

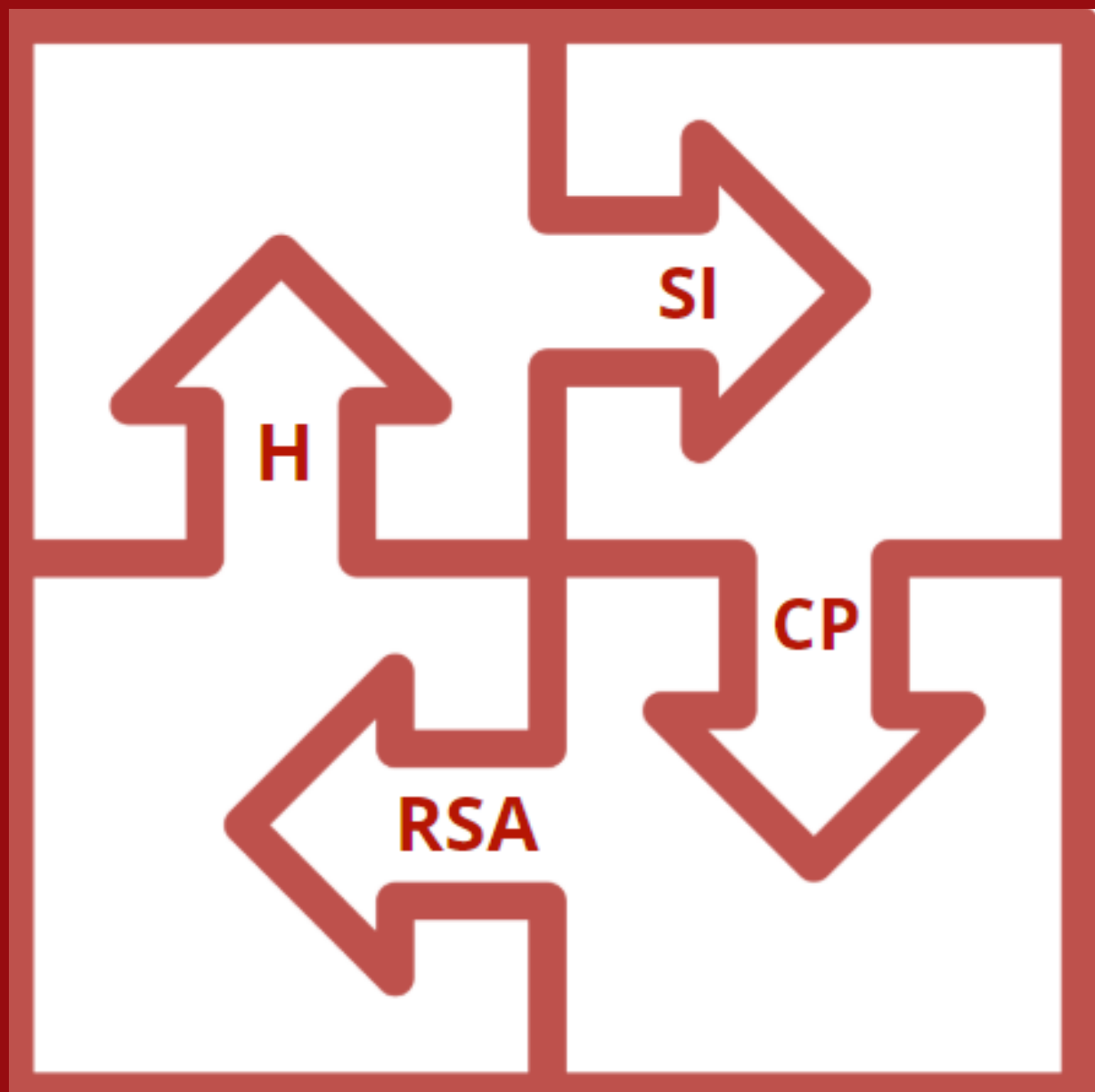
IRES VENETO

**Aggiornamento
della terza direttrice della
Ricerca “Integrazione
organizzativa e
Integrazione dei Servizi Socio-
Sanitari nella Regione Veneto”**

Uno sguardo allo stato dell'integrazione socio-sanitaria e
ospedale-territorio

INTEGRAZIONE: ASPETTI DELL'ANALISI

- 1. L'EMERGENZA SANITARIA**
 - 2. PUNTI DI FORZA DEL MODELLO SANITARIO
VENETO**
 - 3. IL PERCORSO DEL PAZIENTE: LE CRITICITA'**
 - 4. LE PROPOSTE**
-



L'EMERGENZA SARS-CoV-2 HA EVIDENZIATO

IL SSN NON PUÒ
SEGUIRE MODELLO
DI UNA SANITA'
OSPEDALOCENTRICA



OCCORRONO
INTERVENTI MIRATI AL
POTENZIAMENTO
DELL'ASSISTENZA
TERRITORIALE



OCCORRE GARANTIRE ALTRESÌ
L'APPROPRIATEZZA E LA
TEMPESTIVITÀ DEGLI
INTERVENTI, RAFFORZANDO
I PUNTI DI
RACCORDO TRA L'OSPEDALE E
IL TERRITORIO CON EFFETTI
SUL PERCORSO
ASSISTENZIALE
COMPLESSIVO



NECESSITA' DI UNA
POLITICA DI
INTEGRAZIONE SU
PIÙ LIVELLI



Il modello socio-sanitario veneto : punti di forza nell'emergenza



IL PERCORSO DEL PAZIENTE

GLI ASSET FONDAMENTALI DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

CP, ADI

PS

H

SI

RSA

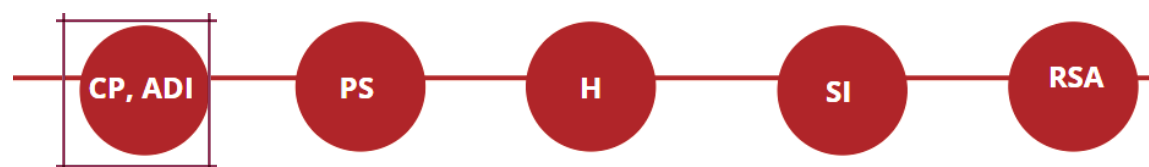
1. ORGANIZZAZIONE DELLE CURE PRIMARIE;
2. L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

GLI ACCESSI,
TEMPI DI
ATTESA E DI
PERMANENZA
IN PRONTO
SOCCORSO

L'ASSISTENZA
OSPEDALIERA

LE STRUTTURE
INTERMEDIE

LE RESIDENZE
SOCIO
ASSISTENZIALI



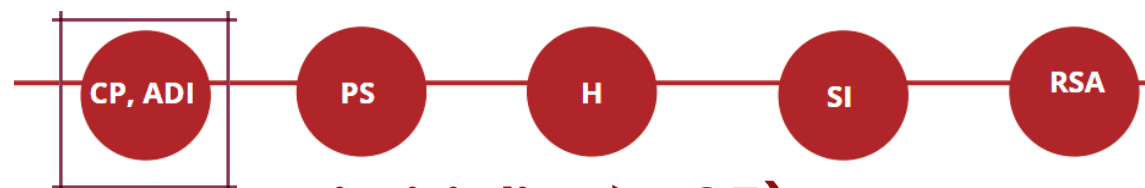
LE CURE PRIMARIE

IN DUE ANNI, DAL 2017 AL 2019 SI SONO PERSI 155 MEDICI CONVENZIONATI (SISAC 2019) LE BORSE DI SPECIALITA' SONO INSUFFICIENTI RISPETTO ALLE ZONE CARENTI (318 INCARICHI CARENTI NEL 2019)

La carenza di MMG è un problema da affrontare; i MMG hanno rappresentato e rappresentano il cuore nevralgico dell'intero sistema assistenziale territoriale e non possiamo o dobbiamo caricarli di ulteriori responsabilità magari aumentando il massimale di ciascuno o privatizzando il servizio.

Aziende ULSS	Zone Carenti MMG 2019	Incarichi Vacanti C.A. 2019
1. Dolomiti	21	35
2. Marca Trevigiana	36	110
3. Serenissima	21	52
4. Veneto Orientale	25	38
5. Polesana	20	30
6. Berica	29	16
7. Pedemontana	27	44
8. Berica	37	11
9. Scaligera	110	79
TOTALE	326	415

Fonte: SISAC (2019)



CASI ASSISTITI (tasso di assistiti di età >65)

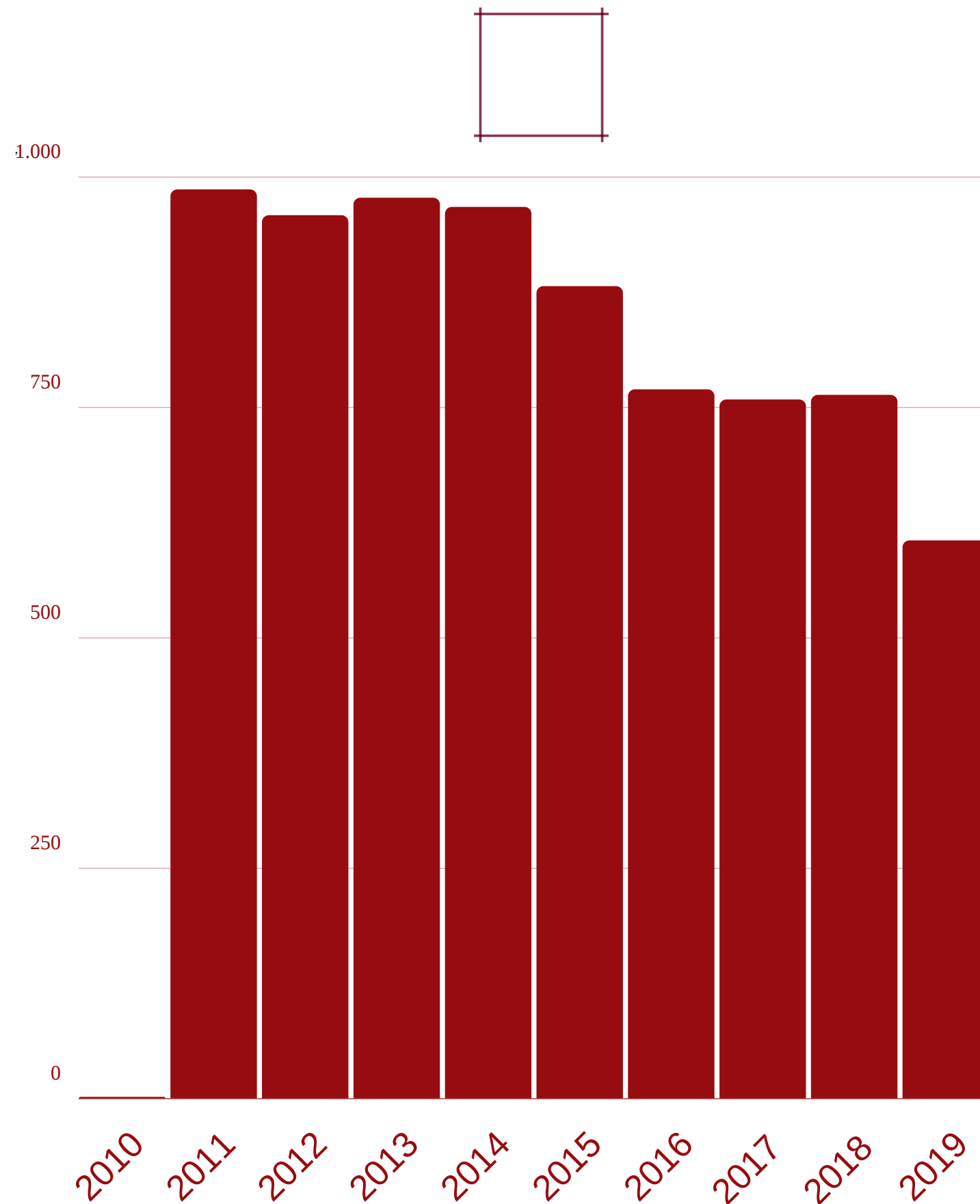
Regioni/Anno	2016	2017	2018
Piemonte	2,79	2,4	2,64
Valle d'Aosta	0,19	0,1	0,34
Lombardia	2,45	2,1	2,39
<i>Bolzano-Bozen</i>	n.d.	0	n.d.
<i>Trento</i>	2,88	3,3	3,31
Veneto	3,48	4,2	3,26
Friuli Venezia Giulia	3,36	2,8	2,55
Liguria	3,35	3,2	3,08
E milia-Romagna	3,55	3,5	3,3
Toscana	3,28	3,1	3,02
Umbria	2,02	2,7	2
Marche	2,79	2,6	1,93
Lazio	1,94	1,7	1,31
Abruzzo	3,47	3,1	3,57
Molise	4,94	5,4	3,95
Campania	2,36	2	1,95
Puglia	1,94	1,9	1,66
Basilicata	3,5	3,2	1,77
Calabria	1,48	1,4	1,63
Sicilia	3,94	3,7	3,43
Sardegna	n.d.	0	0,16
Italia	2,81	2,50	2,43

L'ADI

- **3,26 VS 2,43 = TASSO DI ASSISTITI > 65 ANNI;**
- **4 ORE PER CASO ANNUE DI ASSISTENZA VENETO VS 17 ORE NAZIONALI, PER ANZIANI;**
- **10 ORE ANNUE VS 24 PER CASO DI ASSISTENZA IN VENETO PER PAZIENTI TERMINALI**

In Regione l'ADI prende in carico pazienti di bassa complessità con ridotto numero di ore e accessi

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA



Riduzione PL Lungodegenza anni 2010-2019

Fonte: Ministero della Salute

- **7,9 GIORNI VS 7,5 LUNGHEZZA DELLA DEGENZA OSPEDALIERA;**
- **VALUTAZIONE SCARSA DELLA PERFORMANCE SULLA DEGENZA MEDIA DRG MEDICI (MES 2019)**
- **19,2 VS 22,7 PER 10.000= DOTAZIONE DI PERSONALE MEDICO IN STRUTTURE PUBBLICHE;**
- **5,2 VS 14,7 NELLE PRIVATE ACCREDITATE**

In Veneto la riduzione dei PL è avvenuta in un momento in cui la riorganizzazione dell'attività ospedaliera doveva coincidere con il potenziamento della sanità territoriale

LE STRUTTURE INTERMEDIE

Programmazione posti letto in ODC (2019-2016)

	PL PROGRAMMATI ENTRO 2016	PL REALIZZATI ANNO 2016	PROGRAMMATI ENTRO 2019	REALIZZATI ANNO 2019	Δ PL 2019 (REALIZZATI - PROGRAMMATI)
1.Dolomiti	60	45	85	60	-25
2.Marca Trevigiana	135	0	115	0	-115
3.Serenissima	235	40	118	92	-26
4.Veneto Orientale	48	0	47	0	-47
5.Polesana	93	21	94	48	-46
6.Euganea	229	93	196	120	-76
7.Pedemontana	62	12	41	20	-21
8.Berica	85	21	70	60	-10
9.Scaligera	213	15	121	75	-46
VENETO	1.160	247	887	475	-412

Programmazione posti letto in URT (2019-2016)

	PL PROGRAMMATI ENTRO 2016	PL REALIZZATI ANNO 2016	PROGRAMMATI ENTRO 2019	REALIZZATI ANNO 2019	Δ PL 2019 (REALIZZATI - PROGRAMMATI)
1.Dolomiti	37	0	14	0	-14
2.Marca Trevigiana	111	25	25	25	0
3.Serenissima	100	0	25	0	-25
4.Veneto Orientale	34	8	16	0	-16
5.Polesana	24	0	14	0	-14
6.Euganea	126	15	56	42	-14
7.Pedemontana	79	18	42	22	-20
8.Berica	112	39	39	39	0
9.Scaligera	200	0	0	0	0
VENETO	823	105	231	128	-103

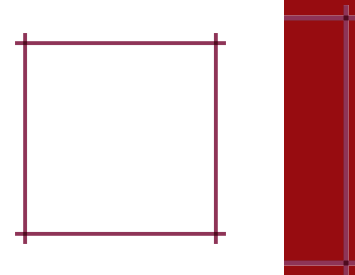
PL letto in hospice (2019-2016)

	PL PROGRAMMATI ENTRO 2016	PL REALIZZATI ANNO 2016	PROGRAMMATI ENTRO 2019	REALIZZATI ANNO 2019	Δ PL 2019 (REALIZZATI - PROGRAMMATI)
1.Dolomiti	15	15	15	15	0
2.Marca Trevigiana	28	22	28	28	0
3.Serenissima	63	41	56	41	-15
4.Veneto Orientale	17	17	17	17	0
5.Polesana	8	8	15	10	-5
6.Euganea	50	37	41	43	2
7.Pedemontana	17	17	17	17	0
8.Berica	11	7	18	18	0
9.Scaligera	42	21	38	31	-7
VENETO	251	185	245	220	-25

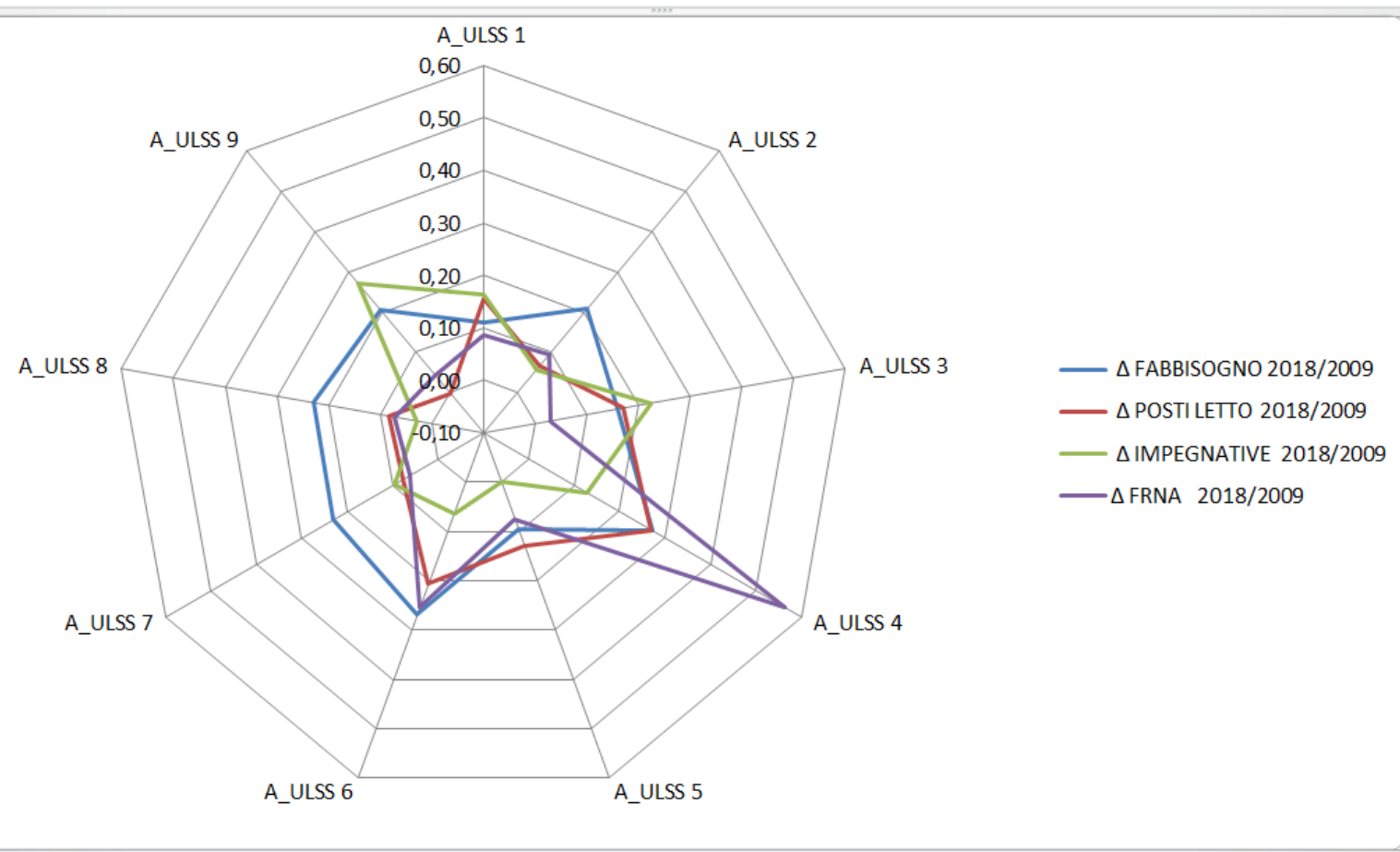
60% I POSTI LETTO REALIZZATI NELLE STRUTTURE INTERMEDIE RISPETTO AI PROGRAMMATI:

- **54% PER GLI ODC (495 PL SU 887 PROGRAMMATI),**
- **DEL 55% PER LE URT (148 SU 230),**
- **90% PER GLI HOSPICE**

La Regione ha realizzato parzialmente il disegno della filiera dell'assistenza territoriale, non adeguando la programmazione ai suoi stessi standard di fabbisogno assistenziali (quello dell' 0,6 per 1000 abitanti > 45 anni relativo ai posti in strutture intermedie, è disatteso da diversi anni)

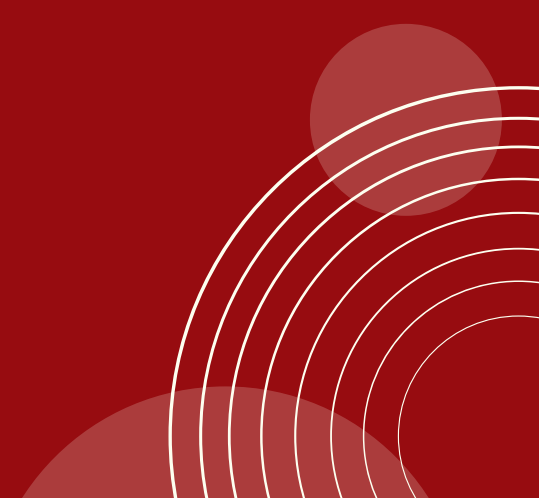


L'RSA



70% = COPERTURA DELLE IMPEGNATIVE DI RESIDENZIALITÀ CON IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA NON ADEGUATO AL FABBISOGNO EFFETTIVO.

Nel decennio considerato (2009-2018) alla variazione del fabbisogno non ha corrisposto una analoga variazione dei PL, delle impegnative emesse e della quota del FRNA.



IL PERCORSO DEL PAZIENTE

LE PROPOSTE

CP, ADI

- PROGRAMMARE ADEGUATAMENTE LA CARENZA MMG;
- DEFINIRE UN NUOVO MODELLO ADI, POTENZIAMENTO ORE E ACCESSI E RIDUZIONE DISPARITA' TRRITORIALI

PS

- GESTIONE DEGLI ACCESSI;
- TEMPO DI PERMANENZA IN OBI

H

- ADEGUARE I POSTI LETTO AI FABBISOGNI PER UNA MIGLIORE GESTIONE DEL PAZIENTE
- RIDURRE LE DIMISSIONI RITARDATE
- VALORIZZARE LA COT

SI

- ADEGUARE IL REALIZZATO AL PROGRAMMATO
- POTENZIARE LE STRUTTURE INTERMEDIE (E ADEGUARE ALLO 0,4 PER 1000)

RSA

- RIFORMA IPAB;
- ADEGUARE IL FONDO NON AUTOSUFFICIENZA AL FABBISOGNO

LA PROPOSTA: UNA SANITA' A MISURA DI BISOGNO



Analisi dei fabbisogni per
determinati target di
riferimento



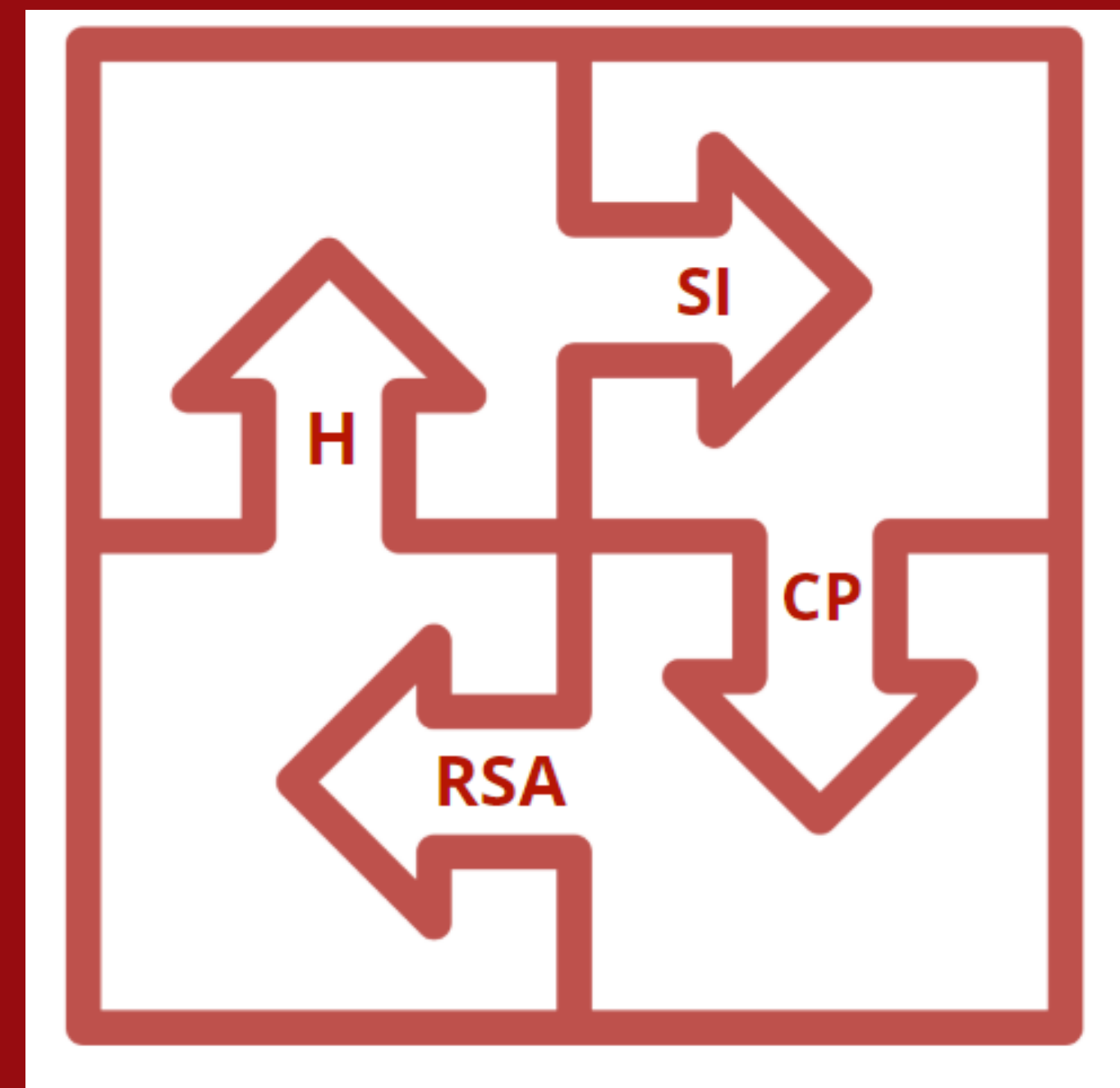
Monitoraggio costante delle
necessità di cura e
assistenza



Assicurazione della
necessaria flessibilità
nella copertura dei bisogni
e riduzione delle disparità
tra i territori

UN IMPEGNO PER IL FUTURO

- RAFFORZARE IL TERRITORIO PER CONTRIBUIRE A RIDURRE I COSTI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA, EVITANDO LE "DIMISSIONI RITARDATE" E ATTIVANDO COSÌ UNA GESTIONE EFFICIENTE OLTRE CHE EFFICACE DELL'INTERO PROCESSO ASSISTENZIALE
- CONDIVIDERE INFORMAZIONI PER APRIRE UN SERIO CONFRONTO SU OBIETTIVI, METODI ED ESITI DELLE POLITICHE DI PROGRAMMAZIONE
- IRES VENETO SI IMPEGNA AD ESSERE PARTE ATTIVA NELLE POLITICHE DI INTERVENTO DI UNA SANITÀ REGIONALE A MISURA DI BISOGNO.



IRES VENETO

INDIRIZZO

Via PESCHIERA 7, MESTRE (VE)

INDIRIZZO E-MAIL

ires@veneto.cgil.it

VINCENZO REBBA

www.vincenzo.rebba@unipd.it

BARBARA BONVENTO

www.barbara.bonvento@unife.it

MANUELA NICOLETTI

www.mnicoletti@gmail.com