

Le cure primarie nella definizione dei LEA

Filippo Palumbo
Ministero della salute, Dipartimento della qualità
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di
assistenza e dei principi etici di sistema

f.palumbo@sanita.it

Bologna 25 febbraio 2008



Fasi della programmazione sanitaria nazionale

- Fase precedente alla I. 833/78
- 1° Fase della I. 833/78
- 2° Fase della I. 833/78
- Fase del d.lgs 502/92
- Aggiustamenti successivi fino al PSN 1994-1996
- Fase del d.lgs 229/99
- Fase attuale



Fase attuale che caratterizza la programmazione sanitaria nazionale:

il peso della riforma costituzionale del 2001



GOVERNANCE POLITICO ISTITUZIONALE DEL S.S.N.

- Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001
- Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005
- Piano sanitario nazionale 2006-2008
- Patto per la salute 5 ottobre 2007



Le linee di fondo della programmazione sanitaria nazionale che si è andata definendo dopo il 2001

Come perseguire la razionalizzazione del SSN:

Promuovere quattro azioni trasversali

- Mettere ordine nei fondamenti tecnico programmatici del SSN
- Promuovere la ricerca e l'innovazione
- Agire sul rapporto sanità/sviluppo
- Promuovere l'efficienza allocativa

Agire in tre direzioni

- rilancio operativo ed una organica pianificazione degli interventi di prevenzione
- ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie
- riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare le cure ospedaliere.



Le tre direzioni

- rilancio operativo ed una organica pianificazione degli interventi di prevenzione
- ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie
- riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare le cure ospedaliere.

devono confluire in una forte INTEGRAZIONE



Quale è il contesto in cui si sono definite le attuali linee programmatorie?

- Evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico
- Forte cambiamento dei contenuti assistenziali
- Rilevanti evoluzioni dei setting assistenziali
- La conseguente necessità di governare questi processi
- Il condizionamento delle risorse limitate



Quali risorse per il S.S.N. ?

Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N.

	(variazioni percentuali annue)						
ITALIA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
PIL reale	1,8	0,4	0,3	1,2	0,0	1,5	1,9
spesa effettiva							
del SSN	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8	5,5	3,6
Finanziamento							
del SSN	8,2	6,1	3,9	4,9	7,0	4,5	4,8

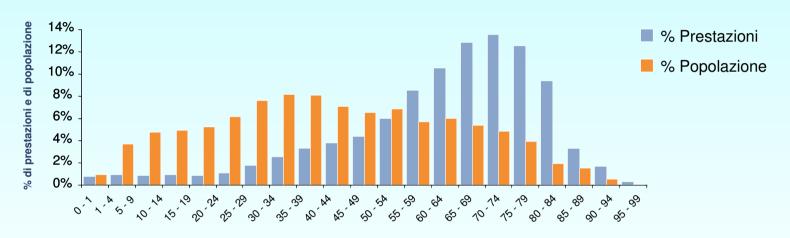


Perché promovere l'efficienza allocativa ?

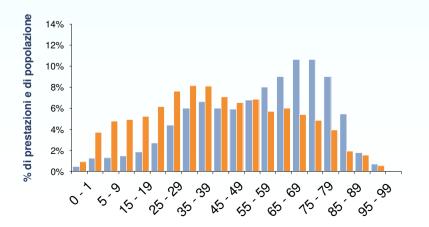
- Occorre un forte incremento delle risorse
- Per quanto cospicuo potrà essere tale incremento, le risorse aggiuntive saranno prenotate da due tematiche assistenziali connesse alla cosiddetta transizione epidemiologica
 - 1. La tematica della non autosufficienza e della disabilità
 - 2. Il peso crescente del trattamento di casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali
- La conseguente necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per i rimanenti interventi

Consumi per classe di età

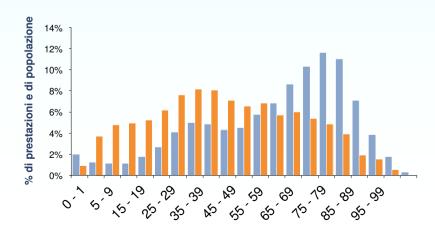
Prestazioni FARMACEUTICHE per classe di età e sesso – Valori 2004



Prestazioni AMBULATORIALI per classe di età e sesso - Valori 2004



RICOVERI per classe di età e sesso -Valori 2004



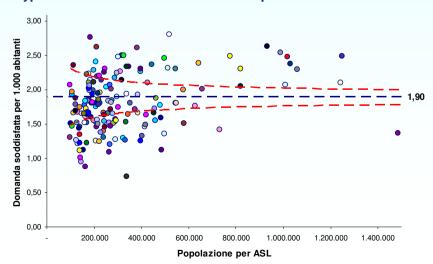
Il peso rilevante della inappropriatezza

E' disponibile e validata la metodologia per individuare potenziale appropriatezza ed inadeguatezza nella domanda di prestazioni sanitarie a livello di ASL

Esiste una variabilità elevata, non solo da Regione a Regione, ma anche da ASL ad ASL all'interno della stessa Regione.

I risultati sono già disponibili per tutte le tipologie di ricovero. Occorrono i dati per passare ad altri tipi di prestazioni ITALIA

Bypass & PTCA: Domanda soddisfatta per 1.000 abitanti

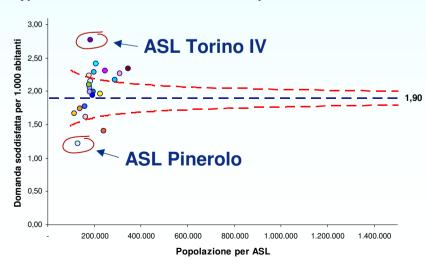




DETTAGLIO PIEMONTE Popolazione per ASL

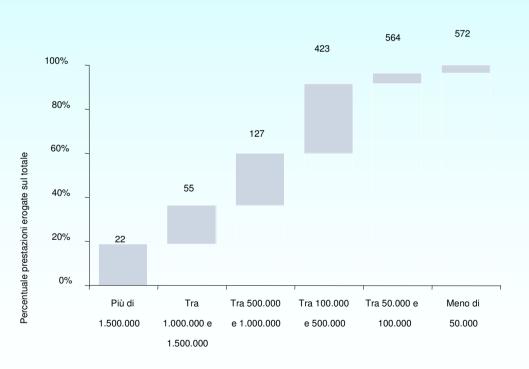
Numero abitanti

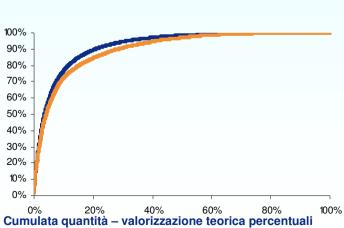
Bypass & PTCA: Domanda soddisfatta per 1.000 abitanti



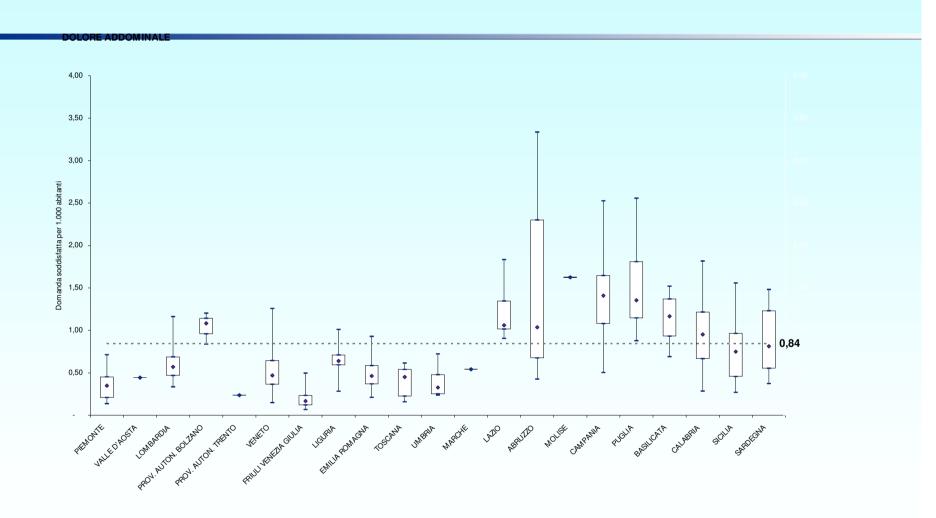
Persistenti irrazionalità della rete di offerta

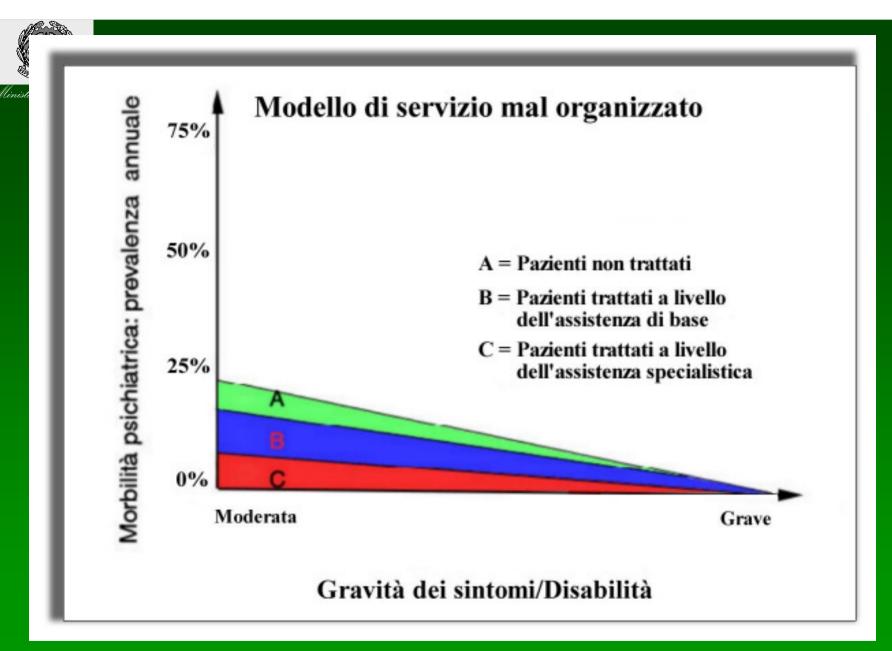
Laboratorio - Percentuale prestazioni erogate sul totale per tipologia struttura



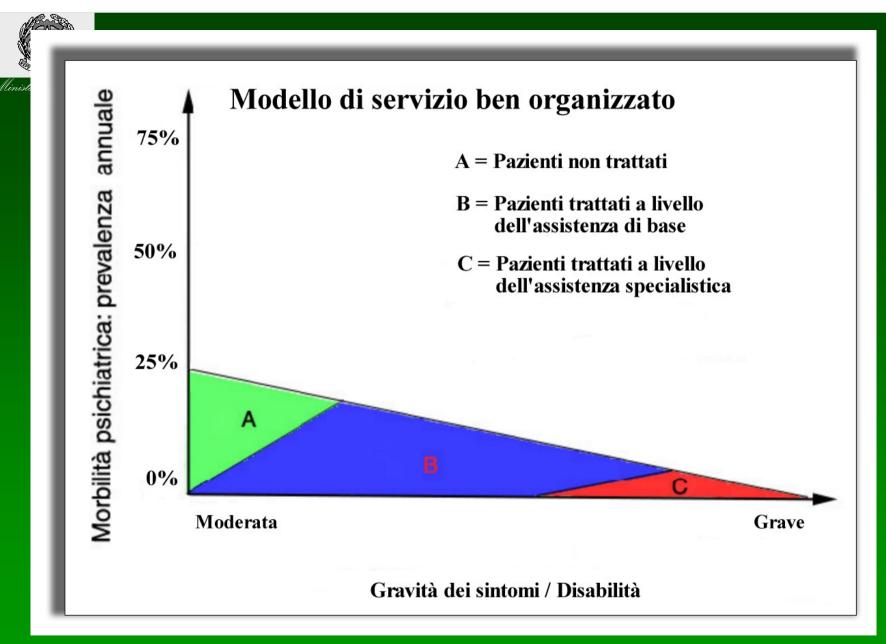


DOLORE ADDOMINALE – BOX PLOT





Relazione fra il livello di disabilità ed il setting di trattamento (assistenza primaria o secondaria) nei servizi mal organizzati



Relazione fra il livello di disabilità ed il setting di trattamento (assistenza primaria o secondaria) nei servizi ben organizzati



Un formidabile laboratorio di elaborazione e confronto: il progetto dei 15 mattoni (mettere ordine nei fondamenti del SSN) Conferenza Stato Regioni 10/12/2003

- Classificazione delle strutture
- 2. Classificazione delle Prestazioni ambulatoriali
- Evoluzione del sistema DRG nazionale
- 4. Ospedali di riferimento
- 5. Standard minimi di quantità di prestazioni
- 6. Tempi di attesa
- 7. Misura dell'appropriatezza

- 8. Misura dell'outcome
- 9. Realizzazione del Patient File
- 10. Prestazioni farmaceutiche
- 11. Pronto soccorso e 118
- 12. Prestazioni residenziali e semiresidenziali
- 13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
- 14. Misura dei costi del SSN
- 15. Assistenza sanitaria collettiva



I 15 mattoni

- 1. Classificazione delle strutture
- 2. Prestazioni ambulatoriali
- 3. Evoluzione dei DRG
- 4. Ospedali di riferimento
- 5. Standard minimi di qualità di prestazioni
- 6. Tempi di attesa
- 7. Misura dell'appropriatezza
- 8. Misura dell'outcome
- 9. Realizzazione del patient file
- 10. Prestazioni farmaceutiche
- 11. Pronto soccorso e 118
- 12. Prestazioni residenziali e semi
- 13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
- 14. Misura dei costi del SSN
- 15. Assistenza sanitaria collettiva

- 1. VENETO Calabria
- 2. LOMBARDIA Molise
- 3. EMILIA ROMAGNA Basilicata
- 4. Ministero salute
- 5. PIEMONTE Sardegna
- 6. ASSR
- 7. UMBRIA P.A. Trento
- 8. ISS
- 9. TOSCANA Sicilia
- 10. FRIULI V.G. Valle d'Aosta
- 11. LAZIO Liguria
- 12. MARCHE P.A. Bolzano
- 13. PUGLIA Lombardia
- 14. ASSR Abruzzo
- 15. CAMPANIA Emilia Romagna



La operatività della Commissione per la manutenzione dei LEA



Revisione straordinaria delle prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza: il nuovo DPCM



Il nuovo DPCM: aspetti relativi alle cure primarie

aspetti indirettamente connessi

- rivisitazione dell'area preventiva
- -maggiore appropriatezza nelle cure ospedaliere;
- -allargamento, arricchimento e qualificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



Il nuovo DPCM: aspetti relativi alle cure primarie (2)

aspetti direttamente connessi

- rivisitazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta;
- -ridefinizione dell'assistenza domiciliare
- -ridefinizione dell'assistenza residenziale