GOVERNANCE E CAPACITÀ ISTITUZIONALE 2014-2020

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

l'esperienza del PONGOV Cronicità

convegno digitale Expo Sanità

"Assistenza domiciliare integrata: prospettive e innovazione"

8 ottobre 2021

Francesco Enrichens
enrichens@agenas.it

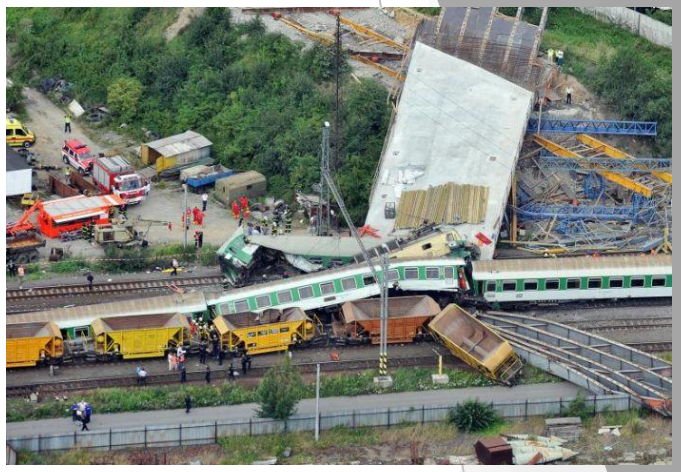
La definizione di Salute

L'OMS definisce la salute

«uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità»

OMS, 1948

ACCANTO AI VECCHI .. ANCHE NUOVI SCENARI



Il contesto di riferimento

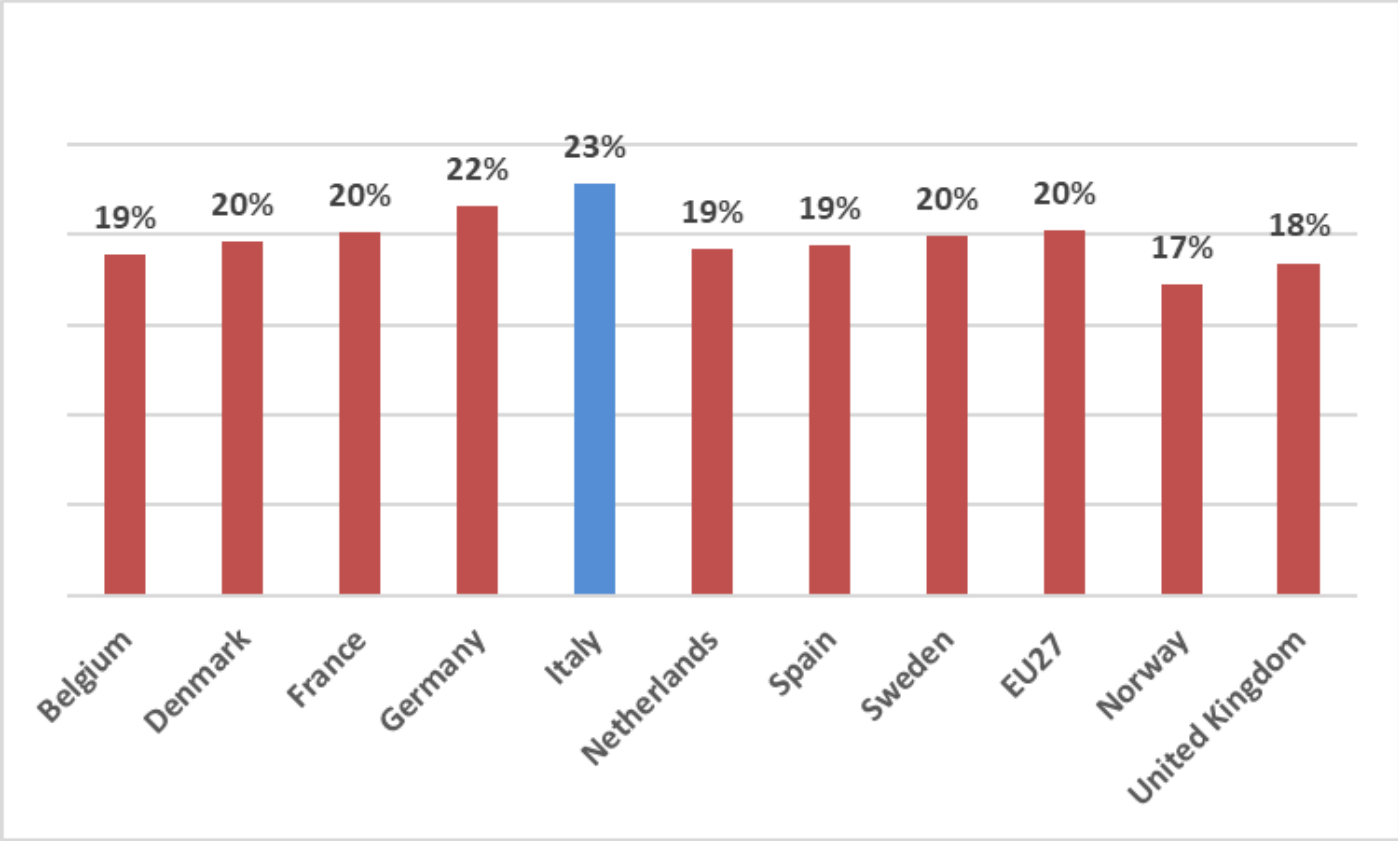
- 60 milioni popolazione Italia:
  - 34 milioni popolazione sana o apparentemente sana (57% della popolazione complessiva);
  - 23,4 milioni di persone con cronicità semplice (39% della popolazione complessiva);
  - 14 milioni di persone sopra i 65 anni (23% della popolazione complessiva);
  - 2,5 milioni di persone con forme di cronicità complessa e avanzata di cui circa 800.000 con bisogni di cure palliative (4% della popolazione complessiva);
  - 650.000 persone con disabilità (1,1% della popolazione complessiva);
  - 780.000 persone con patologie psichiatriche assistite in un anno (1,3% della popolazione complessiva).

Nel 2019 la spesa sanitaria per l'assistenza alle persone con cronicità è stata di circa **67 miliardi di euro**

Il contesto di riferimento: Popolazione e over 65

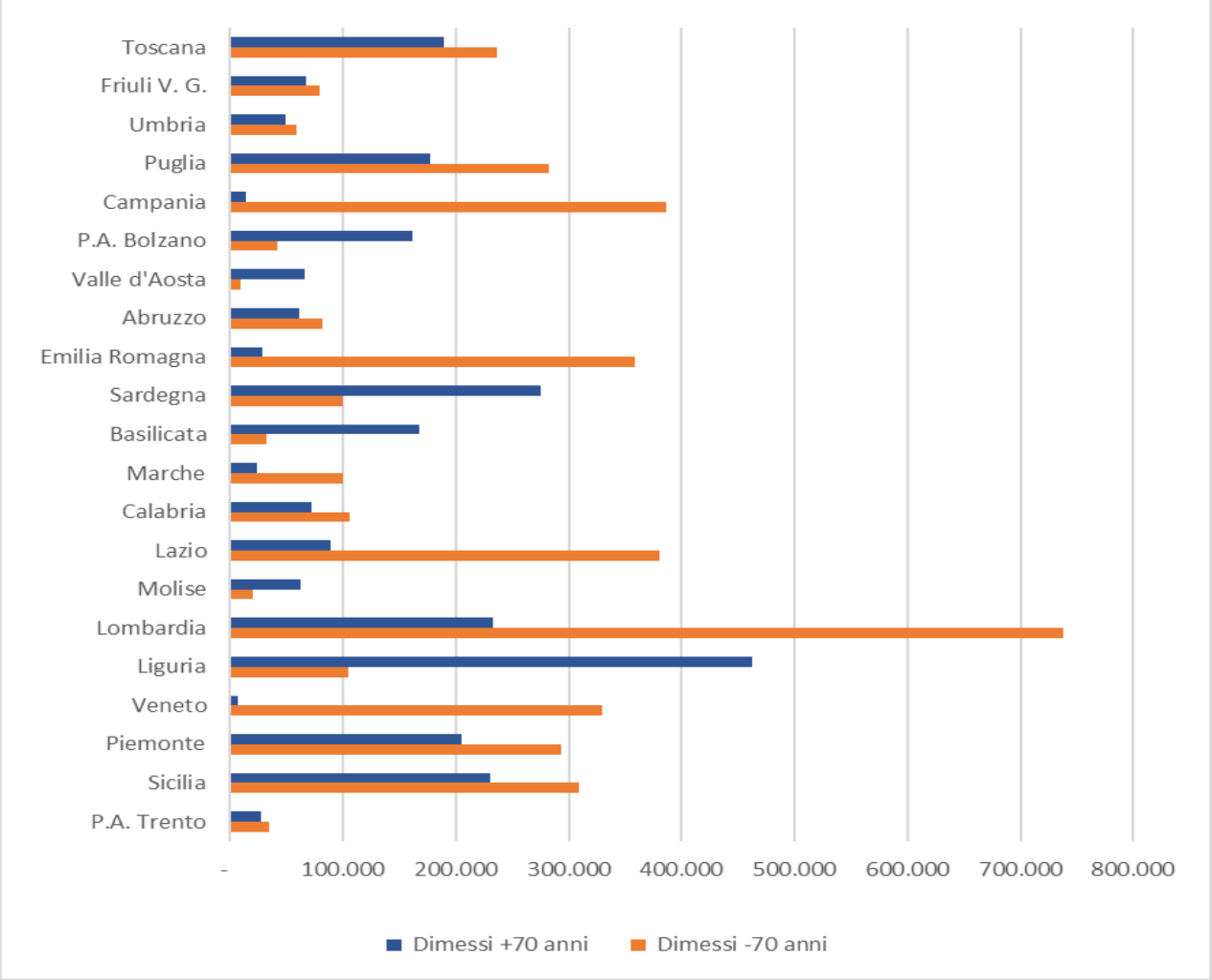
Regione/PA	Popolazione (01/01/2020)	Popolazione >=65 anni (01/01/2020)	% pop. >65 anni	Previsione % pop. >65 anni nel 2030
Piemonte	4.341.375	1.120.379	26%	29%
Valle d'Aosta	125.501	30.389	24%	28%
Lombardia	10.103.969	2.302.527	23%	26%
PA Bolzano	532.080	105.404	20%	24%
PA Trento	542.739	121.419	22%	26%
Veneto	4.907.704	1.138.485	23%	27%
Friuli Venezia Giulia	1.211.357	320.347	26%	30%
Liguria	1.543.127	441.884	29%	31%
Emilia Romagna	4.467.118	1.076.060	24%	27%
Toscana	3.722.729	953.793	26%	28%
Umbria	880.285	227.411	26%	29%
Marche	1.518.400	381.363	25%	29%
Lazio	5.865.544	1.291.754	22%	26%
Abruzzo	1.305.770	316.186	24%	28%
Molise	302.265	76.250	25%	29%
Campania	5.785.861	1.111.671	19%	24%
Puglia	4.008.296	903.258	23%	27%
Basilicata	556.934	130.711	23%	28%
Calabria	1.924.701	425.687	22%	26%
Sicilia	4.968.410	1.074.384	22%	26%
Sardegna	1.630.474	397.592	24%	31%
ITALIA	**60.244.639**	**13.946.954**	**23%**	**27%**

Fonte: elaborazione AGENAS su dati ISTAT 2019



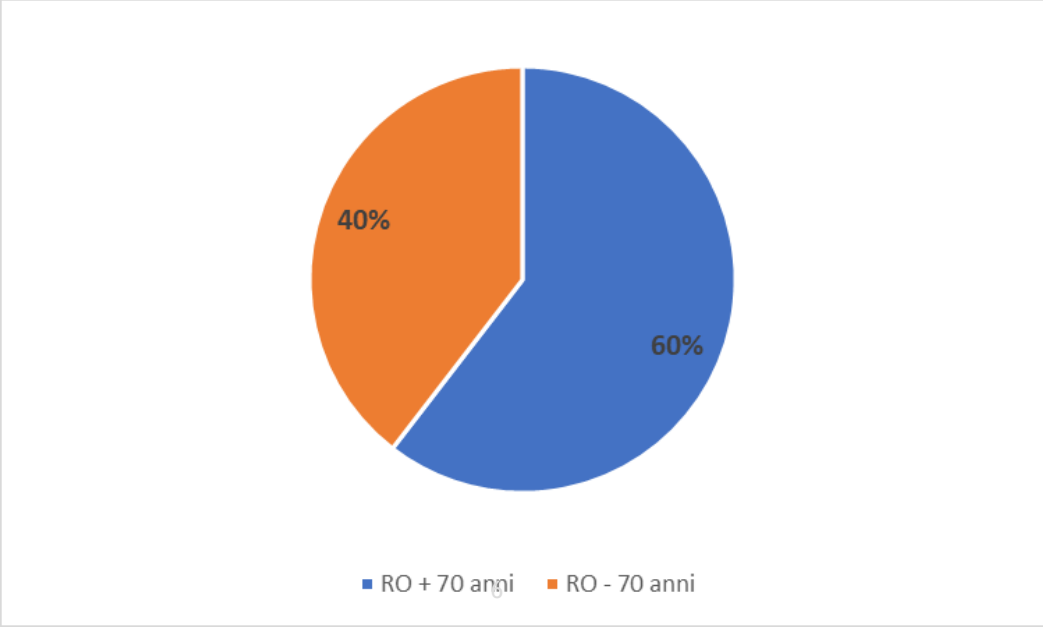
Fonte: OECD. Health at a Glance: 2020

Il contesto di riferimento: Volume dimessi regime ordinario – anno 2019



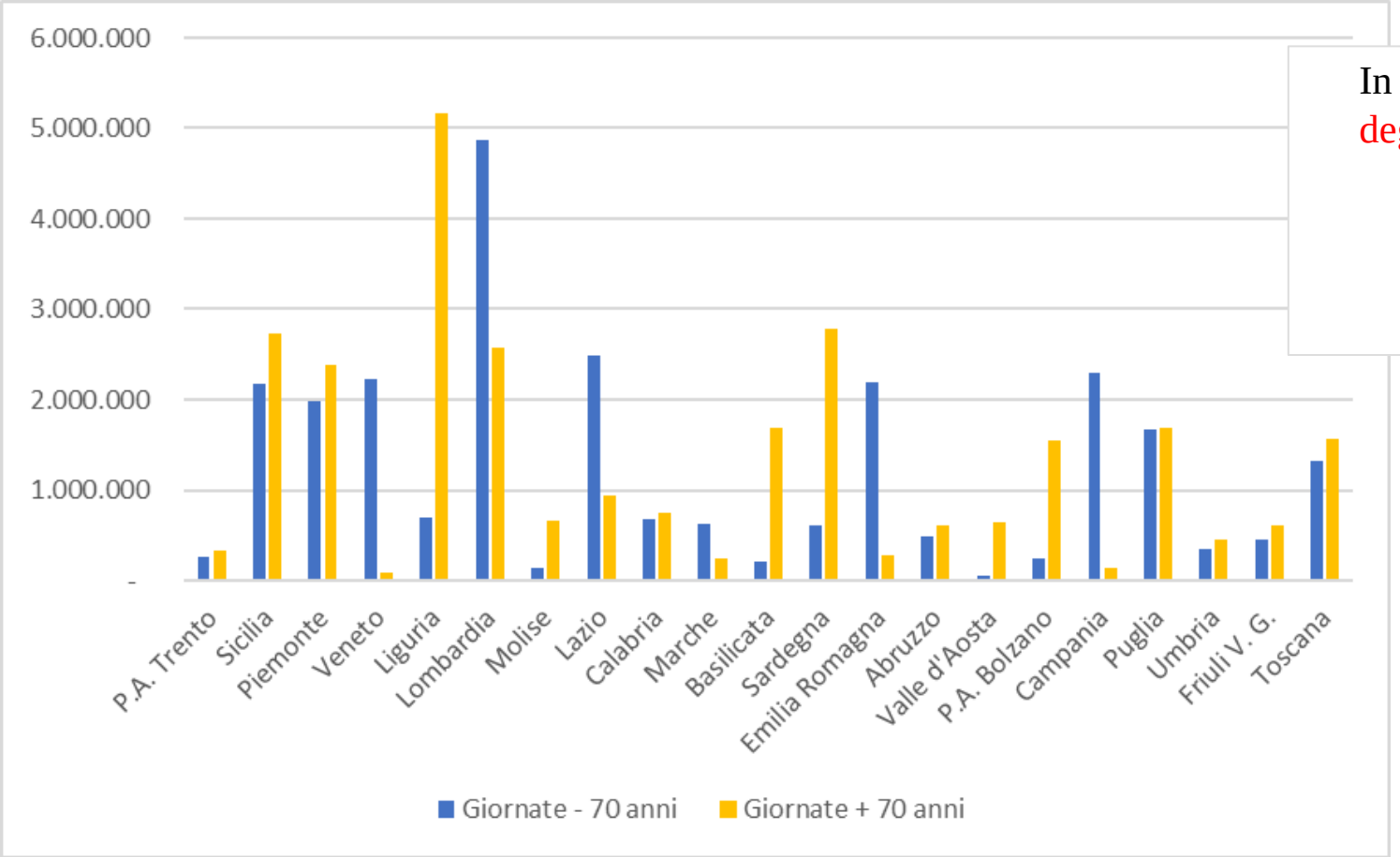
In Italia nel 2019 ci sono stati circa 6.743.354 ricoveri in regime ordinario di cui:

- 4.076.992 per persone tra 0 e 69 anni;
- 2.666.362 per persone con più di 70 anni.



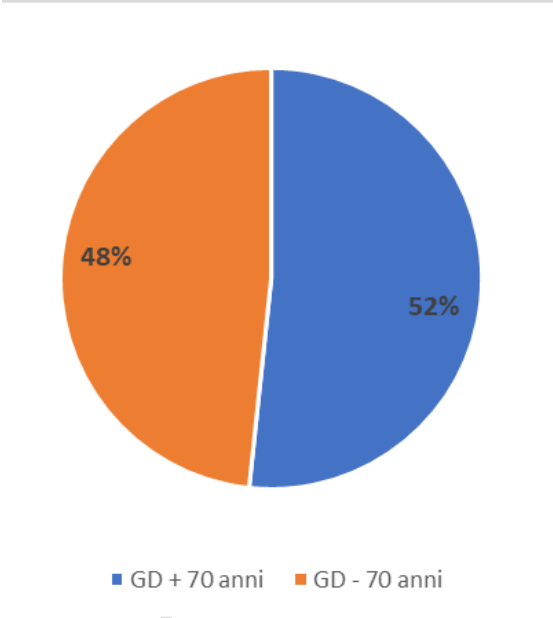
Fonte: SDO 2019

Il contesto di riferimento: Giornate di degenza regime ordinario – anno 2019



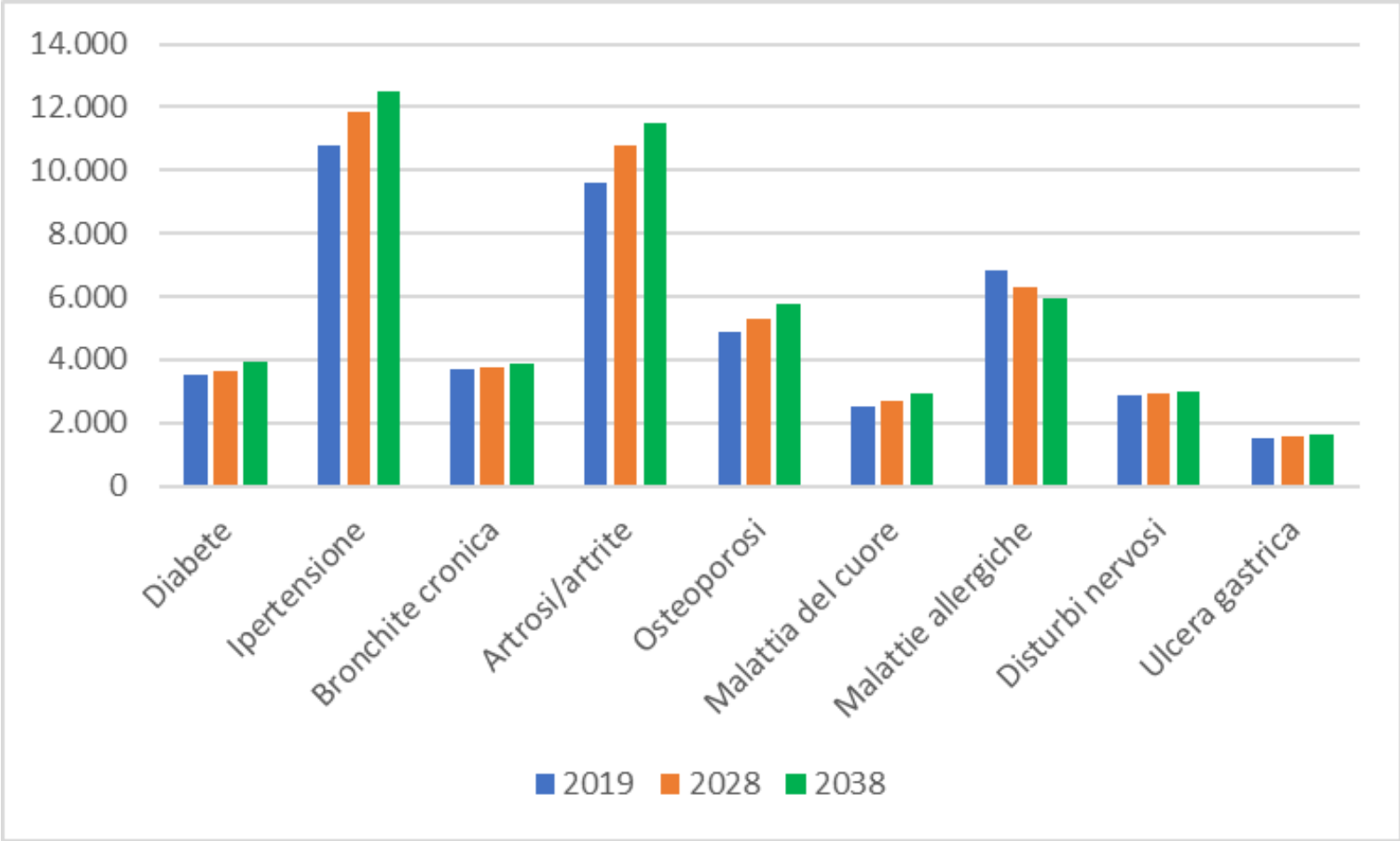
In Italia nel 2019 ci sono state circa 53.883.860 giornate di degenza in regime ordinario di cui:

- 26.038.494 per persone tra 0 e 69 anni;
- 27.845.366 per persone con più di 70 anni.



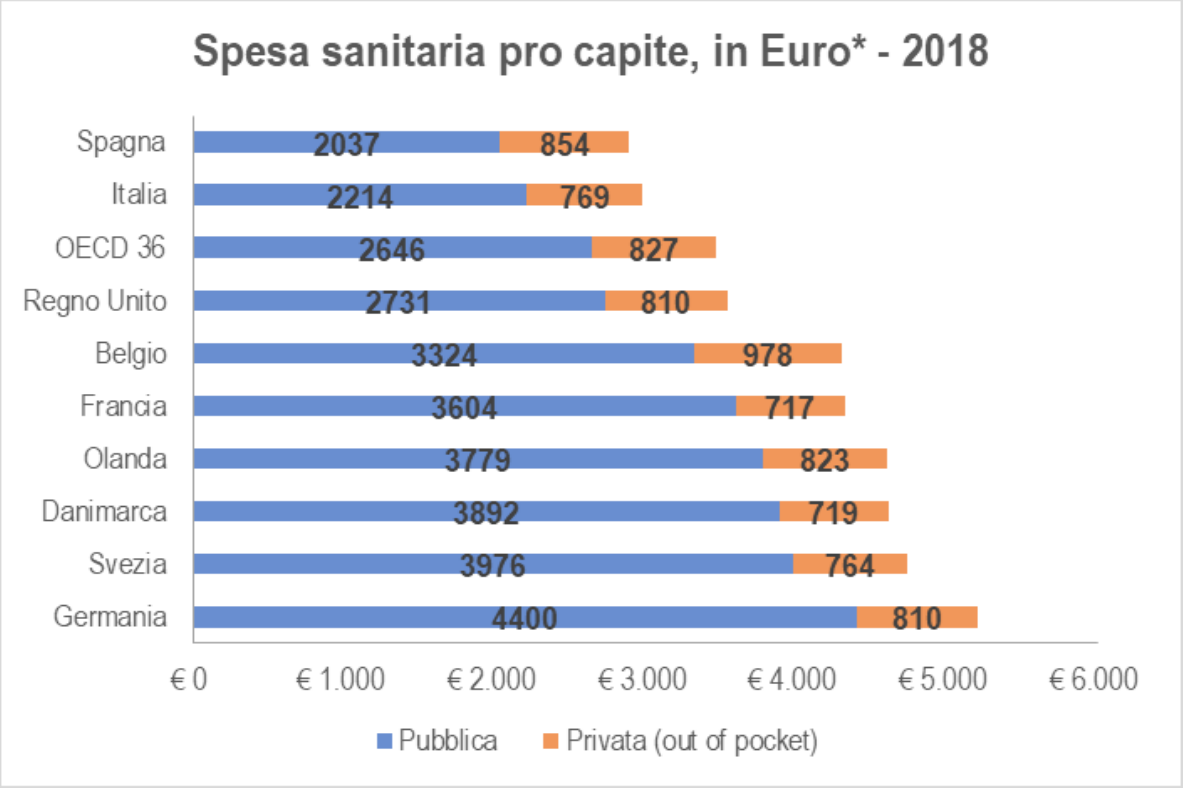
Fonte: SDO 2019

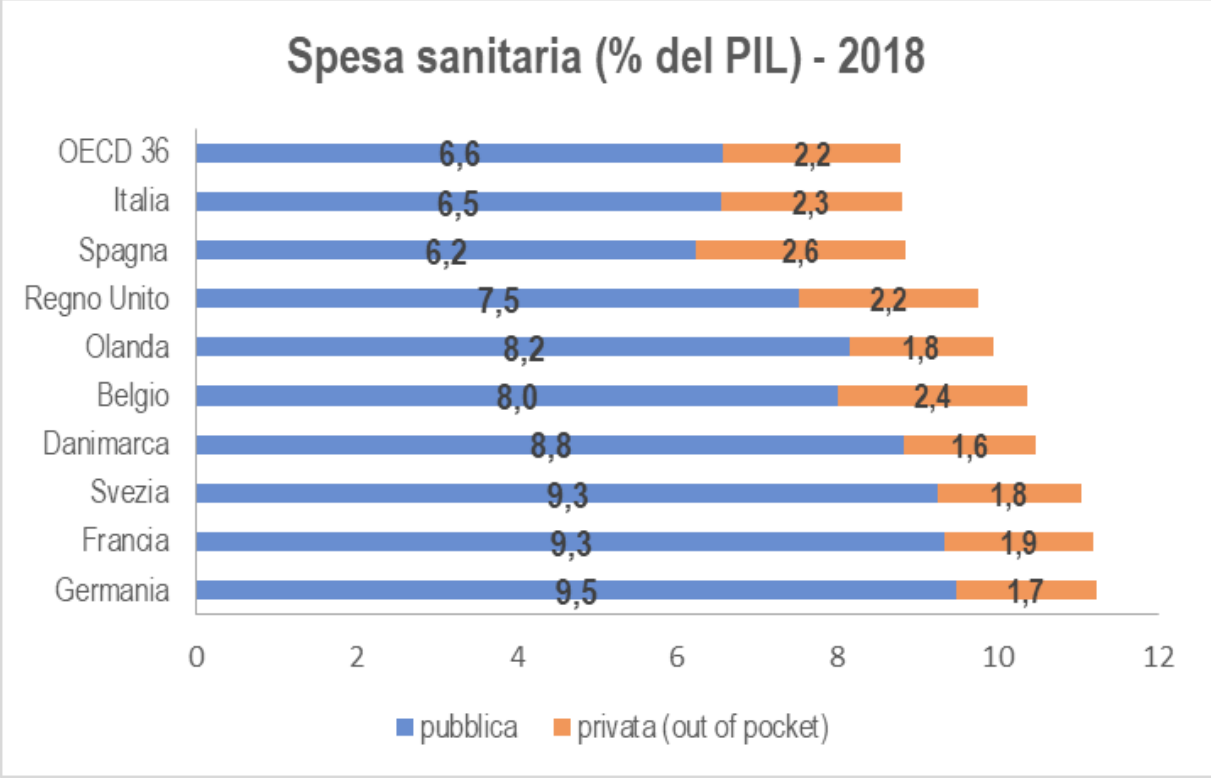
Il trend nei prossimi anni per lo sviluppo di patologie



Fonte: OsservaSalute

La spesa sanitaria in Europa





* Tasso cambio al 31.12.2018, 1 dollaro = 0,87021 euro

Fonte: OECD. Health at a Glance: Europe 2018; 2019

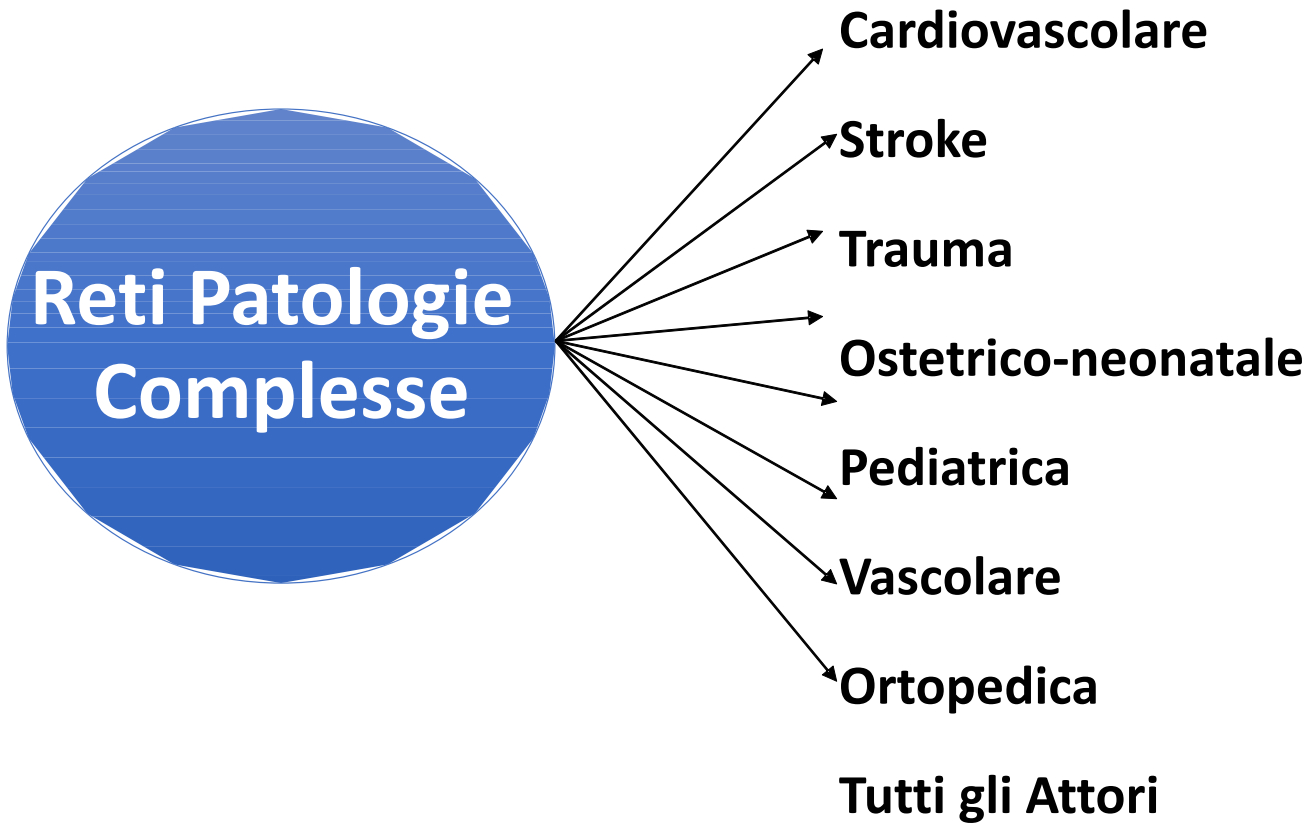
Emergenza Urgenza

Rete Ospedaliera

Rete Territoriale

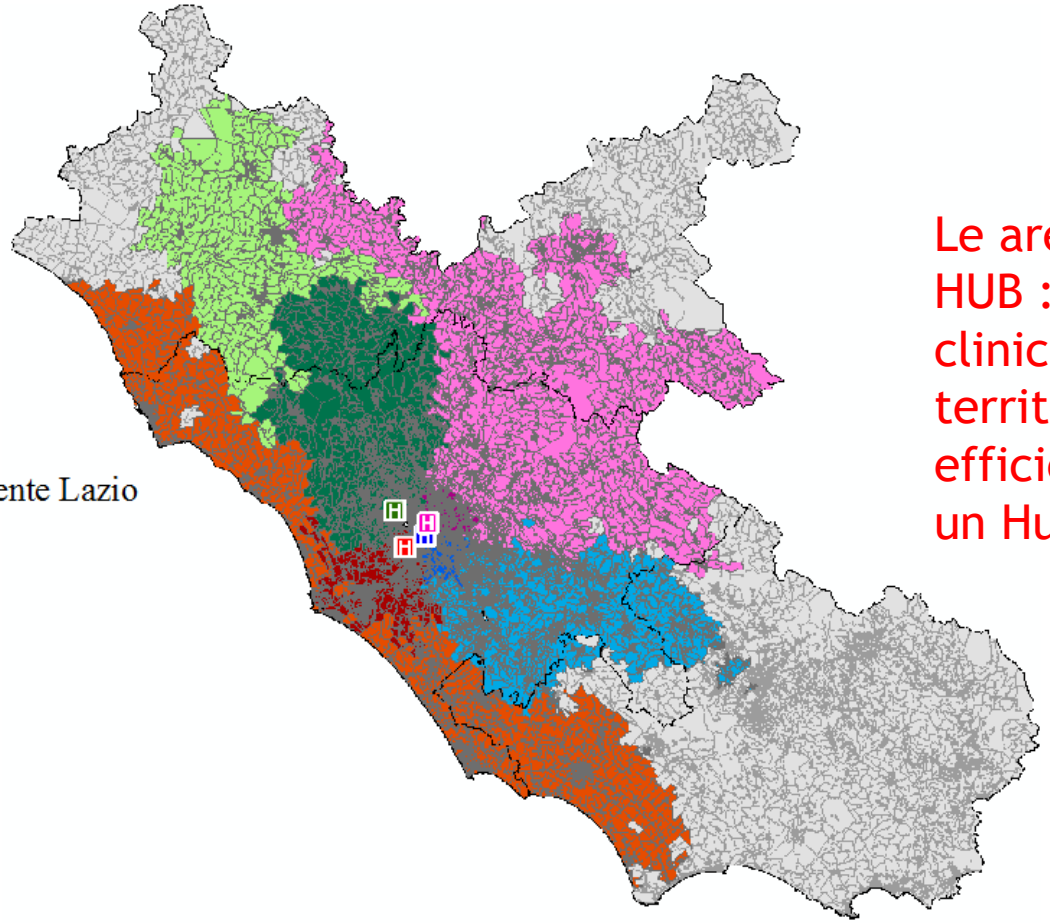
Se cambia una….si muovono tutte!

Il tempo e il luogo…nel posto giusto al momento giusto

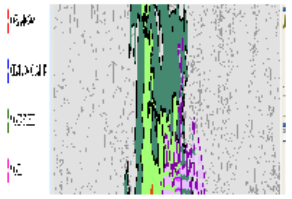


Regione Lazio - 2010

Bacini di utenza DEA II
tempo di percorrenza minimo e pop residente 600.000/1.200.000

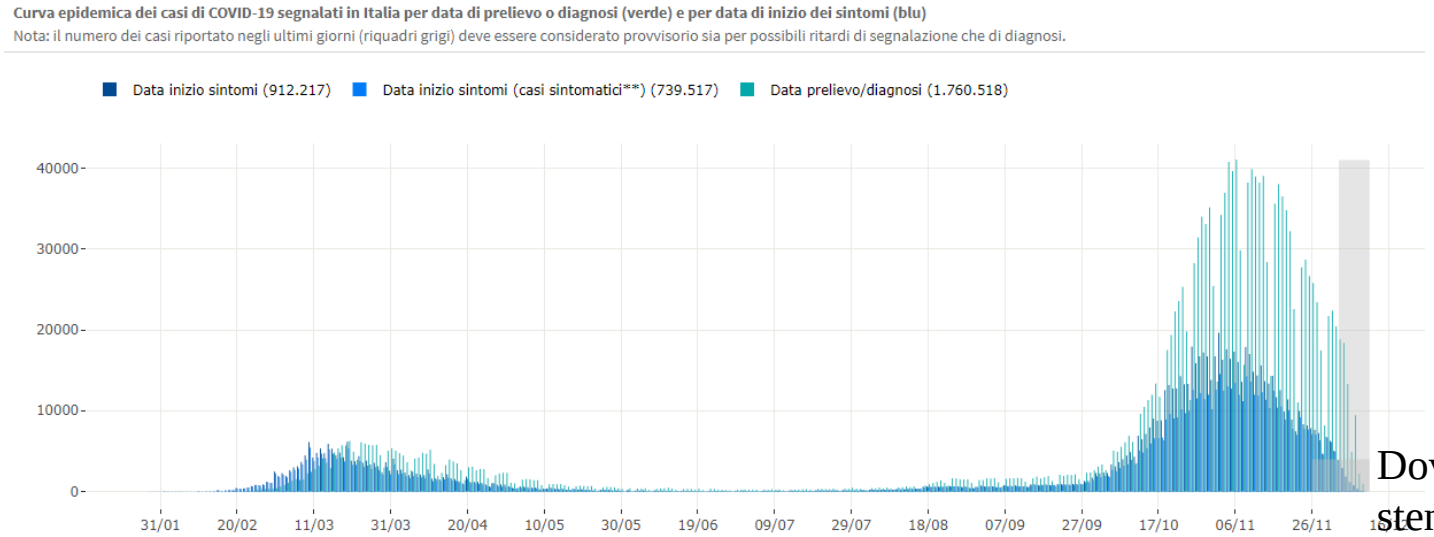


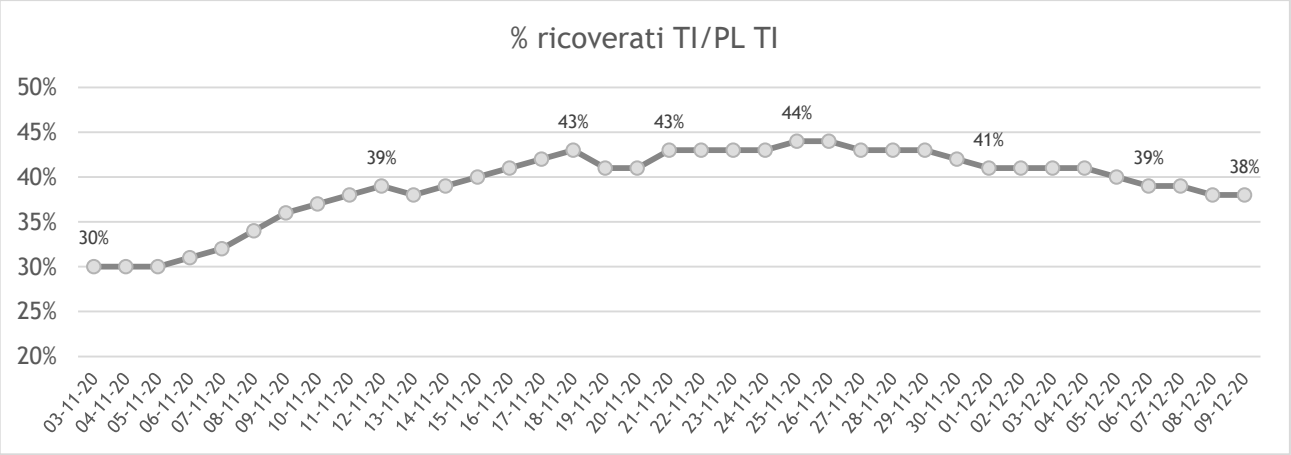
Popolazione residente Lazio
coperta 84.58%

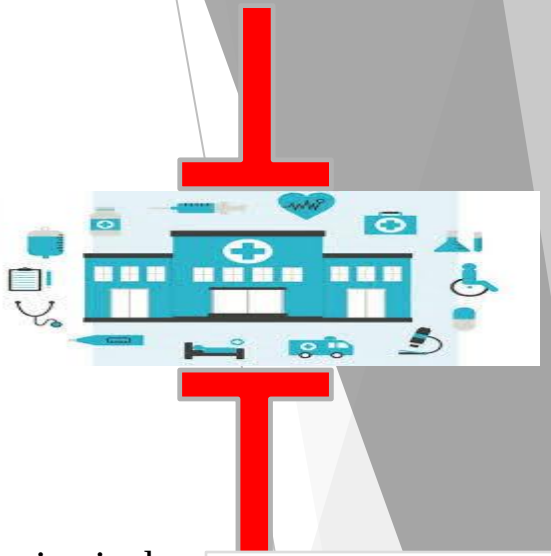


Le aree grigie sono lontane dagli HUB : la soluzione per le reti cliniche è una buona emergenza territoriale con un elisoccorso efficiente ma anche la presenza di un Hub per bacino di utenza

Il DL 34 e la pandemia da COVID-19







Dove l'assistenza sul territorio ha stentato ad arginare e circoscrivere il diffondersi dei contagi, la pressione si è scaricata sugli ospedali, i cui reparti di terapia intensiva hanno rischiato il collasso mettendo in discussione l'efficienza organizzativa di un sistema molto incentrato sull'assistenza ospedaliera e con un presidio del territorio troppo debole.

Art.1
Riorganizzazione rete territoriale

Art.2
Riorganizzazione rete ospedaliera

Criticità del modello assistenziale

Estrema rigidità delle strutture e degli impianti che non favorisce un tempestivo riadattamento degli spazi, differenziazione dei percorsi e modifiche nella logistica

Obsolescenza dei reparti in termini strutturali, logistici e tecnologici non coerenti con l'evoluzione multidisciplinare e multiprofessionale della qualità delle cure

Divario su scala regionale dell'organizzazione della rete territoriale e relativa integrazione con il sistema ospedaliero e con la rete emergenza urgenza

Riorganizzazione rete ospedaliera – art. 2 dl 34/2020

- + 3500 PL in terapia intensiva → 0,14 posti letto ogni 1000 abitanti;
- Riqualificazione di 4225 PL in terapia semi-intensiva di cui il 50% riconvertibili in PL di terapia intensiva;
- +300 PL in terapia intensiva suddivisi in 4 strutture movimentabili;
- La riorganizzazione e ristrutturazione dei Pronto Soccorso per separare i percorsi e creare aree di permanenza dei pazienti in attesa di diagnosi separate e sicure;
- + mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari tra strutture COVID-19, alle dimissioni protette, ai trasporti interospedalieri no COVID-19.

Euro 1.467.491.667

Proposte per l'evoluzione del DM 70/2015

- Aggregazioni Hub & Spoke anche a livello sovraregionale per le specialità di oncologia e malattie rare;
- Governance sulle professioni sanitarie in capo al Ministero della salute e alle Regioni
- Riorganizzazione degli ambienti di cura in funzione di professioni sanitarie multidisciplinari e multiprofessionali (intensità di cure) ;
- Funzione di assolvimento delle sole acuzie e governance clinica.
- Apertura al territorio

Criticità sorte a seguito dell'emergenza pandemica

In Italia a causa dell'emergenza pandemica si è registrato un calo delle prestazioni ordinarie e una riduzione dell'aderenza ai trattamenti terapeutici sia a casa sia in ospedale che andrà recuperata. In particolare nel 2020:

- sono stati posticipati 1 milione di ricoveri;
- sono stati eseguiti 600mila interventi chirurgici in meno (di cui 50mila oncologici);
- sono stati eseguiti 12,5 milioni di esami diagnostici in meno;
- sono state eseguite 13,9 milioni di visite specialistiche in meno;
- sono state erogate per gli screening mammografici 472.389 prestazioni in meno (- 53,3%);
- sono state erogate per gli screening del colon rettale 585.287 prestazioni in meno (- 54,9%);
- sono state erogate per gli screening cervicali 371.273 prestazioni in meno (- 55,3%) *.

***Fonte: Università Liuc Castellanza; IQVIAR e Osservatorio Nazionale Screening**

Rimodulazione delle reti assistenziali, delle strutture complesse ospedaliere e rilancio del territorio

Rilancio del territorio

Ricordare la necessità del territorio
Piattaforma tecnologica condivisa

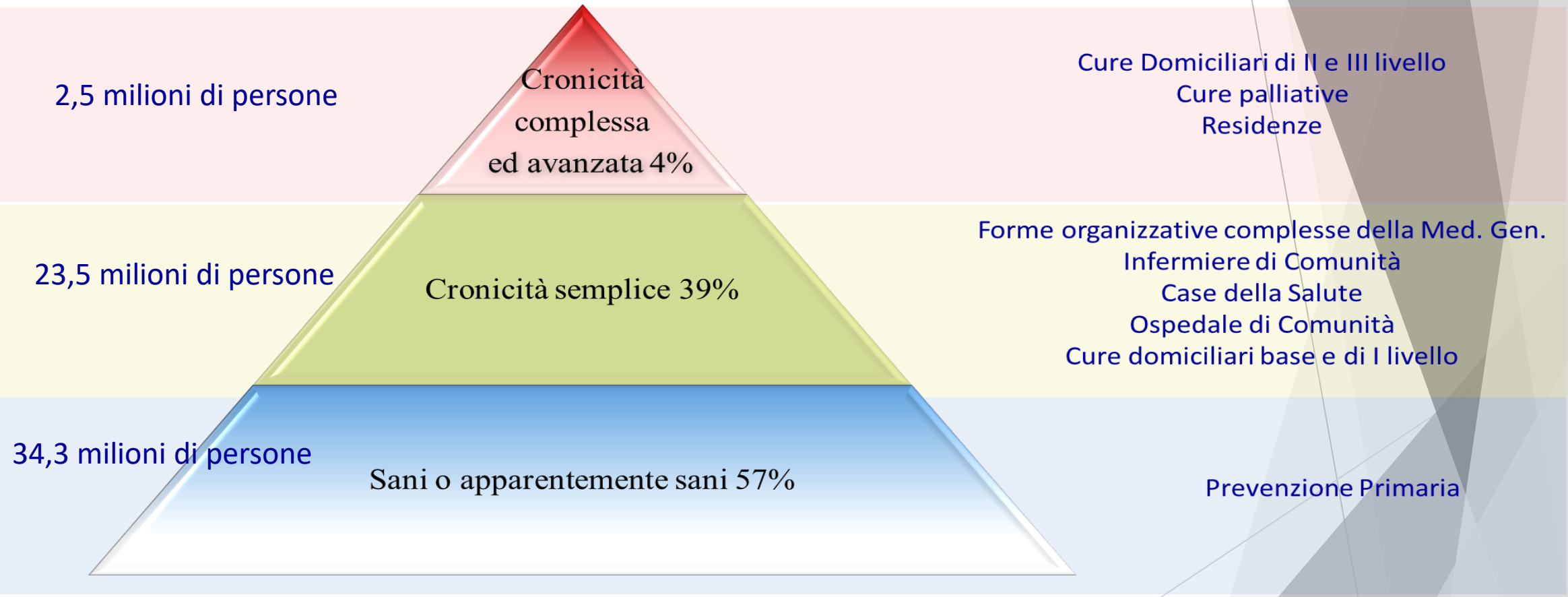
7 /2/ 2013 Accordo Stato Regioni

24/11/2017 Accordo Stato Regioni

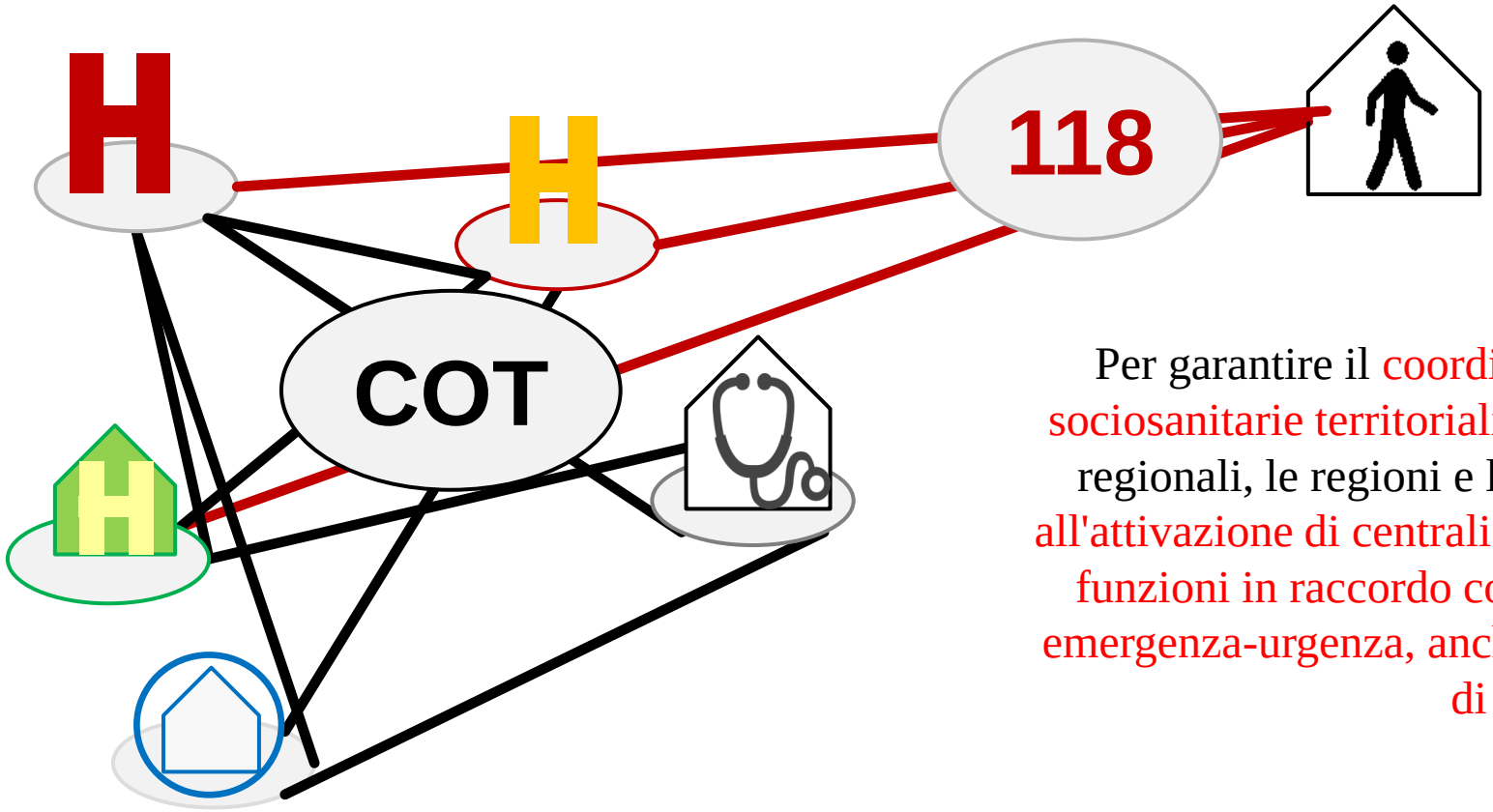
Art 1 dl 34 Rilancio: 116117

Art 2 dl 34 Rilancio: Riorganizzazione Rete Ospedaliera

L'assistenza per bisogni assistenziali



D.L. n. 34/2020 e il potenziamento nel coordinamento degli interventi

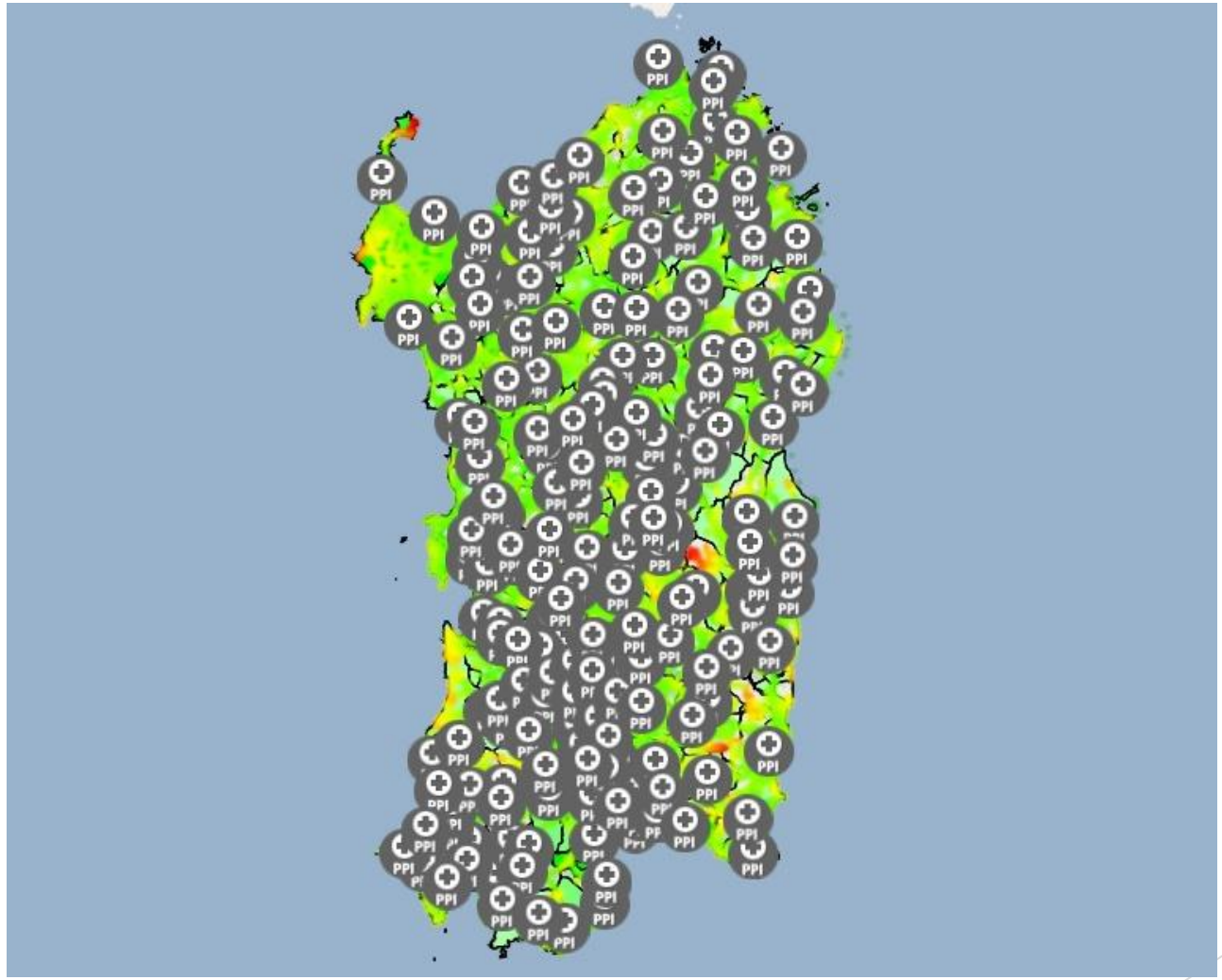


Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali, le regioni e le province autonome provvedono all'attivazione di centrali operative regionali, che svolgano le funzioni in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

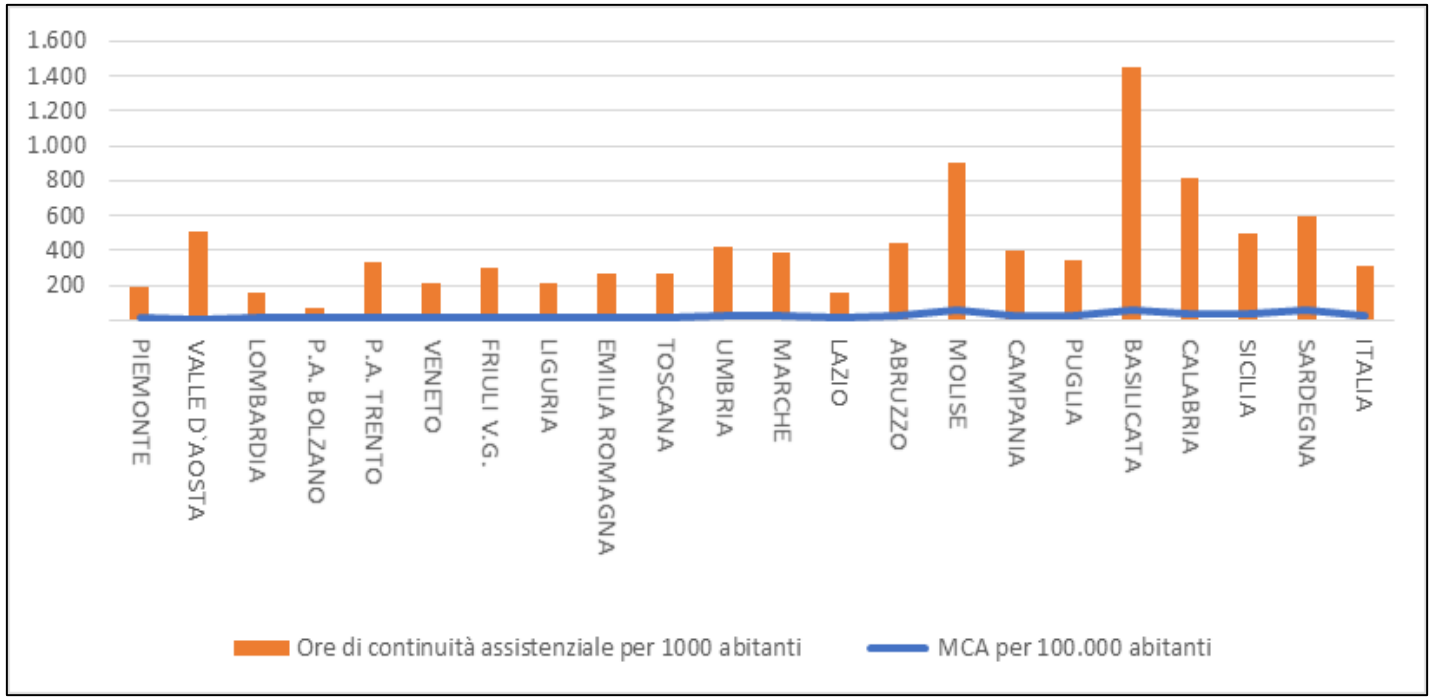
il finanziamento previsto è di 72.271.204 € da dedicare alle strumentazioni e di 23.625.000 € da dedicare al personale

Azioni di riforma

- Valorizzare la figura del Medico di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) attraverso le migliori formule contrattuali finalizzate alle definizione delle forme organizzative complesse;
- Istituire la figura dell' infermiere di comunità a supporto delle forme organizzative complesse;
- Rafforzare il coinvolgimento dei medici specialisti ambulatoriali e degli assistenti sociali nelle forme organizzative complesse per la presa in carico delle cronicità semplice;
- Coordinare gli interventi assistenziali per la gestione delle cronicità complesse avvalendosi delle Cure domiciliari e delle Cure palliative;
- Rafforzare le Centrali Operative Territoriali per mettere in rete tutte le strutture di offerta presenti sul territorio (ospedale di comunità, rete della terapia del dolore, etc…);
- Rafforzare la gamma di servizi disponibili sui territori dando impulso alla costituzione degli Ospedali di Comunità.


PPI

La Continuità Assistenziale



Regione	Popolazione (01/01/2020)	Punti di Guardia Medica	per ab.
PIEMONTE	4.341.375	136	31.922
VALLE D`AOSTA	125.501	9	13.945
LOMBARDIA	10.103.969	257	39.315
P.A. BOLZANO	532.080	7	76.011
P.A. TRENTO	542.739	20	27.137
VENETO	4.907.704	106	46.299
FRIULI V.G.	1.211.357	47	25.774
LIGURIA	1.543.127	52	29.676
EMILIA ROMAGNA	4.467.118	155	28.820
TOSCANA	3.722.729	173	21.519
UMBRIA	880.285	43	20.472
MARCHE	1.518.400	87	17.453
LAZIO	5.865.544	116	50.565
ABRUZZO	1.305.770	92	14.193
MOLISE	302.265	49	6.169
CAMPANIA	5.785.861	237	24.413
PUGLIA	4.008.296	270	14.846
BASILICATA	556.934	140	3.978
CALABRIA	1.924.701	328	5.868
SICILIA	4.968.410	447	11.115
SARDEGNA	1.630.474	235	6.938
ITALIA	**60.244.639**	**3.006**	**20.041**

Fonte dati: annuario statistico 2017-2018

0015768-31/07/2020-DGPROGS-MDS-P

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio 2

Ministero della Salute
DGPROGS
0015768-P-31/07/2020
397438942

Direzione Regionale Salute e Integrazione
Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica
Regione Lazio

Direttore
Renato Botti

Dirigente
Giuseppe Spiga

reteospedaliera@regione.lazio.legamail.it

Oggetto: autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117

Gentilissimi,

facendo seguito al parere positivo espresso dalla struttura di monitoraggio per il progetto presentato dalla Regione Lazio, trasmetto l'autorizzazione all'attivazione sperimentale del numero 116117.

Distinti saluti

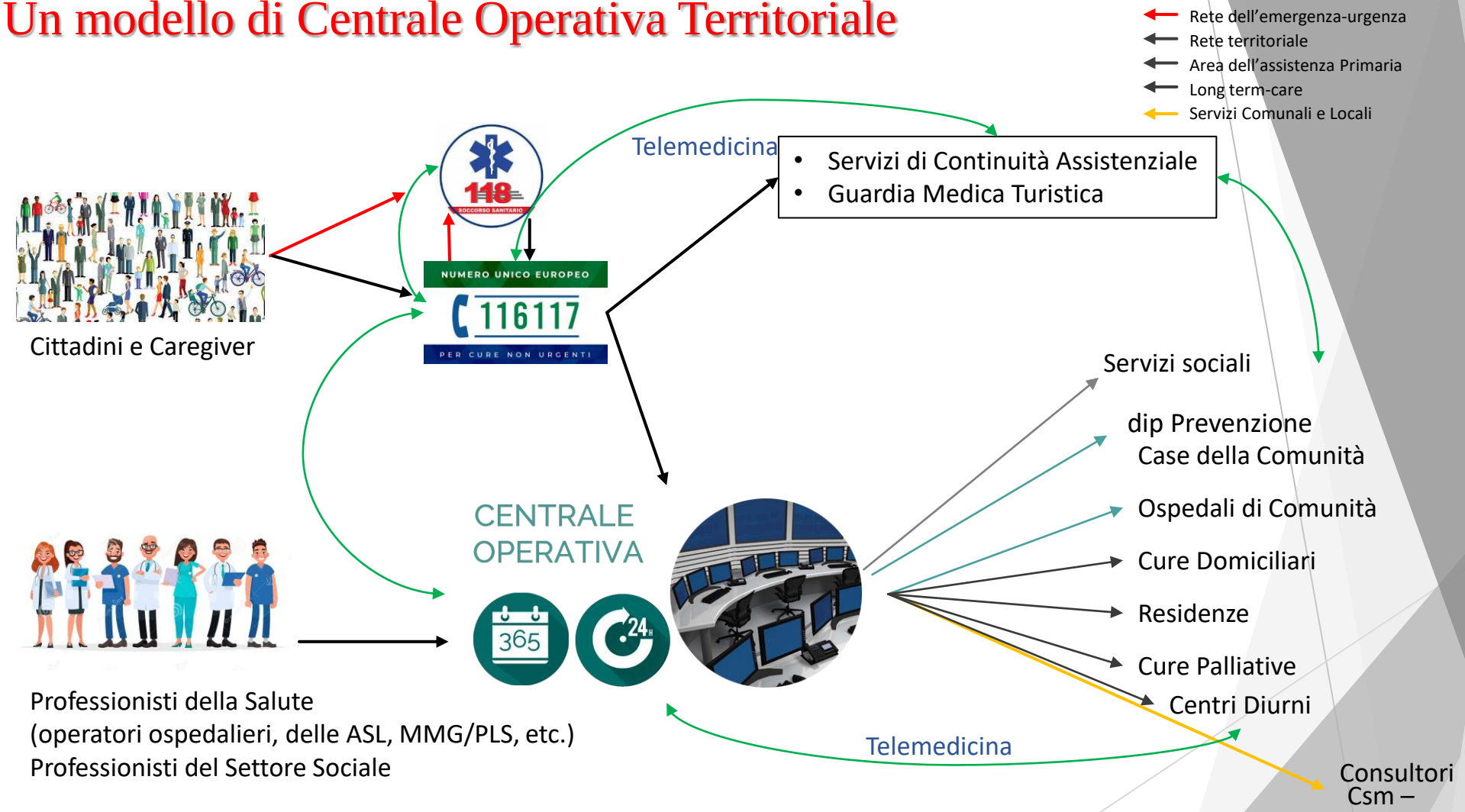
Il Direttore dell'Ufficio 2
coordinatore del gruppo di lavoro
Mariadonata Bellentani

AUTORIZZAZIONE MINISTERIALE

Regione Lazio Autorizzazione 116117

31/07/2020

Un modello di Centrale Operativa Territoriale



Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
Missione 6 : la SALUTE

- Intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e sociosanitaria), nonché equità di accesso alle cure.
- Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti, nonché ad altre emergenze sanitarie.
- Dare impulso alla sanità digitale.
- Promuovere e rafforzare il settore della ricerca scientifica, incrementando le risorse destinate alla ricerca biomedica e sanitaria
- Realizzare ospedali sicuri, tecnologici, digitali e sostenibili.
- Rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici.
- Sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN, nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche e della medicina generale.

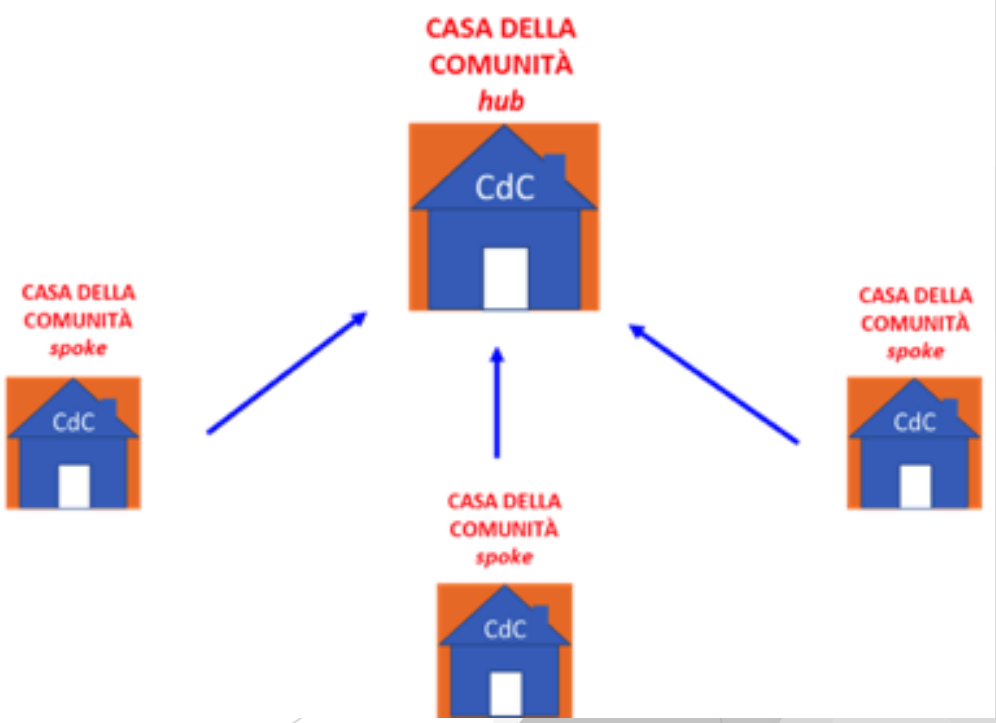
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Misura	Submisura	Totale
Misura di Riforma: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
Misura di Investimento: **Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale**	Submisura 1.1: **Casa della Comunità al centro del territorio**	**2.000.000.000 €**
	Submisura 1.2: **La Casa come primo luogo di cura** - **1.2.1** *La casa come primo luogo di cura* - **1.2.2** *Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale* - **1.2.3** *La telemedicina a supporto dei pazienti*	**4.000.000.000 €**
	Submisura 1.3: **Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità)**	**1.000.000.000 €**
		7.000.000.000 €

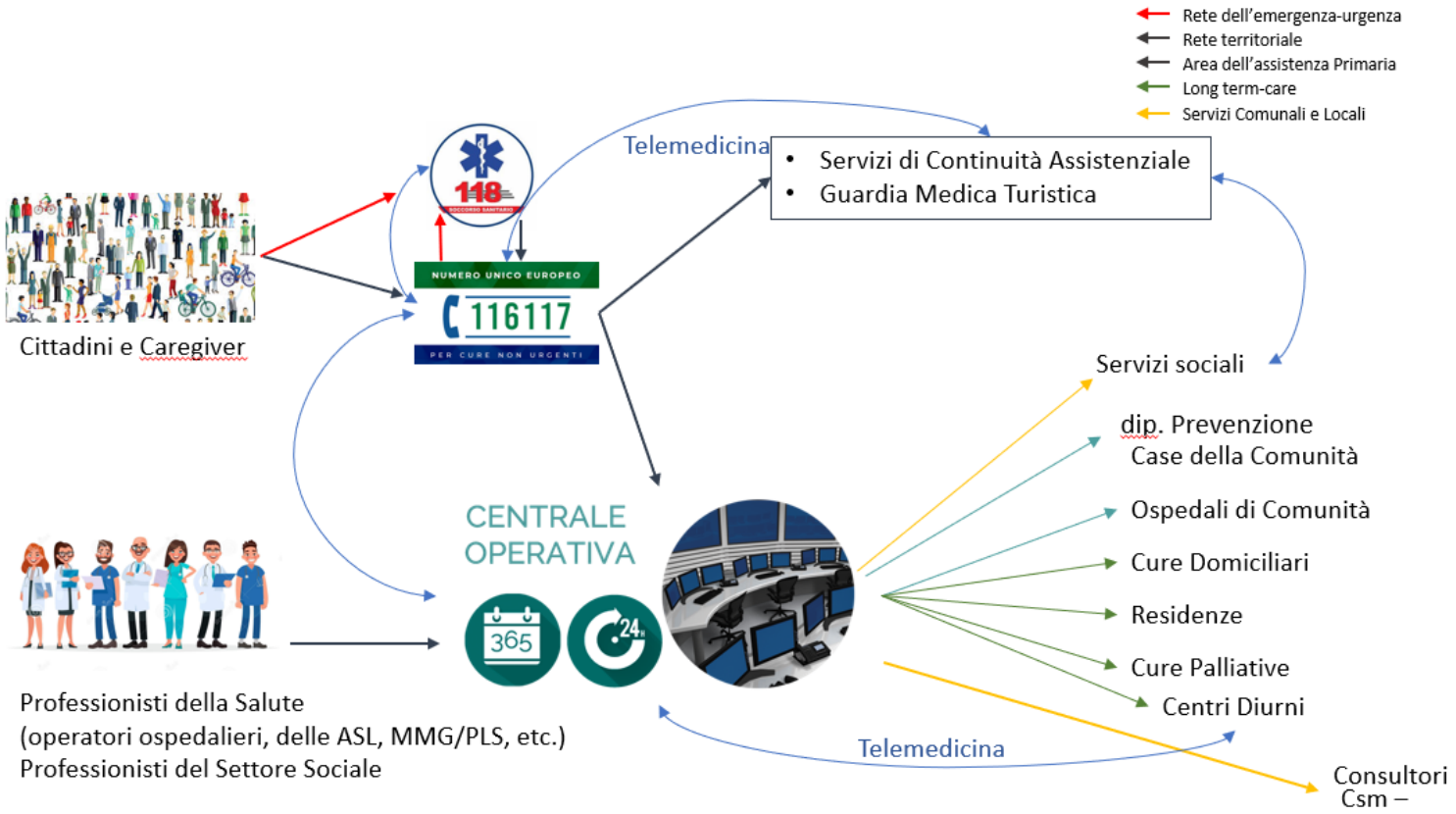
Submisura 1.1 - Casa della Comunità

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di **una rete di assistenza territoriale** formata secondo il **modello *hub&spoke***.

Entrambe propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, altri professionisti sanitari e presenza di tecnologie diagnostiche di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.).



Un modello di Centrale Operativa Territoriale



La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una **funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti** coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Submisura 1.2 – Centrale Operativa Territoriale

La COT deve essere **operativa 7 giorni su 7** e deve **essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche** quali ad esempio **piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale**, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.

Submisura 1.2 – Assistenza Domiciliare

Lo standard è stato costruito tenendo conto delle esperienze regionali più virtuose, come Emilia-Romagna e Veneto. Un'analisi di dettaglio della popolazione in assistenza domiciliare di queste 2 regioni ha permesso di ripartire la popolazione italiana over 65 nei seguenti livelli di intensità assistenziale:

Standard:

10% della popolazione over 65

- 60% in cure domiciliari di base (484.782 persone) ;
- 20% in cure domiciliari integrate di I livello (161.594 persone);
- 10% in cure domiciliari integrate di II livello (80.797 persone);
- 4% in Cure domiciliari integrate di III livello (32.319 persone);
- 6% in Cure palliative domiciliari (48.478 persone).

Per raggiungere lo standard del 10% della popolazione italiana over 65 è stato calcolato l'incremento delle prese in carico in Assistenza Domiciliare sulle proiezioni di popolazione over 65 al 2026.

Submisura 1.2 – Telemedicina

1. Contribuire a ridurre la variabilità geografica dell'assistenza territoriale, grazie all'**armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia**;
2. Garantire una **migliore "esperienza di cura" per i cittadini**;
3. Migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali, attraverso approcci di **cura domiciliare e protocolli di monitoraggio da remoto dei pazienti**.

Submisura 1.2 – Telemedicina

Metodologia

- Finanziamento di Progetti di Telemedicina che verranno implementati a livello regionale

- Selezione dei Progetti sarà rivolta a quei progetti che mireranno:
  - all'integrazione delle soluzioni proposte con il Fascicolo Sanitario Elettronico;
  - al raggiungimento di target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina definiti a livello nazionale;
  - progettati a supporto del nuovo modello di organizzazione territoriale.

Submisura 1.3 – Ospedale di Comunità

Standard previsti da Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020
(Rep. Atti n. 17/CSR)

- pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una diagnosi già definita e una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

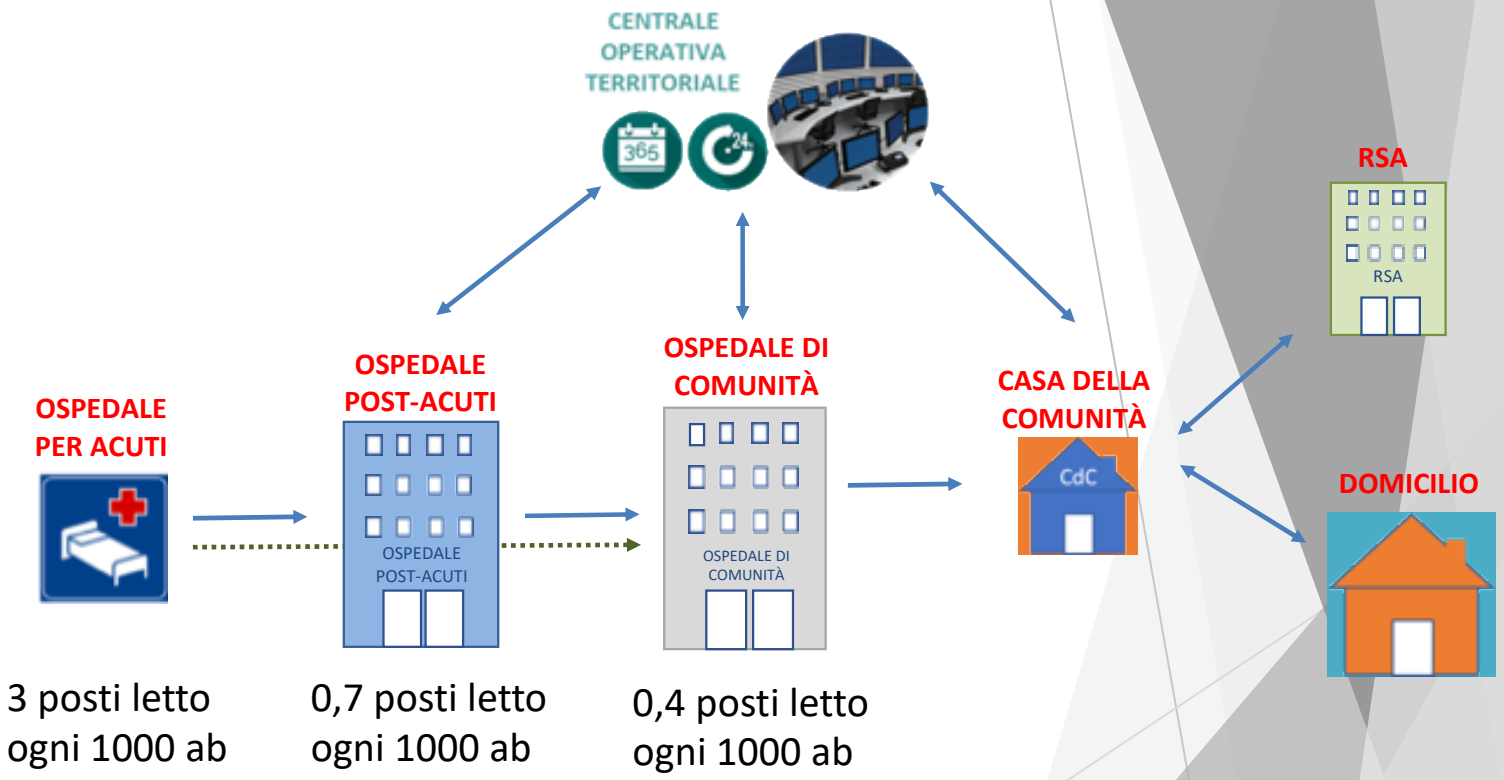
- La gestione e l'attività sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.
  - la responsabilità igienico sanitaria è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale;
  - la responsabilità gestionale-organizzativa è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento;
  - La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a un medico dipendente o convenzionato. Per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura.

Massimo 2 moduli da 20 p.l.

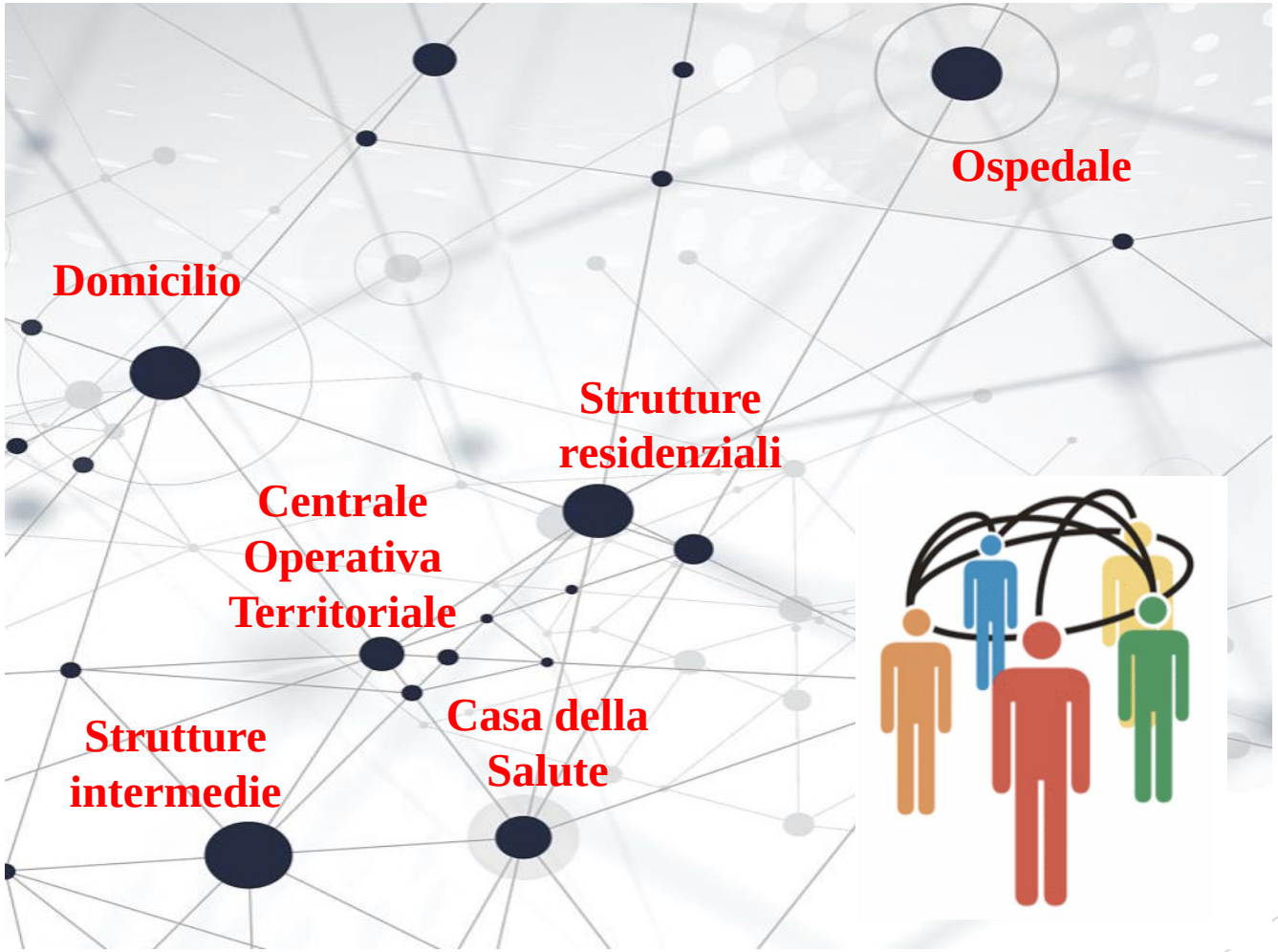
Submisura 1.3 – Ospedale di Comunità

Standard:

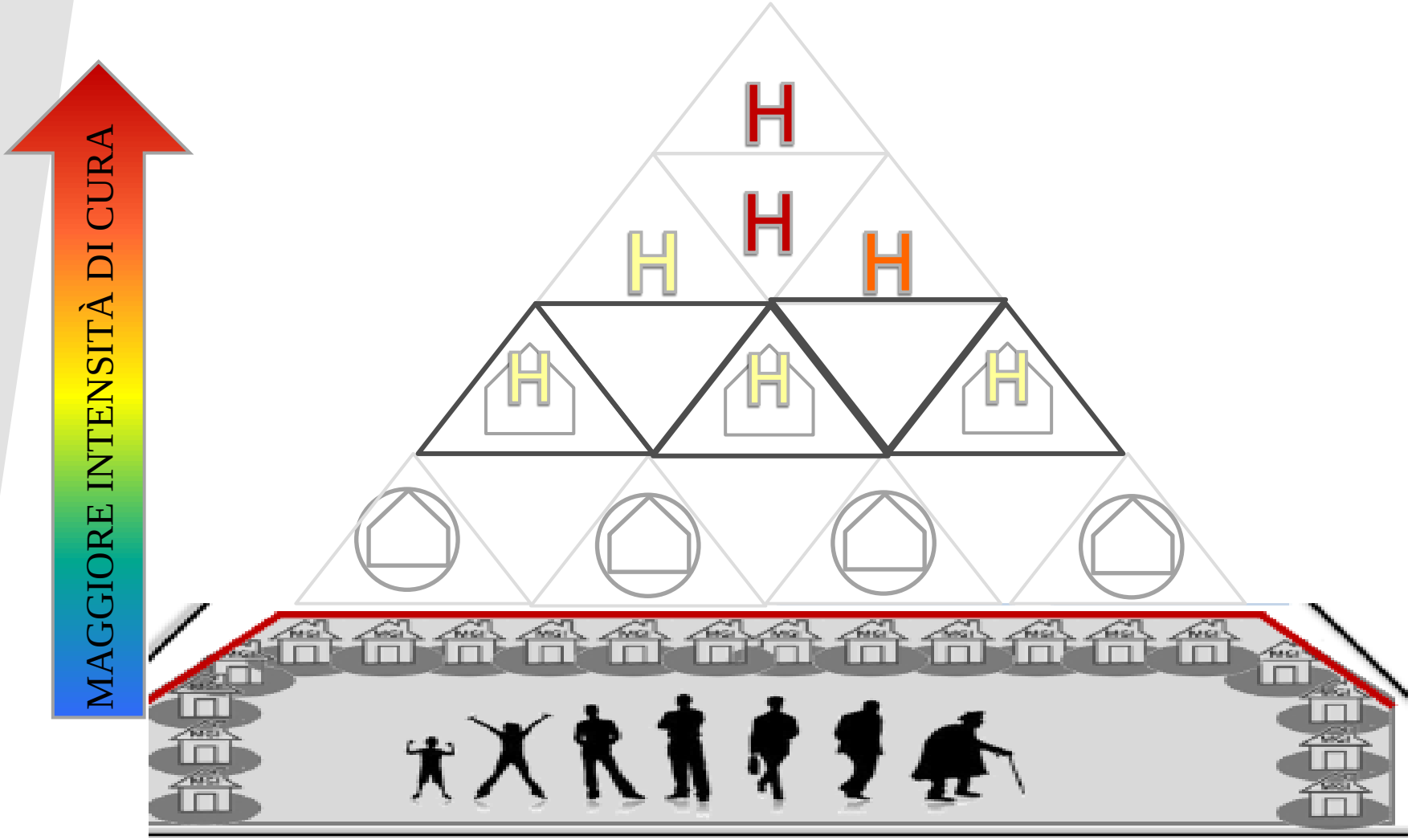
1 OdC (20 PL) ogni 50.000-100.000 abitanti



Il modello Hub&Spoke come modello di gestione dell’assistenza



INTEGRARE LUOGHI DI CURA

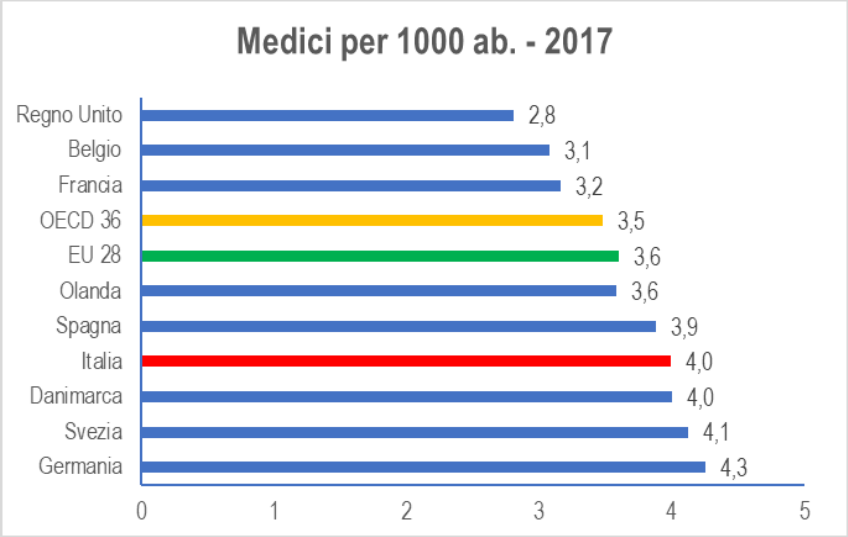


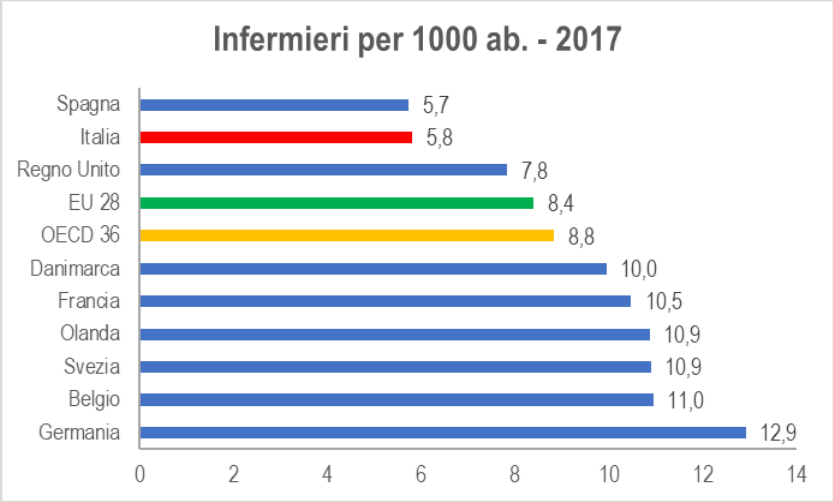
MODELLO DEI LUOGHI DI CURA OSPEDALIERI HUB& SPOKE:

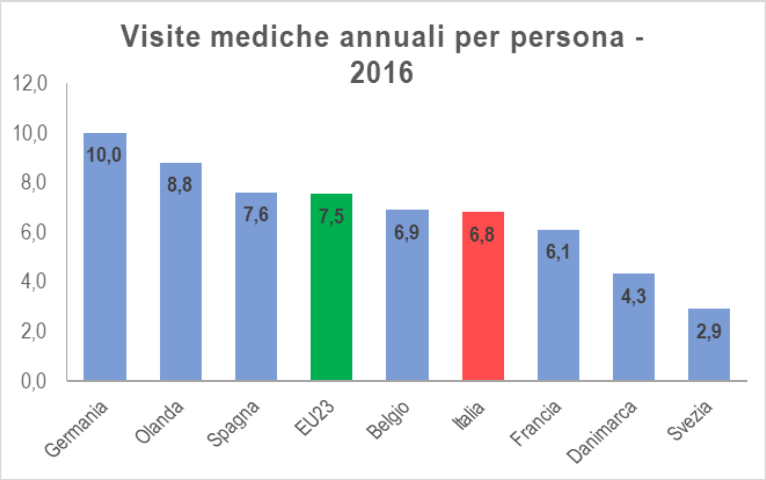
Cosa identifica il livello di una struttura:

1. Tecnologia
2. Livelli di standard strutturale
3. Presenza di specialità ad alta complessità e relative competenze

Medici e Infermieri nei diversi Paesi

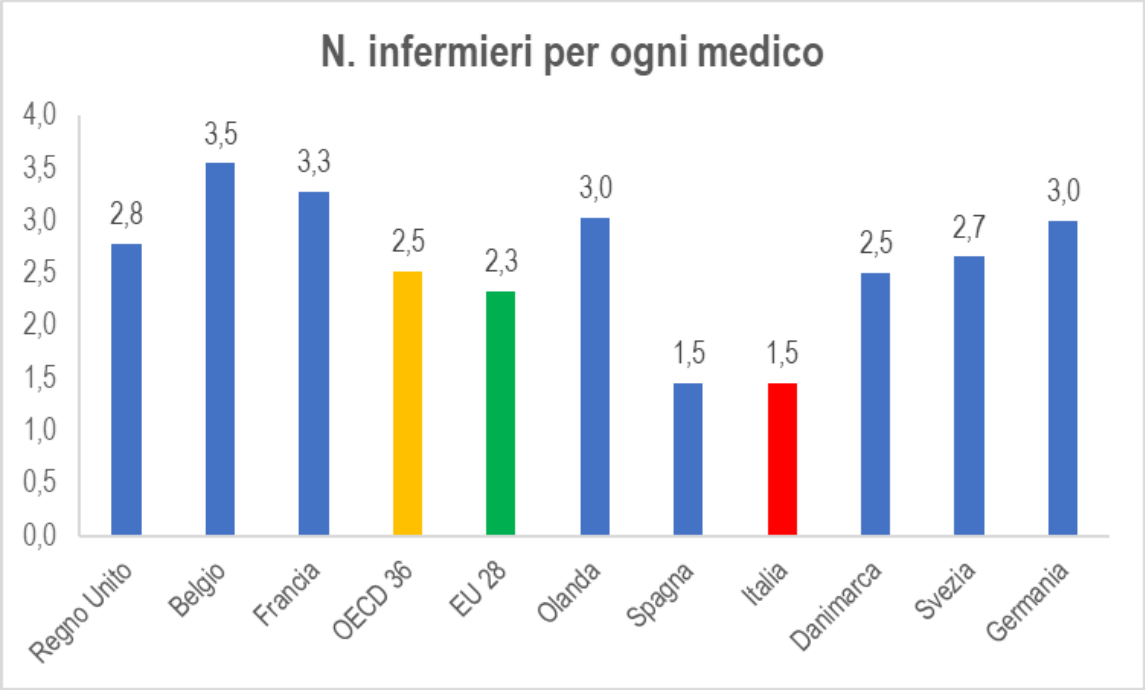






Fonte: OECD. Health at a Glance: Europe 2018; 2019

Gli infermieri in Italia: rapporto medici/infermieri

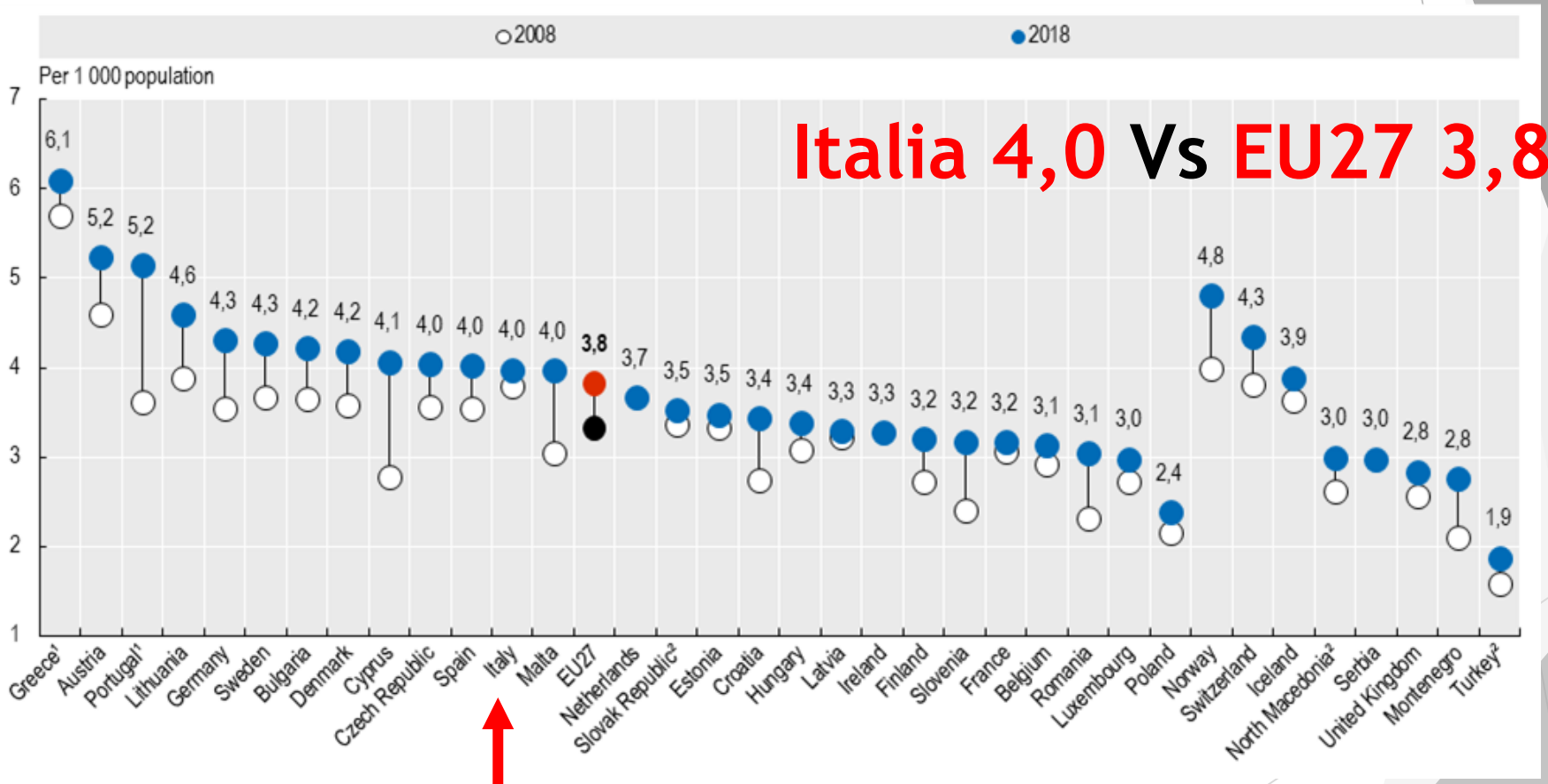


Fonte: OECD. Health at a Glance: Europe 2018;

Regione	Rapporto medici/infermieri anno 2018
Calabria	1,91
Campania	1,95
Sicilia	1,98
Sardegna	2,02
Abruzzo	2,19
Valle d'Aosta	2,26
Puglia	2,35
Umbria	2,38
Basilicata	2,50
Lazio	2,53
Toscana	2,58
Molise	2,58
Piemonte	2,59
Lombardia	2,63
Marche	2,76
P.A. Trento	2,87
Liguria	2,91
Friuli Venezia Giulia	2,99
Emilia Romagna	3,01
Veneto	3,13
P.A. Bolzano	3,32
ITALIA	**2,51**

Fonte: RGS, Conto annuale del personale;

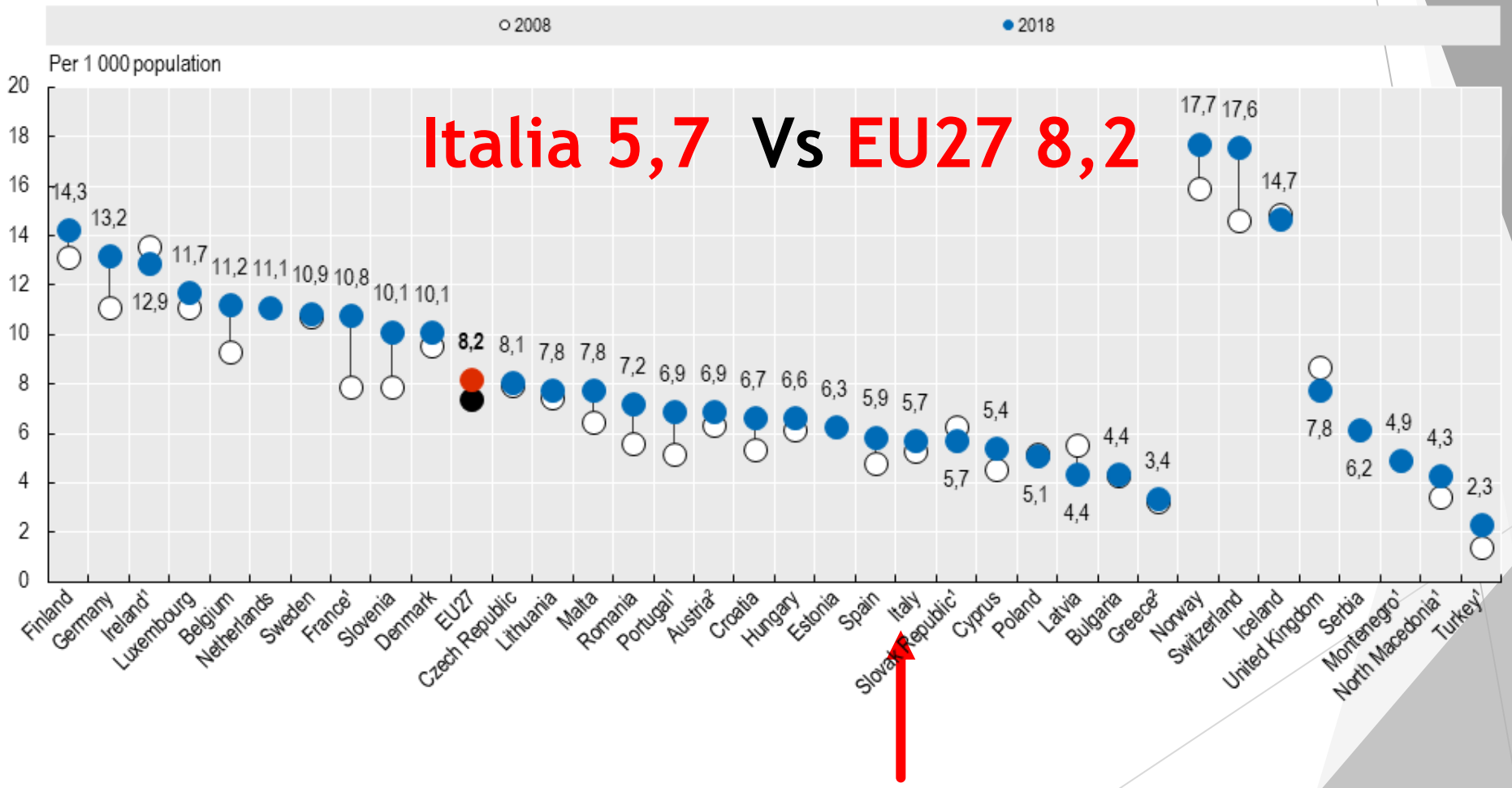
Numero di Medici per 1000 abitanti (2008-2018) – Il confronto OCSE - Europa



Italia 4,0 Vs EU27 3,8

OECD (2020), Health at a Glance: Europe 2020

Numero di Infermieri per 1000 abitanti (2008-2018) - Il confronto OCSE - Europa



OECD (2020), Health at a Glance: Europe 2020

Decreto-Legge n. 34 - 19 maggio 2020 - Personale Infermieristico

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale Comma 5

*Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'**introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità**, (…), possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (…).*

Nei prossimi 5 anni il fondo del personale si incrementerà.

Dobbiamo essere preparati!

- **formazione e preparazione di specialisti;**
- **previste 5000 e oltre Borse di Studio per specialisti;**
- **9600 Infermieri di Comunità finanziati da dl34/20;**
- **assunzione e preparazione di professioni sanitarie, socio-sanitarie (assistenti sociali…), ingegneristiche e tecniche;**
- **formazione per figure dirigenziali, le nuove figure ed operatori;**
- **ammodernamento parco tecnologico e digitale, infrastruttura tecnologica – investimenti 1.1,1.2,1.3 M6C2 PNRR**

age.na.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

PON GOVERNANCE E CAPACITÀ ISTITUZIONALE 2014-2020

Parole chiave del futuro

- Eleggere la **casa come luogo privilegiato di assistenza** sfruttando la domotica, la digitalizzazione delle informazioni e il coordinamento degli interventi;
- Garantire **un'assistenza multidisciplinare e multiprofessionale**, sfruttando l'interconnessione e l'interoperabilità delle informazioni e creando spazi virtuali di confronto tra professionisti;
- **Offerta dei servizi diversificata** in grado di rispondere al cambiamento dei bisogni di salute della popolazione;
- **Personalizzare l'assistenza** e migliorare l'attività di prevenzione attraverso l'utilizzo dei **big data** e dei sistemi predittivi dello stato di salute **(intelligenza artificiale)**;
- Promozione di **servizi sanitari vicini al cittadino** e facilmente accessibili;
- Rafforzare **l'empowerment dell'assistito (autodeterminazione)** e della sua famiglia nel processo di cura attraverso un migliore supporto da remoto da parte dei professionisti sanitari.

Take home message

- Superare la logica del luogo di cura e rendere l'assistenza veramente accessibile valorizzando il concetto di presa in carico e la prossimità alle persone;

- Personalizzare l'assistenza grazie alla completezza e alla disponibilità tempestiva delle informazioni cliniche degli assistiti, anche per individuare modelli predittivi dello stato di salute per una corretta individuazione dei fabbisogni di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

- Eliminare le disomogeneità nell'erogazione dei servizi, nonché implementare l'utilizzo delle nuove tecnologie, aggiornando le competenze dei professionisti della salute;

- Creare un modello unico di rete assistenziale integrato che consenta di seguire le persone nel processo di cura dalla prossimità fino ai centri di alta specialità.

- Condividere le informazioni grazie all' ICT e la digitalizzazione : **COMUNITA' di PRATICA**

GRAZIE DELL'ATTENZIONE

enrichens@agenas.it