Il Distretto Socio Sanitario: una identità incompiuta?

PRESA IN CARICO E CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA PER UNA REALE CENTRALITA' DEL PAZIENTE

Dr. Gilberto Gentili
Presidente Nazionale CARD

PRESA IN CARICO

CONTINUITA’ DELL’ASSISTENZA

MUSIC FROM AND INSPIRED BY THE MOTION PICTURE
MISSION: IMPOSSIBLE

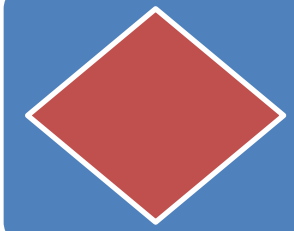
Qualità dell'assistenza
& continuità delle cure

Oppure.....

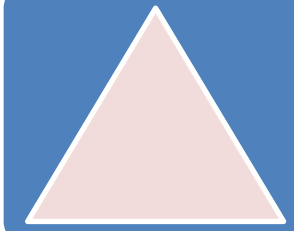
2 processi su cui riflettere ?

RIBALTIAMO I PARADIGMI

IL DISTRETTO SANITARIO DIVENTA UNA REALTA' **COMPIUTA**



LA PRESA IN CARICO DIVENTA **RESA** IN CARICO



LA CONTINUITA' DELL'ASSITENZA DIVENTA **DISCONTINUITA'** DELL'ASSISTENZA

IL SOGNO E' L'INFINITA OMBRA DEL VERO (G.Pascoli)

QUAL'E' IL DISTRETTO COMPIUTO ?

E’ QUELLO CHE FA ECOLOGIA DELLA SALUTE

E NON ECOLALIA DELLA SALUTE

E’ quello che rende reale il realizzabile

ECOLALIA DELLA SALUTE

- L'**ecolalia** è un disturbo del linguaggio che consiste nel ripetere involontariamente, come un'eco, parole o frasi pronunciate da altre persone.
  - Il disturbo è presente fino al 75% nelle diagnosi di autismo, ma è anche presente nella Sindrome di Tourette, nella schizofrenia e, occasionalmente, in altre forme di psicopatologia. Quando il fenomeno si presenta involontariamente è considerato un tic.
    - È caratteristico dei neonati, che tendono ad apprendere i vocaboli per imitazione.

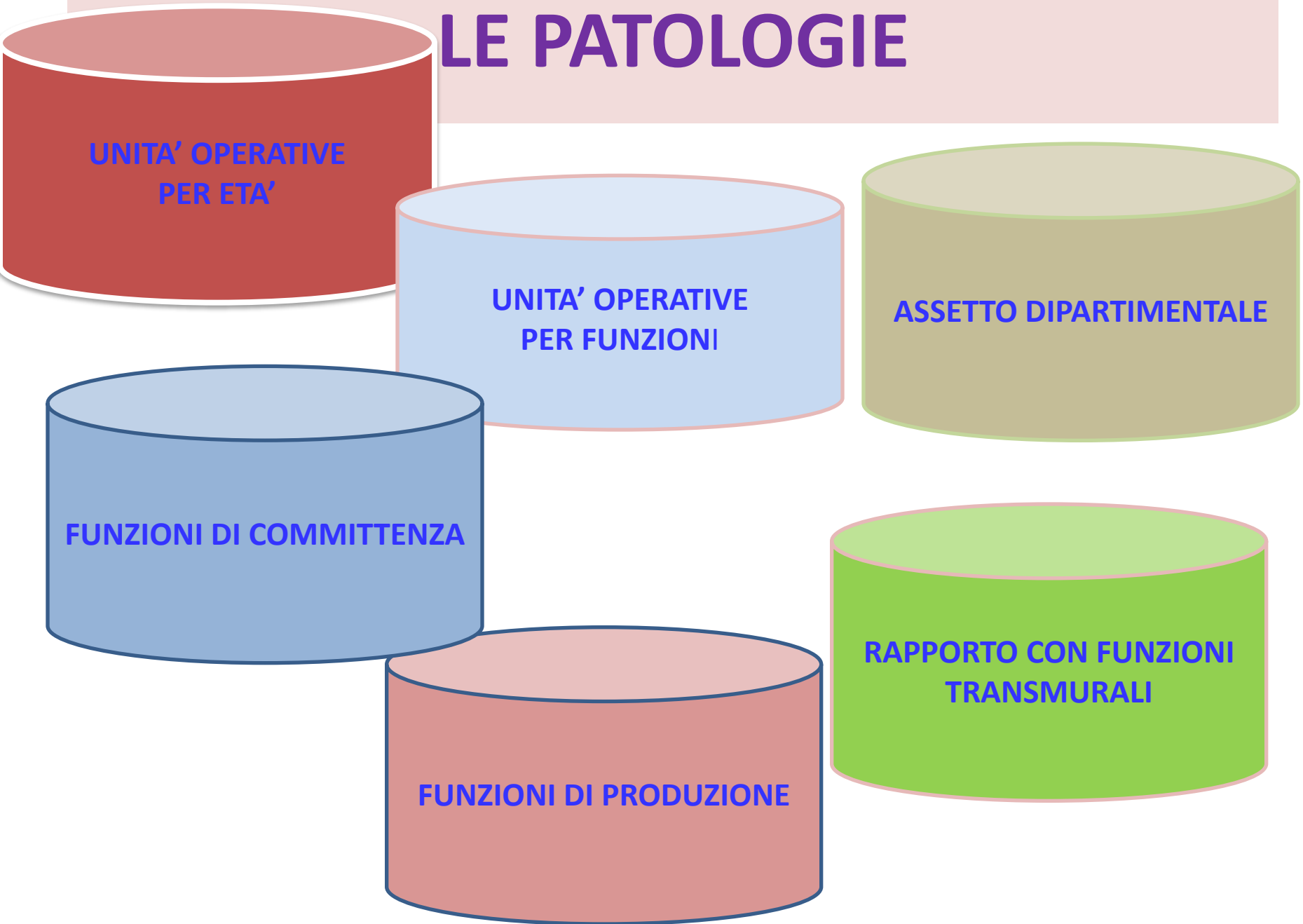
PATOLOGICO

DA WIKIPEDIA

ECOLALIA DELLA SALUTE

- Nel caso del distretto consiste nello scimmiottare modelli che sono derivati da altre organizzazioni fino a definire vere e proprie" patologie" organizzative

LE PATOLOGIE



ECOLOGIA DELLA SALUTE

- Perseguire la promozione della salute attraverso non solo l'utilizzo di pratiche mediche tradizionali, ma anche con l'adozione di stili di vita che prevengano l'indebolimento delle nostre difese organiche.
- D'altronde si può dire vincente un sistema che aumenta le sue quote di spesa in misura superiore al PIL?

FISIOLOGICO

Distretto con - vincente

ospedale per acuti ???

Mito o realtà ?

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.

DIABETE

Il diabete mostra una chiara tendenza, in tutti i paesi industrializzati, ad un aumento **sia dell'incidenza sia della prevalenza**. L'accresciuta prevalenza nel mondo del tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Stime e proiezioni sul periodo 1994-2010 indicano la **triplicazione** a livello mondiale dei casi di diabete mellito tipo 2.

conseguenze

In Italia, tra il 2001 e il 2007, i posti letto in strutture ospedaliere pubbliche sono diminuiti di 30 mila unità.

Nel 2009 :

ricoveri:meno 500.000

gg. Degenza: meno 2.000.0

Disavanzo 3,2 miliardi

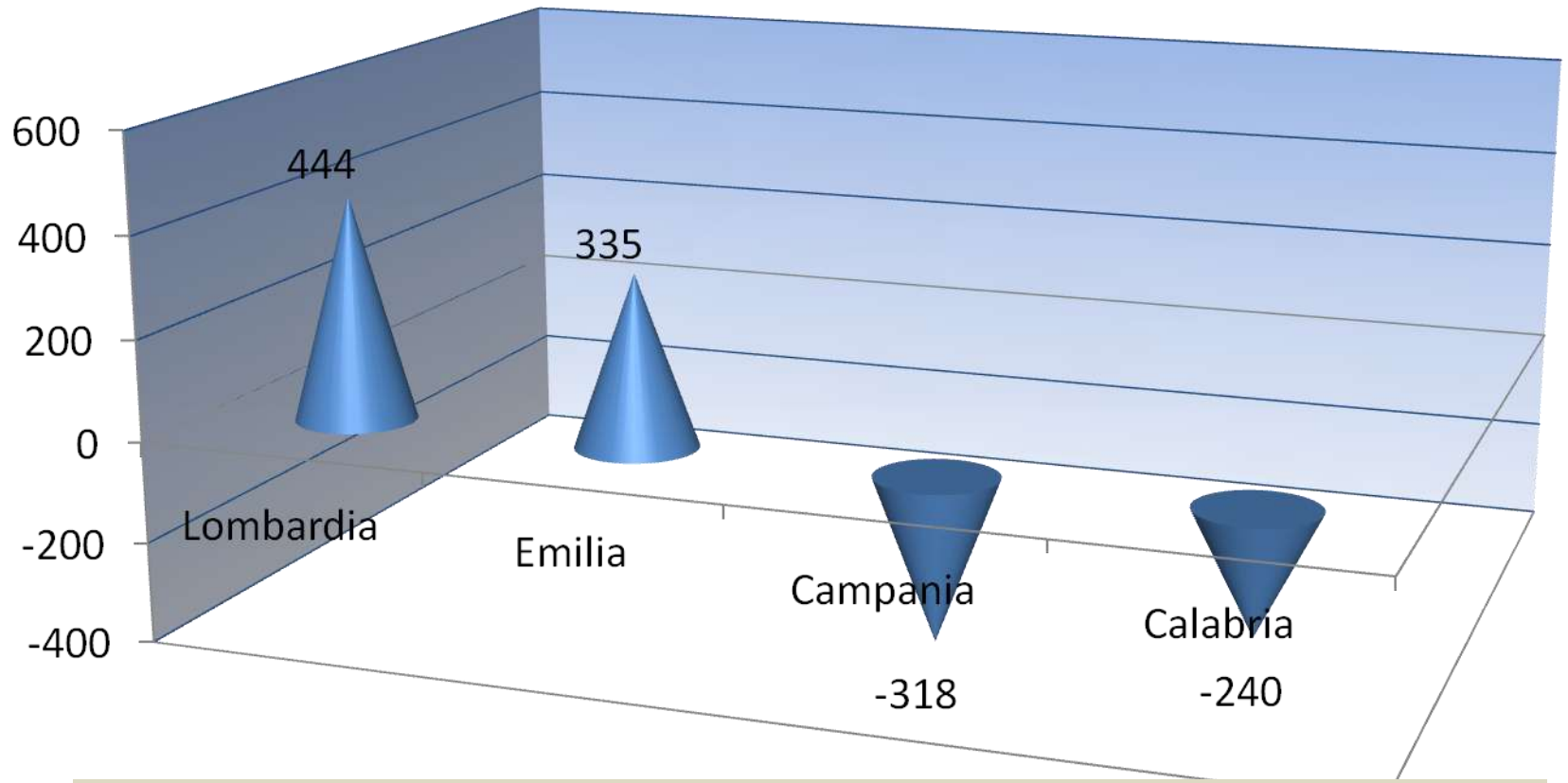
55,5 % al Sud

44.5 centro nord.40% LAZIO

Sistema equo e solidale??

EQUI E SOLIDALI

MOBILITA’



Sistema equo e solidale??

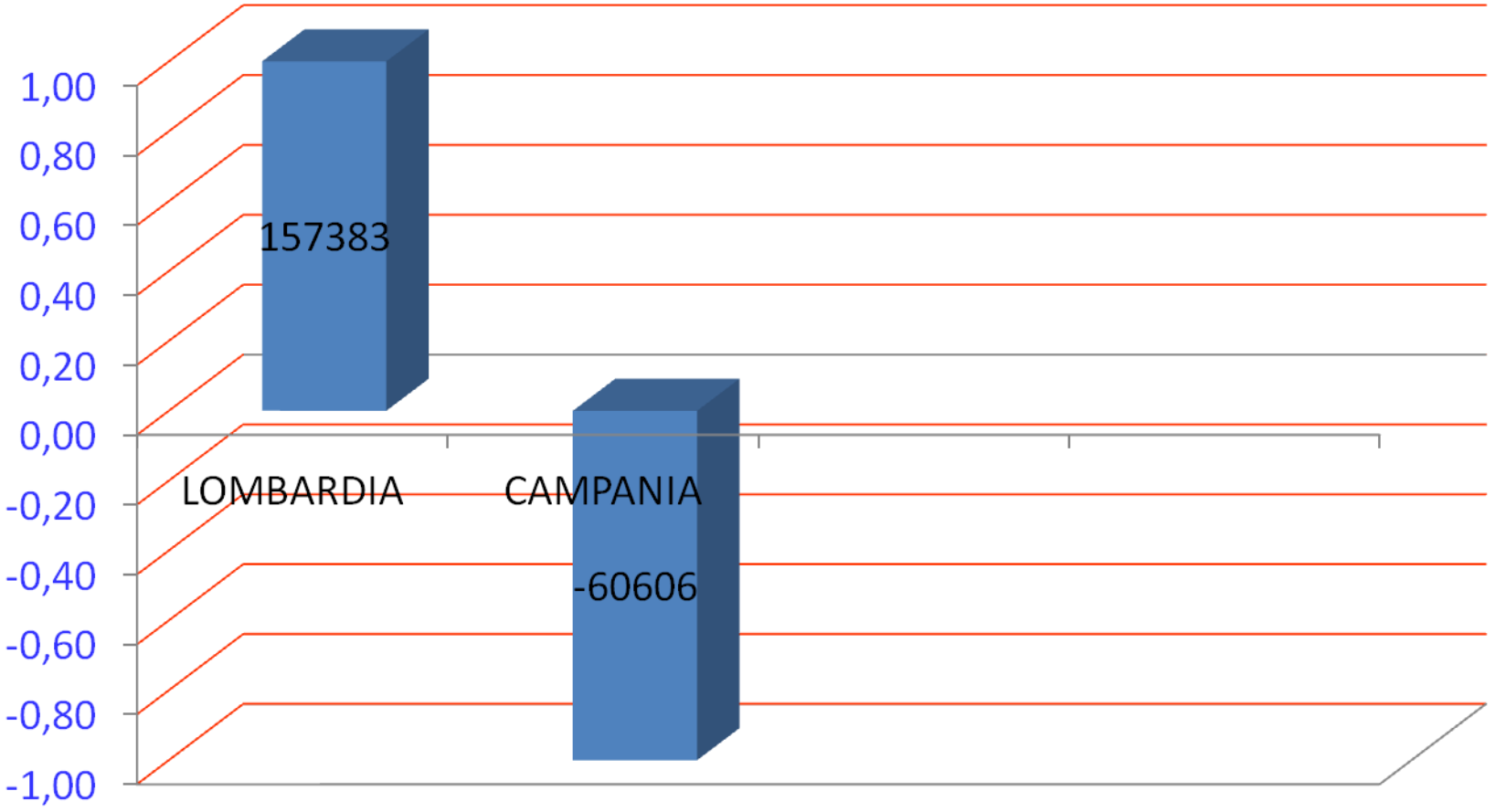
CAMPANIA	LAZIO
CALABRIA	SARDEGNA
SICILIA	MARCHE
PUGLIA	

NORD

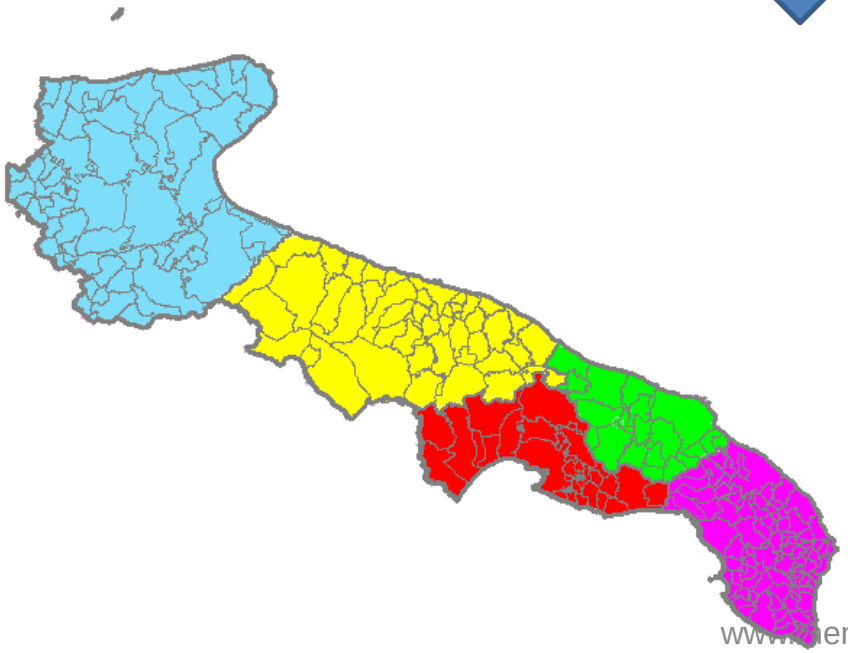
SUD

LOMBARDIA	VENETO
EMILIA	FRIULI
TOSCANA	

MOBILITA’ 2009

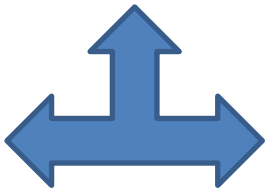


Sondrio
Varese
Lecco
Como
Bergamo
Brescia
Milano
Lodi
Pavia
Cremona
Mantova



Piana
degli
Albanesi
Trapani
Palermo
Monreale
Mazara
del Vallo
Cefalù
Patti
Messina
Acireale
Nicosia
Catania
Caltanissetta
Agrigento
Piazza
Armerina
Caltagirone
Siracusa
Ragusa
Noto

www.themeg



Caserta
Benevento
Napoli
Avellino
Salerno

- Il Lazio ha il secondo flusso in uscita, ma grazie all'entrata va in attivo

- **Il Molise è l'unica Regione del Sud attiva per 5000 assistiti grazie ad un 'unica struttura:**

- **Neuromed di Isernia, che da solo assorbe circa il 50% del flusso in entrata.**

Che fare per uscire dalla crisi?

provocazione

MA SE OPERASSIMO UNA LETTURA DIVERSA, PENSANDO ALLA AUTOSUFFICIENZA DI TUTTE LE REGIONI….SAREBBE SOSTENIBILE LA RETE OSPEDALIERA DELLE REGIONI CON MOBILITA' ATTIVA ???

L'ATTRATTIVITA' DI ALCUNE STRUTTURE NON SI BASA FORSE SULLA POSSIBILITA' DI OFFRIRE OPPORTUNITA' PROFESSIONALI LEGATE A SUPER FINANZIAMENTI?

SE PENSASSIMO CHE LA CONDIZIONE ABITUALE DELL'INDIVIDUO E' LEGATA AL SUO ECOAMBIENTE

E CHE L'OSPEDALE E' UN FORNITORE DI SERVIZI CONTINGENTI CHE POI RESTITUISCE AL TERRITORIO IL PAZIENTE PASSEREMMO APPUNTO ALLA….

RESA IN CARICO

OPERANDO UNA NORMALIZZAZIONE CONCETTUALE E RICONDUCENDO AL PROPRIO DOMICILIO LA IDENTITA' DI OGNUNO

NESSUNO HA LA RESIDENZA IN OSPEDALE

NESSUNO PASSA NELLA PROPRIA VITA IL MAGGIOR NUMERO DEI SUOI GIORNI IN OSPEDALE

NESSUNO DESIDERA VIVERE IN OSPEDALE

IL RICOVERO DIVENTA UN PASSAGGIO DI DISCONTINUITA' DELLA ASSISTENZA

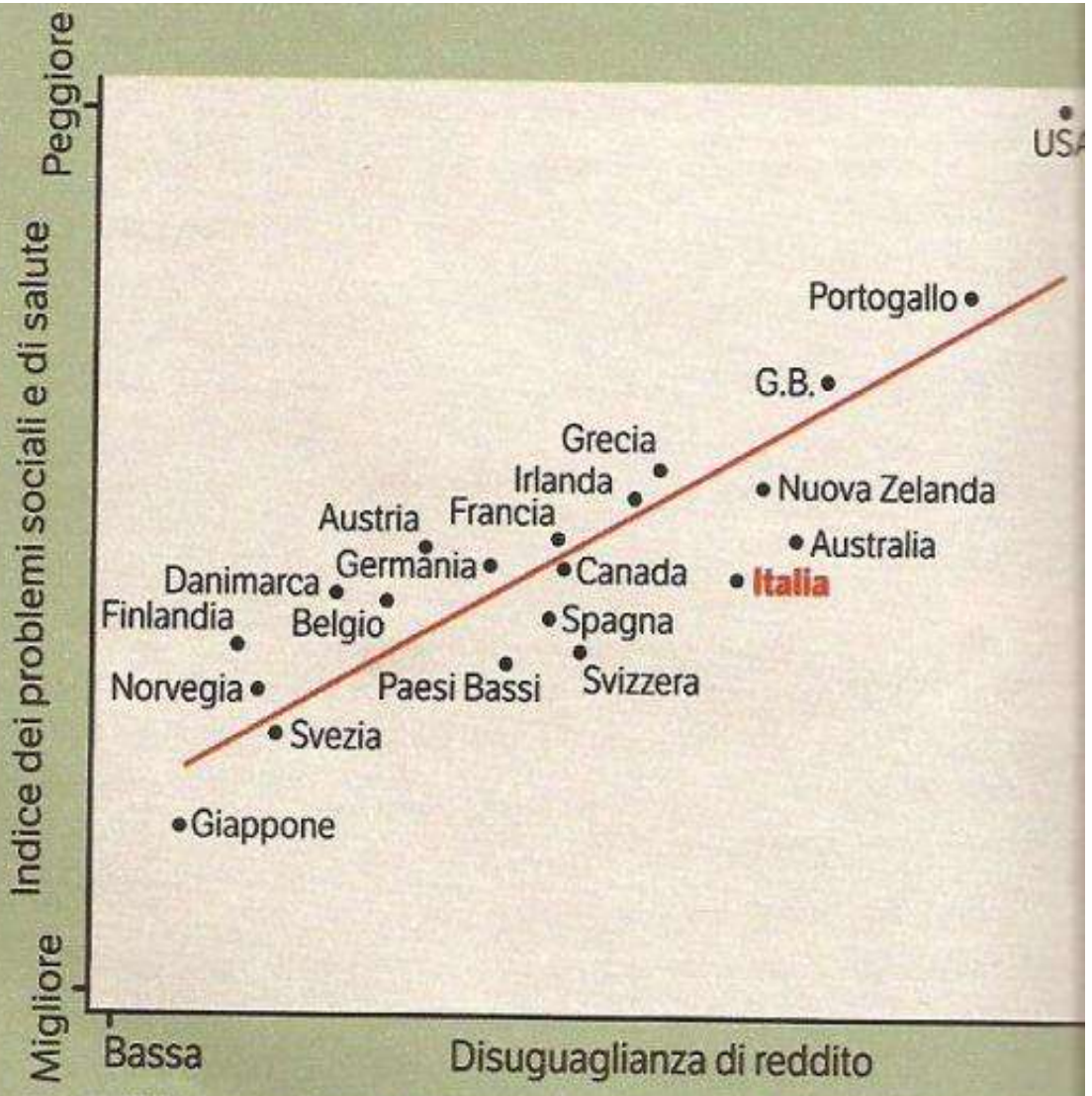
PERCHE' LA CONTINUITA' VA RICERCATA NEL QUOTIDIANO, IN OGNI FASE DELLA VITA (SCUOLA, LAVORO…)

PROFESSIONISTI

PAZIENTI

Più uguaglianza, meno problemi

Wilkinson e Pickett hanno messo a confronto un indice che combina vari problemi (livello di fiducia, obesità, omicidi, mobilità sociale, droga, madri teenager...) con la disuguaglianza. Negli Usa, pur tra i Paesi più ricchi, il 20% della popolazione più benestante è più di 8 volte più ricca del 20% più povero; in Giappone, Finlandia, Norvegia, Svezia il rapporto è di meno di 4 volte. In Italia di più di 6.



Fonte: Wilkinson e Pickett, "The spirit level" (2009; "La misura dell'anima")

Morrison e Smith nel 2000 definirono
La attività del medico di medicina generale
Come “hamster health care”.
(BMJ 2000)

Correre sempre più veloci per rimanere fermi !!!

CAMBIARE SI PUO'?

DALLA ATTESA

ALLA INIZIATIVA

COMUNITY ORIENTED PRIMARY CARE

LA CLINICA SI CONIUGA CON IL CONTROLLO PREVENTIVO DELLE MODIFICAZIONI DEI DETERMINANTI DI SALUTE

CHIUDERE OSPEDALI ?

CHIUDERE DISTRETTI ?

Strategic haelth autorities

Primary care trust

… **Assimilabili**
a
Regioni e ASL

LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE

I profili di assistenza

I processi assistenziali

Percorso di cura

www.themegallery.com

MA NON DIMENTICHIAMOCI UN SANO PRAGMATISMO……

OSPEDALE

Frequente ricorso al PS anche per problemi risolvibili al 1° livello di cura

Auto ricoveri

Ricoveri in fase terminale: paura della morte a casa

Ricoveri impropri o ripetuti per medicina difensiva, monitoraggio inidoneo…

Scarsa interazione fra Medici ospedalieri e MMG

Giorni di degenza impropri.
Problemi di completamento ciclo diagnostico, difficoltà di valutazione per territorio, opposizione dei parenti alla dimissione, poca attenzione dei sanitari ai costi delle degenze

Da Prof. M.Becchi

CONSEGUENZE

cure

Il paziente dimesso senza un percorso adeguato rischia di vedere rapidamente sfumare i benefici del ricovero, non essendo adeguatamente monitorato

costi

1 g di degenza in Medicina: 700 euro

3 mesi di ADI di 3° livello: 750 euro

6 mesi di ADI di 2° livello: 720 euro

1 anno di ADI di 1° livello: 350 euro

Da Prof. M.Becchi

DISTRETTI

Limiti della Assistenza Domiciliare

Carenza di "strutture residenziali" per pazienti cronici non autosufficienti

Cause sociali: famiglie non esistenti, non disponibili

Cause organizzative: difficoltà ad affrontare problemi acuti, scompensi

Cause economiche: elevati costi di gestione

Da Prof. M.Becchi

AGIRE SU DUE FRONTI

RIQUALIFICARE LA RETE OSPEDALIERA

PROMUOVERE LA PIENA REALIZZAZIONE DELLA RETE DISTRETTUALE

LAVORARE IN LOGICA SISTEMICA

PRESIDIARE LE INTERFACCE TRA I SETTORI/PARTI DEL SISTEMA

SVILUPPARE LE RETI

ALLA FINE IL CERCHIO SI CHIUDE

Rendere reale il realizzabile

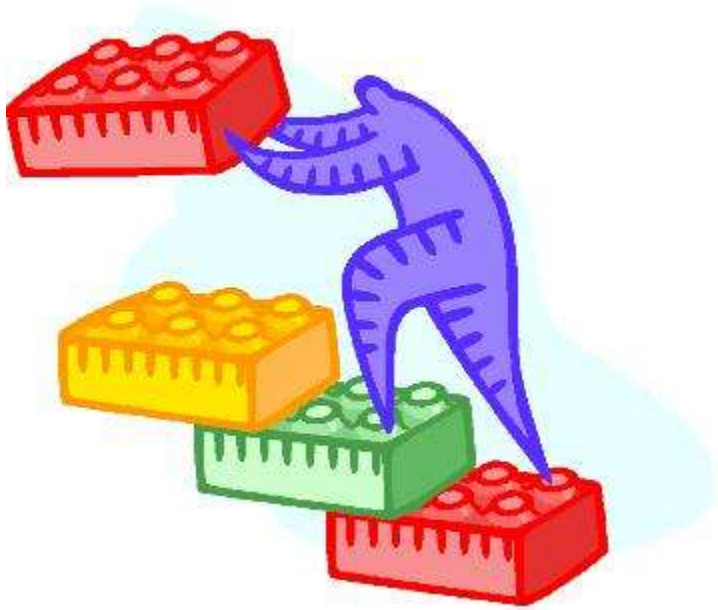
E’

LA SOSTENIBILITA’

INTEGRAZIONE

INTE RAZIONE

G



GOVERNANCE

La nostra conoscenza può essere solo finita, mentre la nostra ignoranza deve essere necessariamente infinita.

Klaus Popper

La diagnosi di Walter Ricciardi….

- ……. **Se appare ragionevole operare per la riqualificazione del ruolo dell'ospedale come luogo di cura per le patologie acute più complesse, va rilevato come, in assenza di uno sviluppo dell'assistenza primaria l'ospedale risponderà in modo sempre meno coerente, sicuro ed efficiente alla domanda di prestazioni assumendosi compiti e funzioni non correlate alla acuzia della patologia….**

Sole 24 ore sanità 15-21 marzo 2011

PENSIERO FINALE:
SI PUO' IMPARARE DA TUTTI

Durante i miei nove anni
alle scuole superiori non sono riuscito
a insegnare niente ai miei professori.

B.Brecht