

Il governo dei costi della salute in Piemonte : alcuni accenni alle cure primarie

Convegno

Il governo dei costi in sanità:
modelli di co-payment ed esperienze
europee.

Giovedì 24 maggio 2012

Ragnar Gullstrand

Il sistema delle Cure primarie. (Alma Alta 1978)

- *E' il primo livello attraverso il quale gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.*

Le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria *area-sistema* dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali (auto-cura e family learning) e sociali (reti di prossimità e capitale sociale) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

(Fonte: Ministero della salute)

Attività distrettuale

Le prestazioni dell'assistenza distrettuale previste dal DPCM del 23 febbraio 2002 sono:

- (Cure primarie)
 - Assistenza sanitaria di base
 - Attività di emergenza sanitaria territoriale
 - Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
 - Assistenza integrativa
 - Assistenza specialistica ambulatoriale
 - Assistenza protesica
 - Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- (Cure intermedie)
 - Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
 - Assistenza termale

La gestione dei costi delle cure primarie: Misurare, Presidiare e Omogeneizzare

- **Governo del consumo farmaceutico**
 - modalità distributiva di alcuni farmaci
 - formazione / informazione sui prescrittori (a vari livelli)
 - interventi di vigilanza sul consumo
- **Governo dell'assistenza integrativa e protesica**
 - (in particolare diabetici, incontinenti, dietetici ...)
 - omogeneizzazione delle procedure
 - interventi di vigilanza
- **Governo MMG e PdLS**
 - la gestione delle patologie
 - la medicina propositiva (e non di attesa)
 - la disponibilità e la continuità assistenziale.
- **Governo delle patologie croniche**
 - gestione dell'integrazione ospedale e territorio
 - i percorsi diagnostici - terapeutici
 - monitoraggio dei percorsi

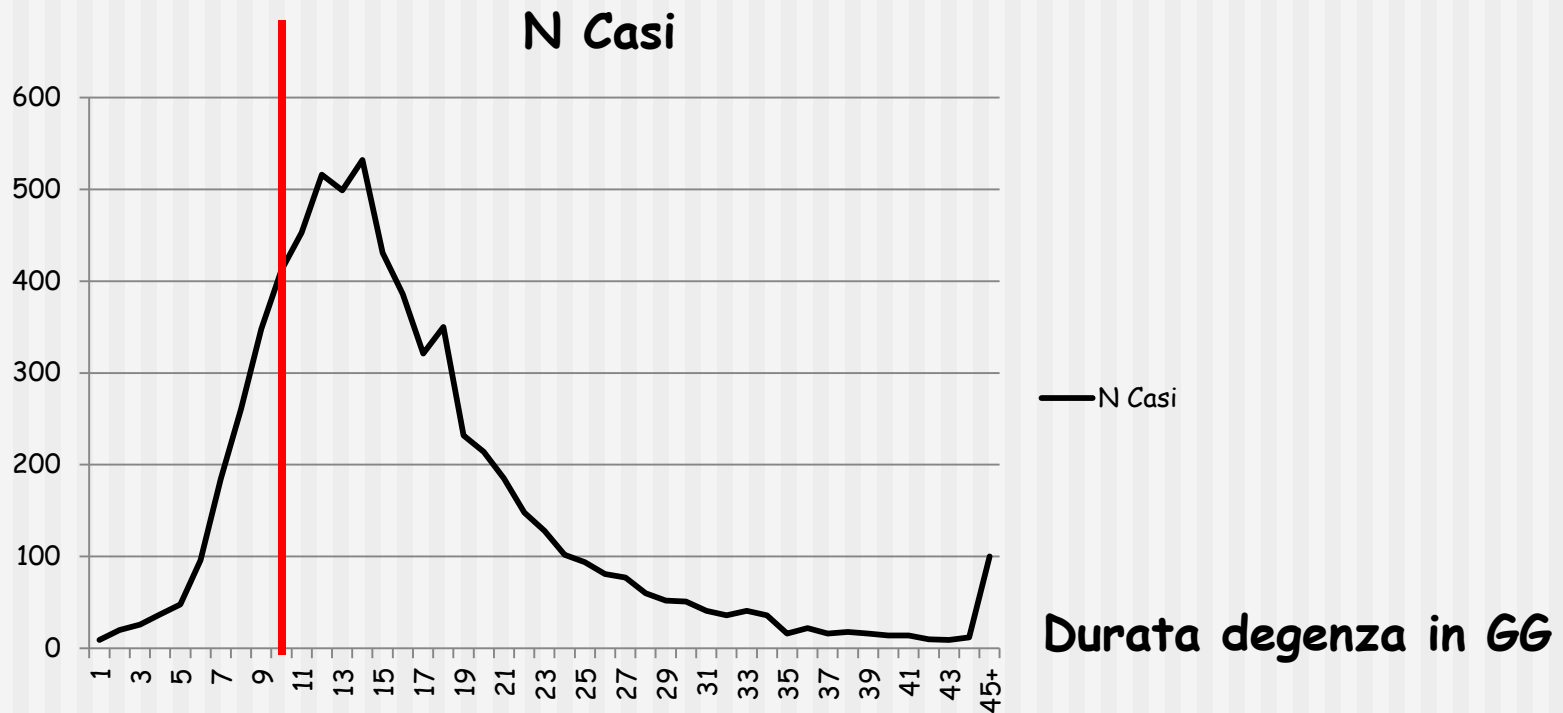
Le cure primarie e gli altri livelli assistenziali

- L'elenco degli interventi indicati nella pagina precedente è conosciuto da dieci anni ed è incluso in più piani sanitari, ma non basta.
- E' necessario un intervento di riequilibrio su tutto il sistema sanitario regionale.
- Un miglioramento del governo dei costi delle cure primarie deve iniziare da altri livelli assistenziali, in particolare da quello ospedaliero.

Appropriatezza ospedaliera

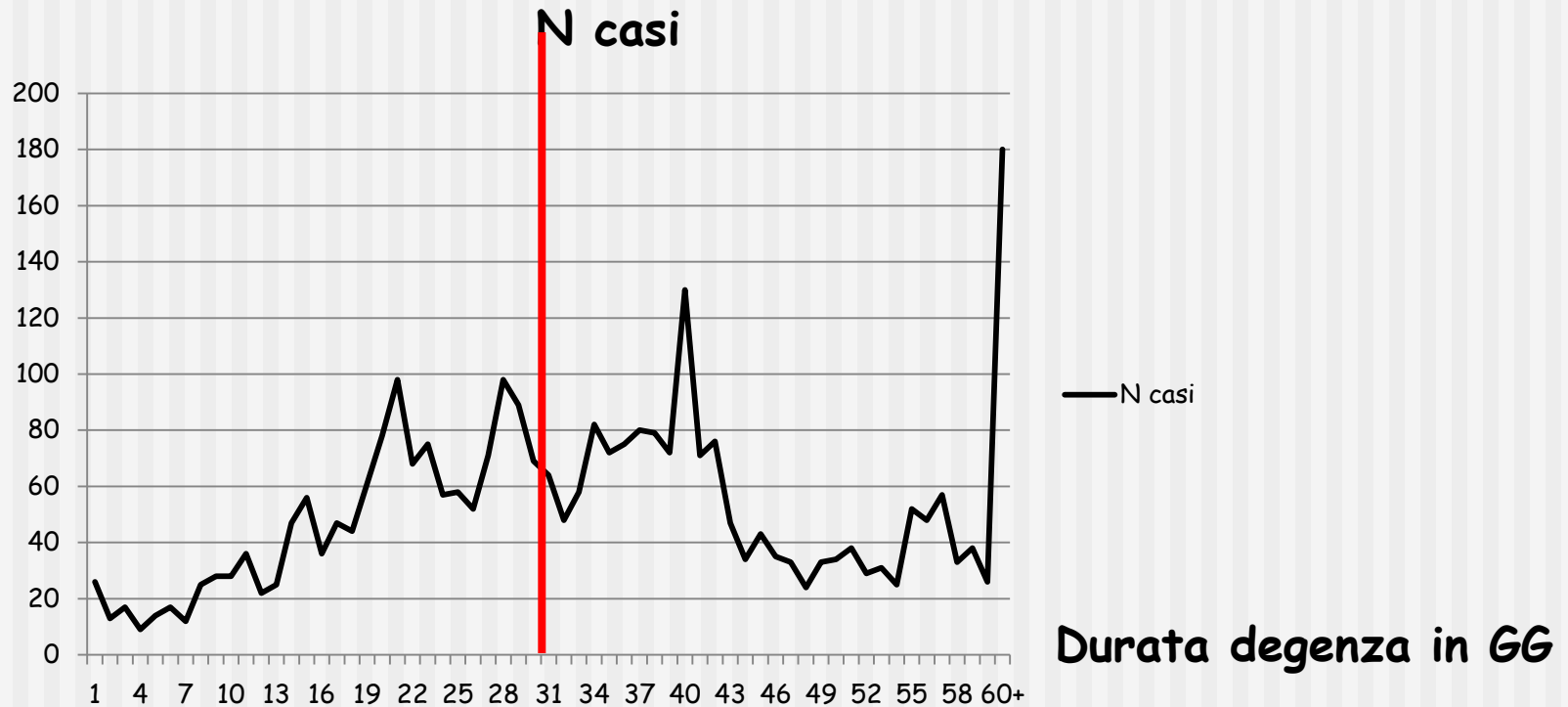
- Nel 2011 il tasso di ospedalizzazione, al netto dei neonati, era vicino a 160 ricoveri per mille residenti. La regione Piemonte ha, quindi, raggiunto l'obiettivo della propria programmazione 2000-2003.
- I posti letto della regione, nonostante una situazione lusinghiera in confronto alla situazione nazionale (3,1 PL per acuti e 1,1 per postacuti), contengono una non appropriatezza ospedaliera (organizzativa e clinica) che può essere quantificata in almeno 2.500 PL per le acuzie e in 1.500 PL di postacuzie.

Frattura femore - ricovero chirurgico



- Grande differenze tra l'obiettivo posto dagli stessi ortopedici (2+7 gg) e l'effettiva durata delle degenze

Frattura femore - ricovero riabilitativo



- Significative differenze tra l'obiettivo posto dagli stessi fisiatři (max 30 gg in quanto ricovero traumatico) e l'effettiva durata delle degenze.

Valore medio a tariffa di alcuni livelli assistenziali

livello di assistenza	GG e accessi 2011	P.L. attuali 16/4/12	Valore medio annuo (euro) / PL attuali
acuzie a carico totale e parziale del SSN (escl. neuropsichiatria privata cod. 40)	3.893.814	13.924	150.000
post acuzie a carico del SSN (incl. neuropsichiatria privata cod. 40)	1.619.689	4.791	65.000
Strutture residenziali per anziani(NB attualmente ci sono 26.800 PL autorizzati e 20.000 PL convenzionati)	5.650.000	15.480	20.000
Cure domiciliari (cod. 1-4) stima	1.600.000	4.871	5.000

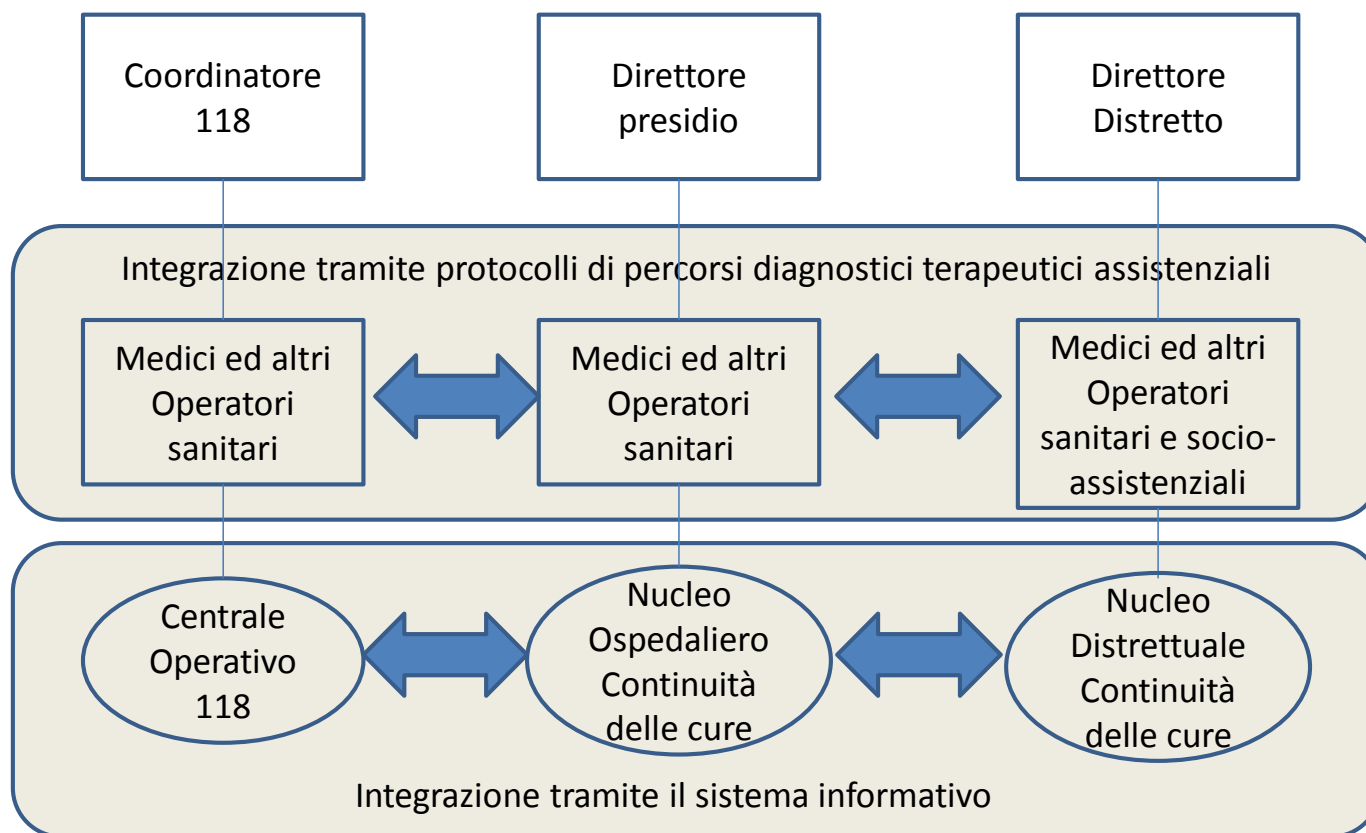
Effetti di azioni di riequilibrio del sistema

livello di assistenza	Conversione di PL per acuzie	Conversione di PL postacuzie
acuzie a carico totale e parziale del SSN (escl. neuropsichiatria privata cod. 40)	-1.000	
post acuzie a carico del SSN (incl. neuropsichiatria privata cod. 40)	+2.308	-1.000
Strutture residenziali per anziani(NB attualmente ci sono 26.800 PL autorizzati e 20.000 PL convenzionati)	+7.500	+3.250
Cure domiciliari (cod 1-4) stima	+30.000	+13.000

Azioni per rafforzare e rendere più efficienti le cure primarie

- Per lo spostamento effettivo della risposta sanitaria verso le strutture territoriali la Regione ha creato / sta creando una serie di presupposti che prosegue quanto impostato dal PSSR:
 - rafforzare la capacità dei distretti di prendere in carico gli assistiti anche attraverso dei protocolli con il 118 e con gli ospedali (DGR 27-3628 del 28/3/2012);
 - attivare in modo controllato i Centri di Assistenza Primaria (DGR 26-3627 del 28/3/2012);
 - attivare una serie di strumenti contrattuali con i dipendenti che permetta alle ASL di effettuare la trasformazione in tempi stretti;
 - concludere il contratto integrativo regionale con i medici di medicina generale.

Premesse informatiche ed organizzative per il Distretto



Una responsabilità organizzativa chiara utilizzando e rafforzando le funzioni già esistenti con un sistema informativo specifico. Eventuale delega per le funzioni socio-assistenziali.

Quindi, elementi per il rafforzamento dei Distretti

- Un responsabile del Distretto forte (100.000 assistiti ?) e con un mandato da parte della Direzione dell'ASL come da DGR 27-3628 del 2012.
- Un Nucleo Distrettuale di continuità delle cure con un proprio organico in grado di gestire gli assistiti bisognosi di interventi distrettuali.
- Un Software
 - in grado di segnalare, in tempo reale, il flusso di pazienti ricoverati,
 - che contenga degli algoritmi per la selezione di pazienti critici,
 - che gestisca il work-flow di questi pazienti.
- Una medicina generale che aderisca alla medicina in rete.
- Una forte spinta regionale di Cure domiciliari.
- Una corretta integrazione con i servizi sociali.
- L'attivazione sperimentale di CAP (Centri di Assistenza Primaria) per dare una visibilità alle cure primarie.

Grazie per l'attenzione

Le patologie principali e la necessità di integrazione del sistema

- 1.3.1 Malattie ischemiche del cuore
- 1.3.2 Malattie cerebrovascolari
- 1.3.3 Malattie neuromuscolari
- 1.3.4 Malattie oncologiche
- 1.3.5 Malattie dell'apparato respiratorio
- 1.3.6 Diabete mellito
- 1.3.7 Malattie nefrologiche
- 1.3.8 Salute mentale
- 1.3.9 Incidenti stradali
- 1.3.10 Dipendenze patologiche
 - 1.3.10.1 Abuso di alcol
 - 1.3.10.2 Tossicodipendenze
- 1.3.12 Malattie rare

Standard Qualificanti

Classi	GEA (giornate in 30 GG)
Zero*	$GEA < 4$
Prima	$4 \leq GEA \leq 9$
Seconda	$9 < GEA \leq 15$
Terza	$15 < GEA \leq 18$
Quarta	$GEA > 18$