



# ***ANALISI E VALUTAZIONE DELLA ASSISTENZA PRIMARIA:IL RUOLO DEL DISTRETTO***

**Dr. Gilberto Gentili – Dr. Antonino Trimarchi  
Presidenza Nazionale CARD**



**Roma 5 Novembre 2012**





# CONTENUTI

1

**Autodiagnosi**

2

**Rapporti Distretti-cure primarie**

3

**Fare sistema**

4

**Fare governance**

# IN TEORIA



229/99  
ART.3 QUATER

Il distretto **assicura** i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite **risorse definite** in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di **autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria**, con **contabilità** separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale

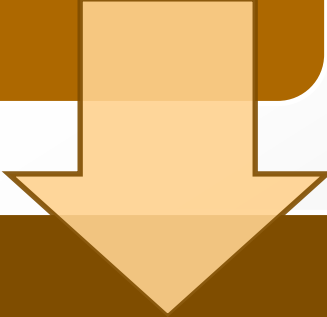
## ***IN PRATICA***



**• PRODUZIONE**

**• COMMITTENZA**

21 Regioni  
...21 spartiti



In una recente legge di riordino regionale si è arrivati a definire la durata dell'incarico di Direttore di Distretto pari a quella del Direttore di area vasta che l'ha nominato di fatto realizzando un meccanismo di spoil system che, come provato da innumerevoli sentenze oltrechè illeggitimo è addirittura anticostituzionale per la P.A.

## Tipologia di unità operativa per Regione

Regione	Responsabile di unità operativa semplice	Direttore di unità operativa semplice a valenza dipartimentale	Direttore di unità operativa complessa	Direttore di unità operativa complessa con riconoscimento dell'indennità di direttore di dipartimento	Totale
Abruzzo	50.0	11.1	38.9	0.0	100.0
Basilicata	9.1	27.3	63.6	0.0	100.0
Calabria	0.0	6.7	66.7	26.7	100.0
Campania	2.8	0.0	80.3	16.9	100.0
Emilia Romagna	0.0	0.0	47.4	52.6	100.0
Friuli V. Giulia	0.0	0.0	60.0	40.0	100.0
Lazio	3.8	0.0	71.2	25.0	100.0
Liguria	0.0	10.5	63.2	26.3	100.0
Lombardia	2.5	0.0	96.3	1.2	100.0
Marche	1.3	0.0	60.9	26.1	100.0
Molise	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Piemonte	0.0	4.9	56.1	39.0	100.0
P.A. di Bolzano	21.4	0.0	78.6	0.0	100.0
P.A. di Trento	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Puglia	0.0	2.0	95.9	2.0	100.0
Sardegna	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Sicilia	1.7	0.0	96.6	1.7	100.0
Toscana	0.0	4.0	28.0	68.0	100.0
Umbria	0.0	16.7	50.0	33.3	100.0
Valle D'Aosta	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
Veneto	0.0	0.0	14.0	86.0	100.0
<b>Italia</b>	<b>3.5</b>	<b>2.3</b>	<b>70.6</b>	<b>23.6</b>	<b>100.0</b>

## ***DISTRETTO: USI E CONSUMI***



***L'ETERNO DILEMMA TRA  
FUNZIONE E STRUTTURA***

# Questa è funzionalmente una casa





## *Distretto vs. medici di famiglia*

❖ **OVVIAMENTE SI DOVREBBE TENDERE AD UNA TOTALE COLLABORAZIONE....**



# MA.....A VOLTE

❖ **NON SI PARLANO**

❖ **CONFLIGGONO**



**E' DIFFICILE CONIUGARE FUNZIONI DI INTERAZIONE E  
FUNZIONI DI CONTROLLO**

## Accordi con MMG/PLS

			Ha concertato con gli ospedali accordi formalizzati con MMG/PLS		Totale
			No	Sì	
<b>Ripartizione geografica</b>	Nord Est	n	50	91	141
		%	35,5%	64,5%	100,0%
	Nord Ovest	n	54	88	142
		%	38,0%	62,0%	100,0%
	Centro	n	62	59	121
		%	51,2%	48,8%	100,0%
	Sud e Isole	n	184	86	270
		%	68,1%	31,9%	100,0%
Totale	n	350	324	674	
	%	51,9%	48,1%	100,0%	

## Accordi con U.O. Ospedale

			Ha concertato con gli ospedali protocolli su dimissioni protette		Totale
			No	Sì	
<b>Ripartizione geografica</b>	Nord Est	n	2	139	141
		%	1,4%	98,6%	100,0%
	Nord Ovest	n	33	109	142
		%	23,2%	76,8%	100,0%
	Centro	n	15	106	121
		%	12,4%	87,6%	100,0%
	Sud e Isole	n	134	136	270
		%	49,6%	50,4%	100,0%
Totale	n	184	490	674	
	%	27,3%	72,7%	100,0%	



**PARADOSSO:  
C'E' MAGGIORE  
RELAZIONE  
CON IL MONDO OSPEDALIERO !!!**



*oppure*

**I DG GESTISCONO  
IN “PROPRIO”  
ALCUNI ASPETTI**



**Specie laddove  
i rapporti  
tendano alla  
sindacalizzazione**

## *PROBLEMA REALE...*

- ❖ **Nei rapporti con la medicina di base spesso si “sconta” una esasperata sindacalizzazione che rischia di trasformare un confronto tra pari in una trattativa.**



- ❖ **.....accordi “cedevoli” ??? ( F.Moirano)**



# ***MAL COMUNE.....***



- Assistenza  
primaria

**Distretti**



**LIMITI**

**Assenza  
di  
modelli  
unici**

**Assenza  
di  
percorsi  
formativi  
dedicati**

# LE FORME ASSOCIATIVE

Tutti fanno tutto???  
Dov'è il valore aggiunto



La quota capitaria  
ha ancora senso?

La scelta fiduciaria ha  
ancora senso?



## ***Che medico vogliamo?***

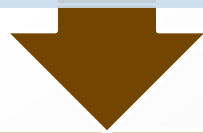
### **GENERALISTA**

.... Magari specializzandosi nella presa in carico del malato cronico



### **GATEKEEPER**

.....Responsalizzandosi sui fattori di spesa e su percorsi di appropriatezza



### **CASE MANAGER**

.....facilitando il difficile percorso del cittadino nella rete assistenziale



## *Come lo retribuiamo ?*

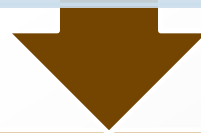
### **RETRIBUIRE PER SINGOLO PAZIENTE**

.... Magari differenziando per età




### **RETRIBUIRE PER QUOTE MISTE**

Quota base per assistito e quota pe obiettivi di aggregazione



### **RETRIBUIRE L'AGGREGAZIONAE**

Budgettizzare l'associazione con quote ad obiettivi, con divisione della stessa a seconda del contributo



**UNA COSA APPARE CERTA: L'ATTUALE  
RETRIBUZIONE A QUOTA CAPITARIA CON  
UNA PARTE VARIABILE LASCIATA ALLA  
VOLONTA' DEL SINGOLO NON E' QUELLO  
CHE SERVE AL SISTEMA NELL'ATTUALE  
CONTESTO.**

**UNA RETRIBUZIONE COSI' STRUTTURATA  
E' LEGATA SOSTANZIALMENTE AD UNA  
ANCRONISTICA MEDICINA DI ATTESA**



## ***SENZA DIMENTICARE CHE...***

**❖ CURE PRIMARIE E ASSISTENZA PRIMARIA NON SONO LA STESSA COSA.**

**❖ LE CURE PRIMARIE SONO UNA PARTE DELLA ASSISTENZA PRIMARIA, SICURAMENTE IMPORTANTE, MA NON NE DEFINISCONO TUTTO IL CAMPO D'AZIONE**



## *Pareri in libertà...*

- ❖ Calì (SMI): ruolo unico e tempo pieno per non trasformare il sistema in una maga graduatoria regionale
  
- ❖ Cricelli (SIMMG): "Purtroppo non sono ancora utilizzati adeguatamente gli strumenti, peraltro oggi disponibili, in grado di distinguere e pesare qualità professionali diverse e questo genera frustrazione e rabbia in chi, a parità di retribuzione, è in grado di offrire prestazioni migliori». Per questo, continua Cricelli, «chiediamo che il nostro valore sia misurato» e «riteniamo giunto il momento dell'assunzione diretta di responsabilità individuali e collettive”.





**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 !!!**

# ***LA CRONICITA E' UN PROBLEMA?***

**QUALE ASSETTO PER IMPATTARE  
CON PROFITTO E RISULTATI IL  
PROBLEMA DEL MALATO  
CRONICO A DOMICILIO**



**QUALE ASSETTO DARE ALLE  
CURE PRIMARIE PER OTTENERE  
EFFICIENZA ED EFFICACIA NELLE  
CURE**

# LA CRONICITA E' UN PROBLEMA?



**RECUPERARE E AMPLIARE  
L'OFFERTA  
PRESTAZIONALE PER  
MANTENERE QUANTO PIU'  
POSSIBILE LA PERSONA  
NEL SUO ECOAMBIENTE:  
LA CASA !**

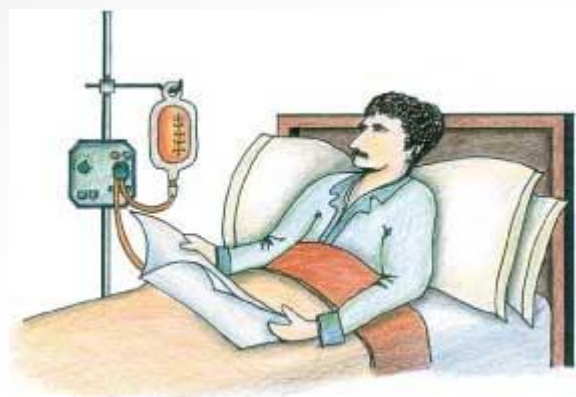


# DOVE FALLISCE LA DOMICILIAZIONE?



Catetere Vescicale?

Come Prevenire le Infezioni delle Vie Urinarie



*DOVE FALLISCE LA DOMICILIAZIONE?*

**H 24**



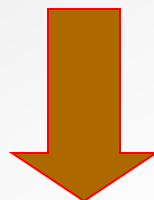




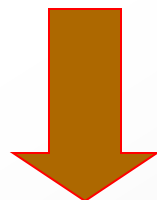
## ***UNA IDEA A COSTO ZERO***

**❖ All'atto della istituzione del sistema di emergenza territoriale non fu realizzata una reingegnerizzazione delle postazioni di continuità assistenziale, forse anche per il fatto di garantire lavoro ai tanti medici dell'epoca. Oggi questo non è più sostenibile. Card propone una rivisitazione dei parametri delle postazioni di Continuità, con utilizzo dei medici nel ciclo diurno a finanziare/integrare l'attività delle cure primarie sulla presa in carico del cronico**

**LAVORARE IN LOGICA SISTEMICA**



**PRESIDIARE LE INTERFACCE TRA  
I SETTORI/PARTI DEL SISTEMA**



**SVILUPPARE LE RETI**



# INTEGRAZIONE



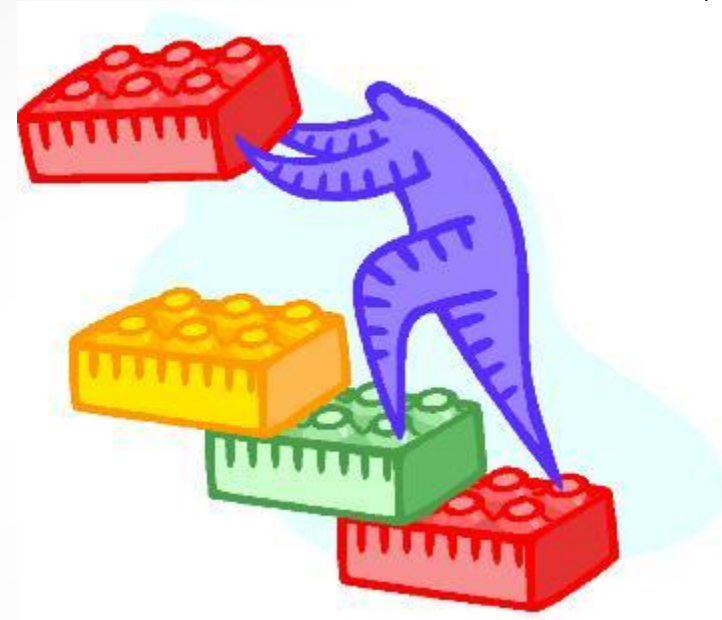
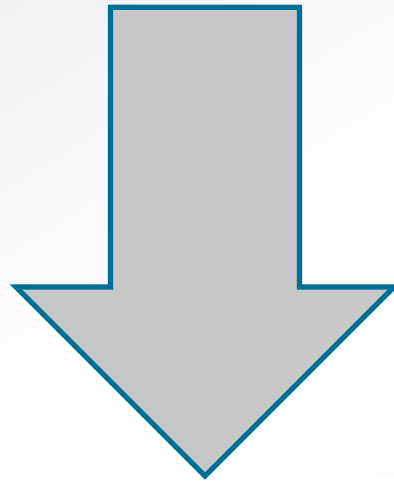
G

# INTE RAZIONE





**G**



**GOVERNANCE**

# PREVISIONE

# PRODUZIONE

# PREDIZIONE



# PD TA



# CONCLUSIONI

1

- IL MEDICO DI FAMIGLIA CONTINUA AD ESSERE UNA RISORSA IMPORTANTE PER IL S.S.N., MA NON PUO' ESSERE CONSIDERATO AUTONOMO ED ESAUSTIVO NELLA SOLUZIONE DEI PROBLEMI DELLA CORNICITA

2

- I problemi di sostenibilita' economica non ci consentono errori di strategia, il rischio di dissesto per il SSN incombe!
  - "Capita che le società sotto shock si

3

- Riformare l'assistenza e le cure primarie non può che passare attraverso una opera di riscrizione degli accordi che "accorci" la filiera contrattuale ,realizzi la omogenizzazione agli obiettivi della dipendenza e mantenga in ambito pubblico la governance del sistema

# ***DISTRETTO: USI E CONSUMI***



**Da liquido a gas**

**Dal contenuto che da forma**

**Alla occupazione di spazio....**

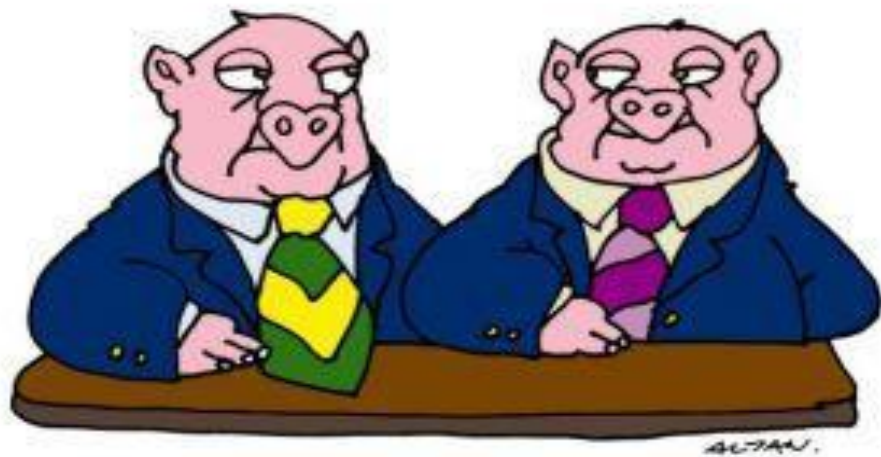
**Dalla attesa all' azione**



**“Capita che le società sotto shock si rassegnino a perdere cose che altrimenti avrebbero difeso con le unghie e con i denti”  
(Naomi Klein)**

QUESTA CRISI  
DURERA'  
ANNI.

FINALMENTE  
UN PO'  
DI STABILITA'.



GRAZIE!