



ASIAGO-GALLIO

**HOTEL GAARTEN
MEETING & BUSINESS**

Via Kanotole, 13/15

19 - 20 SETTEMBRE 2019

SUMMER SCHOOL 2019 - UP TO DATE SULLA SANITÀ ITALIANA

**PROGRAMMARE IL FUTURO
CONIUGANDO L'INNOVAZIONE**

2019 **MOTORE**
SANITÀ
Gestire il Cambiamento

Ospedali del futuro e implementazione della medicina territoriale: necessità di un mondo in trasformazione

Bortolo Simoni – Commissario dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.Veneto

Speranza di vita

L'Europa è sempre più anziana

A fronte di un'elevata sopravvivenza, l'Italia sembra tuttavia scontare una peggiore qualità degli anni vissuti in buone condizioni di salute: con valori più bassi della media europea.

La vita media senza limitazioni al di sopra dei 65 anni:

-M: Italia 8,1 anni, Cipro 8

- F: Italia 7,1 anni, Slovenia 6,9, Croazia 7,1

(Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato di Salute del Paese)

L'impatto sulla **spesa sanitaria** sarà tanto più contenuto quanto più a un invecchiamento anagrafico si accompagnerà un incremento del numero di anni vissuti in buone condizioni di salute



Feb. 23, 2015



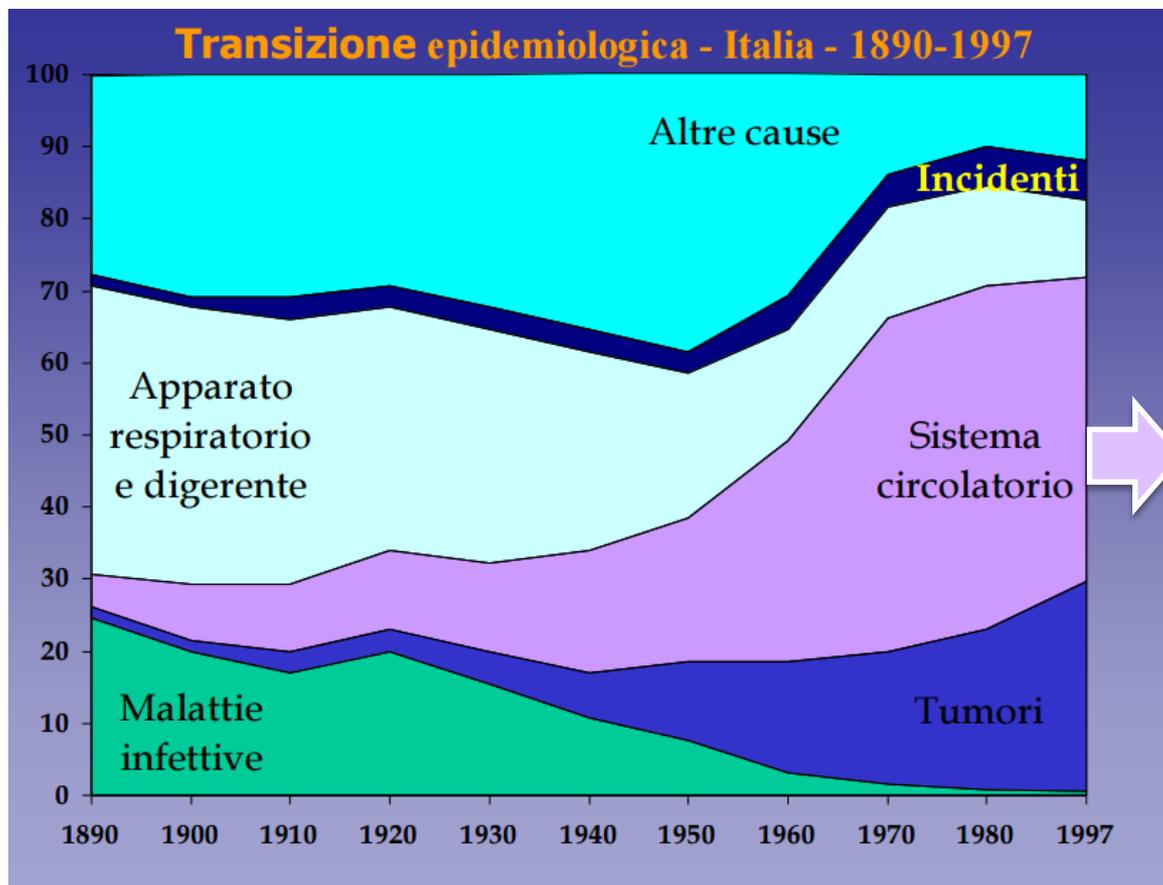
Oct. 26, 2015

Figura 2. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Graduatoria in ordine decrescente rispetto al valore della speranza di vita dei maschi. Anno 2016. In anni



Fonte: Istat, Elaborazione su dati Eurostat

“Società liquida” - Baumann



Lazzeri, *Promozione della salute 2016*

Modifica l'approccio alla salute:

Orientamento alla prevenzione con strumenti innovativi

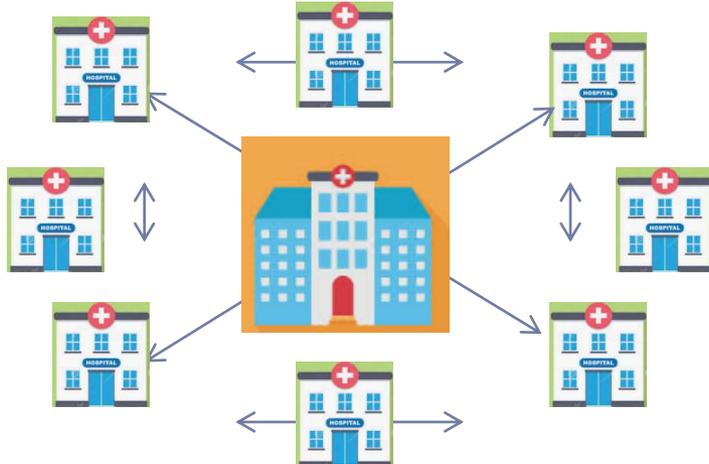
Es. rischio cardiovascolare

- ▶ Sistemi di valutazione del rischio e sistemi di predizione del rischio, utilizzando anche parametri come il "risk-age" o il "lifetime-risk"
- ▶ E-health per la valutazione del rischio, telemedicina e telemonitoraggio per il controllo di patologie croniche
- ▶ Ruolo dei Biomarcatori: danno informazioni predittive sulla progressione di malattie e contribuiscono a prevenire lo sviluppo di MCV in soggetti apparentemente sani

Inversione del paradigma

DA Ospedale "e" / "vs" Territorio

► Sistema "ospedale-centrico"



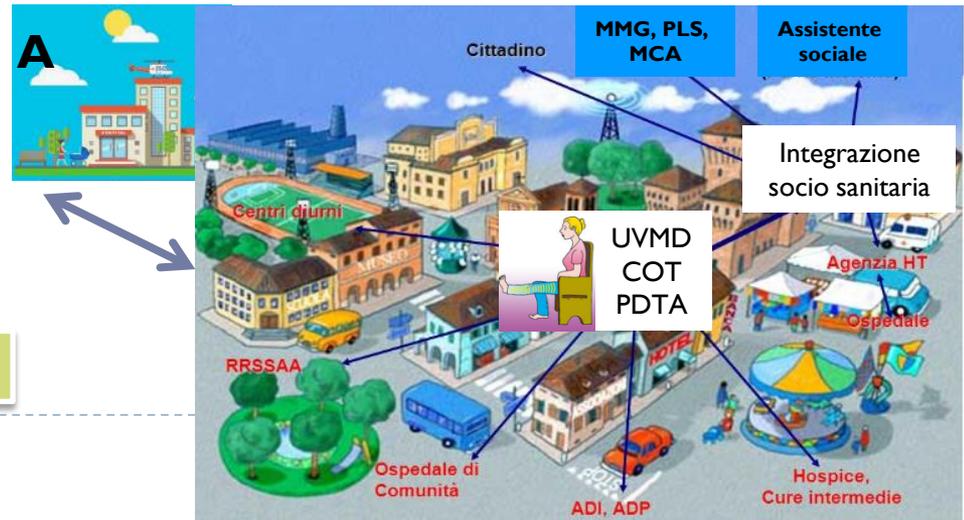
DA



Da "Maometto che andava alla Montagna"

A Ospedale "nel" Territorio (unicum)

► Sistema "paziente, comunità-centrico"



Alla "Montagna che va da Maometto"

Approccio alla salute e forme di offerta

Modifica l'approccio alla salute:

- ▶ Orientamento alla prevenzione utilizzando strumenti innovativi
- ▶ Medicina personalizzata



SISTEMA OSPEDALIERO

- ▶ Paradigma dell'attesa (dimensione verticale)
- ▶ Polo della "intensività tecno-assistenziale"
- ▶ Orientamento alla produzione di prestazioni e alla soluzione di problemi clinici
- ▶ Presidia l'efficienza
- ▶ Tende all'accentramento per realizzare economie di scala
- ▶ Punta all'eccellenza e alla concentrazione delle conoscenze

PRIMARY CARE

- ▶ Paradigma dell'iniziativa (dimensione orizzontale)
- ▶ Luogo della "estensività socio-assistenziale"
- ▶ Orientamento alla gestione di processi assistenziali e alla presa in carico (Chronic care)
- ▶ Presidia l'efficacia e i risultati
- ▶ Tende al decentramento per valorizzare il capitale sociale e promuovere azioni di promozione della salute
- ▶ Punta all'equità e alla diffusione e utilizzazione dei diversi sapere e del self-care e family learning



Ospedali e medicina territoriale del futuro?

- ▶ Ospedali sempre più orientati alle acuzie: meno ospedali di dimensioni maggiori, tecnologie avanzate (es. interventi chirurgici a distanza) ed in proporzione a minori tempi di degenza

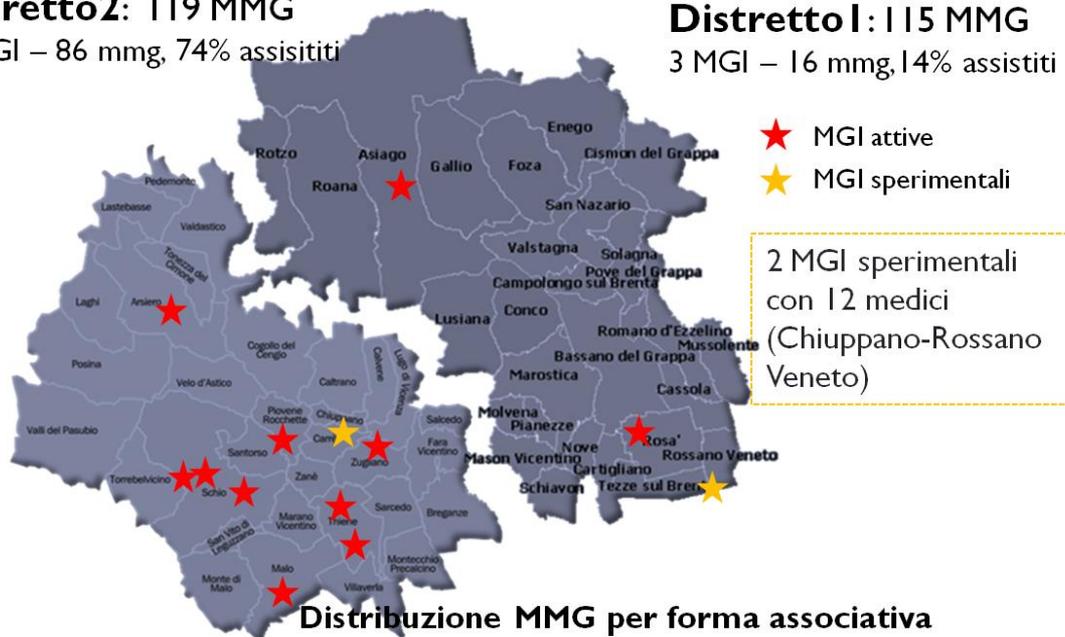
- ▶ Medicina territoriale personalizzata, olistico orientato alla prevenzione e cura delle cronicità: servizi capillari sul territorio, tecnologie per il monitoraggio domiciliare, recupero di professionalità, allocazione delle competenze al territorio sanitario

- ▶ Nel territorio finora ci si è affidati a contenitori (forme associative) (professionalità, percorsi assistenziali, informazione e compliance del paziente)

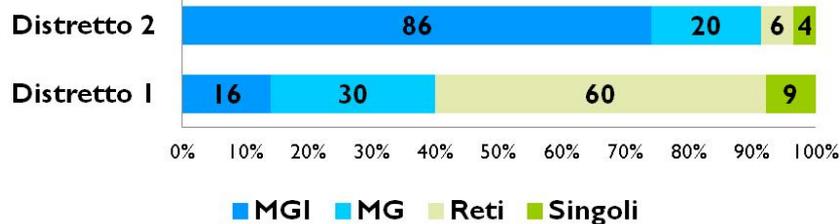
- ▶ Filtri e dimissioni: lavorare per la prevenzione e la dimissione dall'ospedale, per ridurre i reingressi evitabili. Non è solo "fare da filtro" per l'ospedale, ma anche l'ospedale deve "filtrare" i pazienti prima della dimissione, rendendola sempre appropriata e tempestiva, in continuità con gli altri setting di cura

Distretto 2: 119 MMG
10 MGI – 86 mmg, 74% assistiti

Distretto 1: 115 MMG
3 MGI – 16 mmg, 14% assistiti



Distribuzione MMG per forma associativa



Ospedali e medicina territi

► Strum



La raccolta di dati servirà a livello:

- macro per programmare l'offerta di servizi e per scopi epidemiologici e calcolo dei rischi della popolazione
- micro (individuale) per l'identificazione e la predizione di rischi, anche associati a fattori di rischio, e l'adesione a programmi di prevenzione primaria

LA UK Biobank conserva dati genomici e clinici di oltre 500.000 persone: vengono elaborati per trovare collegamenti tra varianti e patologie

scopi di p

► Comunit

Verificata da	Dr.ssa L. Sar... struttura ospedaliere aziendali)	7 GIU. 2019
Approvata da	Dr.ssa E. Zandonà (Direttore Sanitario)	2 LUG. 2019
Revisione	Data	Descrizione delle modifiche
0	12/06/2019	Prima emissione

Comunità territoriale come risorsa fondamentale e Determinanti di salute

▶ La sanità se intende generare salute dovrà sempre più orientarsi verso l'esterno, creare una rete ed un legame con i principali role player dei determinanti di salute

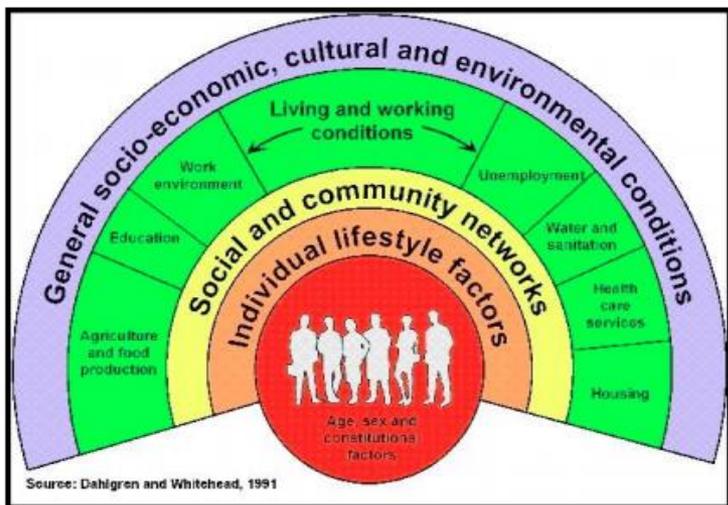
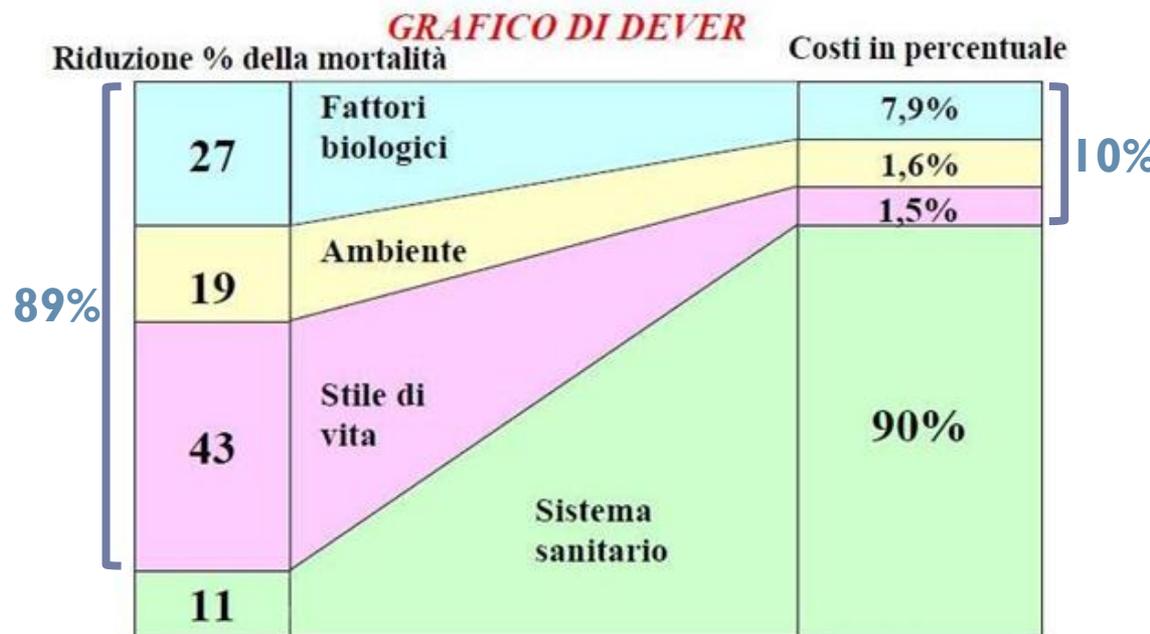


Figura 1. I determinanti sociali della salute. Dahlgren e Whitehead, 1991.



«Si stima che le sole diseguaglianze sociali producano un costo per il NHS di più di 5 miliardi di sterline l'anno» (The Lancet)

La sfida

- ▶ ... in una prospettiva di **equità intergenerazionale**, anche nell'allocazione dei fondi sanitari



Livelli di assistenza e profili di rischio

