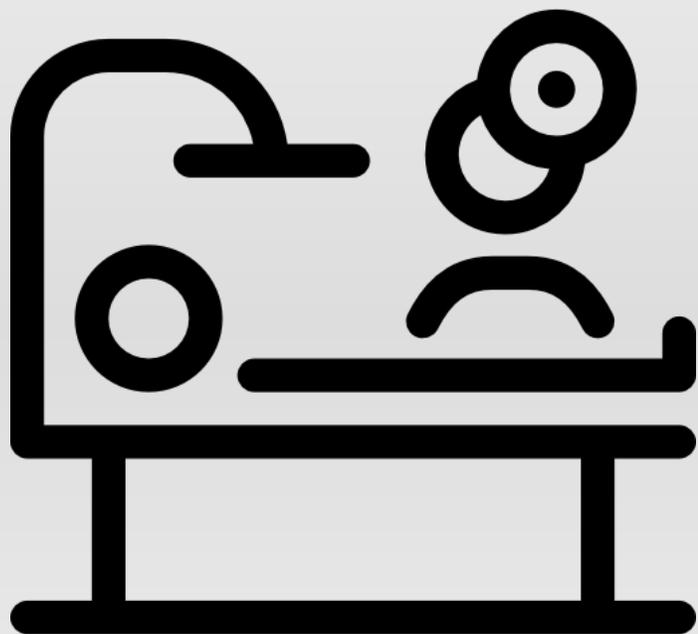
COMPLETAMENTO ITER

LDA



Prevalenza/quota
referral basale
del centro

GOVERNO DELLA DOMANDA



Accesso alle prestazioni



ALLEANZE E RELAZIONI

Dalla Medicina di relazione
alla Shared Plan Medicine



RAFFORZAMENTO
GOVERNO CLINICO UOC

Obiettivi mirati
Monitoraggio



DEOSPEDALIZZAZIONE DELLE CURE

Esternalizzazione
specialistica
Nelle Case di comunità
Livello domiciliare

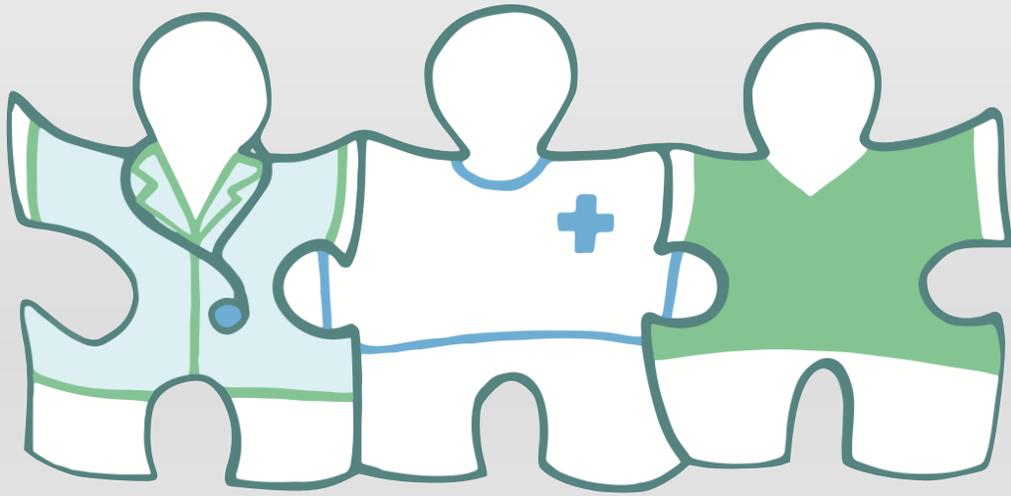


"La sanità deve diventare sempre più prossima al malato, andando a colmare i bisogni di salute laddove ce ne è necessità: sul territorio, nelle case, al letto del paziente. In questo, i medici di medicina generale devono giocare un ruolo da protagonisti - spiega -. Per farlo, bisogna partire da quei valori di prossimità, appunto, di vicinanza e fiducia che li caratterizzano. Dalla libera scelta da parte dei cittadini e dalla capillarità della rete di studi sul territorio".

PRESA IN CARICO

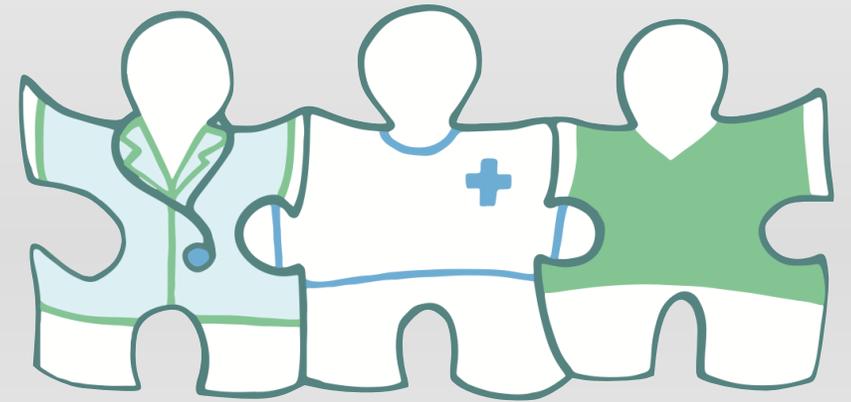
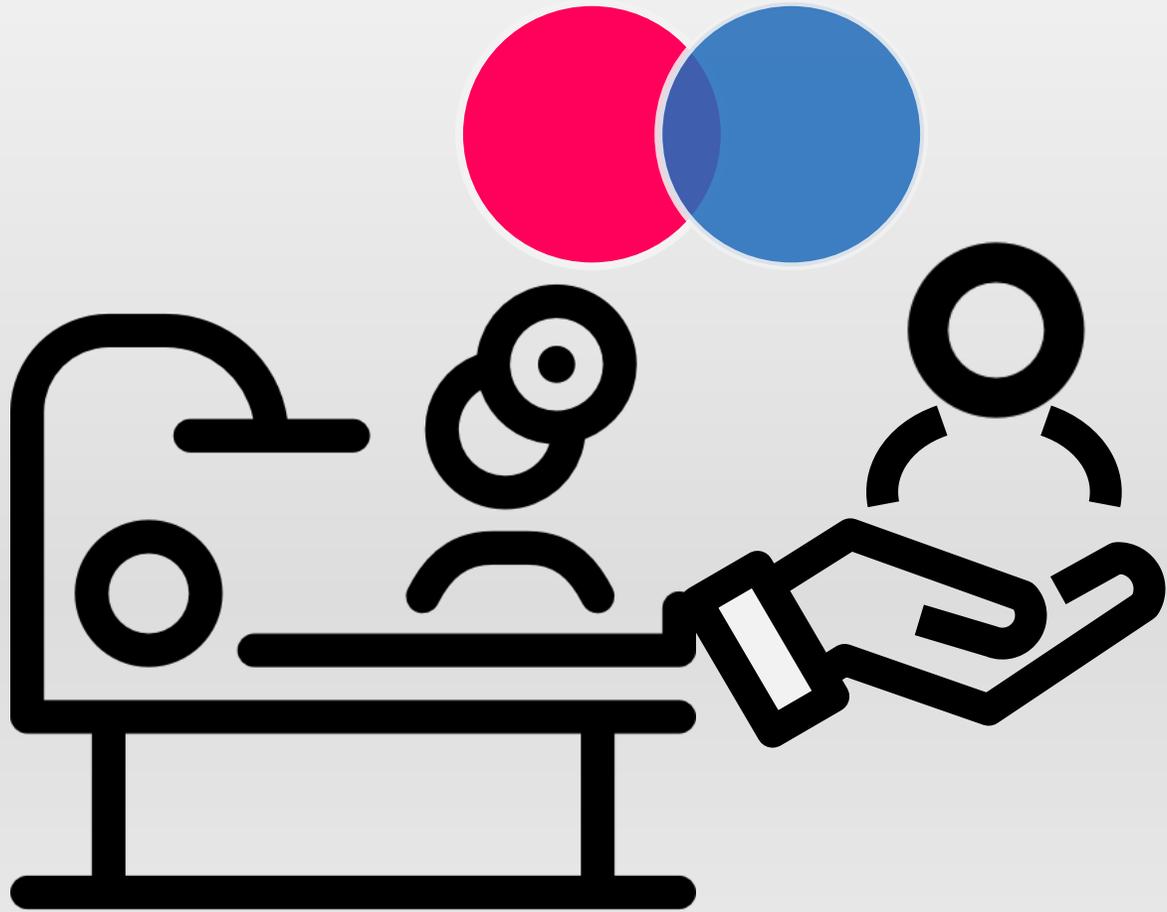
SISTEMI INFORMATIVI
COC-FIDELIZZAZIONE
TECNOLOGIE





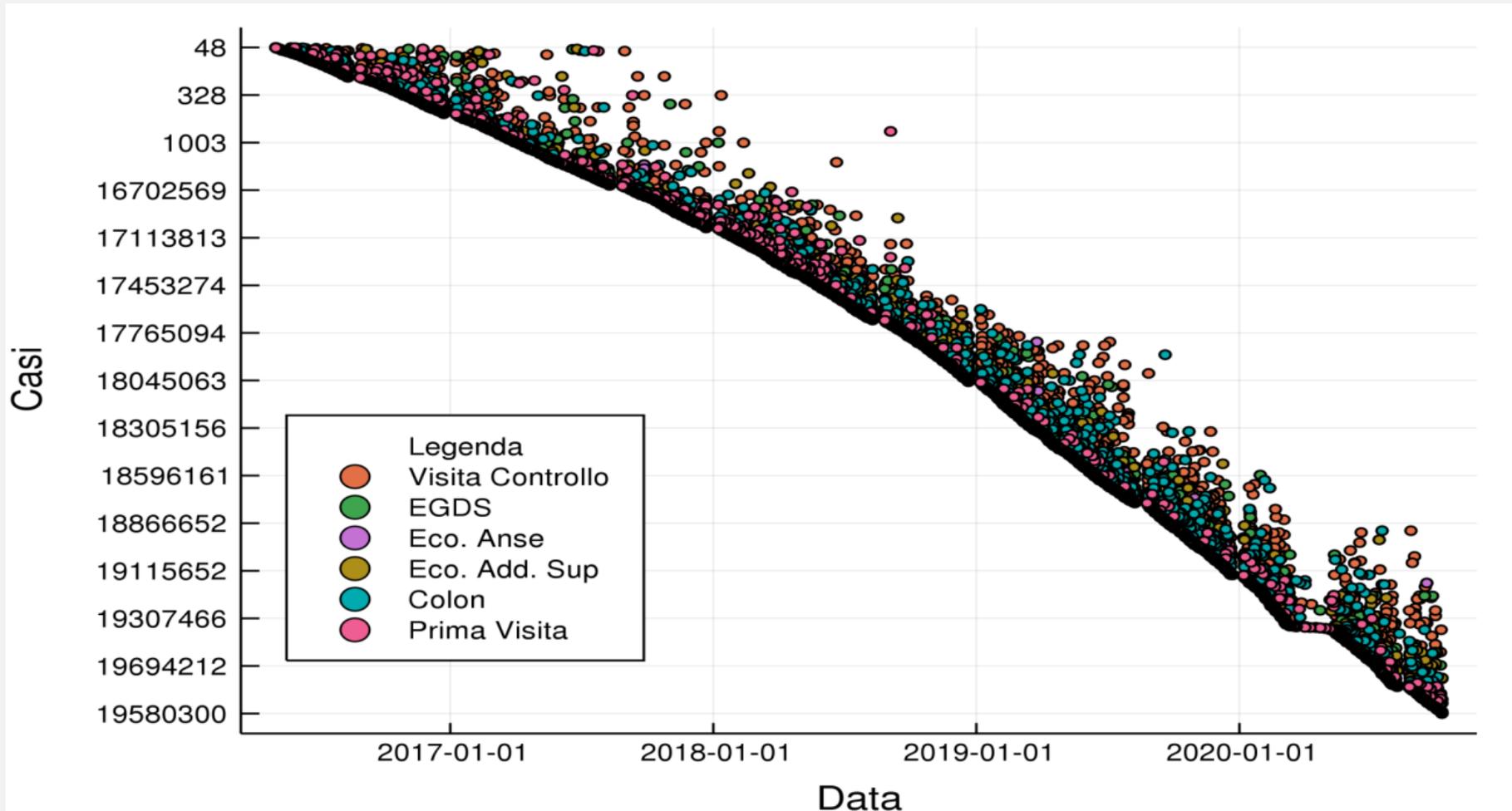
GASTROPACK



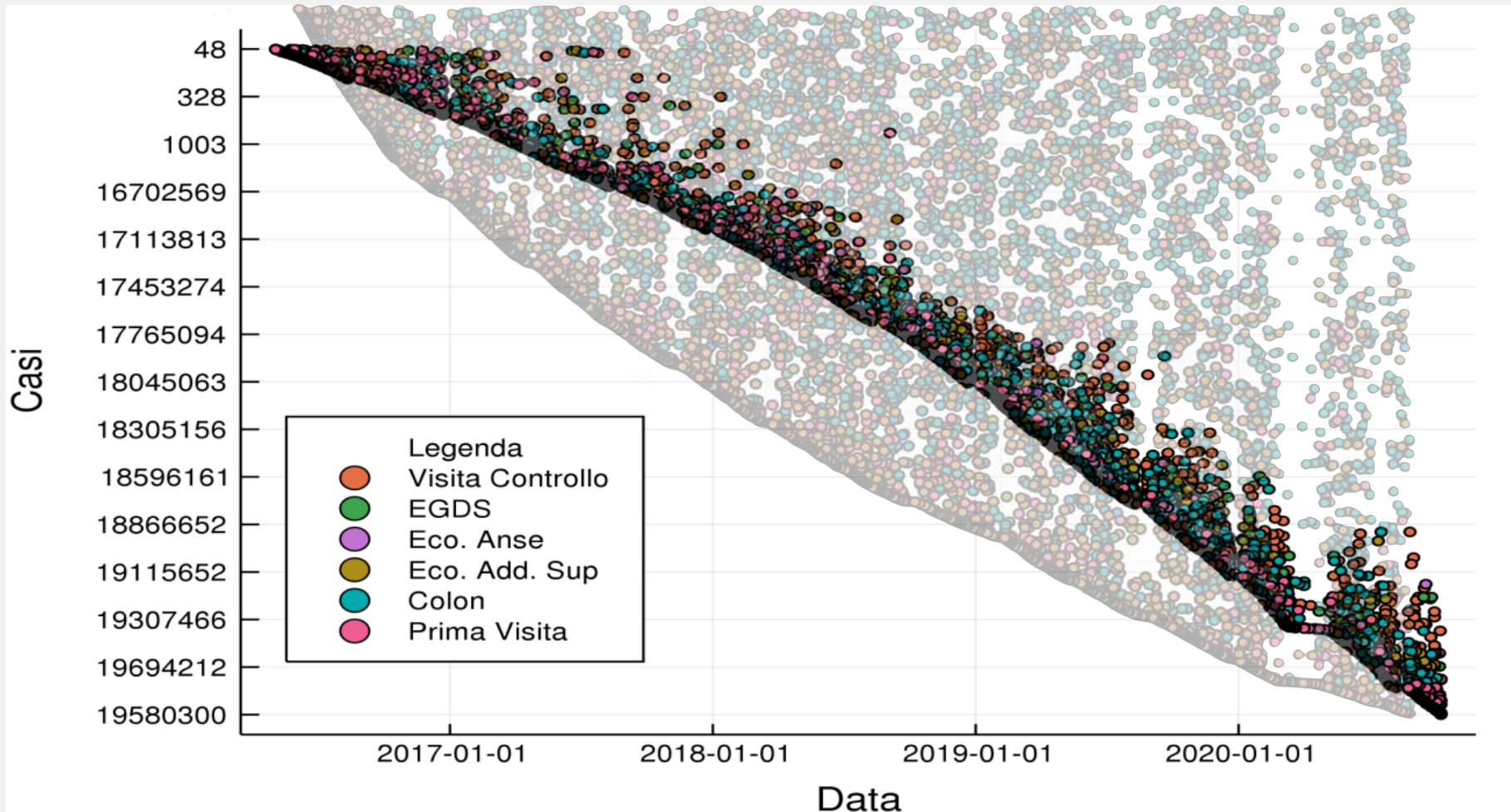


Accesso alle prestazioni e presa in carico

ACCESSO GASTROPACK VS ACCESSO CUP



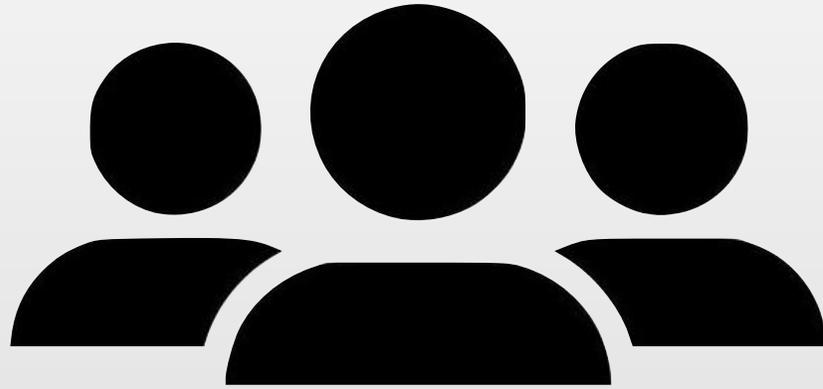
ACCESSO GASTROPACK VS ACCESSO CUP



TEMPI ALLA DIAGNOSI

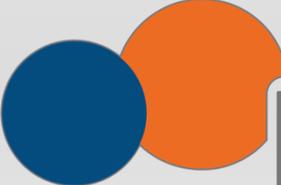


- Tempo medio alla diagnosi 30 giorni
- Tempo mediano alla diagnosi 21 giorni



GP

2,7



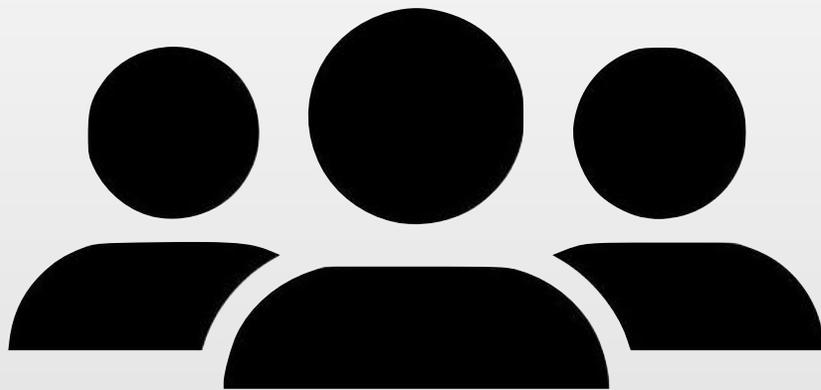
Lepida
CU 2000

1,6



GP

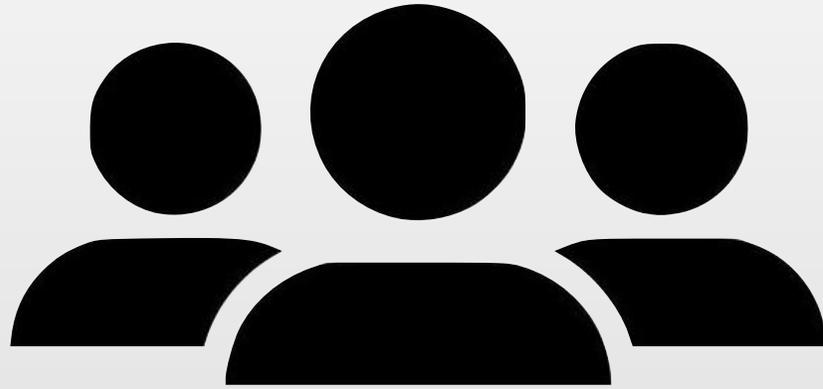
2,7



1,6

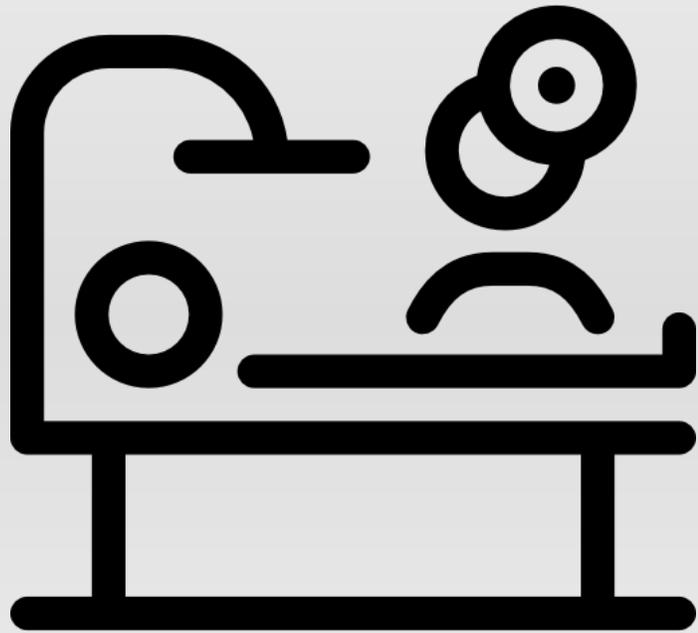


2,7



1,6

GOVERNO DELLA DOMANDA



Accesso alle prestazioni

% REFERRAL



4,4%

GP

3,6%



PROSSIMITA' DELLE CURE

DISTANZA PERCORSI CUP (Km)			STRUTTURE		
PAZIENTI	MEDIA	MEDIANA	TOT	AUSL	ALTRO
4149	82,98	59,55	42	12	30

DISTANZA PERCORSI GASTROPACK (Km)			STRUTTURE		
PAZIENTI	MEDIA	MEDIANA	TOT	AUSL	ALTRO
2204	57,13	40,37	4	4	0

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Low-Cost Lessons from Grand Junction, Colorado

Thomas Bodenheimer, M.D., M.P.H., and David West, M.D.

In 2005, Grand Junction had only 60% as many coronary-artery bypass surgeries in its Medicare population as the national average, 55% as many inpatient coronary angiography procedures, and 61% as many inpatient days during the last 2 years of life. Moreover, Grand Junction scored above the national average on a number of measurements of preventive care, diabetes, asthma, and other quality metrics.

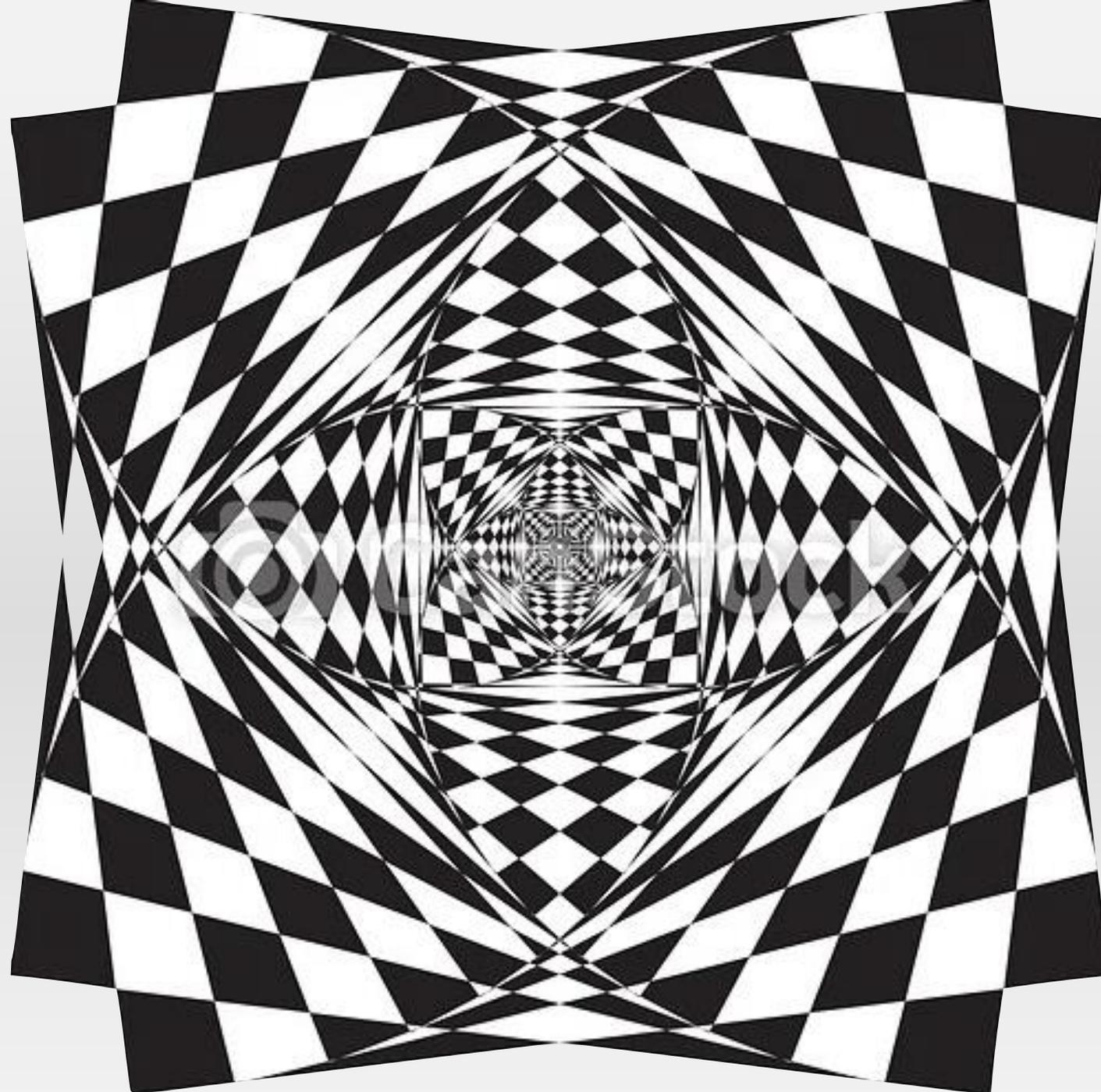
MMG RIUNITI IN ASSOCIAZIONI CON
GOVERNANCE DEL CONTROLLO DEI COSTI
INCENTIVI SPECIFICI
CONTROLLO DEL COSTO/SPECIALISTA
SCARSA COMPETITIVITA' HUB

MULTIDIMENSIONE

PROSSIMITA'
E
INTEGRAZIONE

TECNOLOGIE

RELAZIONE
MULTILIVELLO



COMUNICAZIONE

UMANIZZAZIONE
(LAST 2 YEAR LIFE CONSULTATIONS)

ELEMENTI STRUTTURALI DEL PROGETTO



**1. INFRASTRUTTURA UNICA
DI GESTIONE**

**2. TAVOLO CONGIUNTO
MMG**

**3. PIANO SOSTENIBILITA' E
QUALITA'**

4. GESTIONE UNITARIA