



Confederazione
Associazioni
Regionali di
Distretto

Dr. Gilberto Gentili
Dr. Antonino Trimarchi
Presidenza Nazionale CARD

Bologna 21-22 Ottobre
Seminario dei Laghi





***CAMBIAMENTI EPOCALI
DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE***





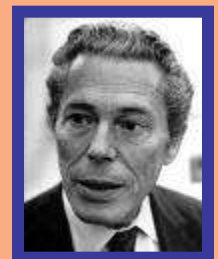
il distretto.....

QUALCHE CONSIDERAZIONE....

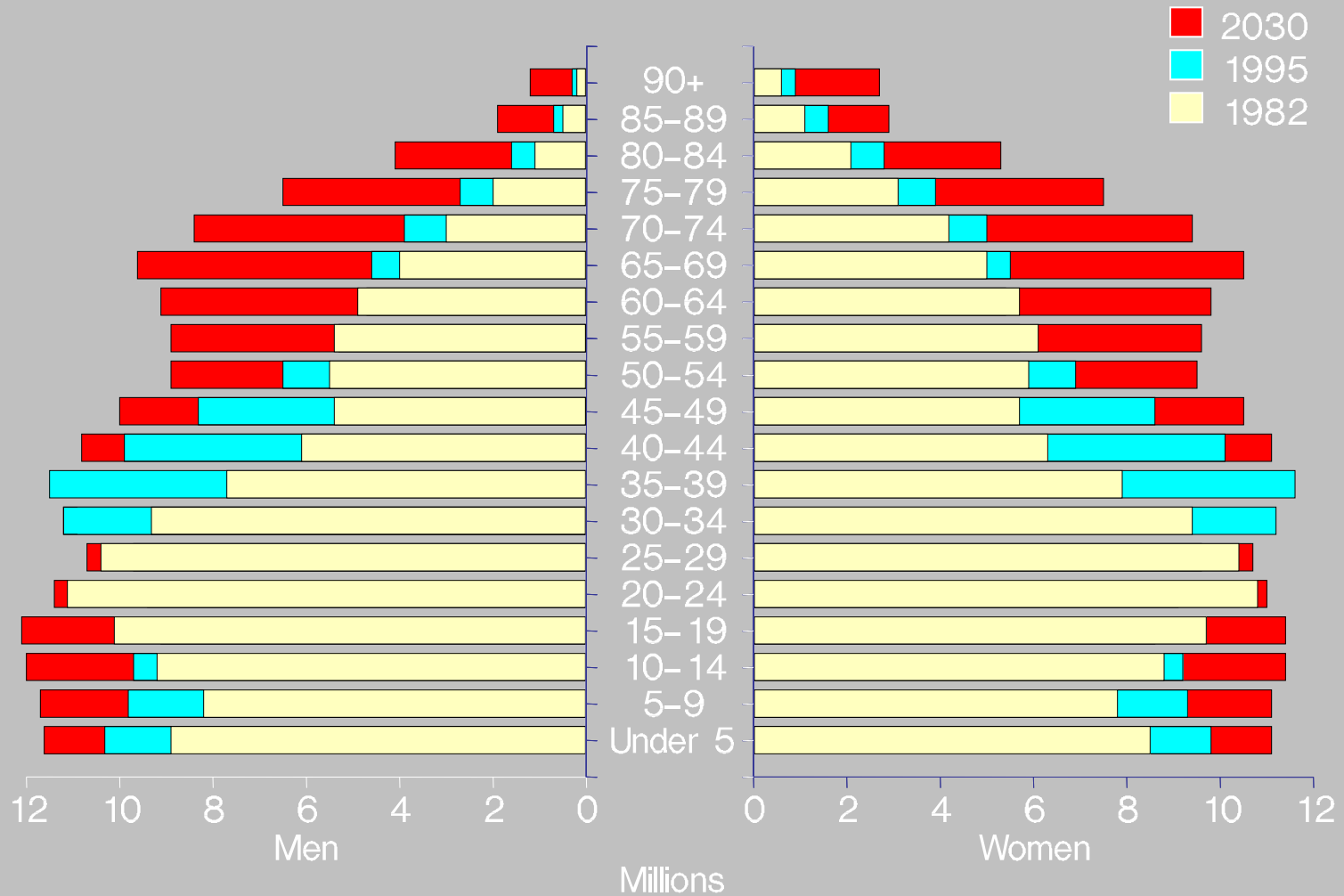
IL CASO E LA NECESSITA'

IL CASO E LA NECESSITA.....'

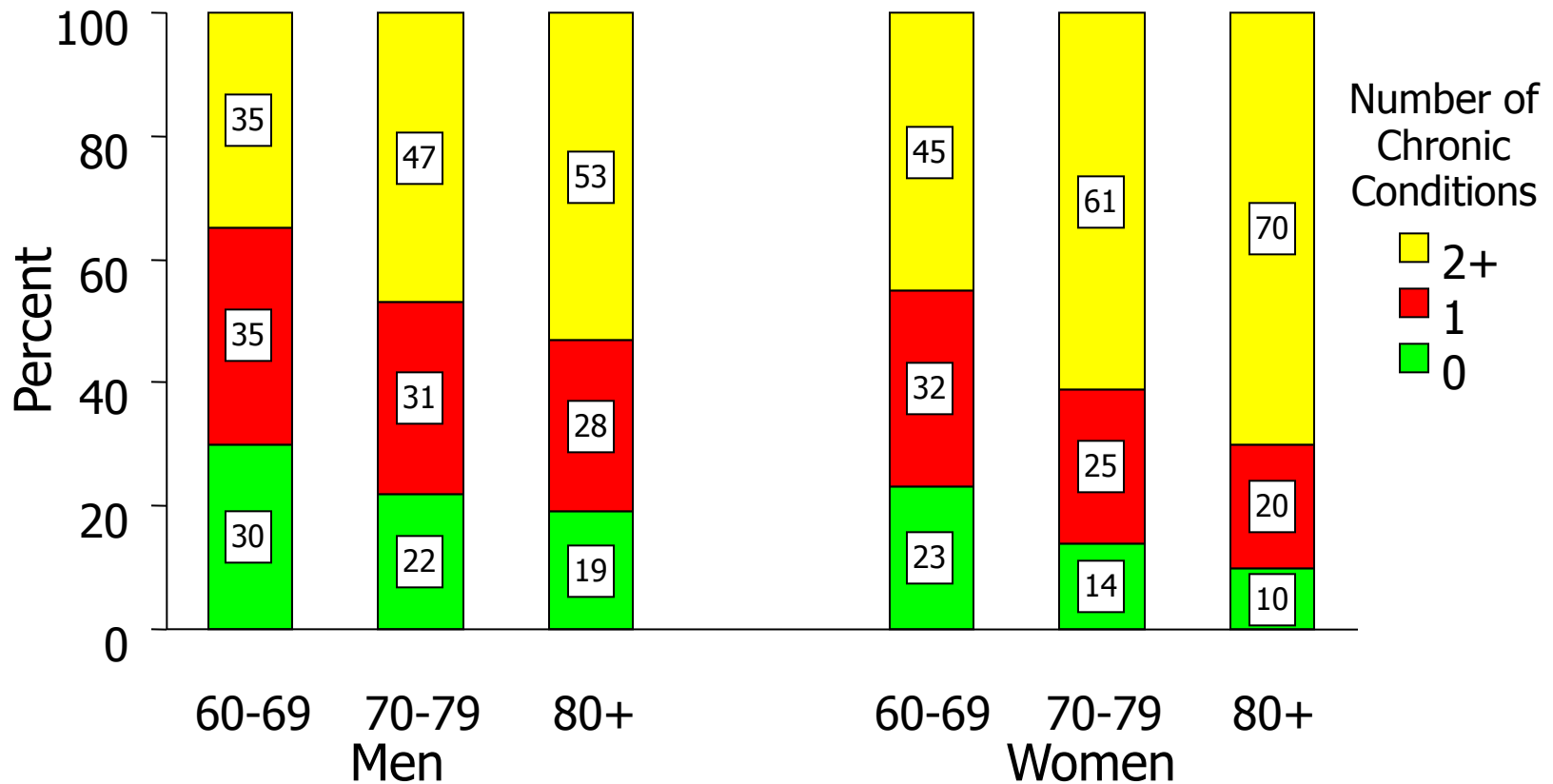
- Jacques Monod , nel 1970 illustrò la sua teoria per cui le mutazioni genetiche erano casuali, seppur finalizzate ad un adeguamento dell'organismo a fenomeni adattivi di varia natura, ma poi diventavano necessità perpetuandosi nell'organismo stesso



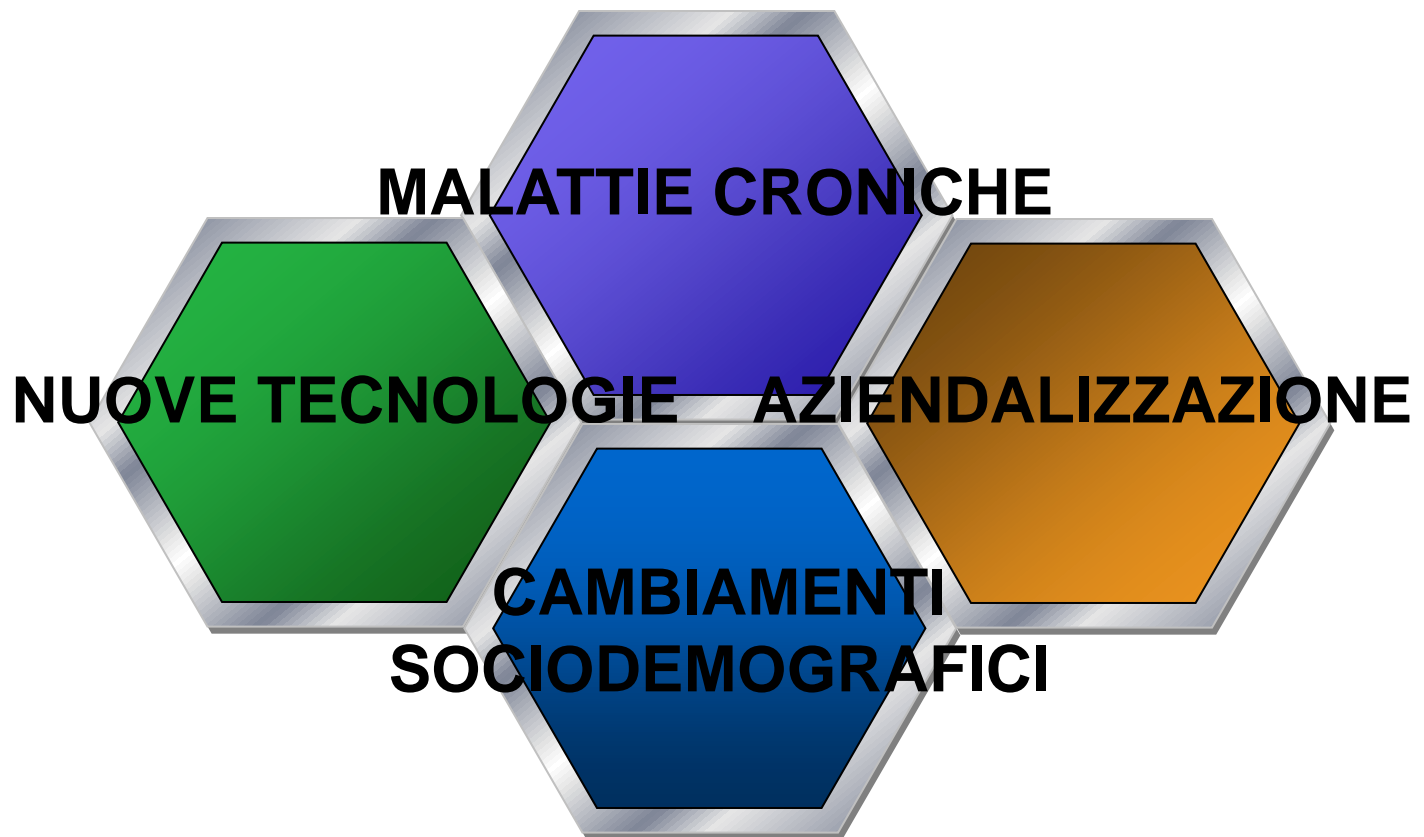
La necessità !!!



Proporzione di soggetti con 0, 1 o 2+ Condizioni Patologiche Croniche



GLI EVENTI



LA NECESSITÀ: LA SPESA SANITARIA

- In dieci anni la spesa delle Regioni è passata da 119 a 209 miliardi di euro. La Sanità ha visto le sue uscite aumentate di quasi 46 miliardi. Nel periodo che va dal 2000 al 2009 la spesa delle amministrazioni è cresciuta del 75,1%, un valore di circa tre volte superiore al tasso di incremento dell'inflazione (+22,1% nello stesso periodo). Le medie rivelano andamenti regionali profondamente differenti: le Regioni che hanno fatto registrare i balzi più consistenti sono Umbria (+143,7%), Emilia Romagna (+140,3%) e Sicilia (+125,7%), mentre le più "parsimoniose" risultano Provincia autonoma di Trento (+43,2%), Veneto (+40,9%) e Campania (+40,3%).

LA NECESSITA'

In termini percentuali al primo posto c'è l'assistenza sociale (+185,8%), seguita da oneri non attribuibili (ammortamenti, interessi, fondi di riserva, spese non classificabili: +112,6%), istruzione/formazione (+86,9%) e Sanità (+74,3%). Quest'ultima passa al primo posto se la valutazione è sulle cifre assolute: nei dieci anni compresi tra il 2000 e il 2009, infatti, la spesa per assistenza sanitaria è cresciuta di 45,9 miliardi di euro, seguita a grande distanza (+20 miliardi) dagli oneri non attribuibili.



L'infermiere laureato ??

RIVOLGIAMO AGLI ANZIANI LE MASSIME ATTENZIONI.... ??

- **Le cure ai pazienti anziani sono spesso inadeguate: con l'aumentare dell'età, nonostante aumentino le malattie, diminuiscono drasticamente le prescrizioni adeguate di farmaci e visite. Oltre la metà degli anziani che soffre di una patologia cronica è a rischio per questo. Dopo un infarto il 76% dei pazienti anziani non assume terapie sufficienti, e la mortalità è tripla rispetto a quella di chi viene curato correttamente. Dati della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)**



ospedale per acuti ??



- **Es. I TUMORI:**
- **In Italia sono diagnosticati ogni anno 270.000-300.000 casi di tumore di cui oltre il 63% nell'anziano, in media oltre il 40% di questi soggetti vive 5 anni dopo la diagnosi**



- **Il Diabete:**
- **Ha tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento dell'incidenza sia della prevalenza. Questo aumento, legato al benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".**
- **Stime sul periodo 1994-2010 indicano la triplicazione mondiale dei casi di diabete mellito tipo 2.**



- **IL 50 % DEI RICOVERATI DAL PRONTO SOCCORSO E' ULTRASESSANTACINQUENNE.....**
 - **$\frac{1}{2}$ DI QUESTI RICOVERI E' INAPPROPRIATO**



Gli anziani assorbono risorse

- **Vero.....ma sono anche una grande occasione di investimenti, generando occupazione e favorendo la ricerca**



CONSEGUENZE.....

- **In Italia, tra il 2001 e il 2007, i posti letto in strutture ospedaliere pubbliche sono diminuiti di 30 mila unità.**
 - **È quanto emerge dall'ottavo rapporto Osserva salute, dell'università Cattolica che analizza la qualità dell'offerta sanitaria. La riduzione dei p. l., per quanto riguarda il pubblico, è omogenea nelle Regioni.**



CONSEGUENZE.....

- **Rapporto annuale del ministero della Salute sulle SDO, basato per quest'edizione sulle SDO 2009**

Meno 500.000 ricoveri

Meno 2.000.000 gg. degenza



ovviamente abbiamo
creato meccanismi diversi di
presa in carico,
in primis l'ADI !!!

L'ADI E' UNA REALTA' DIFFUSA



- **7 ASL su 180 nel 2008 non avevano percorsi di ADI**

L'ADI ASSORBE RISORSE



- **1% DELLA SPESA.....CON IL
2% RADDOPPIEREBBE !!!**

Per certi versi l'ADI è un fenomeno “mediatico” !!!



- **AUMENTA LA VITA MEDIA:**

***NON SI ACQUISISCONO
ANNI DI
BUONA SALUTE***



un primo problema

**In buona sostanza.....
intercettiamo la cronicità.....
quando si RIACUTIZZA !!**



CON.....

▪ **Maggiori costi**



▪ **Maggiori rischi**



▪ **Peggiori esiti**





la sfida...



**FLESSIBILITA' NELL'ORIENTAMENTO
ALLE NUOVE EMERGENZE**



I M I G R A N T I

Gli stranieri residenti in Italia al 1.1.2011 sono 4.570.317, 335.000 in più rispetto all'anno precedente, ma l'incremento è inferiore al 2009 (343.000)

Nel 2010 sono nati 78.000 bambini stranieri, il 13,9% dei nati

La quota di stranieri sul totale popolazione è salita al 7,5 % ...era 7% l'anno prima,

86,5 % risiede nord e centro, MA IL Sud è il territorio dove si è avuto il massimo incremento (Puglia più 13,5%)

I Rumeni sono la comunità più rappresentata con quasi un milione di abitanti
(Fonte:ISTAT)

ANDAMENTO DEL FENOMENO.....

2005	2007	2010
2.402.157	2.938.922	4.235.059
Nati 51.971 Morti 3133	Nati 60.379 Morti 3670	Nati 78.082 Morti 5124

(Fonte: ISTAT)



**CONSUMATORI
O
PRODUTTORI
DI WELFARE ?**



Nel gradino immediatamente sotto, vi sono gli infermieri:
nel 2005 secondo dati IPASVI
(Federazione dei Collegi degli Infermieri) **erano nati al di fuori**
dell'Europa a 25, 6.730
infermieri ovvero **l'1,9%** del totale (Mellina Pittau Ricci 2006).
Sebbene si tratti di un numero
ancora esiguo, e ampiamente al di sotto della media OCSE
che si attesta intorno all'11%
(OECD 2007), l'impiego di immigrati in questo settore è più
che raddoppiato in pochi anni (+
157,6% tra il 2002 e il 2005).



Nel 2005 la presenza di lavoratori stranieri nelle cooperative sociali veniva stimata intorno al **5-10%** e quella nei servizi sociali intorno al 15% (stime di Legacoop e Confcooperative in Boccagni 2006).

Non disponiamo di dati circa la crescita dell'impiego di immigrati in questo settore, ma secondo stime Excelsior la domanda di operatori socio-sanitari nel 2006 avrebbe superato di 3 volte quella di infermieri



Alla base della piramide, nel settore domestico e della cura, si registra il maggior numero di lavoratori stranieri.

Nel 2006 gli immigrati registrati all'INPS nel settore erano 339.223 unità: oltre il 70% del totale (Osservatori lavoratori domestici dell'INPS2).



**TUTTI QUESTI EVENTI A VARIO TITOLO
SONO STATI
ELEMENTI DI DISEQUILIBRIO
DEL SISTEMA E POSSONO ESSERE
PARAGONATI AD AZIONI CHE
DETERMINANO NUOVI ASSETTI....**



**IL DISTRETTO HA
GLOBALIZZATO
L'ASSISTENZA SANITARIA
IN ALTERNATIVA
AL SISTEMA
STATO- NAZIONE CHE ERA
L'OSPEDALE**

Il distretto che cresce

**AL PUNTO TALE DA
RIBALTARE
LE ATTRIBUZIONI
ECONOMICHE
AI MACROLIVELLI**



LA STORIA DEI DISTRETTI.....

- **Era impossibile compiere una serie di trasformazioni come quelle avvenute negli ultimi trenta anni senza generare caos.....**
- **Era scontato che queste trasformazioni sarebbero state onerose....**



LA STORIA DEI DISTRETTI.....

- **La trasformazione e la affermazione di un sistema extraospedaliero necessitava e necessita di investimenti di risorse.....**
- **Non tutti questi investimenti (secondo principio della termodinamica) generano “lavoro”.....**



LA STORIA DEI DISTRETTI.....

- L'effetto paradosso può essere appunto questo. La creazione di sistemi alternativi di presa in carico nati con lo scopo di generare risparmi a volte possono aver generato **COSTI.....**
 - E disperso energie.....



- **Con momenti in cui tutto sembrava caotico....**

Ma.....



- ***Bisogna avere in sé il caos per partorire una stella danzante.***
F.W. Nietzsche

CAOS



CASA PROTETTA

UVM/UVG/UVD

RSA

CASA RIPOSO

ADI

ADP

CAOS



UTAP

EQUIPE TERR.

**CASE DELLA
SALUTE**

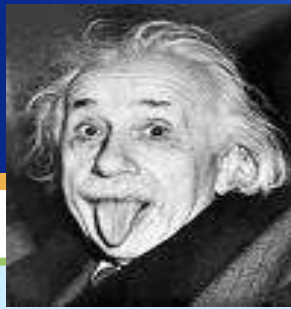
RETE

GRUPPO

UCCP

E ALLORA ?????

- EVITARE FALSI CONTRASTI E RICERCARE OBIETTIVI COMUNI:
- NON ESISTE UN DISTRETTO VS. OSPEDALE
- NON ESISTE UN DISTRETTO VS. ASSISTENZA PRIMARIA
- NON ESISTE UN DISTRETTO UGUALE AD UNA ASL



RISCHIO

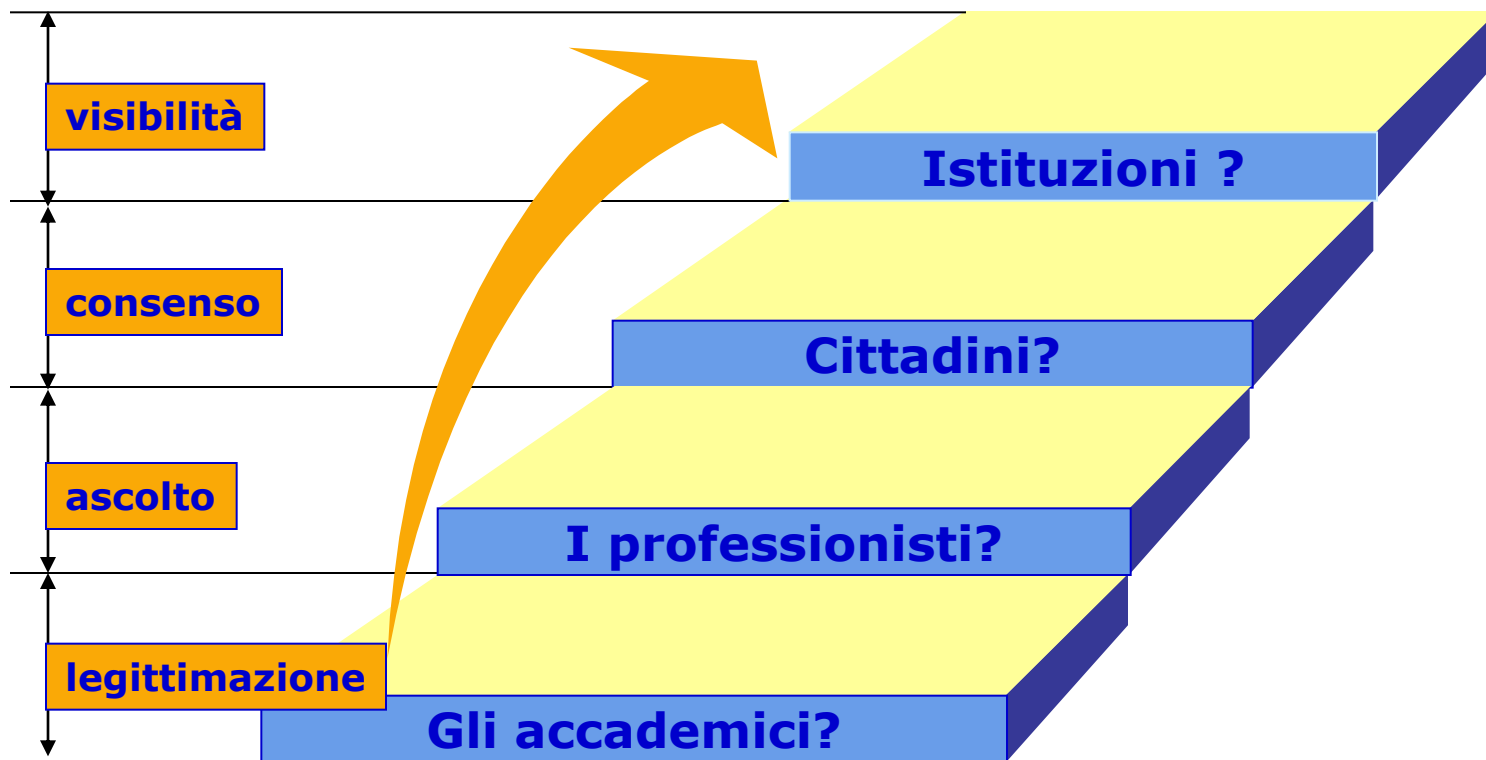
***La teoria è quando si sa tutto ma
non funziona niente.
La pratica è quando
funziona tutto ma non si sa il perché.
In ogni caso si finisce sempre con il
coniugare la teoria con la pratica:
non funziona niente e non si sa il perché.***

Albert Einstein



dobbiamo essere con - vincenti

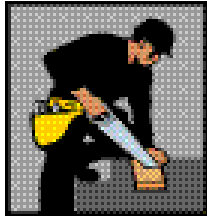
Convincere.....chi????



CONVINCENTE?????



PRESTAZIONALE

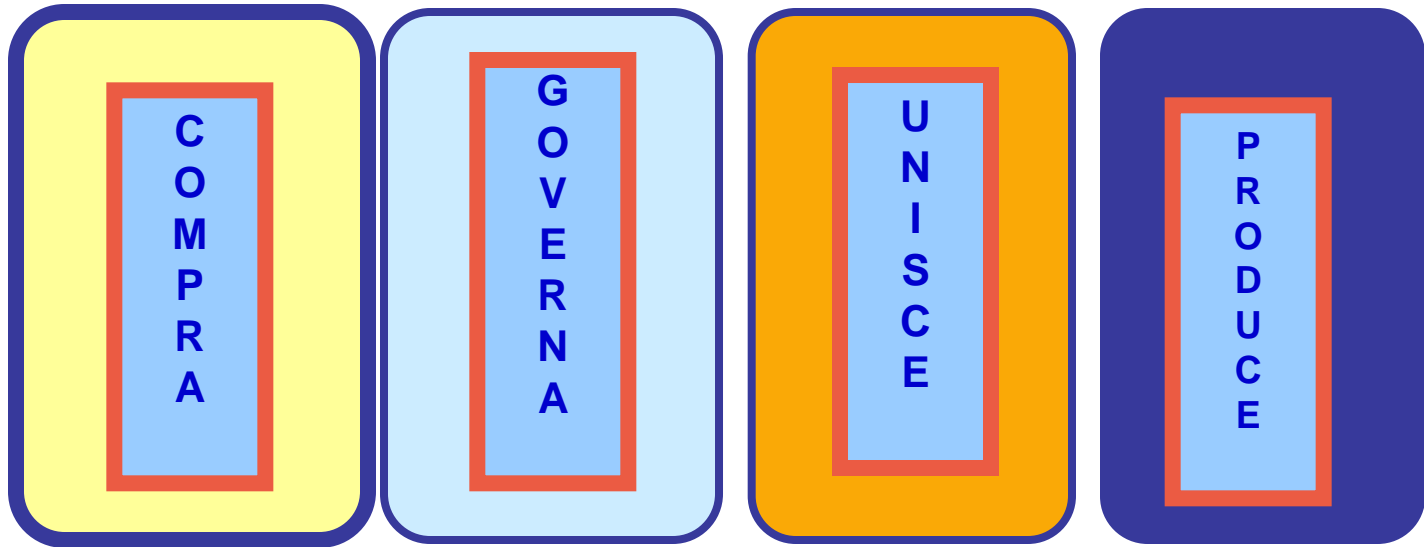


GESTIONALE





IL DISTRETTO



COMPRA

GOVERNA

UNISCE

PRODUCE

E ALLORA....

- **Distretto:**
- **Pro – fessionista : (luogo della integrazione professionale)**
- **Pro-attivo: (luogo della offerta attiva)**
- **Pro-duttivo: (luogo della presa in carico)**
- **Pro-positivo: (luogo della mediazione istituzionale e dell'orientamento delle scelte programmatiche)**

Le competenze del direttore di distretto



Una formazione ipermetrope...
o miope

il tuttologo

*È sicuramente meglio conoscere
cose che non servono a niente,
piuttosto che non conoscere niente.*

Seneca



Quale formazione??

**NEI CORSI DI LAUREA NON SI PARLA DI
MEDICINA DEL TERRITORIO**



**E AVETE MAI ASCOLTATO
LA PAROLA “DISTRETTO” ?**



Il direttore di distretto !!!

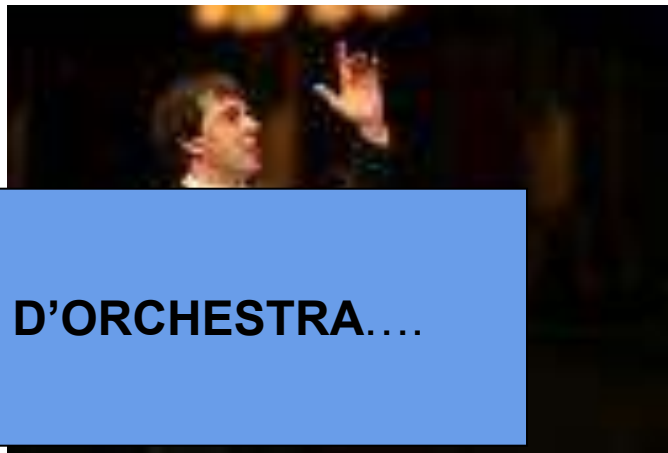


Ciò che dobbiamo fare lo impariamo facendolo

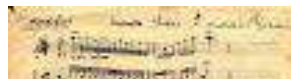
Aristotele



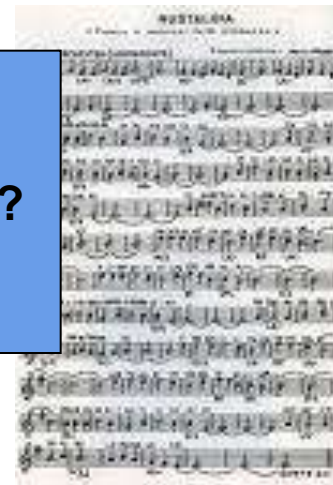
**L'esperienza è il tipo di insegnamento più difficile.
Prima vi fa l'esame e poi vi spiega la lezione
(Anonimo)**



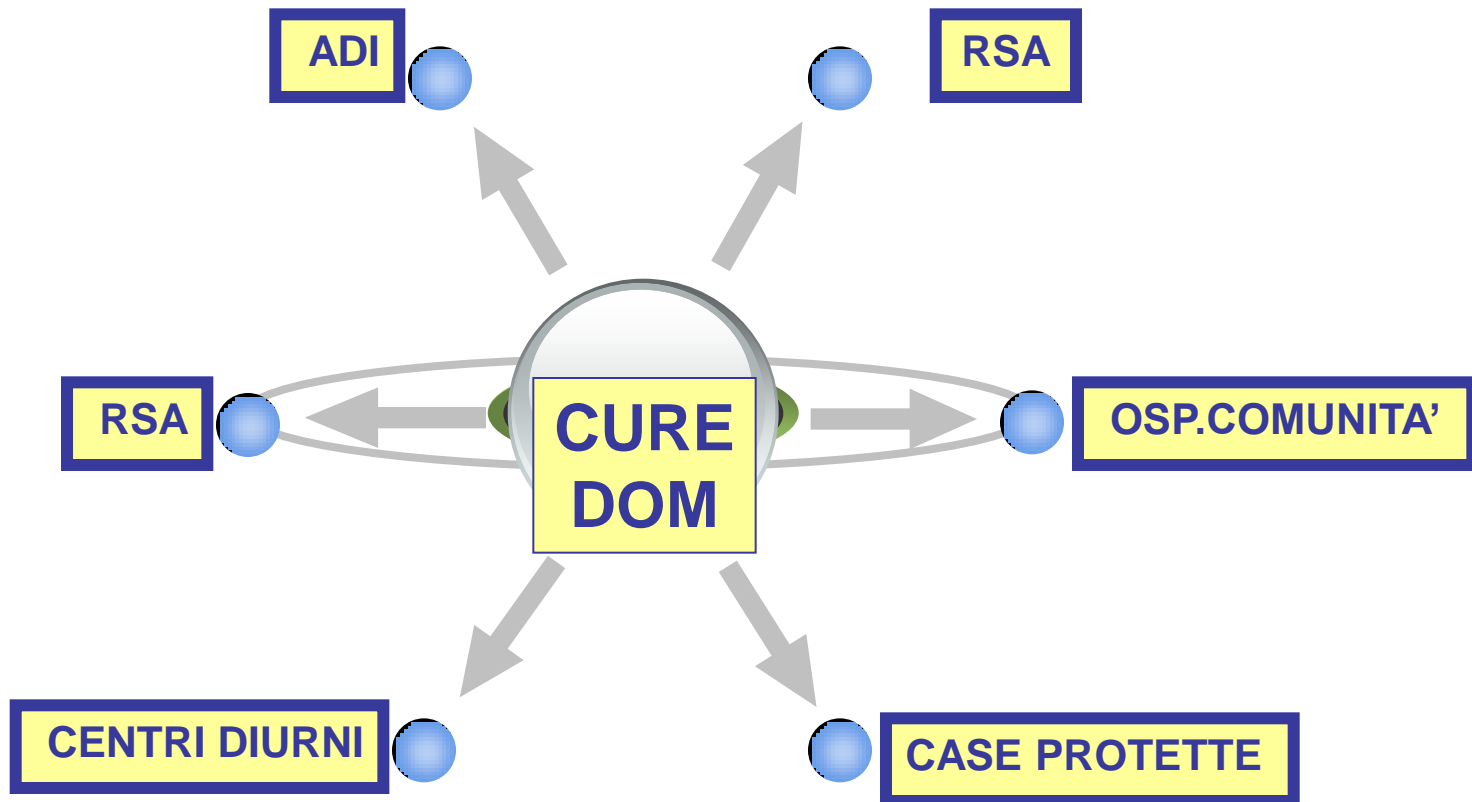
DIRETTORE D'ORCHESTRA....



MA QUANTI SONO GLI SPARTITI ???



LA RETE.....





LAVORARE SU TARGET COMUNI CON STRUMENTI COMUNI

PUA

Valutazione
Multidim.

RETI

MEDICINA
iniziativa



E' possibile fare medicina d'iniziativa in Italia ?



PROGETTO QUADRO



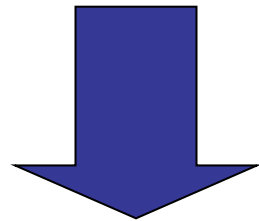
PROGETTO RAFFAELLO



REGIONE TOSCANA

L'INTEGRAZIONE.....

Inte G razione

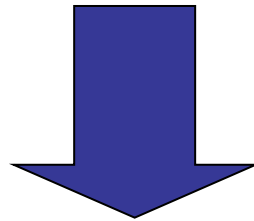


G

Inte - razione

L'INTEGRAZIONE.....

G



GOVERNANCE



**GRAZIE E BUON
PROSEGUIMENTO**