



Regione Puglia



Fondazione Smith Kline

CONVEGNO

Il Distretto Socio Sanitario:
una identità incompiuta?
Esperienze a confronto

Programma preliminare

Bari, 27 e 28 Ottobre 2011

"Cittadella della Cultura"
Via Pietro Oreste, 45

Fondazione Smith Kline
Via Terenzio, 35 - 00193 Roma
Tel. 06 3203842 - Fax 06 91659328
info@fsk.it - www.fsk.it

*Perché non
possiamo non dirci
“**territoriali**”.*

*Riflessioni di un
direttore di
distretto.*

Paolo Da Col

Distretto n.1

Azienda per i Servizi Sanitari
n.1 “**Triestina**” - Trieste

donna, 82 anni

Ictus. emiplegia dx completa.

Programma: dimissione da H in continuità assistenziale (da riabilitazione, prima: stroke unit).

Vita futura : ADL e IADL fortemente compromesse (autonoma pre-evento).

A casa (vedova, sola) in ADI ? In casa di riposo ?

uomo, 25 anni

Politraumatizzato con frattura cranica; esce da H dopo ricovero di 24 settimane.

Programma: per almeno 1 anno cure riabilitative (residenziali e domiciliari).

Vita futura: recupero incerto; certamente assistita.

donna, 38 anni

Aggravamento della SLA (allettata e totalmente dipendente) – in ADI continuativa da 5 anni (24h/7);
la famiglia chiede ricovero “respiro” (marito disoccupato, figlio di 8 aa disabile).

Programma: mix di ADI e ricoveri respiro.

Vita futura: molto impegnativa, per tutti.

donna, 85 anni
uomo, 81 anni

Demenza senile avanzata; in dimissione da H in
continuità assistenziale per recente frattura di femore.

Prospettiva di vita futura: problematica, data anche
la disabilità motoria; andranno
in residenza protetta (pre-frattura stava a casa propria).

bimbo, 3 mesi

- Basso peso alla nascita; va a casa post 12 settimane di terapia intensiva
- **Esito**: “fuori pericolo” - lui, il bimbo - ; “in grande pericolo” – lei, la mamma (sola) –
- **Vita futura**: chissà !
(per entrambi)

bambina, 4 anni

- Famiglia multiproblematica, “disastrata”
- **Esito**: “in pericolo” - lei, la bimba , di abbandono dalla famiglia
- **Vita futura**: chissà !
speriamo non in istituto

..... ed oltre a loro.....

Un “esercito” di persone con malattie “croniche”

(cuore, polmoni, diabete, osteo-articolari, neuro-
psichiatriche,)

..... E moltissime altre ancora che
con fatica si arrangiano da sole

IL SILENZIO DEGLI INNOCENTI

- 5.000 soggetti in esclusione sociale
- 2.000 anziani molto fragili soli
-1.500 grandi anziani con decadimento cognitivo (n° in crescita)
-2.000 coppie di >80enni; “lui e lei” con polipatologie e necessità di aiuto per le attività quotidiane
-300 persone in stato terminale – vegetativo
-200 ragazzi con disturbo mentale grave
-150 coppie di adulti giovani, disoccupati, con figli
- 100 ragazzi con dipendenza da sostanze illegali
- 20 bambini allontanati dalle famiglie di origine

.....

Stime riferite a popolazione distrettuale di 60.000 abitanti

per loro, per noi
che cosa significa

“SALUTE”

?

guarire ?

trovare la restitutio ad integrum ?

recuperare autonomia ?

essere accompagnati in una vita accettabile ?

**raggiungere pieno benessere fisico psichico e
sociale ?**

**fronteggiare la situazione, adattarsi e convivere
con il (i) problema (problemi) ? (BMJ 2011)**

.....

.....

per tutte queste persone
ha un senso la distinzione
“ospedale

territorio”

? ? ?

saranno vittime della “medicina frammentata” (M.Trabucchi) ?

.. e che cosa significa
per loro

“sentirsi curati”

e per noi

“curarli” ?

DOVE ?

IN OSPEDALE ?

NEL “ TERRITORIO “ ?

ENTRAMBI ? Quando uno e quando l'altro ?

come , perché, per cosa ?

il titolo.....

Perché non possiamo non dirci “territoriali”

(con le virgolette !!!)

Le domande che lo originano

- Perché IL DISTRETTO non “decolla”? Le identità sono incompiute?
- Perché “vince” sempre “l’ospedale” e il “IL TERRITORIO” continua a contare poco?
- MA ! Per quelle persone fragilissime, quali “soluzioni”?
 - Più nel territorio o più in ospedale?

Perché non possiamo non dirci "cristiani"

(Benedetto Croce, 1942)

- *“Gli uomini, gli eroi, i geni che vissero prima dell'avvento del Cristianesimo compirono azioni stupende, opere bellissime, e ci trasmisero un ricchissimo tesoro di forme, di pensiero, di esperienze, ma in tutti essi mancava quel valore che oggi è presente in tutti noi e che solo il Cristianesimo ha dato all'uomo.”*
-Croce segnava tra virgolette il termine "cristiani" volendo indicare un significato diverso da quello comunemente adottato per la parola: fin dall'inizio voleva indicare la particolare prospettiva che assumeva nella sua analisi.....
-Nell'opera l'autore sostiene che il Cristianesimo ha compiuto una rivoluzione ...

... UNA RIVOLUZIONE !!

Una folle analogia ?

Se c'è unprima... e un dopo.....

→ ...dopo.....

il nuovo lo porta il “*territorialesimo*” ?

→ vera innovazione che
dà centralità alla persona

Una folle analogia ?

- Se si legge la realtà complessa, i nuovi bisogni, le nuove presenze/esigenze delle risorse (pubbliche e private).....
 - Se quanto fatto con l' " *ospedalesimo (ospedalismo)* " appare quantomeno insufficiente, ovvero parziale, inadeguato..... "*rispetto al dare completo valore alla lunga vita di un uomo*"
 - Se si è convinti che oggi serve una nuova organizzazione, un diverso sistema salute, occorre "UN CAMBIO DI PASSO", MODIFICARE PENSIERI ED OPERE (se non proprio una rivoluzione copernicana, con al centro l'uomo e non la struttura)
-DOVE E COME può avvenire SE NON fuori dall'ospedale, e quindi NEL TERRITORIO ? (di cui l'ospedale è parte rilevante, ma residuale)

**allora : dobbiamo ammetterlo:
non possiamo non dirci "territoriali"**

riflessioni

- su mie convinzioni, incertezze, dubbi
- dai risparmi alle riconversione di risorse
- dal “territorio” al “distretto”
- sulla dissociazione esistente tra principi e pratiche:
mettere al centro le persone e non le malattie; gli individui e non i servizi; i diritti e non i soldi !
(territorialesimo rivoluzionario ?)
-
- **sulla persuasione che l'unica e vera innovazione oggi possibile in sanità è**
“essere territoriali”

MESSAGGI CONCLUSIVI

IL TERRITORIO ESISTE; E SIAMO NOI

IL TERRITORIO E' IL SETTING ASSISTENZIALE IDEALE

Il **“TERRITORIO”** contiene il **DISTRETTO**. **SENZA “TERRITORIO” NON ESISTE** DISTRETTO, che

- È **Struttura portante dell'AZIENDA** territoriale in cui si opera per la **SALUTE riconosciuta diritto dell'individuo e interesse della collettività”** (L.833/78)
- È Contenitore org.vo che può saldare tra loro i tre 3 LEA (diritti !!!)
- Ha responsabilità di programmazione e di governance

● **NEL TERRITORIO, LUOGO DI VITA, SI PUO' COSTRUIRE UN APPROCCIO ALLA SALUTE INTERSETTORIALE**

● **SOLAMENTE IN UNA VISIONE TERRITORIALE SI SVILUPPA CORRETTAMENTE L'INTEGRAZIONE E LA CONTINUITA'**

● IL LAVORO TERRITORIALE HA PRECISE CARATTERISTICHE E RICHIEDE COMPETENZE (mestieri, professioni **SPECIALIZZATE**) per attività **IN RETE** che si porgono alla vita **GLOBALE** degli individui (sani, a rischio, malati, fragili) e della comunità **IN PROSPETTIVE DI TEMPO LUNGHE-LUNGHISIME**

● **DOBBIAMO RICONOSCERE E LIBERARE LE RISORSE ED ENERGIE PRESENTI NEL TERRITORIO E NELLE SUE COMUNITA'**

GUARDO AL TERRITORIO....

- **Perché qui scorrono le vite delle persone**
 - e l'ospedale è UNO degli elementi di vantaggio, non UNICA risorsa decisiva
- **Perché qui si investono (si consumano) le risorse “per costruire la salute”**
- Perché qui si possono sviluppare i tanto invocati **CIRCUITI DI CURE e ATTENZIONI PRIMARIE**, per cui si creano efficaci e sicure **ALTERNATIVE** all'ospedale
 - *ed è provato che possiedono efficacia “non inferiore”, a costi minori*

Il territorio

- C'entra nei percorsi diagnostici ?
 - *“sì, ma.....sai.., quando ci vuole competenza... l'ospedale è un'altra cosa....”*
- e nelle decisioni terapeutiche?
 - *“sì..., però..... è in ospedale che si decide....”*

Il territorio

- C'entra nei percorsi diagnostici ?
 - *“sì, ma.....sai.., quando ci vuole competenza... l'ospedale è un'altra cosa....”*
- e nelle decisioni terapeutiche?
 - *“sì..., però..... è in ospedale che si decide....”*

....e NEL GESTIRE LA PROGNOSE ?

quoad vitam o quoad valetudinem

DOVE, SE NON NEL “TERRITORIO” scorrerà *la vita e la valetudine* ?

Sono i sistemi di salute unitari quelli che funzionano meglio (in continuità **NON** in competizione !)

1. Sistemi di salute unitari richiedono “più territorio”
2. Da solo l'ospedale non può bastare a soddisfare la “galassia della cronicità” ed i bisogni complessi
3. Oggi esistono alternative al ricovero in H e molte altre potrebbero realizzarsi al di fuori degli edifici ospedalieri. Basta volerlo.
4. È provato che nella “catena” delle azioni di cura occorre sempre di più complementarietà, concatenazione logica ed intelligente: →
LA CONTINUITA' PER LA VERA QUALITA'
5. È provato che per ottenere GUADAGNO DI SALUTE occorre UN
APPROCCIO INTERSETTORIALE

SOLUZIONI INTERSETTORIALI

- per (far) “star bene” e (far) “rimanere in salute” servono molto più che buoni servizi sanitari *(posto che siano già davvero equamente accessibili e fruibili da chiunque ne abbia bisogno e siano di elevata qualità; e non basta nemmeno la medicina del territorio)*
- **Reddito, lavoro, casa, habitat, trasporti, cultura, istruzione, coesione e inclusione sociale contano e valgono ben di più**

SOLUZIONI INTERSETTORIALI

- **Reddito, lavoro, casa, habitat, trasporti, cultura, istruzione, coesione e inclusione sociale contano e valgono ben di più**

Tre strategie * :

- 1) migliorare le condizioni socioeconomiche che favoriscono la salute;
- 2) prevenire le condizioni socioeconomiche che possono pregiudicare la salute;
- 3) neutralizzare le esistenti condizioni socioeconomiche che causano le malattie

.... accettare l'idea che la sanità pubblica diventi un elemento costitutivo della società, in tutte le sue manifestazioni, sociali, sanitarie, culturali e, come tale, automaticamente inclusa in tutti gli atti politici.

Le criticità del welfare, oggi

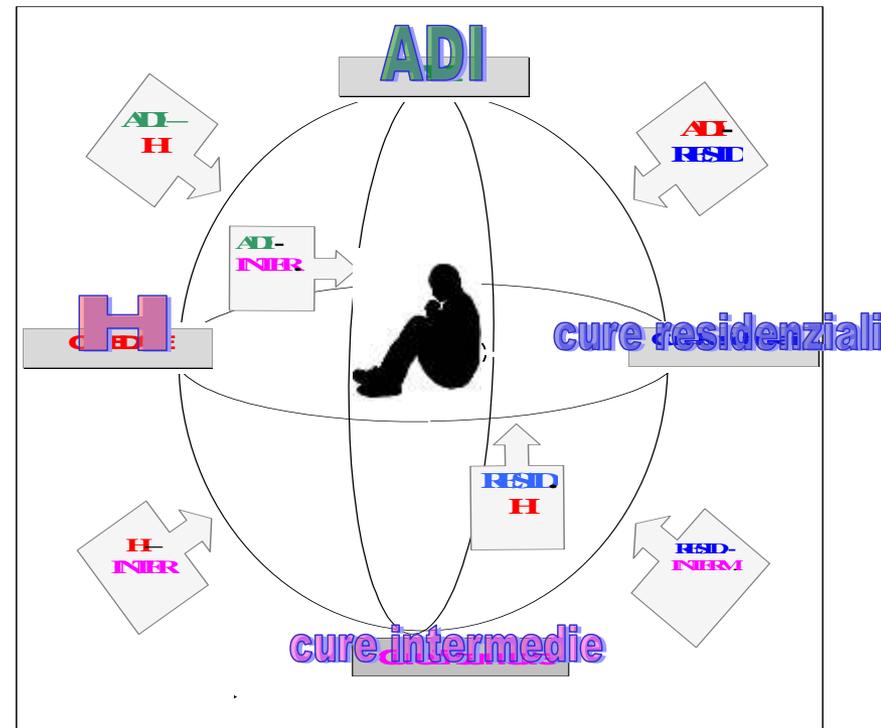
- Mantenere e sostenere l'attuale (è a forte rischio)
- Pensare e realizzare la crescita (sviluppo)
- Occuparsi delle persone ponendo al primo posto del sistema la variabile TEMPO
 - Sono tempestivo e puntuale ?
 - Lavoro in long term care ?
 - Quanto faccio per una “forever care” ?

La continuità di cura assistenza attenzione

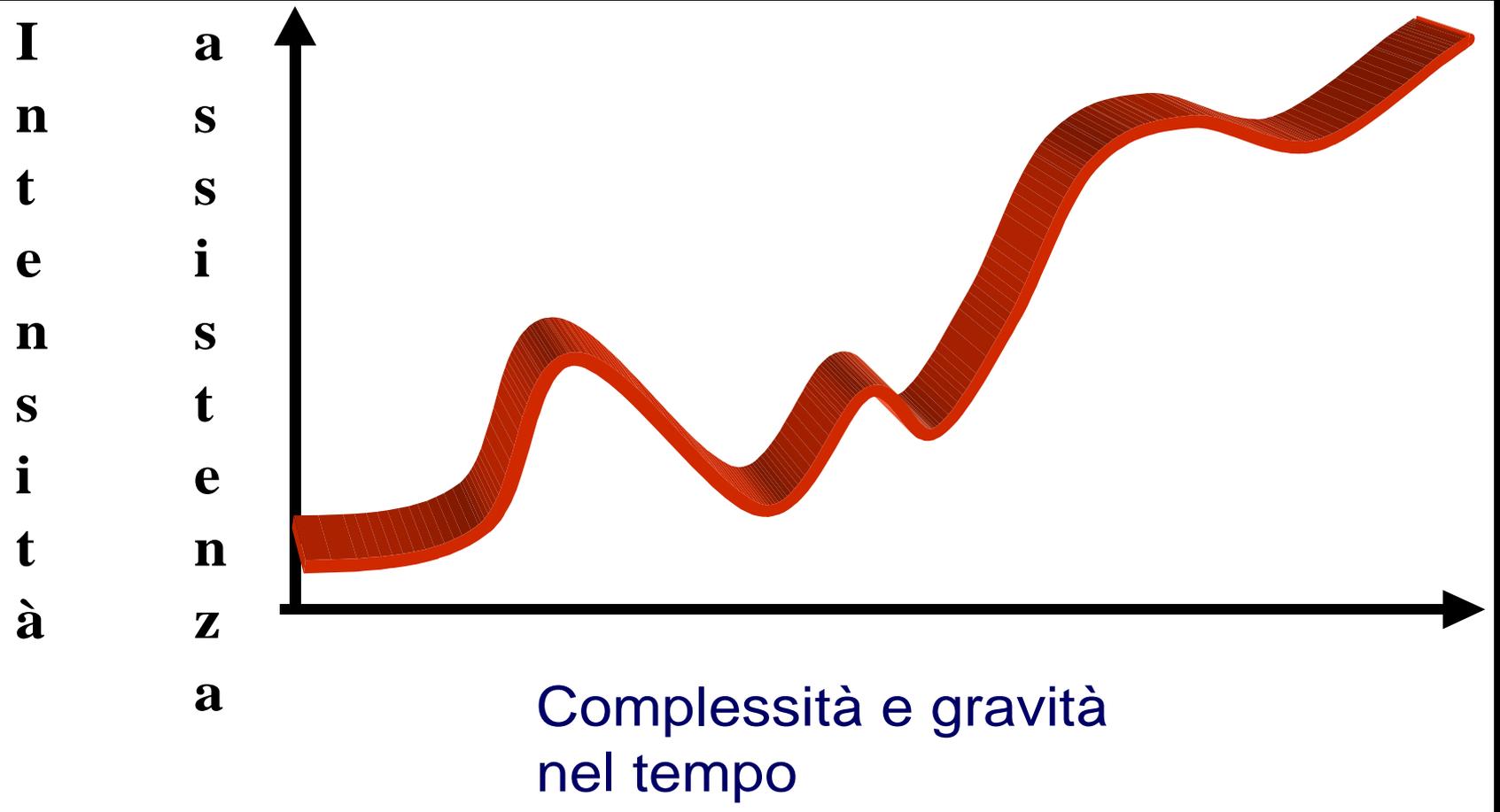
TRA

- Ospedale e territorio
ma meglio ancora tra
- **Territorio e ospedale**
 - In un territorio “intelligente” l’ospedale diventa uno dei punti della rete, tra tutti i quali ci deve essere interconnessione E CONTINUITA’
o, meglio ancora, tra
- **I BISOGNI COMPLESSI DELLA PERSONA**
- **CON “TENUTA” NEL TEMPO LUNGO**

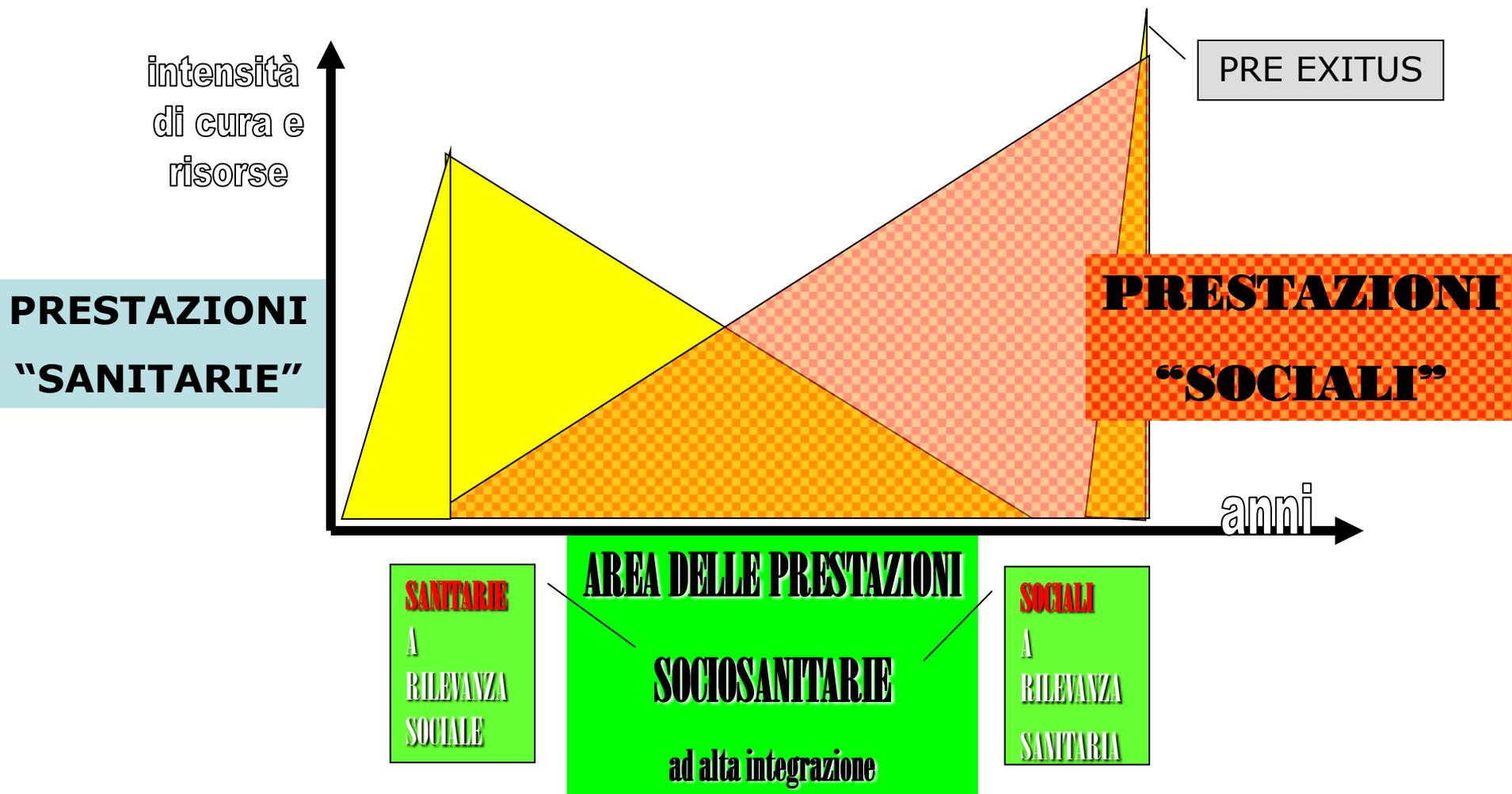
CONTINUITA’



Siamo consapevoli che in alcune condizioni dell'esistenza



Le esigenze di vita di una persona con bisogni complessi progressivamente cambiano.....



territorio e welfare territoriale

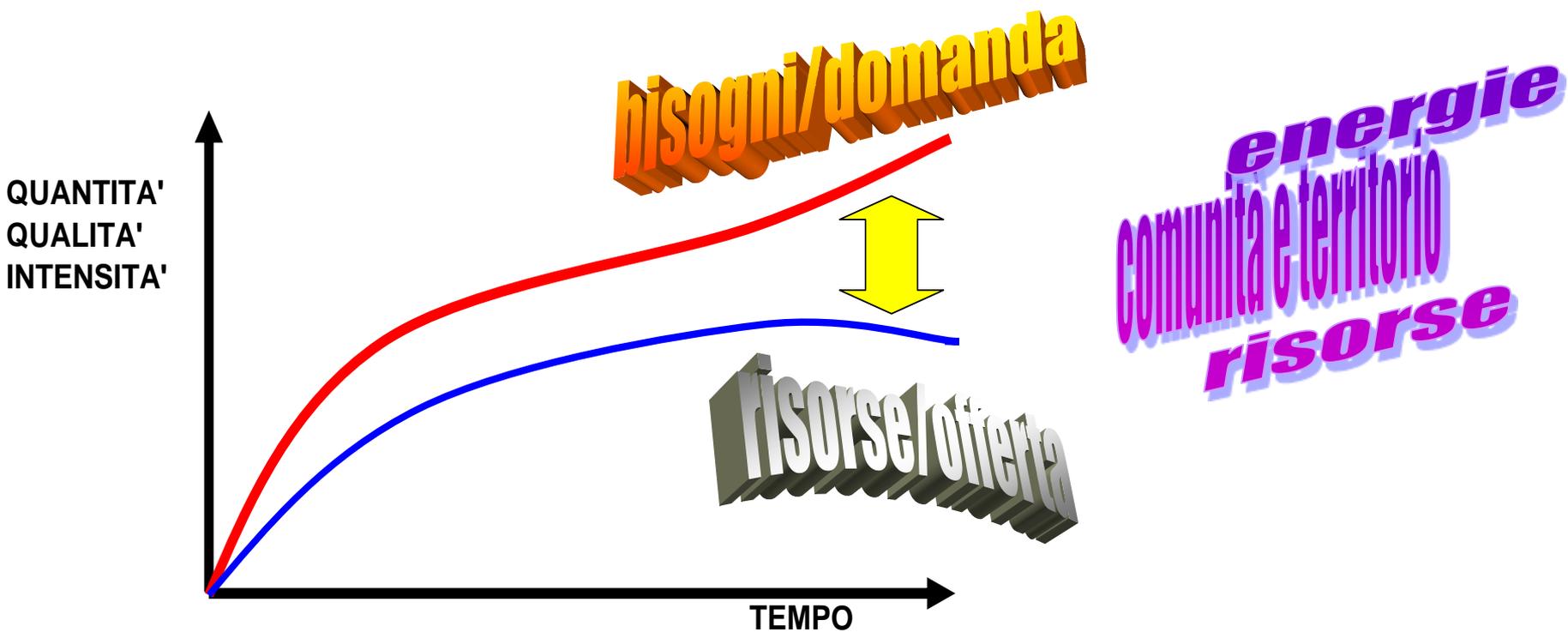
Dove si vedono, si toccano....

- **istituzioni vicine ai cittadini; “si parlano e parlano per loro”**
- **legami visibili delle istituzioni con il territorio**
- **capacità dell’organizzazione a**
 - **mantenere cure nel lungo termine**
 - **liberare le risorse del territorio**
 - **concretizzare impegni coerenti verso le fragilità**
 - **riconoscere la complessità per saperla affrontare**
- **attenzioni prevalenti alla “cronicità” e non più solo all’acuzie (MMG e cod. bianchi ???)**
- **finanziamenti adeguati per la nonautosufficienza/disabilità**
- **riconoscimento del lavoro ed impegno delle famiglie**

ED INOLTRE DOVE

- **si rende conto e ci si rende conto dei risultati e non solo di input ed output**
- **si valuta il rendimento delle spese per la SALUTE ed il BENESSERE (che diventano investimento e non COSTI !!)**

LA DOMANDA CENTRALE, OGGI: COME COLMARE IL GAP ?



IL “TERRITORIO” ha senso solamente se diventa ALTERNATIVO all’ospedale

Se rimane solo complementare produce solamente aumento dei costi.

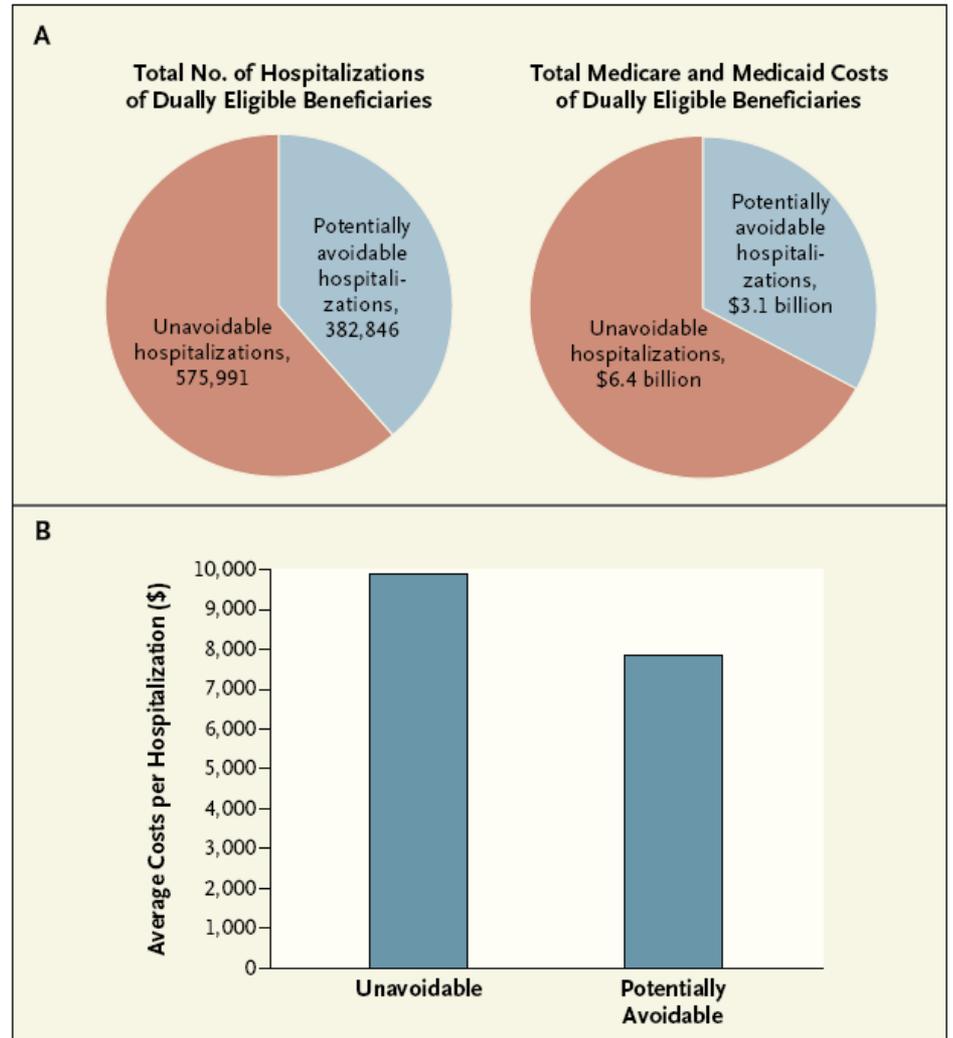
- Occorre superare problemi di ordine
 - culturale
 - professionale
 - organizzativo (definizione di obiettivi e risultati)
 - economico (riallocazione e riconversione delle risorse)



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective
SEPTEMBER 29, 2011

Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents



de-ospedalizzare
ri-ospitalizzare il
territorio

Nino Trimarchi, artista

Sulle labbra “*territorio*”, nel cuore (mente) “*ospedale*”

Il “territorio” è invocato quale sede per fare diagnosi, terapia, riabilitazione

MA

- per l’assistenza domiciliare le aziende sanitarie spendono l’1% dei propri budget
- resta nelle mani dei cittadini il 75% della spesa sanitaria (aggiuntiva) per prestazioni amb. specialistiche e cresce la spesa privata per i farmaci
- resta dominante (schiacciante) la spesa familiare per assistenza domiciliare (“badanti”) e residenziale (“case di riposo”)
 - *(forse così si salveranno i conti del SSR, ma saranno a forte rischio di impoverimento molte famiglie e di collasso gli enti locali)*

Link logico tra realtà dei bisogni e realtà organizzative

- Posto che siamo d'accordo sulle *“cose da far fare al territorio”* - ad esempio
 - Erogare assistenza primaria - ambulatoriale, domiciliare, residenziale-semiresidenziale
 - Realizzare continuità terapeutica e assistenziale
 - Costruire e rafforzare integrazione, in primis intra-sanitaria e sociosanitaria, ma anche intersettoriale
 - Farsi riconoscere dalla gente con istituzioni vicine (*“... Il nostro partito è ben radicato nel territorio”*)



Come è possibile ottenere tutto questo (ed altro) senza creare e sostenere una nuova organizzazione che di ciò si occupi ?

PAROLA UNITA,
SENZA
TRATTINI O
SPAZI BIANCHI

Il distretto **socio**sanitario

Da identità incompiuta
a compiuta

TERRITORIO E DISTRETTO

1. Il distretto ha senso ed esiste solamente se si introietta il concetto (azione) di “territorio”
2. Il distretto non è un “ospedale bonsai”
3. Il distretto è
 - Espressione del territorio, sua proiezione, sua sintesi
 - L’istituzione di salute più vicina al territorio di vita della gente
 - Punto di incontro/legame tra territorio e comunità, tra domanda ed offerta
 - Sinonimo di percorsi di salute, di attuazione dei PDTA
 - Luogo di saldatura del lavoro in team, in équipes multiprofessionale e multidimensionali, del lavoro per progetti personalizzati integrando “tutti e tutto” verso la persona
 - Organizzazione di fiducia (case manager), pari almeno a quella per le ben visibili “mura ospedaliere”
 - Occasione di lavoro e occupazione locale
 - **Orgoglio della comunità (non meno dell’edificio-ospedale locale) - “il mio - nostro distretto”**

A TRIESTE, 15 ANNI DI STORIA DEI 4 DISTRETTI

ATTESO

- Diminuzione dei ricoveri ospedalieri
- Assistenza domiciliare (anche integrata)
- Assistenza in nuove Residenze Sanitarie Riabilitative e “residenze altre”
- Assistenza in nuovo hospice
- Revisione e coll.di ambb. di MMG e specialisti

OSSERVATO

- ✓ 15.000 persone ricoverate in meno ogni anno
- ✓ 5.000 prs/anno “complesse” in home care h24/7 (con tecnologie)
- ✓ 3.000 prs./anno ricoverate nei 230 p.l. di 4 nuove Residenze sanitarie (3 private conv.nate) - 5.000 in 100 residenze “rivisitate”
- ✓ 400 prs./anno nei 20 posti di Hospice (da riconversione di Casa di Cura privata accreditata)
- ✓ “fatto” : sia in aspetti qualitativi che quantitativi

A TRIESTE, ogni giorno, le persone curate/assistite dai quattro distretti nei diversi luoghi di cura e di vita

5.000 nei 300 studi di medici di famiglia

700 in assistenza domiciliare

A CASA: 800 con telesoccorso

1.000 in "Amalia"

500 nei ns amb. di Medicina Specialistica

30 in dimissione protetta da ospedali

230 in RSA

20 in hospice

50 in continuità e integrazione con DSM, DDD, DIP, ns Centri specialistici

> 1.000 nelle residenze "protette" o polifunzionali

150 in attività integrate con SSC (ADI, UVD, EMH) e terzo settore

200 ricevono distribuzione diretta dei farmaci

100 donne con problemi di genere

100 Bambini e adolescenti

XXXX

FAMIGLIE

**200 diabetici
200 tumorali
100 cardiop.
50 broncop.**

**150 per riabilitazione e
60 per assistenza protesica**

IL CUORE DELLE ATTIVITA' LE ATTIVITA' CON IL CUORE

Il Distretto : NON SONO SOLO EDIFICIO !!

DIAMO VALORE :

- Alla centralità della persona e famiglia
- Alla comunità
- AL "TERRITORIO"
- Alla continuità
- All'integrazione
- **ALLA COMPETENZA**
- A nuove possibilità per rimanere a lungo e bene a casa
- Alla qualità della vita nelle residenze sanitarie e sociosanitarie

IL "NUOVO" DISTRETTO



IL DISTRETTO : AL TUO FIANCO

2000-2010, a TRIESTE

ASS1	2000	2010	diff%
pop tot ts	246.460	239.782	-3%
n° dimiss. tot da H (ordin + DH)	56.523	37.716	-33%
N° gg deg	450.218	307.315	-32%
pop > 75	31.416	32.871	5%
N° ric > 75 (ordin + DH)	17.634	13.640	-23%
p.l. AOU (nel 1996 = 3 H con 1.510 p.l.)	1.276	794	-38%
p.l. RSA - Resid. sanitaria riabil.	167	229	37%
n° p.l. in hospice	16	20	25%
n° dimissioni da RSA	1.194	2.779	133%
gg deg RSA	43.450	80.418	85%
N° accessi infermieri a domicilio	58.863	129.982	121%
N° accessi fisioterapisti a dom.	6.987	12.060	73%
accessi ADV/ADP di MMG	13.884	13.763	-1%
N° prescrizioni farmaceutiche	1.478.392	2.600.321	76%
N° prestazioni tot. amb. erogate da ASS 1	1.111.677	1.306.873	18%

1996-2010, a TRIESTE

ASS1	1996: ente ospedaliero unico	2000	2010	diff%
totale posti letto	cattinara 724	1.276	794	-38%
	maggiore 571			
	santorio 215 tot. = 1.510			
personale dipendente ASS1	4080 tot.	1.028	1.233	20%
personale dipendente AOUTS		3.034	3.000	-1%
costo personale ASS1	112.000.000 €	34.308.748	59.800.000	74%
costo personale AOUTS		113.410.836	138.469.347	22%
tot. costi produzione ASS1	235.000.000 €	269.208.161	415.275.529	54%
tot. costi produzione AOUTS*		163.856.260	261.665.641	60%

CAPIRE meglio...

-Perché in Italia il concetto e la pratica territoriale non si sono affermate, nonostante
 - almeno due ottime leggi (833/78, 229/99)
 - ampie raccomandazioni, nobili atti e documenti di livello ministeriale e regionale
 - qualche voce autorevole
-Se il distretto può diventare “forte” in assenza di una convinta e convincente cultura e solida pratica “territoriale”
- I “casi” nelle singole regioni

.... identità incompiuta....

perché il distretto non e' "decollato"
come atteso ?

Forse perchè :

- È stato appesantito da pregiudizi e stereotipi, schiacciato al suolo dalla "forza di gravità del vecchio"
- Non ha avuto la spinta di un nuovo motore
- e forse non gli si è data nemmeno la possibilità (il potere) di accedere alla pista di decollo

QUANDO IL DISTRETTO esiste e “SI VEDE”?

- Quando si è voluto che esistesse !
- ... e ...
 - gli hanno dato le ali della leggerezza della visione e azione innovativa
 - ha ricevuto la giusta spinta antigravitaria da...
 - ha avuto propulsione dalla motivazione e dalla passione degli operatori, della gente, dalle nuove inesauribili energie “pulite” libere (liberate) nel territorio.

Distretto e territorio.....

Le grandi occasioni mancate

1. Contribuire alla chiusura dei “piccoli” ospedali →
 - forse un distretto locale “forte” poteva essere strumento e risorsa sostitutiva credibile ed accettabile
 - forse attribuendo il governo dei piccoli ospedali ai distretti si potevano facilitare riconversioni, evitare ridondanze e duplicazioni (SPRECHI)
2. Portare una convinta medicina generale nel sistema distrettuale (territoriale) →
 - forse maggiori poteri al distretto avrebbero evitato l'impensabile: che decine di professionisti qualificati oggi non siano ancora inseriti in un'organizzazione fatta a loro misura (per risposte globali, sul fronte della clinica e dei determinanti sociali delle malattie)
3. Includere le farmacie nella rete dei servizi distrettuali →
 - forse alleandole con il distretto, consapevoli delle ingenti risorse loro attribuite dal SSN/SSR, potrebbero divenire efficaci punti di salute ben integrati nel sistema di salute territoriale
4. Disporre di un adeguato (nuovo !!) sistema informatico/informativo

Identikit del distretto “ideale” ?

- **NON ESISTONO MODELLI UNIVOCI, PROPRIO PER LE SPECIFICITA' DEI SINGOLI TERRITORI.**
- **NON DEVE COINCIDERE CON LA FIGURA DEL RESPONSABILE.**

PER RAGGIUNGERE L'ECCELLENZA :

- È entità viva(ce) e amichevole, mai “burocratica”, vicina alle emozioni della gente locale
- È punto di convergenza del “sentire locale” (fiducia ! credibilità)
- È organizzazione CON AUTONOMIA tangibilmente in grado di offrire alternative (più) efficaci dell'ospedale, parimenti sicure
- È luogo di partecipazione, di scelte condivise
 - nell'offerta di servizi integrati (intersettoriali) e di empowerment
 - nella programmazione locale (piani integrati di salute)
 - nel governo della domanda (???) e dell'offerta, con forte presenza di governance del sistema
- ... perché al distretto sono conferiti poteri reali e concreti strumenti di governo
- *....” quando profuma di democrazia”*

Identikit del responsabile di distretto “ideale” ?

- Sono richieste “scontate” competenze manageriali.....
- ma di MANAGER DI SERVIZI PUBBLICI

E CERTAMENTE dovrebbe avere:

- “testa e cuore”, umiltà di non sapere (accettare l’incertezza)
- tensione etica, attitudini a-gerarchiche
- creatività per nuove modalità di risposte, percorsi di cura ed assistenza personalizzati, con occhio di riguardo alle fasce deboli
- consapevolezza della rilevanza di temi quali le disuguaglianze di salute, la coesione e lo svantaggio sociale
- capacità di porre in equilibrio medicina dell’individuo e della comunità
- conoscenze di EBM, da coniugare al *whole real life approach*
- piacere e curiosità di stare vicino alla gente, alle persone
- visione delle priorità degli interventi intersettoriali
- sapienza nelle connessioni; “*saperci fare*” nel creare e saldare reti, integrazione e continuità, lavoro in team, approcci multiprofessionali
- stili di lavoro antitetici al burocratismo difensivo

DALLA POESIA ALLA PROSA

Dalla filosofia - *l'uomo è l'unico ente in grado di prendersi cura dell'essere (Heidegger) -*
alla pratica.....

- Lo scenario generale e particolare oggi è dominato dai “valori” dell’ efficienza e della produttività
- il “territorio” è erroneamente posto in competizione con “l’ospedale”
- ...e secondo alcuni sottrae (“ruba”) risorse all’ospedale

In un sistema di salute pubblico...

elementi di valutazione

quanta salute produci/ottieni

come governi il sistema

quanto spendi

L'impatto di H e T le comparazioni

elementi di valutazione	H	T
quanta salute produci/ottieni		
come governi il sistema		
quanto spendi		

H e T: chi ottiene cosa ?

elementi di valutazione	H	T
quanta salute produci/ottieni		
come governi il sistema		
quanto spendi		
obiettivi	H	T
aumentare le performances		
controllare/ridurre i costi		
aumentare equità (accesso)		

H e T: chi ottiene cosa ?

elementi di valutazione	H	T
quanta salute produci/ottieni	+	+++++++
come governi il sistema	+	+++++++
quanto spendi	+++++++	++
obiettivi	H	T
aumentare le performances	probab.	possib.
controllare/ridurre i costi	improb.	prob.
aumentare equità (accesso)	n.p.	doveroso

Ospedale e territorio : avere ed essere

	H	T / D
conoscenze su prodotti,attività,ecc.	++++	+
saperi	++	??
poteri	++++++	? (-)
denari	+++++++	++

SVILUPPO E POTENZIALITA'

I nuovi rating ideali di Standars's & Poor's....

ideale	H	T - D
continuità terapeutica	a++	a++
continuità assistenziale	a+	a+++
integrazione intrasanitaria	a++	a++
integr. soc-san + intersett.	n.p.	a+++
liste di attesa	a++	a+++

I giudizi di Standars's & Poor's....

Ideale vs reale

ideale / reale	H	T - D
continuità terapeutica	a++ / a--	a++ / a
continuità assistenziale	a+ / a--	a+++ / a
integrazione intrasanitaria	a++ / a	a++ / a
integr. soc-san + intersett.	n.p.	aaa+ / ?a
liste di attesa	b-m / a	aaa / zero

IL NOCCIOLO DELLA QUESTIONE



trend
spesa corrente
spesa conto capitale
risorse
capitale monetario

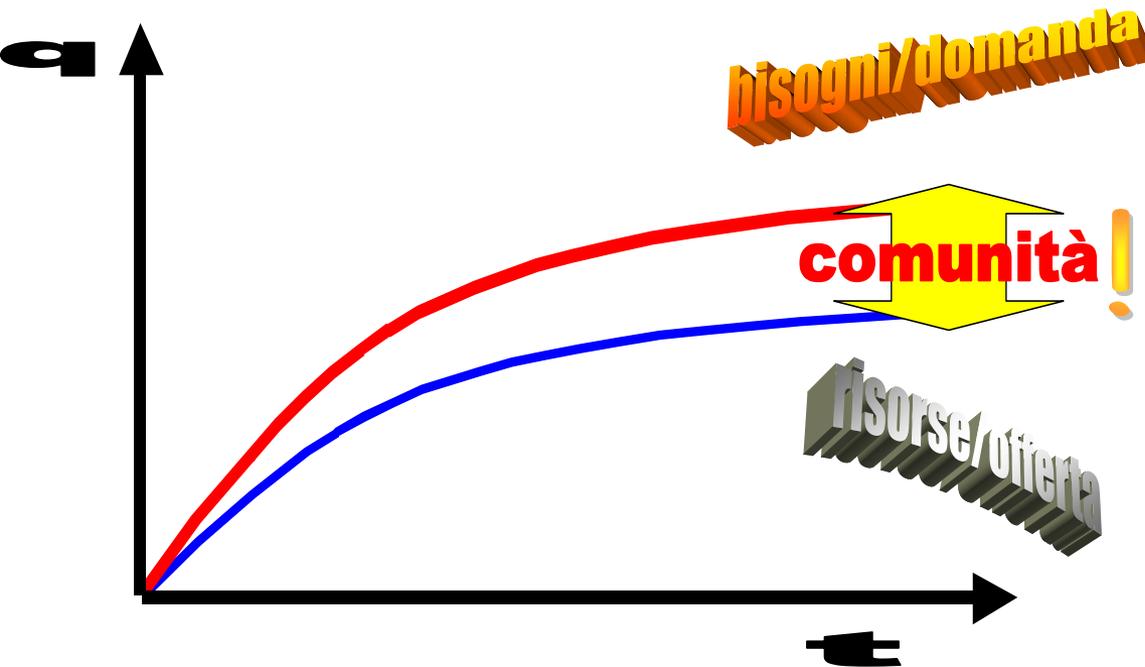


IL NOCCIOLO DELLA QUESTIONE

trend	H	T / D
spesa corrente	↑↑	↑
spesa conto capitale	↑↑↑	↑
capitale	↓	↘
capitale sociale	+	↑↑↑

risultati di salute	+	+++++
----------------------------	---	-------

PER FRONTEGGIARE BISOGNI/DOMANDA CRESCENTE
NON BASTA INCREMENTARE I CAPITALI ECONOMICI....



ELEVARE IL CAPITALE SOCIALE DELLA COMUNITA' :

- l'insieme delle relazioni che collegano tra di loro i membri di una comunità;
- l'insieme delle reti sociali, delle norme di fiducia e di reciprocità che derivano da queste relazioni