LA CRITICITÀ: VECCHI SETTING PER OSPITI SEMPRE PIÙ COMPLESSI

SANTA LUCIA
NEUROSCIENZE
E RIABILITAZIONE

Antonino SALVIA
Direttore Sanitario

29 novembre 2018

ARGOMENTI

- I numeri della disabilità
- La rete ed i percorsi assistenziali
- Proposte conclusive

Epidemiologia e costi delle malattie croniche (da "Piano nazionale della cronicità". Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016)

- il **70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche**.
- Nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.
- Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone > 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo.
- In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano **responsabili dell'86% di tutti i decessi** e di una **spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro per anno**.

L'incidenza della disabilità complessiva, eliminando l'effetto struttura per età, nella popolazione dai 6 anni in su, risulta in declino dal 1994 al 2010, con una prevalenza che passa dal 5,7 per cento al 4,4 per cento (*).

su una popolazione di 60.483.973 abitanti
(http://demo.istat.it/pop2018/index.html)

2.661.295 PERSONE CON DISABILITA' GRAVE

(A CUI SOMMARE OLTRE 200.000 UNDER 6)

(*) ISTAT Rapporto Annuale 2012 -La situazione del Paese Roma, 22 maggio 2012

The projections in this report indicate that between 2015 and 2035, overall there will be a **34% increase in total number of stroke** events in the EU from 613,148 in 2015 to 819,771 in 2035.

Jon Barrick, presidente SAFE
11 maggio 2017

STANDARD DI POSTI LETTO IN ITALIA

1985
1 per mille

Legge n° 595/85

dotazione media posti letto: acuti 6,5 per mille di cui riabilitazione: 1 per mille

1991
0,5 per mille

Legge n° 412/91

dotazione media posti letto: acuti 6 per mille di cui riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: 0,5 per mille

1993
0,5 per mille

Legge n° 537/93

5,5 per mille acuti di cui riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: 0,5 per mille

1995
1 per mille

Legge n° 549/95

acuti 5,5 per mille di cui riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: 1 per mille

2001
1 per mille

Legge n° 405/2001

5 posti letto per mille di cui 1 per mille di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

2005
?

CSR 23 marzo 2005

4,5 posti letto per mille abitanti comprensivi della riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

2009
0,7 per mille

CSR 3 dicembre 2009, Patto salute 2010-2012.

4 per mille abitanti comprensivi di 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

2012
0,7 per mille

Legge n° 135/2012 e

3,7 posti letto per mille di cui 0,7 per mille di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie

2015
0,7 per mille

DM Salute n° 70/2015

3,7 posti letto per mille di cui 0,5 per mille di riabilitazione e 0,2 lungodegenza post-acuzie e 0,02 per mille di neuroriabilitazione

RIABILITAZIONE O LUNGODEGENZA?

La genesi di tale confusione può riscontrarsi probabilmente dalla lettura parziale dell'art. 10 che, definendo al punto 1 lettera a) una dotazione di 6,5 per mille abitanti di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, al successivo punto 6 sancisce che:

…

6. Gli spazi ospedalieri risultanti liberi per effetto delle misure indicate nei commi precedenti sono destinate con priorità:

a) alla ***strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione di malati lungodegenti ad alto rischio invalidante****.*

Legge 23 ottobre 1985, n. 595 "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88", G.U. n. 260 5/11/1985.

RIABILITAZIONE O LUNGODEGENZA?

F.2. … esiste un numero considerevole di pazienti con forme croniche stabilizzate, o di anziani ultrasessantacinquenni abbisognevoli di trattamenti protratti di conservazione, ***che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di spedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata****.*

…

F.5. L'assegnazione dei degenti di cui al precedente punto F.2 alla ***funzione di lungodegenza riveste carattere di transitorietà in attesa che siano realizzate le residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o vengano attivate forme adeguate di spedalizzazione domiciliare integrata o di assistenza domiciliare integrata*** *- nell'ambito dei progetti obiettivo del piano sanitario nazionale previsto dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595 - che costituiscono la* ***destinazione specifica e più conveniente per tali pazienti****.*

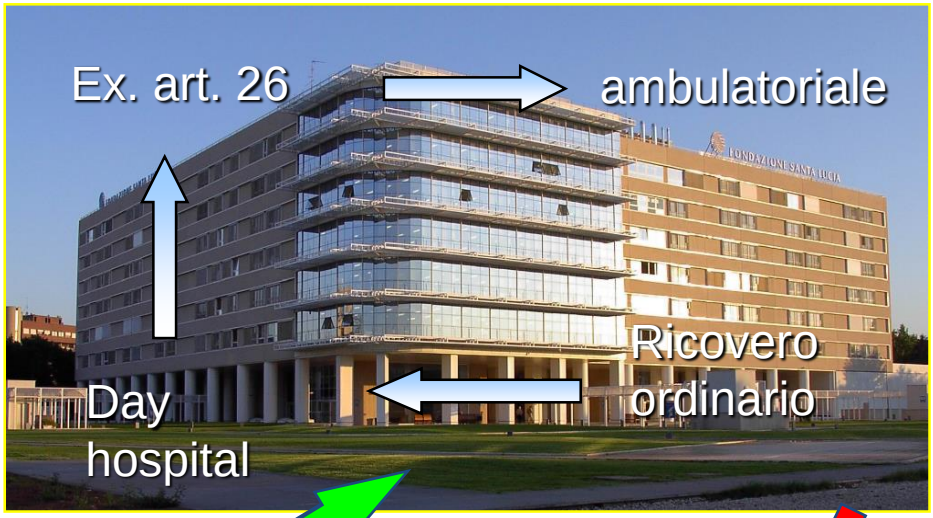
Decreto Ministro della Sanità 13 settembre 1988.
"Determinazione degli standards del personale ospedaliero", G.U. n. 225 24/09/1988

TAPPE DEL PDTA ICTUS

Ospedale per acuti - Stroke Unit

3°-4° giornata!
(ridurre degenza media)

Ospedale di Neuroriabilitazione



3-4 mesi!
(Per ritardi dell'UVG o per resistenza dei familiari

Domicilio

RSA

Azienda USL - CAD

Strutture partecipanti al percorso riabilitativo

1) Riabilitazione intensiva (ospedaliera)

- alta specialità (DM 29/1/1992):
  - cerebrolesioni acquisite
  - mielolesioni
  - post coma
  - disabilità gravi età evolutiva
  - unità turbe neuropsicologiche
- riabilitazione cod. 56:
  - unità per gravi patologie respiratorie
  - unità per gravi patologie cardiache

2) Riabilitazione estensiva (ospedaliera ed extraospedaliera)

3) Riabilitazione di mantenimento:

- ambulatorio
- domicilio
- Residenza Sanitaria Assistenziale
- Attività Fisica Adattata

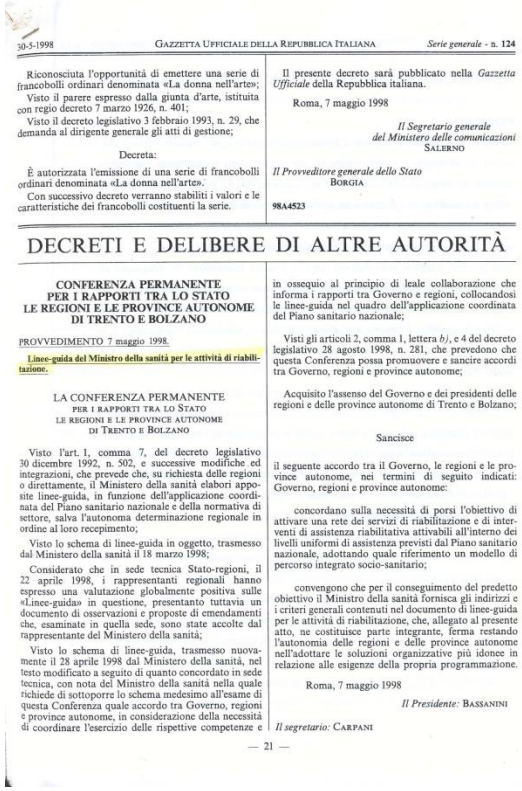
Conferenza Stato-Regioni. «Piano d'indirizzo per la riabilitazione». (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011). Suppl. ordinario n. 60 G.U. n. 50 del 20/03/2011

Cos'è la neuroriabilitazione - codice 75

Al punto 2.3.4.2. si chiarisce che:

…

L'Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici è finalizzata alla presa in carico di pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita (di origine traumatica o di altra natura) **E/O** caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici **non realizzabili presso altre strutture che erogano interventi di riabilitazione intensiva**.



30-5-1998 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 124

Riconosciuta l'opportunità di emettere una serie di francobolli ordinari denominata «La donna nell'arte»;

Visto il parere espresso dalla giunta d'arte, istituita con regio decreto 7 marzo 1926, n. 401;

Visto il decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che demanda al dirigente generale gli atti di gestione;

Decreta:

È autorizzata l'emissione di una serie di francobolli ordinari denominata «La donna nell'arte».

Con successivo decreto verranno stabiliti i valori e le caratteristiche dei francobolli costituenti la serie.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 7 maggio 1998

Il Segretario generale del Ministero delle comunicazioni SALERNO

Il Provveditore generale dello Stato BORGIA

98A4523

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 7 maggio 1998.

Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione.

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Visto l'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, che prevede che, su richiesta delle regioni o direttamente, il Ministero della sanità elabori apposite linee-guida, in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento;

Visto lo schema di linee-guida in oggetto, trasmesso dal Ministero della sanità il 18 marzo 1998;

Considerato che in sede tecnica Stato-regioni, il 22 aprile 1998, i rappresentanti regionali hanno espresso una valutazione globalmente positiva sulle «Linee-guida» in questione, presentanto tuttavia un documento di osservazioni e proposte di emendamenti che, esaminate in quella sede, sono state accolte dal rappresentante del Ministero della sanità;

Visto lo schema di linee-guida, trasmesso nuovamente il 28 aprile 1998 dal Ministero della sanità, nel testo modificato a seguito di quanto concordato in sede tecnica, con nota del Ministro della sanità nella quale richiede di sottoporre lo schema medesimo all'esame di questa Conferenza quale accordo tra Governo, regioni e province autonome, in considerazione della necessità di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e in ossequio al principio di leale collaborazione che informa i rapporti tra Governo e regioni, collocandosi le linee-guida nel quadro dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale;

Visti gli articoli 2, comma 1, lettera *b)*, e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1998, n. 281, che prevedono che questa Conferenza possa promuovere e sancire accordi tra Governo, regioni e province autonome;

Acquisito l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce

il seguente accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome, nei termini di seguito indicati: Governo, regioni e province autonome:

concordano sulla necessità di porsi l'obiettivo di attivare una rete dei servizi di riabilitazione e di interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale, adottando quale riferimento un modello di percorso integrato socio-sanitario;

convengono che per il conseguimento del predetto obiettivo il Ministro della sanità fornisca gli indirizzi e i criteri generali contenuti nel documento di linee-guida per le attività di riabilitazione, che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante, ferma restando l'autonomia delle regioni e delle province autonome nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

Roma, 7 maggio 1998

Il Presidente: BASSANINI

Il segretario: CARPANI

— 21 —

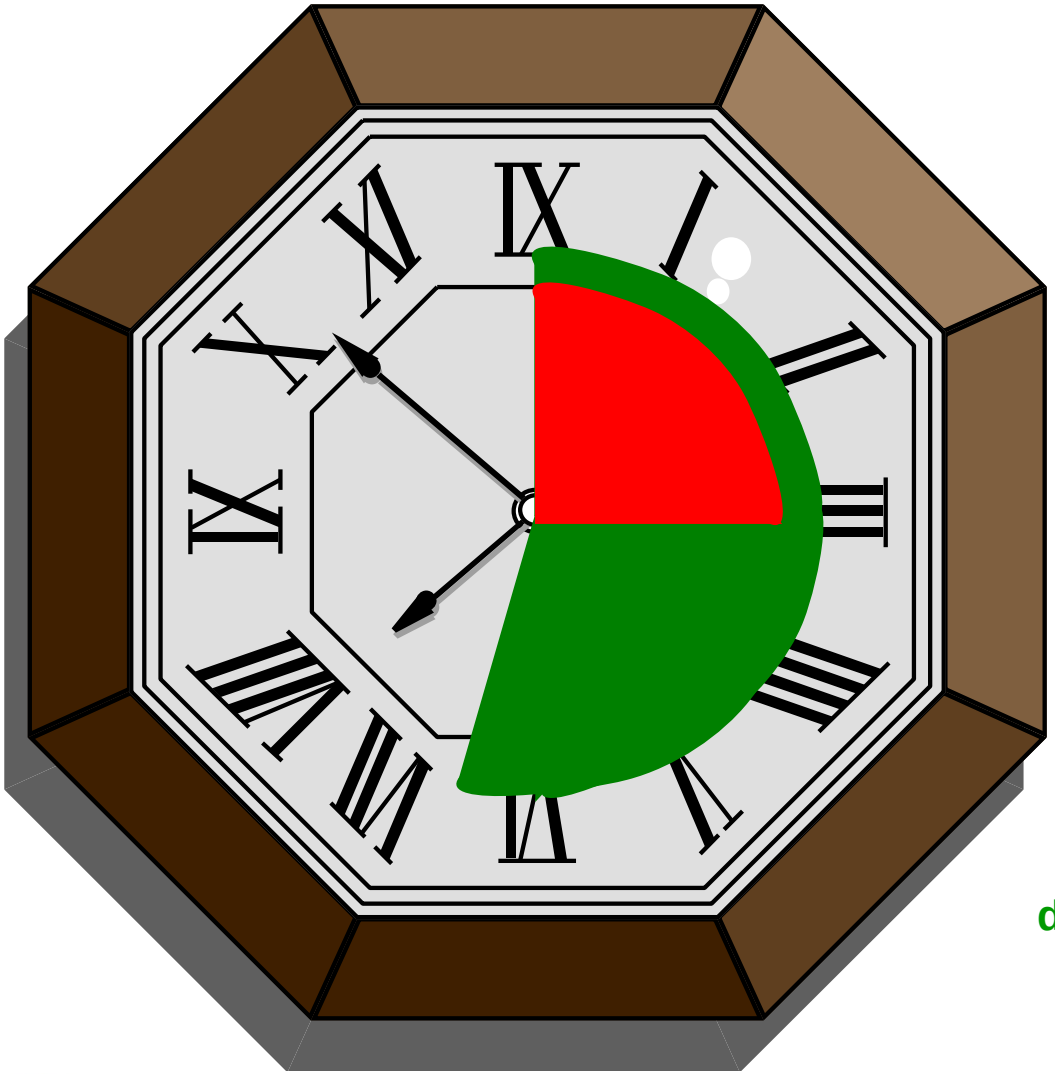
Conferenza Stato-Regioni. Provvedimento 7 maggio 1998, "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", G.U. 124 del 30 maggio 1998.

La Neuroriabilitazione cod. 75

«**In particolare, appare affetta dal vizio** di eccesso di potere per difetto di istruttoria, di motivazione e per illogicità manifesta, **la operata differenziazione, che consegue dalla riduzione dell'accesso al Codice 75,** come esaminato in altre fattispecie analoghe, **tra i pazienti che abbiano presentato all'esordio della patologia un coma grave** (che sarebbero ammessi al trattamento di alta specialità) **ed i pazienti** affetti da **ictus cerebrale** e da **patologa neurologica degenerativa quali la sclerosi multipla e la malattia di Parkinson**.»

Sentenza TAR Lazio 8937/2011

Standard di assistenza



Ore di assistenza die previste dal Piano di indirizzo per la Riabilitazione punto 4.c)

Ore di assistenza die previste dalla DGR Lazio 424/2006 per la neuroriabilitazione

Mappa dei servizi per i ricoveri di Neuroriabilitazione

SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA
- Valutazione neuropsicologica
- Riabilitazione neuropsicologica

CONSULENZE SPECIALISTICHE
Cardiologia, Ortopedia, Neurofisiopatologia, Dermatologia, Urologia, Angiologia, ecc.

SERVIZIO DI FONIATRIA
- Visita foniatrica e diagnosi di disturbi del linguaggio, della parola o della voce
- Riabilitazione Foniatrica

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
Riabilitazione da deficit respiratori con l'utilizzo di tecniche di disostruzione bronchiale, ossigenoterapia e ventilazione

SERVIZIO DI PSICOLOGIA
Supporto Psicologico al paziente e ai parenti

AUSILIOTECA
Individuazione di ausili per l'adattamento alla vista quotidiana dei pazienti attraverso il *training* di strumenti, oggetti e ambienti.

ATTIVITA' PALESTRA DI REPARTO

Riabilitazione Motoria ⇄ **Strumenti avanzati di Robotica** ⇄ **Riabilitazione Logopedica**

ATTIVITA' QUOTIDIANE DI REPARTO

Accettazione Ricovero Paziente → **Valutazione medica quotidiana** → **Predisposizione e aggiornamento del PRI (*)** → **Somministrazione Farmaci** → **Assistenza e rieducazione all'igiene personale** → **Assistenza e rieducazione alla vestizione** → **Assistenza e rieducazione all'alimentazione** → **Dimissione Paziente**

In ogni stanza sono utilizzati **materassi antidecubito** e letti dotati di **«*Monitoring System*»** per la rilevazione h24 dei parametri vitali

Sorveglianza infermieristica h24

Sorveglianza medica, anestesista e rianimatore h24

Valutazione nutrizionale/dietologica con elaborazione di menu individuali sulla base del dietetico ospedaliero

ESAMI DI LABORATORIO
Ematologia, microbiologia, coagulazione, immunologia, chimica clinica e dosaggi ormonali

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Tac, Risonanza Magnetica a 3 tesla, RX, MOC, Ecografie, Artoscan

TECHNO ROOM
Riabilitazione Cognitivo - Motoria basata su nuove Tecnologie
(Computer Brain Interface)

IDROCHINESITERAPIA
Riabilitazione in piscina, in cui il paziente risponde alle sollecitazioni fisiche attraverso il sostegno che il corpo riceve dall'acqua

SERVIZIO SOCIALE
Supporto durante tutta la fase di degenza fino all'organizzazione della dimissione del paziente.

SARA - T
(Riabilitazione Assistita con Tecnologia)
Servizio specializzato per l'utilizzo di tecnologie che aumentano la possibilità di interazione con l'ambiente

Il processo di ricovero sopra descritto è governato e documentato dalla **Cartella Clinica Informatizzata**, nel pieno rispetto della privacy dei dati del paziente

Legenda
- Attività diagnostica
- Attività di riabilitazione
- Servizi di supporto

*(*) **PRI: Progetto Riabilitativo Individuale** - Documento in cui vengono definiti all'inizio del ricovero, e aggiornati durante la degenza, gli obiettivi riabilitativi del paziente, le attività da svolgere per raggiungerlo e le figure professionali coinvolte.*

MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70.
Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.", G.U. 127 del 04/06/2015.

2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di **lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti**, … **almeno 0,2 per la lungodegenza**. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono … comprensivi dei **posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.**

su una popolazione di 60.483.973 abitanti
(http://demo.istat.it/pop2018/index.html)

Cod. 56: 30.242 p.l. (al 2013 censiti 22.146 p.l. Δ= -8.096)**
Cod. 60: 12.097 p.l. (al 2013 censiti 9.413 p.l. Δ= -2.684)**
Cod. 75: 1.210 p.l. (al 2013 censiti 2.338 p.l. Δ= +1.128)**

(**) Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 63-64

Sentenza TAR Lazio n. 7006 14/06/2017

«Il Collegio osserva, tuttavia, che il contestato **criterio nazionale di 0,02 posti letto per mille abitanti** risulta sempre inferiore, e alcune volte anche pari alla metà, agli indici delle altre regioni, per cui, ne consegue, che **la scelta di tale criterio avente valenza nazionale risulta non logicamente coerente con le suddette risultanze istruttorie.**

…

Ciò premesso, il proposto gravame deve essere accolto.»

STIMA FABBISOGNO POSTI LETTO DI NEURORIABILITAZIONE

Patologia	Incidenza annuale	Degenza media	Posti letto necessari
Ictus cerebrale	DRG 012: 30.969 pazienti DRG 014: 91.845 pazienti DRG 015: 18.011 pazienti DRG 016: 12.657 pazienti DRG 559: 6.125 pazienti **Totale 159.607 pazienti** (a) Nel 35% residua una disabilità grave (b), ovvero 55.862 pazienti necessitano di neuroriabilitazione.	41,9 (c)	6.412
Traumi cranici	6-9.000 nuovi casi (d) 3,5-5 posti letto/100.000 abitanti per la neuro-riabilitazione (d)		2.570
Lesioni midollari	DRG 559: 9.790 pazienti (e)	51,1 (e)	1.371
Totale			**10.353**

a) Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016, tabella 2.2.6.
b) AA.VV. Linee Guida SPREAD 2016 – VIII edizione, Sintesi 4-1
c) Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016, tabella 2.3.6.
d) 2° Conferenza di consenso Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebro-lesione acquisita (GCA) e delle loro famiglie, nella fase post ospedaliera, Verona 10-11 giugno 2005
e) Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2016, tabella 2.3.9.

STANDARD DI POSTI LETTO DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Regione	Popolazione 2013	pl x 1.000 abitanti
PIEMONTE	4.436.798	1,1
VALLE D`AOSTA	128.591	0,7
LOMBARDIA	9.973.397	0,7
PROV. AUTON. BOLZANO	515.714	0,7
PROV. AUTON. TRENTO	536.237	1,1
VENETO	4.926.818	0,6
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.229.363	0,3
LIGURIA	1.591.939	0,6
EMILIA ROMAGNA	4.446.354	0,9
TOSCANA	3.750.511	0,3
UMBRIA	896.742	0,4
MARCHE	1.553.138	0,6
LAZIO	5.870.451	0,7
ABRUZZO	1.333.939	0,6
MOLISE	314.725	0,9
CAMPANIA	5.869.965	0,3
PUGLIA	4.090.266	0,4
BASILICATA	578.391	0,6
CALABRIA	1.980.533	0,5
SICILIA	5.094.937	0,4
SARDEGNA	1.663.859	0,2
ITALIA	60.782.668	0,6

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 59

STANDARD DI STRUTTURE EX ART. 26 L. 833/78

Regione	Popolazione 2013	Strutture	p.l. x 1.000 abitanti
PIEMONTE	4.436.798	1219	8,06
VALLE D`AOSTA	128.591	18	1,41
LOMBARDIA	9.973.397	2099	8,40
PROV. AUTON. BOLZANO	515.714	96	8,33
PROV. AUTON. TRENTO	536.237	125	9,88
VENETO	4.926.818	1306	9,02
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.229.363	270	7,99
LIGURIA	1.591.939	365	5,69
EMILIA ROMAGNA	4.446.354	1435	6,51
TOSCANA	3.750.511	800	4,86
UMBRIA	896.742	249	4,74
MARCHE	1.553.138	226	3,33
LAZIO	5.870.451	316	1,89
ABRUZZO	1.333.939	95	2,10
MOLISE	314.725	32	0,80
CAMPANIA	5.869.965	237	0,68
PUGLIA	4.090.266	385	2,28
BASILICATA	578.391	41	0,98
CALABRIA	1.980.533	126	1,73
SICILIA	5.094.937	189	0,82
SARDEGNA	1.663.859	91	1,13
ITALIA	60.782.668	9.720	4,72

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 27

Nel 2013 RSA censite in Italia

6.526 strutture residenziali
2.787 strutture semiresidenziali

234.008 posti residenziali
52.764 posti semiresidenziali
286.772 posti totali

472 posti ogni 100.000 abitanti, ovvero
26 posti ogni 1000 italiani over 65

70,4% per assistenza agli anziani
12,4% per assistenza psichiatrica
16,3% per assistenza ai disabili psichici e fisici
0,9% per assistenza ai pazienti terminali

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 40

standard internazionalmente riconosciuto: **50-60 posti letto per 1000 anziani**

Comas-Herrera A., Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission, ESA DG; DP 1840, 2003.02

STANDARD DI RSA

Regione	posti letto residenziali e semiresidenziali x 100.000 abitanti
PIEMONTE	806
VALLE D`AOSTA	141
LOMBARDIA	840
P.A. BOLZANO	833
P.A. TRENTO	988
VENETO	902
FRIULI VENEZIA GIULIA	799
LIGURIA	569
EMILIA ROMAGNA	651
TOSCANA	486
UMBRIA	474
MARCHE	333
LAZIO	189
ABRUZZO	210
MOLISE	80
CAMPANIA	68
PUGLIA	228
BASILICATA	98
CALABRIA	173
SICILIA	82
SARDEGNA	113
ITALIA	**472**

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 40

STANDARD DI RSA

Regione	posti letto residenziali e semiresidenziali x 1.000 abitanti
	Da 9,1 a 12,5
	Da 5,1 a 9,1
	Da 4,1 a 5,1
	Da 1,7 a 4,1

ISTAT. I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari al 31 dicembre 2015. Statistiche report 23/5/2018

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Intesa come l'assistenza domiciliare erogata in base ad un piano assistenziale individuale attraverso la presa in carico multidisciplinare e multi professionale del paziente.

Il piano assistenziale consiste nella definizione di un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere.

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 5

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Nel 2013 assistiti 732.780 pazienti

83,5% anziani >65

47,0 casi per 1000 abitanti

9,5% pazienti terminali

1,1 casi per 1000 abitanti

PER CASO TRATTATO

17 ore medie

23 ore medie

di assistenza sanitaria (terapista, infermiere, medico, altri)

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 5 e 15

MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA
UFFICIO DI STATISTICA

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ORE E ACCESSI ANNO 2013

Regione	Assistenza per Caso trattato – Tutti i casi trattati									
	Terapisti della Riabilitazione		Infermieri		Altri Operatori		Medici			
	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Accessi per caso	Totale ore per caso	Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
PIEMONTE	1	1	11	16	2	2	6	14	13	16
VALLE D'AOSTA	4	3	26	28	(*)	(*)	9	30	39	18
LOMBARDIA	3	4	14	20	3	3	2	20	18	23
PROV. AUTON. BOLZANO	-	-	36	61	-	-	10	36	-	-
PROV. AUTON. TRENTO	-	-	15	20	-	-	6	15	12	18
VENETO	1	1	8	15	1	2	6	10	9	19
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	1	6	15	(*)	(*)	1	7	7	13
LIGURIA	5	5	18	18	4	3	3	28	29	22
EMILIA ROMAGNA	(*)	(*)	10	10	2	2	7	13	12	16
TOSCANA	(*)	(*)	5	10	3	5	2	8	8	22
UMBRIA	1	1	13	27	11	11	5	26	23	20
MARCHE	5	5	20	25	3	3	7	28	27	25
LAZIO	5	6	13	15	1	1	3	19	17	24
ABRUZZO	12	12	19	19	(*)	1	3	31	31	24
MOLISE	13	16	38	63	3	3	6	54	50	51
CAMPANIA	7	11	20	34	8	9	5	35	32	33
PUGLIA	8	7	24	24	6	5	13	38	39	25
BASILICATA	12	18	29	43	1	1	4	41	44	26
CALABRIA	4	4	18	19	1	1	4	23	22	26
SICILIA	11	13	17	21	3	3	4	30	27	31
SARDEGNA	4	6	18	21	1	1	8	23	23	22
ITALIA	**3**	**4**	**13**	**17**	**3**	**3**	**5**	**18**	**17**	**23**

PERCENTUALE DI RILEVAZIONE : 100,00% SUL TOTALE DELLE ASL CHE HANNO DICHIARATO DI AVERE IL SERVIZIO ATTIVO

ASS_DIS_DOM_01

(*) Valore inferiore a 0,5

Ministero della Salute – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2013, Agosto 2016 – pag. 16

TAKE HOME MESSAGES

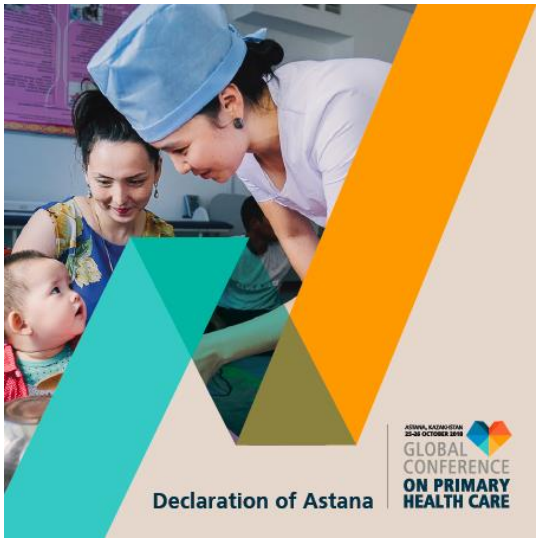
1. **Prevedere l'attivazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale;**

2. **Programmare cure adeguate nell'immediata fase post acuta della malattia;**

3. **Garantire un rapido accesso alle strutture di lungodegenza;**

4. **Potenziare l'assistenza domiciliare e renderla realmente in grado di rispondere ai bisogni dei malati.**

WHO - Global Conference on Primary Health Care
From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals
Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018



III

…

Promotive, preventive, curative, **rehabilitative services** and palliative care must be accessible to all. **We must save millions of people from poverty, particularly extreme poverty, caused by disproportionate out-of-pocket spending on health.**

Minds are like parachutes.
They only function when they are open.

Sir James DEWAR (20/9/1842 – 27/3/1923)

Grazie dell'attenzione